

de tipo legal o penal, especialmente aquellos que conducen a experiencias de detención y reclusión; la repitencia reiterada durante la permanencia en el sistema escolar y la expulsión por causas académicas o disciplinarias, así como la deserción temprana del sistema; la carencia de redes de apoyo para enfrentar las dificultades que experimente en su familia, en el empleo, en la sexualidad, en las adicciones, en los estados depresivos, etc.

Diversos autores señalan que el ambiente de pobreza extrema implica mayor exposición a riesgos graves y menores recursos protectores; la conflictividad alta y crónica del medio familiar especialmente si va acompañado de abandono, maltrato, expulsión del hogar, presencia de alcoholismo, abuso físico y sexual; no tener familia, pertenencia a grupos de pares que se orientan a la transgresión social, a la violencia o a la adicción a drogas; permanencia en centros de reclusión legal, carencia de redes de apoyo (Blum, 1995; Weinstein, 1992); no estudiar ni trabajar, carencia de opiniones de desarrollo de destrezas que permitan obtener autonomía y reconocimiento social. Es importante reconocer que entre los factores de riesgo se encuentran aspectos propios del funcionamiento psicológico y social del joven como son la baja autoestima y la ausencia de un proyecto de futuro.

4. Las conductas riesgosas en el período juvenil

En el período juvenil los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, los que conllevan ansiedad transicional y vulnerabilidades específicas (Bloss, 1981; Ausubel, 1954; Erikson, 1974).

4.1. El contexto de la modernidad

La modernización ha traído una débil y frecuentemente contradictoria estructuración de la programación ofrecida a este período de crecimiento. En este contexto, lo cotidiano se constituye en un reto y a la vez en una incertidumbre en medio de la cual los y las jóvenes elaboran su identidad. Nuestra sociedad, a diferencia de las sociedades primitivas, no es clara para plantear requisitos públicos que incorporen a los jóvenes ritualmente como un miembro de reconocido valor.



Larson (1988) señala que "Si buscamos un equivalente del rito de pasaje adolescente en nuestra sociedad podemos ver que, en el presente, los desafíos esforzados que se designan para servir como demostración decisiva en los roles prestigiosos de nuestra sociedad, probablemente no sean tanto el vigor físico como la propia independencia personal y la capacidad para pensar y trabajar. Los proyectos académicos, las disertaciones y tesis se acercan más a esta descripción". Evidentemente, tal opción sólo es accesible a un número reducido de jóvenes y, aun para ellos, estos ritos valoran sólo la esfera intelectual y no consideran los aspectos socioafectivos ni físicos.

Es posible que los comportamientos de riesgo como fumar, conducir automóviles audazmente, beber, sean equivalentes a ritos de transición, generados en la propia subcultura juvenil cuando no encuentran oportunidades de probar su paso a la adultez mediante la prueba de sus nacientes destrezas ante una sociedad que los acoga. En este sentido, los países que han implementado la entrega de la Tarjeta Joven llenan parte del vacío señalado.

4.2. La identidad

La construcción de la identidad puede resolverse mediante el reconocimiento de características personales y la exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso futuro personal y de su sociedad. Cuando la conducta de riesgo aparece en esta dirección, puede ser parte del encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora. Es cada vez más evidente en los estudios actuales que ciertas conductas, aun cuando involucren riesgos, "también pueden derivar en lo contrario, constituyéndose en una fuente de aprendizaje y en una suerte de antídoto frente a eventuales daños" (Weinstein, 1992:8).

Cuando las bases del desarrollo de la identidad son deficitarias, la afirmación adolescente se establece carente de un compromiso estructurante, que busque evitar los peligros para poder preservar los logros presentes y futuros. En cambio, se incrementan las conductas riesgosas que buscan la satisfacción inmediata o la autoafirmación a través de acciones efímeras que dan sensaciones de logro y reconocimiento.

4.3. Las opciones

La satisfacción o insatisfacción con el rendimiento personal tiene implicaciones en el equilibrio personal (autoimagen), la inserción social (valoración social) y el desarrollo de capacidades para responder al presente y planificar el futuro. La ausencia de solución a estos problemas afecta a la salud y al bienestar de los jóvenes,

conduce a un incremento de los comportamientos de riesgo, y contribuye a una reducción de sus oportunidades de inserción social satisfactoria. En estas condiciones la juventud se hace vulnerable a la obtención de gratificaciones a través de conductas indiscriminadas -de corto alcance, inmediatas y accesibles- para afirmar su autoestima, buscar sensaciones de éxito en el riesgo mismo, encontrar acompañamiento emocional en actividades peligrosas que no prevén consecuencias, o anestesarse (drogas, actividades masivas, juegos que los aíslan de la realidad) para no sentir la frustración aplastante; todo lo cual conduce al daño.

La apertura de oportunidades amplia los campos de experiencia, permite al adolescente contar con credenciales para una inserción exitosa y ofrece metas ante las cuales hay motivación para posponer pseudosoluciones inmediatistas riesgosas. La reducción de las reacciones negativas en cadena (son las más frecuentes: estigmatización, reclusión y expulsión) impide repetir las respuestas maladaptativas y no facilita las actitudes negativas de otras personas.

Si la situación en que se encuentran no brinda una perspectiva de oportunidades positivas, los adolescentes revierten hacia sí mismos la insatisfacción o desahogan su enojo contra el medio, lo que les provee de sensación de poder. Su vulnerabilidad ha aumentado y consiguientemente se incrementa reactivamente la predisposición a evadir la frustración mediante la satisfacción riesgosa y efímera de sus necesidades de autoestima y pertenencia.

4.4. Las conductas de riesgo

Concordamos con Jessor (1991) cuando sugiere diferencias entre 1) conductas de riesgo que son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona durante su desarrollo juvenil e incluso, en ocasiones, buscan el peligro en sí mismo y 2) conductas que involucran riesgos, que son propias de los y las jóvenes que asumen cuotas de riesgo (no muy diferentes de los adultos) conscientes de ello y como parte del compromiso y la necesidad de un desarrollo enriquecido y más pleno. Jessor considera desafortunada la tendencia a considerar a todos los y las adolescentes como personas que tienen conductas de riesgo, por cuanto la generalización lleva a que las conductas de riesgo se expliquen por darse en adolescentes y no permite profundizar en aquellos jóvenes que realmente tienen un estilo de vida consistente en conductas de riesgo (verdaderos factores de riesgo) cuya vulnerabilidad los constituyen en importantes grupos meta para la promoción de su salud, bienestar e inserción social.

La reformulación psicosocial del concepto de riesgo condujo a un análisis de costo beneficio de la conducta, lo que se hace particularmente importante en el enfoque que se dé

a la juventud. Jessor (1991) ejemplifica su posición con las campañas antidrogas que le enseñan al adolescente a Decir No. Plantea que la posibilidad de que los adolescentes abandonen un comportamiento tan riesgoso está relacionado fuertemente con la posibilidad que se les ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos.

La insatisfacción y la preocupación que los y las adolescentes tienen por su rendimiento personal (tanto educativo como laboral), la carencia de nutrientes socioafectivos y cognitivos, muestran su necesidad de un presente que les abra posibilidades de descubrimiento y certeza acerca de sus propias capacidades y valor. Esto es particularmente importante en las consideraciones de intervenciones preventivas, pues los aspectos que se tratan son de alta sensibilidad intimidad, y tienen numerosas implicaciones personales y socioculturales.

Jessor (1991:598) señala que “fumar, beber, conducir peligrosamente vehículos o tener actividad sexual temprana pueden ser formas de ganar la aceptación y respeto de los pares; de establecer autonomía en relación con sus padres; de repudiar la autoridad convencional, sus valores y normas; de manejar su ansiedad, frustración y anticipación del fracaso o de afirmar su madurez y mostrar la transición de la niñez a la adultez”. La posición de Jessor no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva.

5. Daño, factores protectores y resiliencia

En los apartados anteriores hemos mencionado los daños, los factores de riesgo y la vulnerabilidad. El panorama no quedaría completo (al menos en el actual nivel de aportes sobre el tema) si no se considera la resiliencia, factor importante que se refleja en la sorprendente capacidad que muestran muchos seres humanos de crecer y desarrollarse en medios adversos y alcanzar niveles de competencia y salud, que, en otros casos, no alcanzarían individuos que no fueron sometidos a situaciones severamente traumáticas ni negativas.

5.1. Resiliencia

El término resiliencia, que Rutter (1992) conceptualizó con importantes investigaciones y desarrollos teóricos, proviene de una capacidad identificada en los metales, que pueden resistir los golpes y recuperar su estructura interna. Se refiere a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad y, más aún, de transformar

factores adversos en un elemento de estímulo y desarrollo. Se trata de la capacidad de afrontar de modo efectivo eventos adversos, que pueden llegar incluso a ser un factor de superación (Suárez, 1993).

La resiliencia aporta una susceptibilidad menor al *stress* y disminuye la potencialidad de verse afectado por eventos negativos e, incluso, por algunos daños. Se refleja en el hecho que en momentos diferentes de la vida de las personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos.

Entre los factores que incrementan la resiliencia, Rutter (1992) destaca la exposición previa a la adversidad psicosocial con un enfrentamiento exitoso con la tensión y el peligro. Dosis graduales de enfrentamiento de dificultades pueden operar de modo similar a las inmunizaciones. En cambio, la sobreprotección parece actuar en sentido contrario. Una posible explicación de ello está en que, en la sobreprotección, en las decisiones y sus consecuencias están en manos de otros. Esto fomenta un locus de control externo y el individuo no consolida su autoestima con la puesta a prueba de sus destrezas y el reconocimiento personal y social del resultado de sus responsabilidades, por lo cual se siente más a merced de los eventos externos. Por otro lado, el sometimiento permanente a adversidades y *stress*, parece reducir fuertemente el desarrollo de la resiliencia (Grotberg, 1992).

5.2. Factores protectores

Señala Rutter que un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o de contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas, recibir de adultos significativos los modelajes apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que son parte del devenir humano. En un pequeño estudio efectuado en Costa Rica se pudo constatar que los adolescentes en cuyos hogares se comentaban los problemas que cualquier miembro afrontaba y se conversaba habitualmente sobre alternativas reales de solución o enfrentamiento, desarrollaban un mayor sentido de competencia para conducirse en situaciones adversas (Krauskopf, 1994).

La posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y pre-

ver consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia.

Es necesario que la familia apoye el crecimiento adolescente; que confirme el proceso de individuación; que pueda analizar las nuevas expresiones que emergen de los cambios en la fase juvenil sin estigmatización; que resuelva las dimensiones afectivas emergentes en el marco de una aceptación dinámica del sistema familiar; que comparta las necesidades de los nuevos roles y pueda, desde una perspectiva empática, guiar, aconsejar, colaborar, supervisar. La protección que proviene del autocuidado físico (alimentación, ejercicios, sexo seguro) del desarrollo de nuevos intereses, de gratificaciones a través de la expresión de talentos y participación social disminuyen la exposición gratuita al riesgo.

También son fundamentales los factores protectores externos. No es igual el destino de una adolescente embarazada que cuenta con la posibilidad de acceder sin repudio a control prenatal, que puede proseguir con su educación, que cuenta con apoyo y orientación frente a su situación, que una joven a la que le ocurre lo contrario. Tampoco serán efectivos los talleres de prevención del SIDA para adolescentes que promueven las relaciones sexuales responsables, con capacidad de autoafirmación, locus de control interno y protección a través del uso del condón, si los factores protectores externos esperados no son congruentes. Ejemplos de ello pueden ser: la censura del vendedor de la farmacia ante la solicitud de condones, la dificultad de algunos funcionarios asignados a la capacitación para estar convencidos de la posición frente a la modalidad de prevención en sexualidad juvenil, el temor de muchachas de ser descubiertas con preservativos por sus padres, la incredulidad de los adultos acerca de la posibilidad que los jóvenes realmente tomen precauciones en momentos de tanta emoción, la angustia de aceptar la existencia de la sexualidad juvenil.

5.3. Factores predisponentes al daño

Factores que obstaculizan la estructuración de comportamientos de logro son los desafíos consumistas, efímeros que se ofrecen al sector adolescente y la mayor accesibilidad de participación en culturas de transgresión y evasión, al tiempo que las oportunidades de gratificaciones y opciones de relevancia social constructiva son restringidas.

Gresham (1986) destaca que los adolescentes que no han aprendido a enfrentar las situaciones resultantes de las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, han estado frecuentemente inmersos en hogares caóticos y modelos desprovistos de capacidad de contención y conducción.

Si la construcción de la identidad se da con sentimientos de valor personal y los esfuerzos por lograr la incorporación social van acompañados de reconocimiento positivo y un locus de control interno, se incrementa la protección frente al riesgo en las actividades exploratorias requeridas. Si, en cambio, la identidad se construye de modo confuso, incompleto, parcial, con sentimientos de desvalorización personal y exclusión social la vulnerabilidad será mayor y la propensión a adoptar conductas riesgosas para satisfacer la privación a cualquier costo, será más probable.

6. Estrategias de intervención frente al riesgo en la fase juvenil.

No pretendemos presentar en este apartado un estudio exhaustivo de los problemas y posibilidades que involucra el desarrollo de políticas de atención a los comportamientos del riesgo juvenil, sino entregar algunas reflexiones que constituyen modestos hitos en la complejidad del desafío. El análisis realizado hasta aquí realizado permite concluir que la mayor parte de las causas de mortalidad y morbilidad en la fase juvenil son prevenibles. Para la prevención de daños y conductas de riesgo es necesario adoptar estrategias que combinen adecuadamente la neutralización de los factores de riesgo del entorno, los límites a las conductas fuera de control, el fortalecimiento de los factores protectores e identificar no sólo aspectos individuales negativos, sino también los rasgos personales que permiten logros, integración social, autoimagen positiva.

Los programas sociales dirigidos a la juventud evidencian una fuerte preocupación por disminuir la vulnerabilidad y el daño a que se encuentran expuestos grandes contingentes de jóvenes latinoamericanos. Esta situación ha sido frecuentemente mencionada y se busca la focalización de los programas para jóvenes en alto riesgo. Una dificultad para ello es la definición y operacionalización de los grupos meta y de las áreas que deben identificarse para valorar su vulnerabilidad.

6.1. Instrumentos de valoración del riesgo juvenil

En la valoración de las conductas y factores de riesgo para la fundamentación de las estrategias de intervención y prevención, se han abierto vías operativas del problema con el desarrollo de instrumentos que permitan evaluar la presencia de comportamientos de riesgo en los y las adolescentes. Entre estos podemos destacar a Hofmann (1990) quien tiene un enfoque orientado a la detección de aspectos psicológicos e interpersonales. La autora desarrolla un inventario psicosocial para la evaluación del comportamiento de riesgo en la salud que consta de seis apartados fundamentales: hogar, escuela, pares, relaciones sentimentales, uso de sustancias, comportamiento antisocial. Considera el deterioro del rendimiento como un signo de trastornos potenciales y señala como elemento fundamental en la evaluación de comportamientos de riesgo para la salud, un nivel cognitivo pobre y la falta de involucramiento de los adolescentes en el aprendizaje de la toma de decisiones.

La Encuesta Nacional sobre Comportamiento Juvenil de Riesgo efectuada en Estados Unidos en 1992 construyó una serie de interesantes indicadores que incluían tanto comportamientos de alto riesgo, como factores asociados al riesgo y factores protectores, cada uno de ellos debidamente operativo para su valoración (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1994).

Este tipo de abordajes requiere ser reenfocado de acuerdo a las características latinoamericanas tanto en estilos de vida como en relación a la presencia de contingentes de jóvenes que viven la exclusión, el empobrecimiento de opciones para el desarrollo cognitivo, la creatividad, el reconocimiento a su producción y carencia de suficientes opciones de inserción social reconocidas como valiosas.

Weinstein (1992) aporta la construcción de un Índice de Riesgo Psicosocial en Jóvenes que incorpora diez dimensiones de vulnerabilidad de reconocido valor como predictores de daño psicosocial durante la juventud o que repercuten en la adultez. Considera las siguientes dimensiones que somete a una ponderación de expertos: nivel socioeconómico, familia de origen, pares, adicciones, sexualidad, relación con la educación formal, relación con el empleo, relación con el sistema legal o penal, características psicológicas, redes de apoyo. Las dimensiones de más alta ponderación en este índice son la familia de origen y la relación con la educación formal.

6.2. Acciones de reducción de riesgo e incremento de la protección

Es fundamental referirse al rol de los factores protectores en el comportamiento juvenil riesgoso. Como hemos dicho, un foco importante se encuentra en las oportunidades para el desarrollo de destrezas y la incorporación social. Roldán (1994) destaca tres ambientes ecológicos fundamentales en el desarrollo del niño y el adolescente: el útero materno, la familia y la escuela.

En relación a esta última destaca que no todos nacen con las mismas posibilidades de responder al sistema educativo formal. Se desarrolla en Argentina una investigación, acción que tiene como objetivos programáticos la detección de factores protectores y de riesgo para la salud adolescente en el ámbito escolar en ambientes de pobreza, y desarrolla una experiencia exitosa de capacitación para docentes y autoridades escolares como agentes de salud. Especifica la necesidad de la detección precoz de la población en riesgo de ser eliminada del sistema educativo por dificultades de aprendizaje e indisciplina, y considera necesario lograr la disminución de la cantidad de alumnos en riesgo por ausentismo, bajo rendimiento, sanciones, exclusión del sistema por autoridades, etc. Cabe agregar que sería adecuado valorar las dificultades socioeconómicas que inciden en los problemas.

Documentos de la Organización Mundial de la Salud (1989) reconocen la importancia del ámbito escolar, el papel que puede jugar en la prevención primaria y primordial, y destacan la necesidad de promover estilos de vida saludables entre los jóvenes. Generalmente se analiza lo contrario, o sea, si los y las adolescentes satisfacen los criterios de éxito del sistema educacional y no se indagan los requerimientos juveniles de satisfacción con el sistema escolar. En este caso, la posibilidad de promover su salud queda bastante excluida del enfoque.

6.3. Grupos meta prioritarios

Si bien no pretendemos desglosar los grupos meta por su exposición al riesgo o presencia de daño, pues para ello es necesario en cada área la detección y planificación de estrategias prioritarias, nos referiremos someramente a algunos grupos que han sido coincidentemente identificados como relevantes.

La migración rural-urbana y la pertenencia a un estrato socioeconómico de extrema pobreza que requiere de los y las adolescentes el desarrollo de estrategias de supervivencia para la satisfacción de sus necesidades básicas: comida, vivienda, etc., incrementa la exposición a factores de riesgo. Las y los jóvenes para los

cuales la calle es el espacio de satisfacción de necesidades importantes se encuentran desprovistos de muchos factores protectores.

Grupos de alto riesgo se encuentran en aquellos sectores cuyo comportamiento está fuera de control por pertenecer a estratos con difícil acceso a las opciones y por estar sometidos a estimulaciones disruptivas de particular intensidad por diversas razones (económicas, políticas, bélicas, marginalidad, impacto distorsionador de la modernización, carencia de empleo y educación), y que plantean el urgente desafío de encontrar las posibles instancias que den continencia apropiada y posibilidades de conducción a su cuidado.

Los y las jóvenes transgresores, violentos, farmacodependientes son grupos importantes de focalizar. Las experiencias basadas principalmente en el control social no han demostrado ser suficientes para conducir a la reducción de estas conductas ni los daños subsecuentes, y, en ocasiones han llegado a constituir factores de riesgo. Los programas de prevención deben considerar, además del nivel de detención y reclusión (cuando es necesario), la identificación más precisa del problema adolescente, la oferta de modelos integrales que permitan reparar aspectos deficitarios a través del ingreso voluntario a estos programas, los que a su vez se articulen con vías de inserción social que faciliten la autonomía y la productividad. Esto requiere la participación de promotores capacitados para motivar e informar a los y las jóvenes en las zonas de riesgo.

La mayor parte de los análisis de los comportamientos de riesgo permiten concluir que entre los grupos meta prioritarios para la prevención de los comportamientos de riesgo están los jóvenes desertores y los adolescentes potencialmente desertores del sistema escolar.

Se trata de un factor de riesgo que se asocia a numerosos comportamientos que conducen al daño. Identificarlos, caracterizar las condiciones de su vulnerabilidad para poder proveer de instrumentos de acción a los establecimientos educacionales a través de su cuerpo docente, buscar soluciones para favorecer la permanencia satisfactoria de los estudiantes es área importante de desarrollar. Aun cuando los estudiantes no puedan evitar la deserción, puede ser crucial orientarlos tras identificar sus recursos para el desarrollo de su proyecto de vida y la orientación que les permita reencauzarse constructivamente en el marco de sus dificultades. Otra área importante de focalizar es la sexualidad adolescente. Esta área implica además numerosos otros aspectos de tipo interpersonal e incluso en ocasiones de patología social: prostitución temprana, abuso sexual, etc.

Es con la preocupación por el embarazo adolescente que se hacen más visibles los y las jóvenes y emerge la nece-

sidad de incluir este segmento de la población en la agenda de la planificación de la salud. Sin embargo, en la atención a la salud reproductiva es necesario incluir más enfáticamente los valores masculinos y el rol que le cabe al varón (Population Council, 1990). Por otro lado la preocupación por el embarazo parece seguir predominando, con lo cual, cuando se buscan anticonceptivos, no se considera necesariamente la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En relación a los accidentes, causa prioritaria de la morbimortalidad juvenil, cabe analizar la creación de nuevos enfoques que refuercen las medidas actuales. Es interesante constatar que la licencia de conducir es, de algún modo, uno de los pocos ritos de paso a la adultez que nuestra sociedad ofrece (los otros son alcanzados por los jóvenes que llegan a la escolaridad secundaria y con el derecho al voto), lo que podría contribuir a desarrollar programas preventivos vinculados a esta circunstancia.

6.4. La participación juvenil en las estrategias de prevención

Un aspecto que gana un reconocimiento metodológico creciente es la necesidad de incorporar a los propios jóvenes a las propuestas y a la ejecución de los programas. Weinstein (1992:82) recomienda que "los programas sociales dirigidos a jóvenes en riesgo psicosocial deben explorar estrategias comunicacionales que consideren los modos y fuentes de información que este grupo etario y social posee". Enfatiza que la información circule en el nivel local, motivando a los líderes cercanos a estos jóvenes para que su información y opinión pueda influirlos. Efectivamente, estas estrategias se han puesto en práctica exitosamente en diversos países latinoamericanos y constituyen una forma del trabajo de promoción de la situación de los jóvenes en riesgo que permite un avance integral y fortalecido.

La focalización de la atención implica tomar en cuenta que la presencia de los factores de riesgo se hace presente en la adolescencia temprana. Por otro lado, en la última etapa de la adolescencia -17 a 20 años- las preocupaciones y las capacidades de autocuidado parecen incrementarse.

En este último período hay una mayor conciencia de riesgos tanto en el plano sexual como en el campo de las drogas, y los aspectos psicosociales de su desarrollo son más claramente percibidos. Estos jóvenes pueden ser capacitados para promover la salud en sus diferentes aspectos y actuar como agentes multiplicadores dada su fuerte interacción con los grupos de pares.

7. Consideraciones Finales

Es posible identificar sectores con mayor exposición al riesgo, con diversas valoraciones de la salud, con mayor o menor desarrollo de los recursos que permiten prever, fomentar y enriquecer la calidad de vida. Las diferencias biológicas y socio-culturales definen que, además de los problemas de salud compartidos por hombres y mujeres, existen manifestaciones de la morbimortalidad que predominan o son exclusivos de uno u otro sexo, que tiene presencia mayor o menor, e incluso características diversas en las etnias, estratos socioeconómicos, ámbitos rural o urbano y particularidades muy importantes y críticas en la fase juvenil.

Las intervenciones preventivas de las conductas de riesgo consideran factores de riesgo y protección tanto internos como externos, así como la mayor vulnerabilidad a edades tempranas (adolescencia: 10 a 15 años) y la mejor capacidad de autocuidado y liderazgo en la promoción de la salud e inserción social en el período propiamente juvenil (15 a 24 años).

La participación juvenil en el diseño y aplicación de las estrategias es fundamental, así como la articulación con adultos que estén capacitados y convencidos de la adecuación de las acciones. La existencia de redes capacitantes, promotores de la calle que prioricen a los grupos insertos en los circuitos de alto riesgo, los ritos de pasaje que valoricen públicamente la incorporación a las responsabilidades adultas, son apoyos importantes en el desarrollo de las acciones.

Finalmente, es importante concluir con Perry y Jessor (1985), cuando señalan que la promoción de la salud frente a las conductas de riesgo no es simplemente materia de responsabilidad personal. El contexto inmediato de las vidas, el modelaje de la personalidad y el rol social guardan relación con factores económicos, sociales y políticos. Cambios en los enfoques sociales, en la estructura de oportunidades de educación, empleo, recreación y desarrollo personal, son parte esencial de un enfoque amplio de promoción de la salud, todo lo cual no puede ocurrir sin el aporte de aquellos interesados en investigar y actuar permanentemente en el compromiso de superar los aspectos de riesgo de la fase juvenil en todos los niveles posibles.



Bibliografía

- Ausubel, D. (1954) *Theory and Problems of Adolescent Behaviour*. Ed. Grune and Stratton, New York.
- Backett, E.M.; Davier, A.M., Petros-Barvazian, A. (1984). *The Risk Approach in Health Care*. World Health Organization. Public Health Papers. No. 76. Geneva.
- Bejarano, J. y Jiménez, F. (1993). El Consumo de Drogas en el Adolescente Costarricense. En *Adolescencia y Salud. Tercera Antología*. Programa de Atención Integral al Adolescente. Caja Costarricense de Seguro Social. San José.
- Blos, P. (1981). *La Transición Adolescente*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Blum, R. (1995). *Asesoría al Seminario sobre Indicadores de Desarrollo Adolescente*. Asociación para el Estudio de la Adolescencia y OPS. San José.
- Brain, L.S. (1986). Adolescent Suicide-Assessment and Management by Primary Care Physician. *Seminars in Adolescent Medicine*. Vol. 2, No. 4.
- Department of Health and Human Services (1994). *Health risk Behaviours Among Adolescents. Who Do and Not Attend School. United States, 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report*. Vol. 43. No. 8. U.S.A.
- Donas, S. (1994). Nuevas consideraciones sobre protección y riesgo. *Jornadas Internacionales de Adolescencia. Congreso Latinoamericano de Pediatría*. San José.
- Donas, S. (1992). *Marco Epidemiológico-Conceptual de la Salud Adolescente*. OPS. Representación de Costa Rica. San José.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Gresham, F.M., & Lemanek, K.L. (1986) Social Skills and Interpersonal Problem Solving Skills in Suicidal Adolescents. *Seminars in Adolescent Medicine*. Vol. 2 No. 4.
- Grotberg, E.H. (1993). *Promoting Resilience in Children: A New Approach*. Work Document. Civitan International Center. Birmingham, Alabama.
- Hoffman, A.E. (1990). Clinical assesment and management of health risk behaviour. *Adolescent medicine. State of the art reviews*. Vol. 1.No. 2 Philadelphia.
- Irwin, Ch. E. (1990). The Theoretical Concept of Art-Risk Adolescent. *Adolescent Medicine. State of the Art Review*. Vol. 1 No. 2. Philadelphia.
- Irwin, Ch. E; Millstein, S.G. (1987). Biopsychosocial Correlates of Risk - Taking Behaviours during Adolescence. *Journal of Adolecent Health Care*.
- Jessor, R. (1993). Succesful adolescent development among youth in high risk settings. *American Psychologist*.
- Jessor, R. (1991). Risk Behaviour in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescence Health*. New York.
- Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y Educación*. Segunda Edición. Editorial EUNED, San José.
- Krauskopf, D. (1994). *Resultados preliminares del estudio en púberes costarricenses. Colaboración con el Proyecto Internacional Promoción de la Resiliencia en los Niños*. CIVITAN International Center, División de Educación Básica de la UNESCO, O.P.S.
- Krauskopf D., Calvo, J.A., Gutiérrez, A.L. Miranda, D. (1992). *Adolescencia en Costa Rica: necesidades de su atención en salud y sexualidad*. Universidad de Costa Rica, Oficina Panamericana de la Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. San José.
- Krauskopf, D. y Cabezas, M. (1992). *Condiciones psicosociales del embarazo en adolescentes. Aspectos psicosociales en el Área Metropolitana de San José*. Segunda edición. *Actualidades en Psicología*, Vol. 5, No. 42. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. San José.
- Larson, R. (1988). The High School "Junior Theme" as an Adolescent Rite of Passage. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 17, No. 4.
- O.M.S. (1989). *La salud de la juventud*. Documento de referencia. Serie Discusiones Técnicas. Ginebra.
- Perry, Ch. L. y Jessor, R. (1985). *The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse*. *Health Education Quarterly* John Wiley, sons, ed.
- Porras, A.I. (1993). *Condiciones psico-socio-culturales del embarazo de adolescentes primigestas en zona rural*. V Congreso Internacional y Multidisciplinario de la Mujer. San José.
- Roldan, C. (1994). *Prevención de la violencia y el fracaso escolar*. *Jornadas Internacionales de Adolescencia. Congreso Latinoamericano de Pediatría*. San José.
- Rutter, M. (1992). Resilience: Some conceptual considerations. *Conference on Social Change and Development in Adolescence: a Focus on the Americas*. O.P.S. Washington, D.C.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanism. *American Journal Orthopsychiatry*. 57(3).
- Silber, T. (1992). *Prevención y Promoción de la Salud Adolescente*. En Silber, T.; Munist, M., Maddaleno, M., Suárez, E. N. Editores. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Serie PALTEX No. 20. Organización Panamericana de la Salud Washington.
- Suárez, E.N. y Krauskopf, D. (1992). *El enfoque de Riesgo y su Aplicación a las Conductas en la Adolescencia. Una Perspectiva Psicosocial*. En prensa, OPS. Washington.
- Suárez, E.N. (1993). "Resilience" o Capacidad de Sobreponerse a la Adversidad. *En Medicina y Sociedad*. Vol 16. No. 3.
- Torres - Rivas, E. y otros (1989). *Escépticos, Narcisos, Rebeldes: 6 estudios sobre la juventud*. FLACSO. San José.
- Weinstein, J. (1992). *Riesgo Psicosocial en Jóvenes*. OREALC. Santiago de Chile.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN EN LOS JÓVENES*

Dr. Maurizio Mannocci Galeotti

Subdirector Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas

En primer lugar, quiero agradecer a la OIJ, al Viceministerio de la Juventud, a las agencias del sistema de las Naciones Unidas, a la OPS, a la UNICEF, al FNUAP, por la invitación para participar en este significativo evento regional.

A quien se ocupa del adolescente la drogadicción la conoce ya, porque en todos los países de América este problema afecta ya enormemente a este grupo de población. Así que no necesito gastar tiempo en poner el tema frente a ustedes, sino que le haré una pequeña síntesis sobre el enfoque que utilizamos en nuestro trabajo en la óptica de encontrar puntos en común.

HISTORIA Y MANDATO DE UNDCP/PNUFID:

En diciembre de 1990 la Asamblea General de las Naciones Unidas creó el Programa para la Fiscalización Internacional de la Droga, con el fin de unificar todos los estamentos del sistema que desarrollaban acciones en la lucha contra la droga. El Programa fue encargado de atender los objetivos¹ del decenio (1991-2000) de Naciones Unidas contra el uso indebido de drogas.

Sus políticas se rigen por los varios tratados internacionales firmados y ratificados por la gran mayoría de los países y su mandato se ha concretado en tres grandes campos de acción: desarrollo alternativo, reducción de la demanda y apoyo al sector justicia. En esta tarea el UNDCP ha abierto sus oficinas de campo en 20 países de Asia, América, África y Europa, cumpliendo también proyectos puntuales en otros países.

Financieramente el UNDCP recibe contribuciones voluntarias de un número reducido de países miembros de las Naciones Unidas, debido a que no forma parte de las cuatro agencias "obligatorias" de Naciones Unidas, como OMS/OPS. Los donantes, por orden de importancia, son los siguientes: Italia, Estados Unidos, Suecia, Alemania, Reino Unido, Japón, España, Dinamarca, Australia, Austria, Bélgica, Comunidad Europea, Finlandia, Países Bajos, Noruega, Canadá y Suiza.

En cuanto a reducción de la demanda, el mandato de UNDCP excluye las drogas "lícitas" tabaco y alcohol, así como ciertos estimulantes [café, té, etc.]. Está enfocado en el consumo de las drogas ilícitas, según lo establecido por los convenios internacionales. En los últimos años se ha ampliado el campo de acción de las sustancias psicotrópicas objeto de prevención, añadiendo algunas legales como los psicofármacos, los inhalables y las drogas de diseño (ej.: éxtasis).

1) PERSONALIDAD DEPENDIENTE Y RIESGO DE ADICCIÓN EN EL ADOLESCENTE

En otras ponencias se profundizará sobre la naturaleza de la adolescencia y sobre la profunda presión interna y externa a la que está expuesto el adolescente. Aquí sólo quiero enfatizar los siguientes aspectos:

1.1. Adolescencia como período en el que madura el psiquismo ("naci-

* [Las consideraciones expresadas en esta ponencia no reflejan necesariamente la opinión de UNDCP]

- (1) A. Prevención y reducción del uso indebido de drogas con miras a eliminar la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- B. Tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los drogadictos.
- C. Fiscalización de la oferta de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- D. Eliminación del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- F. Fortalecimiento de los sistemas judicial y jurídico y de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.
- G. Medidas que han de adaptarse contra el desvío de armas y explosivos y contra el tráfico ilícito por barco, avión y vehículos.

miento psicológico") [en paralelo con el proceso de maduración neurológica de los primeros dos años].

1.2. El desarrollo psicofísico como proceso continuo, con momentos de discontinuidad (ej.: adolescencia) en donde la persona supera gradualmente su condición de total dependencia del nacimiento, hacia un siempre mayor grado de autonomía y de responsabilidad:

- De la unidad absoluta (feto - vida intrauterina)
 - > a los objetos parciales (seno materno)
 - > a la diada primaria madre/hijo
 - > al objeto transaccional (ej. "osito" preferido)
 - > a la triada madre/hijo/padre
 - > a la relación con los demás (parientes/pares)

En términos psicoanalíticos, se va ordenando y conformando la estructura profunda del id, del ego y del superego, que se traduce en conciencia del se, en voluntad, etc.

1.3. Extrema arbitrariedad en delimitar la adolescencia

	PLANO FÍSICO	PLANO PSICOLÓGICO
INICIO	PUBERTAD (DURACIÓN PROMEDIO TRES AÑOS)	DESTRUCCIÓN DE LOS JUGUETES INFANTILES MÁS QUERIDOS
TERMINACIÓN	MADUREZ DE LA FUNCIÓN SEXUAL (10/14 AÑOS)	INDEPENDENCIA ECONÓMICA

1.4. La frecuente no coincidencia temporal de los dos planos crea aún más factores de riesgo en los dos niveles:

a) Individuales:

- aumento de la agresividad y de los impulsos (también por los cambios hormonales),
- equivocada percepción de los riesgos (por inmadurez cognitiva),
- tendencia a actuar de manera contraria a las expectativas de la familia y de la sociedad (por la persistencia del mecanismo infantil de afirmarse a través de la negación),
- curiosidad y necesidad de nuevas experiencias (para contestar al incremento de la capacidad cognitiva),
- primeros síntomas de una psicopatología latente.

b) Ambientales:

- difícil aceptación familiar de los nuevos comportamientos y del rol (por

percepción equivocada y subestimación de los padres),

- fácil disponibilidad de la droga,
- influencia negativa de los medios masivos de comunicación (que bombardean al adolescente considerándolo simplemente un potencial consumidor),
- degradación del entorno social, escolar o laboral,
- permisividad legal sobre el consumo individual de drogas,
- necesidad de obtener la aprobación de los compañeros (por el deseo de pertenecer a algo, debido a que el adolescente siente que la familia ya no comparte sus nuevos valores).

1.5. "Generation gap", por la gradual falta de identificación del hijo con las expectativas de los padres, que interrumpe la comunicación con ellos y lleva a que los pares influyan más en él. Además, en las sociedades en transición como son las de las áreas urbano-marginales, los hijos no vivirán la vida de sus padres y las vidas de sus propios hijos serán sustancialmente distintas.

1.6. Las creencias, costumbres y hábitos que se adquieren durante la pre-adolescencia (10/12 años) y la adolescencia (13/15 años) y que se logran configurar en el joven manteniendo el estímulo y la capacidad de actuarlos como comportamientos, es muy difícil modificarlos en la madurez. Esto es válido para las creencias, los hábitos y los comportamientos tanto "buenos" (que favorecen la realización del individuo) como "malos" (que favorecen las sociopatías y/o las psicopatologías).

En conclusión, durante la adolescencia el sujeto tiene que comprender sus muchos cambios psico-físicos, responder a muchas expectativas del medio familiar y social, aceptar su nuevo rol y afirmar un nuevo *status*. Obviamente, todo esto pone al adolescente en una condición de alta vulnerabilidad psico-afectiva. Indicadores como suicidio y tentativas de suicidio, abandono del hogar, drogadicción, hábitos violentos, etc., reflejan fielmente esta situación de profundo estrés vivido por el sujeto.

Cabe subrayar la peligrosa concordancia entre los factores "fisiológicos" de riesgo propios de la adolescencia ya mencionados (individuales y ambientales), con la descripción de los patrones de personalidad del drogadicto.

- la personalidad dependiente es la que describe mejor al drogadicto:
 - quiere todo y en seguida,
 - incapacidad de aceptar y elaborar las frustraciones,
 - exclusividad en una sola relación significativa, superficialidad en todas las otras,
 - anestesia de los sentimientos,

- incapaz de una verdadera comunicación, aceptando falsas comunicaciones,
- vive un falso se, como si fuera una "caja vacía",
- baja autoestima/inseguridad,
- rápidamente pasa de la depresión a la excitación psicomotora,
- rasgos obsesivos y persecutorios,
- alienación, como un progresivo extrañamiento del proyecto de realización del ser como persona y de los medios necesarios para concretarlo.

Como se puede notar, varias de estas características las encontramos "fisiológicamente" en la infancia, y "fisiológicamente" se superan y se elaboran en la adolescencia para desaparecer en la madurez.

Les presento ahora un texto escrito en los años sesenta por un tóxicodependiente, residente en una de las primeras comunidades terapéuticas, DAYTOP (USA), en el cual se resume mucho de lo arriba mencionado de manera vivencial:

¿POR QUÉ ESTAMOS AQUÍ?

"Estamos aquí porque no existe refugio alguno donde escondernos de nosotros mismos. Hasta que una persona no se confronte en los ojos y en el corazón de los demás, escapa. Hasta que no permite a los demás compartir sus secretos, no se libera de ellos. El hombre que teme ser conocido no puede conocerse a sí mismo ni conocer a los demás; está sólo.

¿Dónde podremos conocernos mejor sino en nuestros puntos comunes? Aquí, juntos, una persona puede manifestarse claramente a sí misma, no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus temores, sino como un hombre, parte de un todo, con una contribución para ofrecer.

Sobre este terreno todos podemos echar raíces y crecer, no ya solos como en la muerte, sino vivos para nosotros mismos y para los demás".

2) EL CONSUMO DE DROGAS COMO OPCIÓN VITAL Y SUS EFECTOS NEGATIVOS EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL PARA ALCANZAR LA MADUREZ

2.1. Breve caracterización del problema que tenemos que prevenir:

LA DROGADICCION JUVENIL MODERNA

- Como la entendemos hoy, la drogadicción juvenil apareció en los años 60 y, desde entonces, sigue fielmente la expansión del modelo de sociedad de consumo de tipo occidental. Además, parece ser funcional a la misma por la forma como se va adaptando a sus patrones de relaciones humanas, sociales y económicas.
 - Los estudios sobre el tema nos permiten señalar que la drogadicción juvenil es masiva, vale decir, que este fenómeno se presenta en todas las clases sociales, en todos los países y en todas las culturas.
 - Puede afirmarse también que la drogadicción juvenil tiene una edad de inicio cada vez más precoz.
 - Afecta más la calidad de la vida de los adolescentes y de los jóvenes.
 - Hay carencia de patrones protectores psicológicos, sociales y culturales para manejar el consumo de drogas en la sociedad actual. Debido a un crecimiento tan sorpresivo, la sociedad moderna no ha tenido tiempo, ni probablemente lo tendrá, para ajustarse y aprender a manejar este fenómeno, evitando la desintegración individual y social. Quizá el único intento en esta dirección es el de las estrategias de reducción del daño. (Ej.: En una sociedad tribal amazónica el uso de drogas es fruto de la ancestral sabiduría arraigada en el pueblo. Su uso está bien definido y reglamentado a todos los niveles, con roles precisos. Esto hace que adquiera un valor positivo de facilitación de una profunda socialización y de conocimiento, fortaleciendo al mismo tiempo el tejido social. Mientras entre nosotros, las drogas son un mero producto de consumo que sigue las reglas del mercado con todos los patrones negativos de fomentar una actitud pasiva en el consumidor, que no tiene ninguna capacidad para poder manejar el efecto desintegrador de las drogas. Aquí frutos de una aislada sabiduría de lejanos científicos (hoja de coca versus cocaína/drogas de síntesis/uso intravenoso).
 - hay incentivos permanentes para su uso y extrema facilidad en conseguirla.
- (aun aceptando que el problema no es la droga sino la drogadicción y que en términos terapéuticos no existe la drogadicción sino cada tóxicodependiente, es verdad también que sujetos con rasgos de persona-

lidad dependiente que no encuentren la droga, pueden no alcanzar su desarrollo psico-social y evidenciar graves síntomas de malestar tanto a nivel psicopatológico como de desadaptación social, pero no se vuelven tóxicodependientes. Todo esto es importante para el área de acción de nuestra agencia, definida por su mandato).

- la disponibilidad de nuevas drogas, con nuevos efectos y distinta vía de absorción (L.S.D., drogas de diseño, prozac, uso intravenoso, etc.), con una progresiva expansión de la politoxicoddependencia.
- la existencia de una pseudocultura difusa que asocia el consumo de droga con el ejercicio de la libertad, con la rebeldía (ej.: el "bareto", el "porro" de marihuana, "hace menos daño que el cigarrillo" y es expresión de mi no aceptación de la hipocresía del "status quo", que considera las drogas (lícitas e ilícitas) iguales en sus efectos psicofísicos dañinos, perdiendo la percepción sobre su real peligrosidad para la salud y el desarrollo psicofísico del consumidor.

- el abuso frecuente de drogas lícitas (la más difusa es el alcohol) es un factor de riesgo muy importante para el paso al consumo de las drogas ilícitas.

2.2. Los efectos desintegradores de la drogadicción sobre un ser en fase de definición y bajo estrés "fisiológico" como es el adolescente se pueden deducir fácilmente. Para citar algunos de ellos puedo mencionar:

- la falsa construcción del ser, la anestesia de sentimientos y otros factores intrínsecos al "ser un adicto" que vive una relación "simbiótica" con la droga, bloquean el desarrollo psíquico del sujeto, impidiendo la construcción autónoma de su proyecto de vida.
- la insuficiente estructuración emotiva de un adicto a los dramas "fisiológicos" de la vida, que lo vuelven aún más vulnerable a psicopatologías, a comportamientos de alto riesgo individuales y sociales.
- la drogadicción como ancla al sobrevivir sub-humano (trabajadores sexuales, obreros en trabajo negro, etc.).

(salud mental: una persona que en una relación dinámica no ambivalente, intenta continuamente adaptar el medio a sus necesidades/deseos conscientes e inconscientes, aceptando la frustración de nunca llegar a la total satisfacción)

3) LINEAMENTOS PARA UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN

Una política impactante no surge sólo de las elites a través de la expedición de leyes que no se aplican o de estudios teóricos que no encuentran posibilidades de implementación prác-



tica. Necesita también ser expresión de una cultura reconocida por las distintas articulaciones del cuerpo social y, a su vez, ser fruto de una toma de conciencia previa del problema. Somos conscientes, no obstante, de las dificultades que implica crear una cultura de la prevención sobre algo que todavía no se puede ver, sino sólo "pre-ver", imaginar...

En una óptica sistémica, hay que presentar también la posibilidad de que una política promueva una cultura, promoviendo normas legales y, por consecuencia, normas sociales. Este aparente círculo vicioso muestra en realidad la indispensable complementariedad entre los administradores políticos, los servicios públicos que de ellos dependen y la sociedad civil, donde las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones juveniles son su expresión más adelantada, pero donde también el sector productivo privado tendrá que asumir su parte de responsabilidad.

(Ej.: La disminución en el consumo del tabaco en los países más "desarrollados" ha sido producto no tanto de los planes de prevención de los ministerios de salud, como de la "cultura del cuerpo" que se ha ido afirmando en los jóvenes y, más que todo, de la presión del sector privado que estaba empezando a elaborar productos para el autocuidado del cuerpo, tanto para mujeres como para hombres).



Ahora todos concuerdan en que "la drogadicción es un problema multifactorial complejo" que necesita de una respuesta integral, y así la solución aceptada es la "prevención integral" (PI). Pero los problemas surgen no en el marco teórico de la PI sino en su aplicación operativa (en el "cómo" historicista y mutante).

Integralidad en la respuesta a la drogadicción no es "globalidad de acciones llevadas a cabo por un único actor (casi omnipotente)".

Integralidad de acción sobre una población objeto significa multiplicidad de actores que operan sobre la misma población objeto, no sobre un sólo actor que responde a todas las necesidades. De ahí la necesidad de una coordinación interinstitucional real y efectiva. Se podría hablar entonces de prevención "integrada" más que "integral".

Entonces la prevención integral es sólo una parte, o, mejor, es una herramienta para implementar el desarrollo humano (DH); no es sinónimo de éste. El desarrollo humano es mucho más omnicompreensivo. Prevención integral es buscar el DH de los sujetos en situación de alto riesgo de drogadicción. No es buscar el DH de todos los sujetos, que pueden no volverse adictos a sustancias psicoac-

tivas o desarrollar otras dependencias (sexo, juegos de azar, deporte, padres, etc.) y, de todas maneras, no alcanzar su desarrollo humano.

El sentido primario del prevenir es completamente positivo, no es prohibir o inhibir: es avisar no sobre lo que es malo sino sobre lo que es bueno; es brindar alternativas positivas de desarrollo (respuestas a necesidades) antes de que ocurra el problema (necesidad insatisfecha) para evitarlo. Entonces se podría decir que se trata de una pedagogía del "placer" contrapuesta a una pedagogía del "deber".

Además, prevención como capacidad de cambio por parte de ambos: de quien quiere prevenir y de quien es objeto de esta prevención.

Antes de poner en discusión el tema de la política de prevención quiero hacer énfasis sobre una causa básica de la drogadicción, conocida por todos, pero cuya importancia a veces se olvida: el "placer de los sentidos" de las drogas, que es fundamentalmente "bella". Pero, por suerte, por un tiempo breve. Afirmación que aunque muy obvia tiene mucho peso en el decidir el "qué hacer" para prevenir su consumo/abuso y para luchar exitosamente contra su dependencia.

Una política de prevención tendría que incluir dos grandes orientaciones:

- Crear una cultura difusa de la prevención en las familias, en las comunidades, en los servicios y en las instituciones, orientada a brindar habilidades socioculturales que permitan a estos actores prevenir y manejar la drogadicción en su medio.
 - Respaldo la prestación de servicios sociales básicos (incluyendo los específicos para tóxicodependientes) tanto públicos como privados (sin finalidad de lucro), ampliando su cobertura, mejorando su calidad y ampliando su capacidad de resolución de problemas en el primer nivel.
- * Aquí hay que reivindicar la importancia primaria de las estrategias, tanto como de las políticas, debido a que la actual claridad y concordancia sobre el "qué" hacer no se refleja todavía en el "cómo" hacerlo.

Así, estrategias ampliamente reconocidas como:

- colaboración interinstitucional e intersectorial,
 - participación de la comunidad y de la familia,
 - comunicación intrapersonal e interpersonal,
 - educación/formación participativa,
 - promoción de la comunicación/integración intergeneracional,
 - capacitación continua de profesionales de distintos sectores,
 - investigaciones aplicadas,
 - sistemas de evaluación y monitoreo (etc.).
- pueden tener impacto sólo si son implementadas utilizando mecanismos efectivos, novedosos, sostenibles y adecuados a la original realidad socio-cultural y económica del entorno de los jóvenes en situación de riesgo, objetivos de la acción preventiva.

Además, otro elemento a tomar en cuenta antes de formular estrategias es el siguiente:

Los países latinoamericanos son sociedades en transición profunda, que viven en una complejidad particularmente difícil, no sólo desde un modelo tradicional hacia uno industrial, sino también hacia uno postindustrial de tipo terciario (de los servicios). Así que hay una convivencia forzosa entre grupos sociales que viven una dimensión postindustrial y postideológica al mismo tiempo y, a veces, en el mismo espacio en que otros viven realidades que se podrían definir como "preindustriales".

Todo esto se refleja como un importante elemento que favorece los factores de riesgo de drogadicción de los jóvenes y, además, requiere una respuesta compleja y flexible por parte de todos los actores interesados en la superación del problema de

la droga. Por esto hay necesidad de seguir identificando nuevas estrategias flexibles y dinámicas.

Aquí surge la necesidad de una planificación de amplio espectro orientada hacia:

- la prevención tanto individual como colectiva, que incluya la dimensión psicológica e individual y la dimensión social e interpersonal.
- la prevención específica (ej.: reglamentación legal que reprima el uso, medidas sociales para grupos de alto riesgo, medidas educativas en el marco de la educación para la salud, orientadas hacia el desarrollo de conocimientos, actitudes y capacidades para adoptar los patrones de una vida sana.
- la prevención no específica (sobre los factores de riesgo generales) como ocupación productiva del tiempo libre, asociacionismo juvenil, actividades deportivas, culturales, artísticas.

LINEAMENTOS ESTRATÉGICOS PRIORITARIOS PARA EL UNDCP

- Buscar siempre que las acciones promovidas afecten las variables relativas:
 - al individuo,
 - al medio social,
 - a la droga (a sus efectos, a su disponibilidad, etc.).
- Permear otros programas y proyectos ya existentes con los conceptos de la prevención de la drogadicción, sensibilizando a los profesionales y a las mismas instituciones sobre los distintos factores de riesgo y sobre cómo neutralizarlos. (Por ejemplo, insertar en los planes locales de desarrollo el componente para la superación de la drogadicción, con el objetivo de alcanzar a nivel local, no tanto programas específicos, sino permear con contenidos específicos de prevención las actividades y acciones generales de promoción al desarrollo humano sostenible de las varias entidades (departamento, alcaldía, junta de acción local, etc.).
- Financiar siempre menos actividades de préstamo de servicios, de campañas masivas de comunicación y encuestas de hogares nacionales o locales, orientándose más hacia el apoyo técnico, especialmente de experiencias novedosas;
- Arraigar en el mismo nivel local la coordinación y colaboración entre todos los sujetos institucionales y fuerzas vitales (ONG's y OG's) que enfrentan no tanto "para" sino "con" los jóvenes sus problemas.
- Apoyar la reformulación del propio "¿qué hacer?" por parte de los servicios para los jóvenes, identificando el menor como sujeto portador de derechos.
- Favorecer la ejecución de proyectos a nivel descentralizado y por los municipios. Al mismo tiempo, limitar el área de ejecución del nivel nacional a la legislación y normatización, al marco político para la coordina-

ción interinstitucional, a la elaboración de políticas y a la fijación de grandes prioridades.

- Privilegiar la aprobación de proyectos bi y multilaterales con más sujetos de cooperación internacional para una cooperación integrada.
- Incluir en los proyectos, desde su comienzo, una gradual institucionalización en sus distintos frentes:
 - lograr la creación de un plan municipal o sectorial,
 - involucrar al sector productivo público y privado, mostrando siempre el costo/beneficio de la prevención; no solo su aspecto moral sino también el económico,
 - alcanzar la institucionalización “no formal” en la comunidad y crear una cultura local de la prevención en la sociedad.
- Prever mecanismos confiables para sostener proyectos y para mejorarlos.
- Flexibilizar y adaptar cualquier estrategia a las realidades locales de las microculturas reconocidas del sujeto de riesgo o del ya adicto.
- Optimizar el uso de la información que ya se está recogiendo para la planificación.
- Promover proyectos subregionales como el de Control del Mercado Negro de los Psicofármacos y de las Drogas de Diseño y otras formas de cooperación horizontal.
- Ofrecer orientación vocacional y formación profesional adecuada, facilitando la vinculación al medio laboral.
- Valorar las iniciativas de socialización positiva, cuya finalidad es obstaculizar los procesos de marginación y desadaptación social (iniciativas para proponer un uso positivo del “tiempo libre” a través del desarrollo de organizaciones juveniles autónomas), enfrentando los problemas reales de los jóvenes con ellos mismos y no sólo para ellos.
- Facilitar la identificación del propio rol del joven en el medio urbano marginal, gravado por los fenómenos de desagregación social.

POBLACIONES OBJETIVO PRIORIZADAS POR LA COOPERACIÓN DE UNDCP:

- Pre-adolescentes y adolescentes por su gran potencialidad de ser prevenidos (ver 1.6.) y por el creciente grado de afectación que van mostrando las encuestas;
- Geográficamente, la población de las áreas urbano-marginales de las grandes ciudades y otras áreas rurales o urbanas muy específicas, donde por varias razones haya un uso masivo de sustancias psicotrópicas;
- Los grupos poblacionales de alto riesgo y menos cubiertos por los servicios, con mayor afectación de su desarrollo personal y de su integración social:
- Jóvenes, población de la calle, indigentes, niños trabajadores, pandilleros, pequeños expendedores, trabajadores sexuales, enfermos mentales, etc.

- Priorizando la perspectiva de género, desarrollando modalidades específicas de prevención y rehabilitación para la drogadicción en niñas, muchachas y mujeres;
- La prevención de la drogadicción en el medio laboral y en el medio universitario;
- La relación entre VIH/SIDA y drogadicción, tanto a través del uso intravenoso como de los hábitos sexuales de riesgo (Ej.: trabajo sexual).

4) ROL Y POTENCIALIDADES TERAPÉUTICAS DE LAS ORGANIZACIONES JUVENILES EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

4.1. Acciones directas hacia el joven en riesgo

Ser un actor participe en la construcción de una cultura difusa de la prevención:

- reducir la aceptación social de los pares hacia el abuso frecuente (consumo no integrado) de las drogas legales como el alcohol.
- desmitificar el falso rol del uso de drogas en el sustento de valores positivos (como libertad, independencia, etc.), desvinculando la obtención de los mismos (como alegría, socialización, etc.) del consumo de drogas.
- sensibilizar sobre el dolor, la violencia y el daño ecológico producidos por el tráfico de las drogas (producción, transporte, distribución).
- valorar la cultura del cuerpo y el respeto de éste.
- facilitar la comunicación real interpersonal e intrapersonal

4.2. Acciones directas hacia el drogadicto
(Una clasificación que nos puede orientar, entre las muchas que hay en la definición de drogadicto es la que identifica al:

- consumidor ocasional
- consumidor habitual
- adicto compulsivo
- además de los anteriores (4.1.), especialmente para limitar el paso del consumo ocasional al habitual y de drogas “blandas” a drogas “duras”, con menor posibilidad de consumo “integrado” en el marco de las estrategias de reducción del daño.
- participar en su reinserción social no sólo a través del trabajo voluntario individual o como grupo con ONG’s y OG’s que tratan este problema,

sino también como parte de la sociedad civil y del mundo estudiantil y laboral, que tiene que aceptar y no discriminar a los jóvenes que salen de los programas de rehabilitación.

4.3. Acciones indirectas hacia el Estado y la Sociedad Civil

- Solicitar el respeto del joven, señalando todas las situaciones en que es utilizado, no abiertamente, sino como medio para obtener aprovechamientos que no benefician necesariamente al joven (cierta publicidad, manipulación politiguera, etc.).
- Vigilar el cumplimiento de los compromisos institucionalmente adquiridos por parte de los estamentos públicos y privados para la realización de los derechos del joven, a través de una acción a nivel político.
(En 1960, el Padre Lorenzo Milani sostenía que "buscar la solución de un problema individualmente, es egoísmo; buscar la solución en grupo, juntos, esto es política", y justo a esto me refiero cuando hablo del rol político de las ONG's).
- Desarrollar siempre un papel más activo, propositivo y no de simple "consumidor" de servicios en utilizar el préstamo de los mismos por parte de las diferentes entidades.



LAS MESAS REDONDAS



Mesa redonda sobre sectores y áreas de intervención en el ámbito de la salud adolescente



LAS EXPERIENCIAS NACIONALES:

LOS CASOS DE BRASIL,

CHILE, COLOMBIA

Y COSTA RICA

O PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE (PROSAD/NO BRASIL)

Olga Maria Bastos

Consultora OPS

Em 1989, no Brasil, foi oficializado o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), pelo Ministério da Saúde, sendo então publicadas as Bases Programáticas.

Os adolescentes (indivíduos de 10 a 20 anos), representam 21,8% da população brasileira, que conta com 153 milhões de habitantes. Sua vulnerabilidade aos agravos de saúde, assim como as questões econômicas e sociais, nas áreas da educação, cultura, trabalho, justiça, lazer, esporte e outros, mostrava a importância de um cuidado que respondesse aos seus anseios e necessidades, determinando uma atenção mais específica e abrangente.

Os problemas de saúde encontrados mais freqüentemente nos adolescentes no Brasil, são as cáries dentárias, doenças dermatológicas e otorinolaringológicas, distúrbio psicomotor, parasitoses intestinais, distúrbios da nutrição e do crescimento, assim como do aparelho locomotor e do sistema nervoso.

Não dispomos de dados confiáveis que reflitam a real situação de gravidez em adolescentes, mas sabemos que é elevado o número de abortos e suas complicações, assim como a descontinuidade nos estudos e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho para as mães adolescentes.

Um outro aspecto que nos preocupa é a evasão escolar. Das 32 milhões de crianças que ingressam na escola, 17% alcançam o fim do ensino fundamental, 9% o fim do ensino médio e somente 1,8% completam o nível superior. Esse fato contribui para o subemprego dos jovens. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 51,3% estão trabalhando e freqüentemente de forma informal, não se beneficiando das leis trabalhistas.

Uma situação séria que enfrentamos na atualidade, principalmente nos grandes centros, é a violência. Estão aumentando o número de óbitos entre os jovens por acidentes com armas de fogo e armas brancas, assim como os ocorridos por atropelamentos e acidentes automobilísticos.

Também se observa um aumento do número de adolescentes com infecção pelo HIV, e o aparecimento de SIDA nesse grupo populacional.

Com a oficialização do Programa e a elaboração das Bases, o Ministério da Saúde define objetivos, diretrizes e estratégias, que tem por finalidade promover, apoiar, integrar e incentivar práticas nos locais a ser implantado o Programa e onde ele já está em atividade.

Buscou-se a integração com outros setores, visando a promoção da saúde, da detecção dos grupos de risco e de detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos adolescentes.

Foi reforçada a importância do trabalho da equipe multidisciplinar no estabelecimento da integração com instituições e comunidades, pois acredita-se que a participação comunitária associada à reestruturação das políticas sociais e econômicas são essenciais para a solução dos problemas de todos os segmentos populacionais.

Práticas educativas e participativas que permitem todas as ações dirigidas aos adolescentes foram planejadas para serem desenvolvidas, possibilitando aos adolescentes conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde.

O sistema de referência e contra-referência deve ser compreendido de forma bem ampla, incluindo além dos três níveis de atenção da saúde, os centros culturais e organizações comunitárias, com o objetivo de promoção de saúde.

A articulação entre os setores governamentais, tais como Educação, Trabalho, Cultura, Justiça, Lazer e outros, e os não governamentais é importante para assegurar a integralidade das ações.

As atividades básicas dirigidas ao adolescente têm como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde dessa

população. Essas atividades são o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, o trabalho, a cultura, o esporte e o lazer. Deverão ser desenvolvidas com qualidade e utilização de tecnologia simples, respeitando a epidemiologia dos problemas regionais de saúde dos adolescentes, em consonância com a organização e capacidade operativa da rede dos serviços básicos de saúde e da disponibilidade e captação do pessoal.

Deve ser garantido um espaço livre para intercâmbio de informações sobre a adolescência, através de discussões individuais ou em grupos, com setores com os quais os serviços tenham contato.

Em relação à ampliação da cobertura, temos bons resultados. Dos 27 estados brasileiros, 25 têm o PROSAD implantado. Em alguns estados somente nas capitais, e em vários temos o Programa funcionando em alguns municípios também. Muitas universidades do país também o tem, contribuindo na formação de profissionais com uma visão e uma preocupação com esse grupo populacional.

Na atenção, são contemplados os 3 níveis, de primário a terciário, na dependência da disponibilidade de recursos materiais e humanos de cada estado ou município. Em alguns serviços temos a equipe completa (médico clínico ou pediatra, ginecologista, dentista, nutricionista, enfermeira, assistente social, psicólogo e auxiliar de enfermagem), enquanto em outros ela é composta por alguns desses profissionais, em função da possibilidade do local.



A participação do adolescente como multiplicador junto aos seus pares deve ser estimulada, pois é um meio efetivo de promover conhecimentos, detectar situações e discutir o processo da adolescência, favorecendo dessa forma a valorização dele próprio e de seu grupo.

Após 7 anos da implantação oficial do Programa conseguimos muitas vitórias, mas ainda bem distantes do que desejamos.

Tendo em vista a imensa dimensão do nosso país, o número expressivo de adolescentes e o montante dos serviços que de alguma forma prestam atenção à saúde do adolescente, não nos foi possível ter uma avaliação real da implantação do programa.

Foram elaboradas as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, destinadas ao profissional que atende ao adolescente no nível primário da atenção.

Ainda mostrando a evolução do Programa, foi acrescido a ele, entre suas ações prioritárias, a atenção à família do adolescente.

Este ano, a Coordenação Materno-Infantil propôs ao Ministério da Saúde, que na atenção sejam incluídos os jovens de até 24 anos.

Temos hoje no Brasil, 134 profissionais de saúde treinados para serem multiplicadores docentes-assistenciais, em

disêntintas áreas do país. Esse treinamento foi organizado pelo Ministério da Saúde, a OPS local e a Universidade de São Paulo, contribuindo para o desenvolvimento do PROSAD.

Uma outra grande contribuição ao desenvolvimento do PROSAD, é que em 1994, foi criada a Rede Adolec-BIREME, num trabalho desenvolvido em conjunto com a BIREME e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através de sua Unidade Clínica de Adolescentes, com financiamento do Projeto OPS-Kellogg. Essa Rede tem entre suas finalidades o cadastramento dos profissionais e instituições que desenvolvam trabalhos com adolescentes, a fim de possibilitar uma maior troca de experiências entre os serviços/setores, não somente da área de saúde. Essa Rede facilitará a avaliação da implantação do Programa no nosso país.

Nesse Encontro definimos atividades a serem desenvolvidas, como os Pontos Focais poderiam colaborar e os resultados que esperamos.

Aos PFO compete auxiliar na identificação de pessoas elegíveis para a capacitação em cursos, seminários e bolsas. Dessa forma estão colaborando para que haja uma participação efetiva na rede de Atenção ao Adolescente e na detecção de novos grupos no país, favorecendo a extensão da rede. As linhas de treinamento serão nas áreas de gerenciamento e liderança, trabalho intersetorial, aprimoramento em crescimento e desenvolvimento, teorias motivacionais e dinâmica de grupo, saúde reprodutiva, e na sensibilização.

Na difusão do conhecimento, os PFO têm entre suas atividades a participação no Congresso Brasileiro de



Nesse mesmo ano, o Projeto OPS-Kellogg, em acordo com a Organização Pan Americana de Saúde-Brasil e o Ministério da Saúde, indicou 3 profissionais, que trabalham na rede pública de saúde, para serem Pontos Focais (PFO).

A indicação de 3 nomes se fez necessária, pois levou-se em conta a grande extensão territorial do país, e o grande número de instituições que desenvolvem trabalhos com adolescentes.

A Coordenadora do Programa do Adolescente do Ministério da Saúde, convidou os Pontos Focais para participarem da elaboração do Plano Anual de Trabalho do PROSAD, a fim de fortalecer o papel dos Pontos Focais frente aos demais profissionais e possibilitando um melhor conhecimento de questões administrativas.

Adolescência, que será realizado em Aracaju, Estado do Sergipe, assim como em outros eventos que tenham a saúde do adolescente como tema. Devem estabelecer contatos com os Comitês das Sociedades Científicas e as Universidades, colaborar na documentação de experiências exitosas e apoiar e divulgar a Rede Adolec-BIREME. Com essas ações se farão contribuições ao fortalecimento da rede.

Devemos obter apoio dos novos executivos, eleitos recentemente. Os PFO podem cooperar na implantação de políticas, trabalhando na sensibilização das novas autoridades da Saúde, Educação, Justiça e Bem-Estar Social para a obtenção de apoio.

Para que tenhamos os instrumentos de avaliação de atenção aos adolescentes disponíveis e testados, assim como



a História do Adolescente, os PFO participarão nos testes e em suas avaliações.

Para o desenvolvimento de Metodologias Participativas, colaborarão na documentação de experiências exitosas para a obtenção de informações de Metodologias Participativas disponíveis.

Está previsto o intercâmbio entre os países. Os PFO colaborarão na recepção de profissionais em visita ao PRO-SAD, assim como farão visitas para conhecer outros programas. Dessa forma difundimos nossa experiência e se conhece a de outros países.

Auxiliarão no estímulo aos projetos governamentais e não governamentais em pesquisas operativas, identificando as oportunidades de sua realização.

Até esse momento as ações são facilitadas, tendo em vista a relação de harmonia existente entre os atores envolvidos: a Coordenação de Adolescentes do Projeto OPS/Kellogg, a Coordenação Materno-Infantil da OPS do Brasil, a Coordenação do Programa de Adolescentes do Ministério da Saúde e os Pontos Focais.

LA SITUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA Y DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL ADOLESCENTE EN CHILE

Dr. Jaime Sepúlveda

Jefe del Departamento de Programas de las Personas - División de Programas de Salud
Ministerio de Salud de Chile.

Debo decirles que en mi país no tenemos un Programa Integral de Salud del Adolescente en este momento. Estamos en un proceso de definición e implementación de este programa. No es que en nuestro país no se estén desarrollando actividades relacionadas con salud del adolescente desde el Ministerio de Salud, desde el Ministerio de Educación, desde el Instituto Nacional de la Juventud y desde otros organismos, sino lo que quiero señalar es que no tenemos todavía una propuesta como las que Uds. han escuchado de algunos países aquí presentes, y que nosotros estimamos como una necesidad estratégica.

Habitualmente las tareas de salud del adolescente se han desarrollado en nuestro país, desde hace ya muchos años, en el Programa Infantil-Adolescente, que comprendía las edades de 0 a 15 años. Desde el año pasado, asumiendo la complejidad y los problemas específicos que tiene el adolescente, se decidió atender a la creación de este Programa, comprendiendo al grupo etario de 10 a 19 años según lo convencionalmente establecido.

Lo que deseo enfatizar en mi presentación, es que en la voluntad política de crear un Programa Nacional de Salud del Adolescente se encierra lo que podría entenderse como un pensamiento estratégico, porque entendemos a nuestra juventud como una fuerza social estratégica en materia de cambio social, y a su salud, en este caso, como la resultante de su crecimiento y desarrollo integral.

Uno tiene que preguntarse, en primer lugar, cuáles son las determinantes o las condiciones que posibilitan que nuestra juventud se constituya efectivamente en el motor de transformación, de cambio, de generación de recambio hacia el tercer milenio.

En esa perspectiva, la búsqueda de definición e implementación de una política nos ha llevado a estudiar el escenario en que nos movemos, procurando ser realistas con el propósito de hacer viable un programa de salud del adolescente.

Desde el punto de vista estratégico, se trata de llevar adelante una propuesta de intervención frente a la pro-

blemática de salud del adolescente, desde un enfoque de promoción y prevención, procurando actuar sobre los factores determinantes que explican los riesgos a los que la población adolescente se expone.

Entendiendo, además, la complejidad de este período de la vida, la dialéctica que encierra en el desarrollo del ser humano, la transición que lo lleva a asumir bio, psico y socialmente la condición de adulto, yo quisiera recorrer algunas de las dimensiones consideradas en el análisis, en función de orientar un Programa de Salud Integral del Adolescente.

1.- Escenario de cambios

En primer lugar, cabe analizar algunos de los aspectos relacionados con los cambios que se vienen dando en nuestras sociedades y su relación con la problemática del adolescente. A efectos de un diagnóstico de la situación, entendemos este análisis como absolutamente necesario.

PARTICIPACIÓN DE HOGARES EN LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO

	40% Bajo	40% Medio	10% Alto	EQUIDAD 40% Bajo/10% Alto
CHILE				
1968	13,7	35,4	34,4	0,40
1978	14,5	34,5	35,0	0,41
1988	13,4	30,8	41,9	0,32
1993	15,1	31,0	40,2	0,34
SUECIA	21,2	41,9	20,8	1,02
BRASIL*	7,0	25,7	51,3	0,14

Fuente: INE. Encuesta de hogares

*Banco Mundial. Datos años 80

En general, en varios de nuestros países nos encontramos apostando por un proyecto de crecimiento y desarrollo económico-social con "equidad". Yo quisiera presentar, para el caso de Chile en particular, un cuadro sinóptico que muestre lo que está ocurriendo en materia de equidad.

Como puede verse, el 40% de los hogares de más bajos ingresos percibe el 15.1% de los ingresos, mientras el 10% más alto recibe el 40.2%. Esta inequitativa distribución se arrastra sin mayores variaciones desde los años 60. Para comparar, un caso extremo de mayor equidad sería Suecia, y uno de extrema inequidad, Brasil.

El cuadro permite ser realista respecto al carácter de nuestro crecimiento económico. La concentración del ingreso permanece, no varía sustancialmente y sin embargo todos hablamos un discurso de equidad. Este es uno de los principales escenarios que explica la gran problemática de salud del adolescente en nuestros países. Si nosotros no atendemos a esta dimensión, estamos olvidándonos de la situación estructural de nuestras economías y de sus efectos.

El segundo punto en este escenario de cambios: la estructuración del mercado laboral y su relación con las condiciones de vida y de trabajo de los jóvenes, representa un factor determinante en la situación de salud del adolescente, entendida ésta como crecimiento y desarrollo integral, como oportunidades para la realización plena de las potencialidades como sujetos, ... Esto es bastante importante porque el gran problema que tenemos con muchos de nuestros adolescentes, dada la cobertura y la calidad de la educación que reciben, es la precaria posibilidad que tienen de integrarse adecuadamente a este mercado laboral, lo que es una condición clave para el crecimiento y el desarrollo integral del joven.

Si pudiera pensarse que al ingresar al trabajo el adolescente puede ganar mayor autonomía y seguridad, recordemos que ese mercado laboral, estructurado de la manera que conocemos en un sector formal y un amplio sector precario e informal donde caben la subcontratación, el trabajo a trato, el trabajo a domicilio, la maquila, el trabajo temporal, el trabajo de la mujer en condición discriminada, el trabajo de los niños, etc. El trabajo en esas condiciones no significa sino mayores riesgos para la salud de estos jóvenes.

Se trata de una situación estructural preocupante, que impacta tanto las condiciones de trabajo en materia de riesgos de accidentes y enfermedades como las condiciones de vida definidas por esa modalidad de inserción laboral, todo lo cual influye negativamente en padres y en hijos.

Un tercer aspecto que es importante considerar en este escenario de cambios, es la adecuación del Estado y de las políticas sociales con el modelo de desarrollo.

En este modelo económico de ajuste estructural al que se nos ha invitado, se produce una restricción del gasto fiscal en materia de política social. El proceso de modernización del cual se habla, también debemos tenerlo en consideración. Se avanza en un proceso de descentralización, de desregulación por parte del Estado. Las políticas sociales, situadas en un escenario de mercantilización, sufren grados muy importantes de privatización (seguridad social, educación, salud, vivienda).

Esto hay que tenerlo presente, porque cuando se habla del Plan Nacional de Salud y de un Plan de Salud del Adolescente, uno se pregunta qué capacidad de gestión tiene ese Plan, cuando en realidad el mercado está regulando el comportamiento de los recursos que pueden o no asignarse a ésta y a otras áreas en el campo social.

Respecto a las relaciones del Estado con la sociedad civil, se acaba el welfare state, el estado interventor, y hay una nueva relación con nuevos actores sociales. Se habla mucho de la configuración de un escenario de participación de la sociedad civil en relación al Estado. De un reposicionamiento de los partidos políticos, pero, sin lugar a dudas, la organización social de base empieza a verse envuelta en una relación distinta con el Estado, lo que es importante de considerar, a propósito de la vocación y el interés que tenemos en que la participación de los jóvenes en la nueva política sea fundamental.

Otro punto a considerar en este escenario es la apertura de los mercados, el problema del NAFTA, del APEC, de la Unión Europea. En términos de globalización, la apertura económica significa exponerse a los procesos de reconversión industrial, a la movilización de capitales, a la asignación de espacios laborales, a la migración de población, etc., lo que impacta evidentemente en nuestra juventud, al igual que el avance de las telecomunicaciones, de la informática, etc.

¿Y la socialización y la culturización en este nuevo escenario? Yo creo que es una cosa dramática, realmente importante, porque las imágenes que los adolescentes están incorporando son las imágenes que nosotros conocemos, es decir, la inseguridad, la insolidaridad, la competencia, el individualismo, factores que llevan a la desestructuración de las redes de solidaridad, a la enajenación del colectivo social.

Esos son algunos de los espacios donde se socializa, donde se culturiza nuestra juventud: televisión entre otras cosas. Este escenario de cambios hay que tenerlo muy presente.

2.- Caracterización del adolescente

Cuando uno quiere hacer una propuesta de política integral de salud del adolescente (entrando ya rápidamente a la caracterización de éste), si nosotros y, nuestros equipos de salud no tenemos un conocimiento cabal de este período, si no hay una cultura en esta materia en la sociedad, si no comprendemos la complejidad de este momento de la vida, la tendencia es tratar al adolescente situándolo en el espacio del subjetivismo y mirándolo con enfoque parcial no globalizador, no holístico.

Yo había anotado dos dimensiones de la situación del adolescente que me parece importante tener presentes en materia de caracterización. Imaginando el significado de todo lo que he dicho antes (escenarios), tenemos que entender la asociación de la situación de este adolescente con lo que ocurre con los hechos demográficos que son expresión del resultado de todo proceso social global. En el aspecto demográfico, en nuestro país tenemos trece millones y medio de habitantes, y son más o menos el 18% los adolescentes, con una distribución muy heterogénea a lo largo del país. Tenemos trece regiones y en tres regiones se concentra el 60% de los adolescentes.

El índice de masculinidad es equilibrado con respecto a las mujeres.

Lo más importante, quizá, sean los aspectos socioeconómicos como factores determinantes de los riesgos. Evidentemente el comportamiento diferencial según la pertenencia social de los jóvenes es crucial en materia de exposición de riesgos.

Todas las investigaciones, que no son tantas, demuestran la relación diferencial que existe entre condiciones de pobreza y mayor riesgo, de daños a la salud (mortalidad, por ejemplo). Tengo un dato: un estudio del año 1993 muestra claramente el comportamiento diferencial. Si bien tenemos muertes por accidentes, tumores, entre las primeras causas, las tasas de mortalidad entre las comunas más pobres y las más ricas son significativamente distintas, por razones obvias. Es el espacio geográfico de la miseria el que nos orienta en un mapa de riesgos, de daños. Se trata de factores fundamentales que explican cómo se traducen esas condiciones en el perfil epidemiológico.

La percepción de los jóvenes sobre su situación constituye otra fuente de información útil, para efectuar una adecuada caracterización de la problemática y sus determinantes.

Esta es la situación en términos muy generales. Frente a tales consideraciones, quisiera entrar a la propues-

ta de políticas de salud, o sea, a la respuesta social: el Estado y las políticas sociales y, en particular, la propuesta del Ministerio de Salud y de otros actores sociales.

En relación a Estado y políticas sociales, cuando retornamos a la democracia, una de las primeras preocupaciones fue asignar un mayor recurso a la política social. El gobierno realizó una reforma tributaria y dispuso de recursos que dirigió a recuperar el deterioro de las áreas sociales, que estaban muy deprimidas en términos de inversión del Estado por las influencias del mercado. Es decir, replantearse la política social significó atención preferencial, por ejemplo, a los jóvenes. En el año 1990 se constituyó en Chile el Instituto Nacional de la Juventud, que es un organismo de coordinación de políticas en materia de juventud. En el sector trabajo hay también preocupaciones; hay un fondo de solidaridad social que se preocupa de capacitar a los jóvenes, tratando de ampliar sus oportunidades.

Hay, sin embargo, una situación preocupante: igual que en educación y en salud, el modelo de desarrollo ha derivado la previsión (seguridad social) al terreno del sector privado (tanto la previsión por pensiones de vejez como la previsión de salud, en que hay una buena proporción de nuestros recursos, que van por cotización directa a las llamadas prepagadas o ISAPRES). En materia de salud, por una parte, se ve determinada su práctica por la penetración del mercado y, por otra, a nivel del Estado, por la búsqueda infructuosa de propósitos de equidad que buscan revertir o influir con criterio de focalización algunas de las desigualdades del modelo.

A propósito de esto, es importante señalar que nosotros no dependemos sólo de la capacidad, la originalidad, la creatividad, la disposición, el poder y la voluntad de nuestro gobierno para poder echar adelante una propuesta de modelos de crecimiento y desarrollo con equidad. Estamos situados en el escenario internacional y nuestros lazo con las políticas económicas mundiales son muy serias, igual que las de ustedes. El Banco Mundial influye en buena parte de lo que pasa en la inversión en Salud en Chile. Evidentemente, desde el primer momento nosotros estamos muy atados a la presión y a las propuestas del Banco Mundial en materia de inversión en salud y en sus orientaciones. Así que no nos extraña que el lenguaje de la focalización, etc., y las modalidades y propuestas que tenemos presentes para su debida consideración, son las propuestas que de alguna manera provienen del Banco Mundial. O sea, la política de salud no está libre de esas contaminaciones externas.

En relación con los actores sociales, que es algo también muy importante, unas pocas palabras. Actores sociales significan realmente esto que estamos señalando como cuestión sustantiva.

¿Quiénes definen la política? ¿Dónde está el poder en la toma de decisiones en materia sanitaria? Nosotros sabemos que el sector es un sistema burocratizado, vertical, centralizado y ahora en un proceso de reforma de reestructuración, de descentralización. Hay oportunidad de romper un poco con la estructura de un modelo de salud muy medicalizado, muy sostenido en torno a las acciones asistenciales curativas, y hay una oportunidad histórica de replantearse el paradigma, por así decirlo, y de ampliar el horizonte apostando a la posibilidad de una concurrencia social, de una concurrencia de la sociedad civil, de actores sociales estructurados, particularmente en el caso nuestro: los adolescentes como sujeto de cambio en salud. Esa es una posibilidad; los actores se están moviendo en este escenario.

Lo que sí quiero subrayar es que estamos en un proceso de reforma del sector salud, de reestructuración del sector. En este escenario de modernización lo que está detrás es el costo-eficiencia de nuestras acciones y la disposición del Estado de achicarse al máximo, de transformarse no en una beneficencia, sino de preocuparse especialmente por aquellos sectores que no pueden hipotéticamente comprar en el mercado de la salud la atención médica. Es la propuesta de racionalizar, de tener una empresa sanitaria eficiente pero dirigida sobre todo a los grupos que no pueden responder por otra vía al mercado de compra de servicios, y esto va a ocurrir por muchos años en nuestros países para un 60-70% de la población que no puede hacerlo.

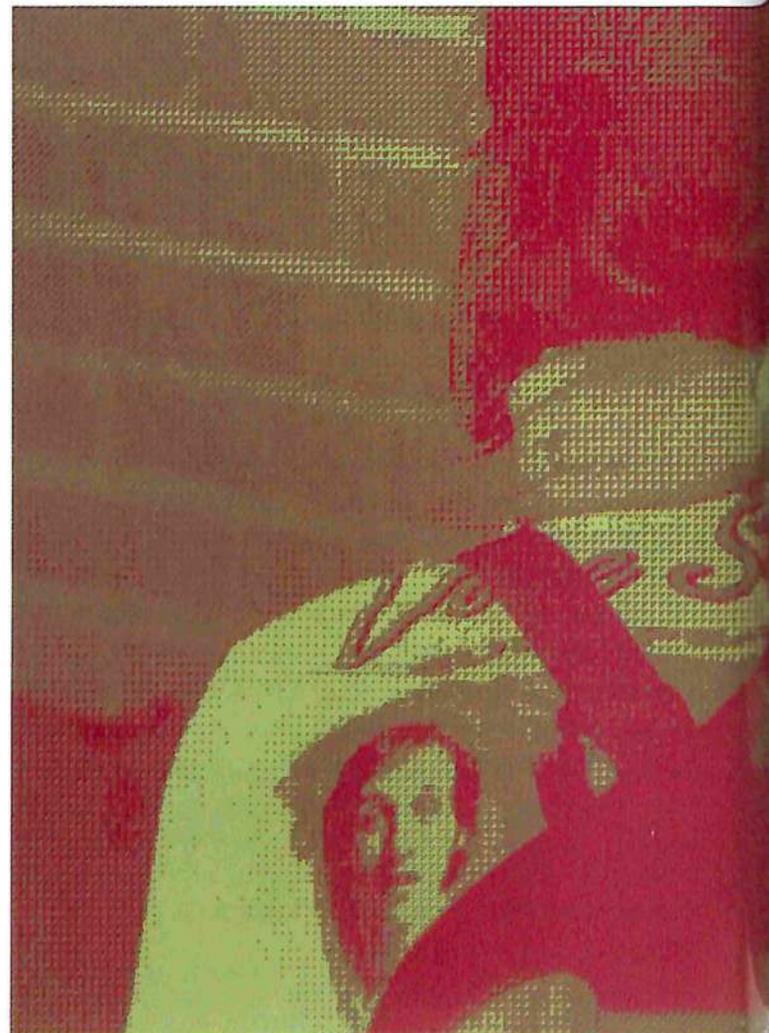
En la propuesta de Reforma está declarado el fortalecimiento del sector público. Hay una declaración de principios de la voluntad de nuestro gobierno de fortalecer el sector público, y en ese proceso de reforma no podemos desentendernos de lo que es la posibilidad de la gestión descentralizada de la política.

En esa perspectiva estamos, y por eso en nuestro discurso sanitario de participación y de control social se habla mucho de equidad, de focalización hacia los más vulnerables. Se habla de la intersectorialidad, del enfoque de promoción, o sea se trata de romper un poco el paradigma de que el sector salud se hace responsable de la salud global.

En el Programa de Salud del Adolescente, lo que está presente en el discurso que he señalado es un pensamiento estratégico de planificación y administración estratégica, en el cual hay escenarios, fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. A propósito de lo estratégico, existen problemas de intereses, de poder, de conflictos, de hegemonías y de ideologías. Eso es lo estratégico del análisis en términos de descentralización y participación. Esa es una situación que para nosotros, a propósito del Programa Nacional de Salud del Adolescente, es una cuestión central.

En relación con el enfoque de promoción de la salud a todo nivel, significa intervenir los factores determinantes de los riesgos, ir a las cuestiones sustantivas esenciales, a la dinámica de los procesos y no quedarse en la expresión terminal del hecho como resultado final. Ahí entra toda la sociedad, entra el sujeto, el individuo como actor social central.

Este Programa Nacional de Salud del Adolescente se inscribe en el Plan Nacional de Salud de nuestro país. No podría ser de otra manera; nosotros tenemos cuatro programas básicos, el del Adolescente sería uno de ellos, pero está el Programa del Niño, el Programa de la Mujer, que antes era materno-perinatal y el Programa del Adulto y tercera edad, y todos los programas horizontales de salud mental, de nutrición, de rehabilitación, de salud ocupacional, de salud y medio ambiente, etc. Estos programas se relacionan transversalmente con los cuatro básicos. Todos los Programas forman parte de un Plan Nacional de Salud. De otra manera no funcionaría la integración programática.



Si no hay una atención integral, si no se la podemos ofrecer cuando se produce una demanda, o si les vamos a buscar en un examen de salud posibles trastornos y no podemos resolver esos problemas, mejor no hagamos ningún alarde de apertura de programa porque los vamos a frustrar.

Organización y sistemas de información. Se trata de otra cuestión estratégica, porque no podemos hacer epidemiología sólo descriptiva sino epidemiología para la decisión, para la gestión, para la toma de decisiones. Al respecto tenemos deficientes sistemas de información que no son oportunos, no son confiables en un montón de aspectos y, sobre todo, en la integración de la información biomédica con la información económico-social. En esto último la situación es crítica: o el programa adolescente integra la información de las bases de datos sociales y económicas, o no vamos a entender qué pasa con los adolescentes. Tenemos que integrarlas con nuestras tradicionales estadísticas de producción de servicios, porque las estadísticas biomédicas llegan bastante atrasadas.

Trabajo intersectorial en redes. Como ustedes pueden suponer, en redes de todo orden: red asistencial, red de relaciones de trabajo en la base comunitaria, integración de los jóvenes. Yo creo que ésta es la cuestión central. Si los jóvenes no son el sujeto de la cuestión sanitaria, si no son sujetos de cambio social, si no están ellos, no hay nada. Vamos a seguir siendo solamente apagadores de incendio en situaciones circunstanciales. El joven tiene que asumir, pero hay que darle la oportunidad ... y hay que abrir los espacios tal como se habla de casos de adolescentes ... tienen que tener su espacio de encuentro para poder pensar su situación y participar desde el inicio en la planificación; desde el diagnóstico a la programación, a la propuesta y al monitoreo y evaluación de su trabajo como está señalado allí.

En síntesis, quería presentarles la lógica o el raciocinio con que nosotros, desde el Ministerio de Salud, estamos viendo nuestro trabajo. No es fácil, no es sólo una aventura del pensamiento, en el sentido de un buen deseo. No es que los adolescentes de nuestro país estén absolutamente desatendidos; hay una concurrencia un poco desagregada desde distintos sectores para responder a un hecho que es emergente. Más que emergente es trágico el perfil del daño, los problemas de salud reproductiva y de sexualidad que se han señalado acá. No sólo tenemos grandes problemas de accidentes; tenemos los de la salud bucodental y tenemos un problema de salud mental: en general, en términos de incertidumbre, desesperanza, y eso lleva a las conductas antisociales así llamadas, a reacciones de violencia, delincuencia, etc. Todo eso se cruza en la felicidad de nuestra juventud. Estamos tratando entonces de integrar desde salud, con pretensión de liderazgo, a varios actores, invitando a concurrir a todas las partes para poder dar respuesta integral a estos problemas.

Nota:

La presentación de esta ponencia se acompañó de un documento que contiene los antecedentes de la actuación de la problemática y de la política de salud del adolescente en Chile en el momento actual

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADOLESCENTE DEL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA

Sra. Monserrat Muñoz Pipin

Psicóloga-Coordinadora del Programa

INTRODUCCIÓN:

En Colombia nos encontramos haciendo camino en materia de atención al adolescente. Y en ese ir haciendo camino hemos aprendido algunas cosas. Parte de esa experiencia es lo que quiero contarles.

La población adolescente, como sujeto y objeto de acciones y programas en salud, sólo recientemente ha tenido presencia en el panorama del sector sanitario. Tradicionalmente este grupo poblacional no ha existido como tal, y uno de los principales esfuerzos ha sido el hacerlo emerger como grupo específico que es y que requiere acciones propias para responder a sus necesidades y demandas.

Hace poco más de 15 años se iniciaron en Colombia las primeras acciones orientadas a la atención en salud de los y las adolescentes. Hoy es posible reconocer que, a pesar de las limitaciones que puedan haber presentado en sus comienzos, son experiencias valiosas en el proceso de construcción de un enfoque integral y para la formulación del Programa de Atención Integral en Salud por parte del Ministerio de Salud. En otras palabras, podemos decir que ha sido un proceso de aprendizaje para quienes, como nosotros, venimos trabajando desde espacios donde se formulan o se ejecutan las políticas y programas dirigidos a adolescentes. Y que es importante rescatar y sistematizar el proceso que vivimos para poder corregir las deficiencias, optimizar los resultados exitosos, aprender de los errores, compartir y socializar las experiencias.

ANTECEDENTES

1 - Actitud de apertura y de escucha

El Programa comienza a gestarse en 1988, a partir de la recomendación de los participantes al simposio-taller

“Lineamientos en Salud Reproductiva y Tecnología Diagnóstica Prenatal”, de incluir el grupo de adolescentes como sujeto y objeto de atención en los programas de salud. Este planteamiento fue el resultado de un proceso de concientización y de maduración sobre la importancia de dar una atención diferenciada y de responder a las necesidades específicas de esa población, fruto del trabajo que algunos estudiosos e instituciones venían desarrollando, y que encontró eco y espacio al interior del Ministerio de Salud.

Aquí tenemos los dos primeros elementos que nos parece importante destacar en el rescate de este proceso que es también de carácter pedagógico: la actitud de apertura y de escucha que permite recoger otras opiniones, otros saberes, apoyarse en ellos y aprender de la experiencia de los demás.

2 - Importancia de apoyarse en los saberes y de tener en cuenta la experiencia de los demás

Comienzan a darse, entonces, una serie de eventos que permiten desvelar y conocer progresivamente la problemática y las necesidades de los adolescentes, además de afianzar el interés en la atención a este grupo de edad.

Como respuesta al interés manifiesto hacia los adolescentes, se conformó en el Ministerio de Salud un grupo de trabajo con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población - FNUAP-, para coordinar las acciones dirigidas a la población adolescente. Para este trabajo se tuvieron en cuenta las iniciativas de atención al adolescente llevadas a cabo por entidades privadas del sector salud y por instituciones docentes, como base para plantear un programa en el sector público.

A finales de 1988, el Ministerio de Salud convocó en Bogotá a un grupo de expertos de diferentes regiones del país para analizar la situación del adolescente colombiano, para definir los lineamientos de la propuesta de una política de salud para este grupo y para establecer estrategias de atención con el fin de iniciar, a partir de 1989, el Programa de Atención Integral al Adolescente.

3 - Sensibilización de los niveles directivos del sector y de otros sectores. Elaboración de un diagnóstico

La consulta a expertos y el rescate de los saberes y experiencias desarrollados previamente, posibilitaron al grupo de trabajo del Ministerio de Salud contar con elementos importantes para el diseño de una nueva fase en el proceso de creación e implantación del Programa de Atención Integral en Salud al Adolescente.

Fue así como, en 1989 en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga y Cartagena se iniciaron acciones tendientes a sensibilizar a funcionarios del nivel directivo del sector salud y de otros sectores en aspectos del programa, y a realizar el diagnóstico de la situación socio-cultural y de salud del adolescente.

De esta etapa cabe destacar, como aspectos relevantes, la sensibilización de los niveles directivos del sector y de otros sectores y la elaboración de un diagnóstico, pasos fundamentales en la implementación del Programa.

4 - Proceso de normatización y dotación de equipos básicos para la atención

A partir de este momento surge la necesidad de elaborar normas que orienten las acciones de los equipos en las ciudades involucradas.

Se inicia así, durante el segundo semestre de ese mismo año, el proceso de normatización, con la elaboración de una propuesta de normas técnico-administrativas para el Programa, en cuya preparación participa un grupo de expertos.

En 1990, se dio comienzo a la fase de inversión en dotación de equipos básicos de atención y de talleres para la difusión de las normas, y se elaboró el "Manual de Procedimientos de Atención Integral al Adolescente".

Con fondos de FNUAP, se organizaron en 1991 los servicios de atención en las diferentes instituciones de salud en zonas marginadas de las seis grandes ciudades, recojiéndose la experiencia obtenida hasta el momento. Se realizó una nueva reunión de expertos para la revisión del Manual de Procedimientos y se llevaron a cabo Talleres de Capacitación con el fin de integrar a los responsables del Programa, de compartir sus experiencias de trabajo y establecer los lineamientos para la capacitación del equipo interdisciplinario en el nivel operativo.

De estos esfuerzos y como uno de los primeros resultados importantes para la institucionalización y permanencia del Programa, a partir de 1991 se obtiene la apropiación de recursos del Presupuesto General de la Nación por parte del Ministerio de Salud, lo cual amplía la financiación que hasta ese momento se recibía básicamente del proyecto de cooperación con el FNUAP.

Estos nuevos recursos permiten proyectar las acciones de sensibilización a ocho nuevas ciudades, buscando con ello extender el Programa a otras áreas del país y seguir realizando talleres para propiciar el intercambio de experiencias en el manejo y organización de los programas, y en aspectos relevantes para la capacitación de los equipos en la atención integral al adolescente.

En 1992 se procede a revisar las normas técnico-administrativas a la luz de la Constitución Política Nacional de 1991 y de la Ley 10 de 1990 sobre descentralización del sistema de salud.

Buscando ampliar el apoyo y los recursos para el Programa, en ese mismo año 1992 el Ministerio de Salud propone, en el marco del proyecto Kellogg/OPS de Apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la región de las Américas, un plan de trabajo que prevé realizar visitas de coordinación, elaboración de planes locales, cursos de sensibilización y capacitación de multiplicadores en cinco ciudades. Dicho proyecto, que se viene desarrollando en la ciudad de Manizales, se centra en tres componentes: la adecuación de los servicios para la atención integral del adolescente, el diseño y ejecución de un plan de desarrollo de recursos para la enseñanza y la prestación de servicios de salud integral del adolescente, y la red de información.

En 1994 se lleva a cabo el Primer Curso Internacional de Multiplicadores en Salud Integral del Adolescente, en desarrollo de uno de los tres componentes del Proyecto OPS/Kellogg, en la ciudad de Manizales.

Como consecuencia del proceso de evaluación constante del Programa, en 1994, con apoyo técnico y financiero del UNFPA e iniciando una labor para identificar indicadores de proceso, se realizó un estudio de análisis comparativo de la estructura organizativa del programa en las seis grandes ciudades y en Manizales, con los siguientes objetivos:

- 1. Realizar un análisis exhaustivo de la estructura, tipo de servicios institucionalizados, organización y horarios, conformación de grupos comunitarios, mecanismos de coordinación intersectorial, perfiles de los pro-

fesionales dedicados al programa, tiempo de dedicación y cobertura.

- 2. Analizar la calidad de los servicios en cuanto a satisfacción, expectativas, accesibilidad y oportunidad, integralidad de enfoque y contenidos.
- 3. Proponer un modelo que interprete y recoja el grado de desarrollo y los resultados de las distintas experiencias y que integre los postulados generales de integralidad, intersectorialidad, multidisciplinariedad y participación social del adolescente, enmarcado en una concepción de desarrollo humano.

A finales de ese mismo año se conforma la Red Colombiana de Instituciones y personas en pro de la Salud y Bienestar de los Adolescentes, integrada por el Ministerio de Salud, el Viceministerio de la Juventud, las Secretarías de Salud de las ciudades de Bucaramanga, Barranquilla, Cartagena y Manizales, así como universidades, ONGs, Cafam y Cornfamiliares, entre otros, con el propósito de contribuir al desarrollo de niveles competentes de interrelación entre instituciones y personas y a la información técnica y científica en salud y bienestar del adolescente.

5 - Interpretar el marco político y legal para apoyar e instrumentar la acción

Al tiempo en que se trabajaba por la construcción e implantación del Programa de Atención Integral en Salud al Adolescente, hechos importantes ocurrían en el escenario político y legal del país, propiciando un contexto favorable a la atención integral al adolescente y un respaldo legal para el desarrollo de este Programa. Es el caso, por ejemplo, de la creación, en 1990, de la Consejería para la Juventud, la Mujer y la Familia, por parte de la Presidencia de la República, con el fin de desarrollar acciones para mejorar el nivel de bienestar de la población objetivo; la Constitución Política Nacional, promulgada en 1991, que incluye expresamente los derechos del adolescente y del joven a la vida, la convivencia, el conocimiento, el trabajo, la justicia, la igualdad, la libertad, la paz y la participación; y la reorganización del Sistema Nacional de Salud mediante la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993 y los correspondientes decretos reglamentarios.

La formulación por parte del Ministerio de Salud, de una política sectorial "Salud para las mujeres, mujeres para la salud", que "se propone contribuir a la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar la calidad de vida de las mujeres y de responder de manera integral a su problemática de salud.." (Ministerio de Salud, 1992), incide positivamente para la incorporación de la perspectiva de género en otros programas de salud, en particular en el Programa de Atención Integral al Adolescente. Esta política es un instrumento que busca fortalecer el pro-

tagonismo femenino en el sistema de salud, a través de la participación de las mujeres como sujetos de las decisiones que competen a su vida, a su cuerpo, a su sexualidad y a su salud.

La reciente creación del Viceministerio de la Juventud, que viene desarrollando iniciativas para promover la articulación de programas que, desde los distintos Ministerios y entidades estatales, se hacen para o con los jóvenes.

De lo anterior se desprende otro aspecto que nos parece importante señalar, y que es considerar y saber interpretar el marco político y legal para apoyar e instrumentar la acción.

6 - Enfoque del Programa

Cada uno de los momentos y de las acciones referidas anteriormente permitieron la construcción de un enfoque integral, el cual contempla en forma más amplia no solamente la problemática general de este grupo poblacional sino sus perspectivas desde una visión intersectorial que posibilite su desarrollo armónico.

El programa se fundamenta en el concepto de integralidad de la atención, entendiendo la salud como resultado positivo de las interrelaciones dinámicas de los sistemas biológico, psicosocial y medio ambiental, del desarrollo socioeconómico, la cultura, el ambiente y la participación ciudadana. La integralidad implica un abordaje holístico, total de la persona "es decir la consideración/examen o atención en forma global de cualquier problemática que el o la adolescente presente, no importa si esta problemática compromete más la esfera biológica, emocional o social" (Prada, E., 1994).

El modelo se apoya en cuatro enfoques integradores:

- a) El enfoque de riesgo, de manera de lograr la utilización racional de los recursos en forma proporcional a las necesidades de salud y bienestar de las comunidades.
- b) El enfoque de género, que permite analizar las cualidades distintivas del hombre y la mujer (o de masculinidad o femineidad), las cuales son creadas culturalmente en el seno de las sociedades, varían sus contenidos a través del tiempo y son mutables, es decir, están sujetas a cambio por las acciones conscientes del ser humano, la sociedad y sus instituciones, y la incidencia que estas cualidades distintivas tienen sobre los procesos de salud-enfermedad.
- c) El enfoque familiar, para entender e integrar las interrelaciones e interdependencias de los diferentes miembros de la familia y del papel social de esta estructura en el bienestar y la salud de los adolescentes.

d) El enfoque comunitario participativo, para adecuar el potencial y la participación de la comunidad y la participación multisectorial en las necesidades de salud y bienestar de los jóvenes.

Con ello se persigue el desarrollo de servicios especiales de promoción y fomento de la salud, de atención al adolescente y de acciones dirigidas a fomentar la salud sexual y reproductiva, la prevención de la accidentalidad, violencia, farmacodependencia y suicidio, entre otras, tanto en instituciones del sector público como del sector privado. Se han definido como áreas prioritarias de atención: crecimiento y desarrollo, sexualidad y salud reproductiva, salud mental y rendimiento escolar.

Cabe aquí reconocer que en cuanto a la elaboración teórica mucho se ha avanzado. Ya en el campo de la aplicación práctica de este enfoque, el proceso es más lento, pues implica no sólo un cambio de actitudes y de valores, sino también de comportamientos, lo que se va dando a partir del quehacer diario, de la reflexión sobre el mismo y de la adopción de los cambios que el ejercicio de la práctica nos señala como necesarios e indispensables.

7 - Estrategias

Las estrategias con las cuales se ha venido trabajando, identificadas y desarrolladas en este proceso, se refieren a:

- la aplicación del enfoque integrador antes descrito (de riesgo, de género, familiar y comunitario).
- La interdisciplinariedad/multidisciplinariedad, que no debe ser confundida con integralidad.
- la promoción de la salud para el fomento del autocuidado, la ayuda mutua en el grupo, microambientes más saludables y estilos de vida sanos.
- la prevención para evitar la aparición de la enfermedad, el agravamiento o complicación del daño con otros problemas sobreagregados o para disminuir secuelas graves.
- la concertación y participación social (donde tiene especial importancia la de los propios adolescentes) tanto para las acciones de diagnóstico como para la definición de políticas y programas, para el desarrollo y seguimiento de las mismas y para la evaluación de los procesos y resultados.
- la información, educación y comunicación permanente con el personal de salud, con los adolescentes y sus familias y con la comunidad, involucrando diferentes sectores.
- la coordinación interinstitucional e intersectorial, que ha permitido conformar Comités Interinstitucionales Operativos o Municipales, como en

los caso de Bucaramanga y Cartagena.

h) la red de servicios y de información.

8 - Resultados

Como resultados de la concepción del Programa, de las estrategias utilizadas y de las acciones emprendidas se pueden destacar los siguientes logros:

- 1 - Inclusión del Programa en Atención Integral en Salud del Adolescente en los Planes Locales de Desarrollo en diferentes ciudades, como son los casos de Bucaramanga, Cali, Manizales, Cartagena y Armenia.
- 2 - Inicio del un proceso de implementación del enfoque de género en salud (Sicas de Santa Cruz, en la ciudad de Medellín, en desarrollo del proyecto Ministerio de Salud, Unicef, OPS y FNUAP), para la reorientación de los servicios de salud sexual y reproductiva y diseño de un modelo de atención y prevención del maltrato intrafamiliar, que dio énfasis especial a las adolescentes.
- 3 - Extensión del Programa a nuevas ciudades a través de recursos propios del Ministerio de Salud, del FNUAP y de las administraciones locales, como por ejemplo en la Ciudad de Armenia, que está abriendo el programa en un segundo centro, el Centro de Miraflores, área de la ciudad que concentra sectores vulnerables de la población, con una proporción considerable de adolescentes. El caso de Bucaramanga, que está iniciando seis nuevos centros para el Programa; y Guaduas, municipio de Cundinamarca, donde ya se inició la conformación del Comité Interinstitucional Municipal y el proceso de organización para la iniciación del Programa.
- 4 - Mejoramiento de los sistemas de registro de datos e información, como es el caso de Cartagena. A este respecto debe destacarse el esfuerzo realizado por el Departamento Distrital de Salud de Cartagena en la unificación y simplificación de los formatos de información de los servicios y en la puesta en marcha de un moderno sistema de procesamiento de la información estadística. De otra parte, la conformación de la Red Colombiana de Instituciones y Personas en Pro de la Salud y Bienestar del Adolescente.
- 5 - Los procesos de coordinación interinstitucional y de las políticas intersectoriales presentan como resultados la conformación de Comités Interinstitucionales Municipales en diferentes ciudades. A este respecto estamos iniciando un proceso, nada fácil, de aprender a dejar de competir con las ONGs y con otras instituciones, de reconocer que cada quien tiene un espacio que maneja con propiedad, y que si queremos ser consecuentes con los propósitos que nos mueven debemos y podemos articular y coordinar nuestros esfuerzos.

• 6 - El enfoque comunitario se ha logrado afianzar en Bucaramanga y Manizales. De otra parte, la concertación y participación social se han demostrado como estrategias válidas, en particular en Bucaramanga y Medellín. En Medellín se creó, en 1994, el Consejo Municipal de la Juventud, que tiene entre sus principales objetivos el asesorar a la Administración Municipal para la formulación y ejecución de todos los

planes y programas relacionados con la población juvenil. Este Consejo se elige por adolescentes y jóvenes entre 14 y 25 años. En el caso de Bucaramanga, la labor de los jóvenes como monitores y multiplicadores entre sus pares, proceso que incidió positivamente para la reciente creación, de la Secretaría Municipal de la Juventud, cuyo Secretario se eligió de la terna presentada por los propios jóvenes.



9 - Necesidades y limitaciones

Es necesario reconocer que algunos aspectos requieren todavía de esfuerzos, creatividad y recursos para superar las deficiencias existentes.

Entre ellos señalamos la necesidad de mayores recursos humanos y financieros para apoyar todas las acciones que implican extender el programa a otras áreas, como sensibilizar los niveles de dirección para que apoyen el desarrollo del Programa en sus ciudades y gestionen recursos financieros en los Planes Locales de Desarrollo, sensibilizar y capacitar a los equipos interdisciplinarios, proyectar acciones hacia la comunidad para garantizar espacios reales para su participación y la de los adolescentes en particular, dotar a los servicios con equipos básicos para la atención integral de los y las adolescentes y utilizar los medios masivos de comunicación.

Otro aspecto que constituye una limitación para el desarrollo del enfoque del Programa tiene que ver con la formación académica de los recursos del sector, que no preparan a los profesionales del sector de la salud en ese enfoque, y, muchas veces, incluso, ni siquiera sobre las características de la adolescencia como una etapa del desarrollo humano. Cabe señalar que algunas universidades, a través de los Departamentos Especializados de las Facultades de Enfermería o de los Servicios de Bienestar Universitario, como son los casos de la Universidad de Antioquia, la Nacional y la de Caldas, hacen esfuerzos importantes en ese sentido.

De otra parte, si bien es cierto que el panorama político del país cuenta hoy con más instrumentos para la participación ciudadana y comunitaria, la resonancia a nivel de la comunidad y la apropiación que ha hecho de los mismos no se refleja todavía en toda su magnitud, lo que hace necesario la utilización de medios masivos de comunicación y estrategias que garanticen, hagan efectiva y potencien la participación real de la comunidad.



PROYECTO DE EDUCACIÓN SEXUAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS EN COLOMBIA

Sra. Carmenza Vélez

Coordinadora del Proyecto*

Este proyecto nace a finales de 1992 como parte de una política integral para la juventud formulada por el gobierno, y cuyas acciones se refieren a la educación para la salud incluyendo los temas y servicios en salud sexual y reproductiva y la adopción de hábitos de vida saludables.

El proyecto se inscribe en el siguiente diagnóstico:

El país tiene una población de jóvenes (12-19 años) de 5.157.950 de un total de población de 35.098.736 habitantes. Según estudios:

- Las adolescentes entre 15-19 presentan un alto riesgo de embarazo. El 63% no usa ningún método anticonceptivo.
- Inicio de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas: 13 años.
- Se calcula que el 80% de los embarazos adolescentes no son deseados.
- El 44.5% de las adolescentes embarazadas menores de 19 años ha abortado.
- Por cada 100 embarazos hay 36.6 abortos inscritos en condiciones de clandestinidad, con un alto costo social y emocional.
- El 40% de los abusos sexuales afecta a jóvenes menores de 18 años.

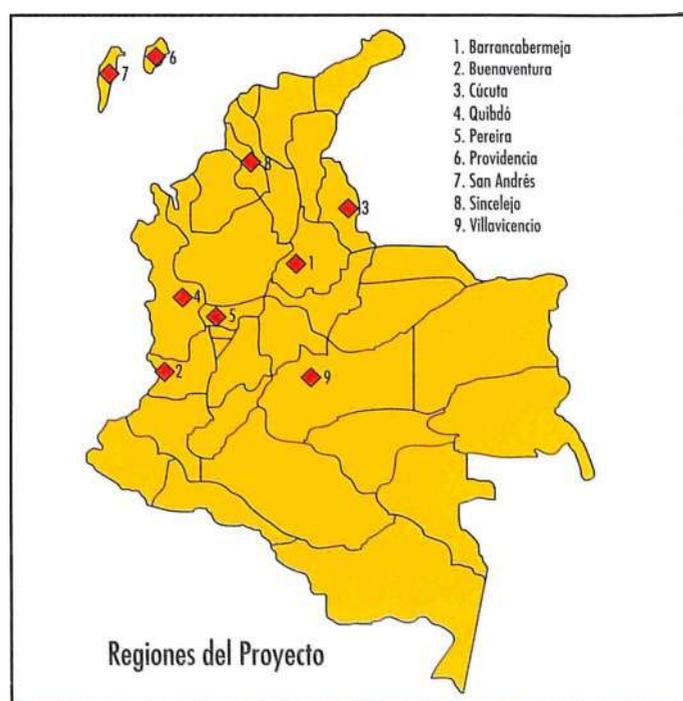
Este proyecto nace como una estrategia preventiva a mediano y largo plazo para afrontar la situación expuesta, que busca ofrecerle a los y las jóvenes adolescentes la oportunidad de crear sus propios valores y metas a partir de un análisis de su realidad inmediata y de sus intereses.

Lo anterior se fundamenta en la motivación e inducción hacia un proyecto de vida donde los y las jóvenes adolescentes puedan encontrar soluciones a los problemas que los aquejan.

La determinación de las regiones cubiertas por el proyecto se fundamenta en la información relativa a la mayor incidencia de riesgo de:

- Embarazo precoz
- Abortos
- Altos índices de fecundidad
- Baja escolaridad
- Violencia sexual e intrafamiliar
- Condiciones de pobreza

GRÁFICO 1



*Proyecto patrocinado y ejecutado por:

• Consejería Presidencial para la política Social de Colombia.

• Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

COMPONENTES DEL PROYECTO

I. CONCERTACIÓN REGIONAL. COMITÉS LOCALES

Los comités locales funcionan en cada región con la participación de personas del sector salud, del sector educación, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de Oficinas de Desarrollo Comunitario de las alcaldías, de representantes de los grupos juveniles y de otras personas o entidades que estén trabajando directamente en proyectos con la población adolescente.

A través de éstos comités se busca la coordinación, concertación y participación como un medio para mejorar la eficacia de las acciones, para optimizar recursos, lograr un mayor impacto y generar poder en los participantes, aprovechando que hay diversidad de grupos e instituciones enfrentadas a una tarea que les incumbe y les afecta a todos.

El proyecto es desarrollado por dos ONG's de reconocida prestancia nacional: Profamilia y Cresalc, que trabajan dos modelos diferentes en las regiones donde están asignadas: Profamilia con los centros para jóvenes y Cresalc mediante la prestación de servicios de atención a los y las adolescentes dentro de los servicios locales de salud.

II. EDUCACIÓN

Para nosotros, el componente educativo debe asumir la responsabilidad de generar un mejoramiento integral de la calidad de vida, potenciando las necesidades sexo-afectivas, de participación, creatividad, libertad, ética, identidad y equidad entre los géneros.

Con la población adolescente se trabajan dos modalidades:

Talleres

De 60 horas para la formación de multiplicadores/as. Se busca superar el nivel de información creando espacios para el análisis y discusión de los diferentes temas propuestos por los propios jóvenes, cuyo objetivo es el de promover tanto en uno como en el otro sexo el que se expresen desde su subjetividad y no desde el «deber ser».

Aunque en estos talleres tenemos un mayor número de mujeres, cuando se trata de asumir el liderazgo éstas son superadas por los hombres. Por esta razón se han propuesto estra-

tegias para que, de un lado, se vincule a un mayor número de hombres a los talleres y, de otro lado, se motiven y desarrollen aptitudes de liderazgo en las mujeres.

Es importante señalar que a estos talleres se vinculan las diferentes organizaciones juveniles que existen en cada región, lo que ha servido para que se consoliden alrededor del proyecto muchas de las acciones que estas organizaciones llevan a cabo con la comunidad, y para las cuales reciben apoyo y asesoría permanente por parte de los comités y del personal que trabaja en el proyecto.

Charlas Foro

Estas se realizan con grupos amplios de jóvenes, donde se les da una información puntual en temas específicos como embarazo precoz, ETS, VIH SIDA, aborto, anticoncepción y tienen una duración de tres horas.

El objetivo básico de estas charlas foro, es el de promover en esta población los servicios de atención, y de buscar que se acerquen a estos para vincularlos a las actividades que desde los servicios se llevan a cabo.

Talleres para agentes educativos:

Estos talleres, de 60 horas, tienen como objetivo consolidar un trabajo de EDUCACIÓN con los profesionales del Área de Salud, EDUCACIÓN, y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Se busca básicamente desarrollar en ellos habilidades para organizar y promover acciones multiplicadoras, con base en las necesidades más apremiantes de la población joven en cada región.

La capacitación y asesoría permanente que el proyecto brinda a estos agentes educativos, se ha convertido en una estrategia fundamental para fortalecer el compromiso no sólo a nivel individual sino institucional y comunitario, y para mejorar la difusión y prestación de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva en la población joven.

Durante el proceso de capacitación se hace mucho énfasis en un trabajo de análisis y reflexión personal, porque no se puede enseñar lo que no se sabe, como tampoco se puede transmitir lo que no se ha incorporado en la experiencia de vida, en lo cotidiano.

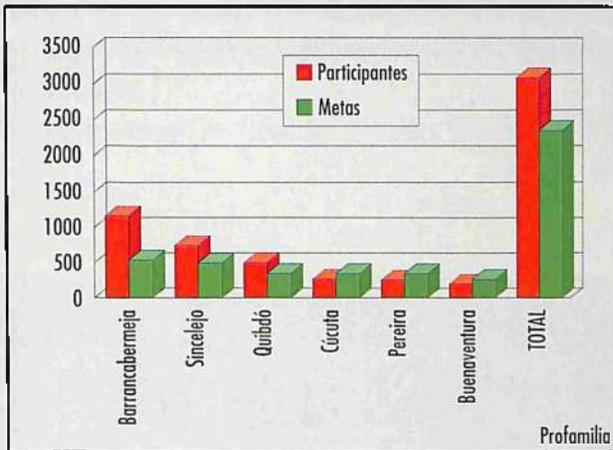
La experiencia personal e íntima está asociada a la percepción que cada quien tiene del amor, de la sexualidad, del goce, de la comunicación, de la relación entre géneros. Y es ahí donde hay que comenzar a generar los procesos de cambio, para luego entrar a producirlos en el espacio público como agentes educadores.

GRÁFICO 2

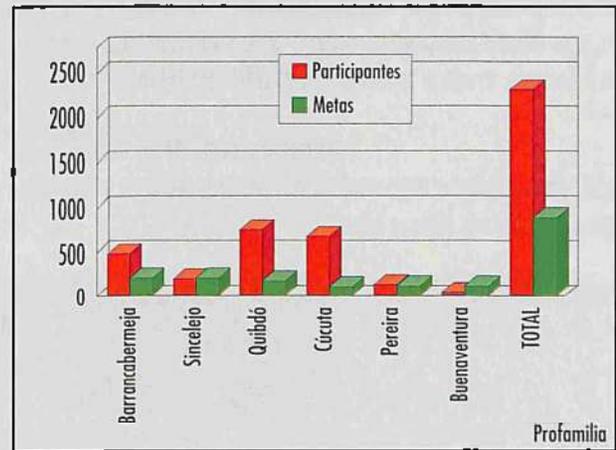
Componente Educativo

Actividades con jóvenes (93-94)

Charlas-Foro



Talleres

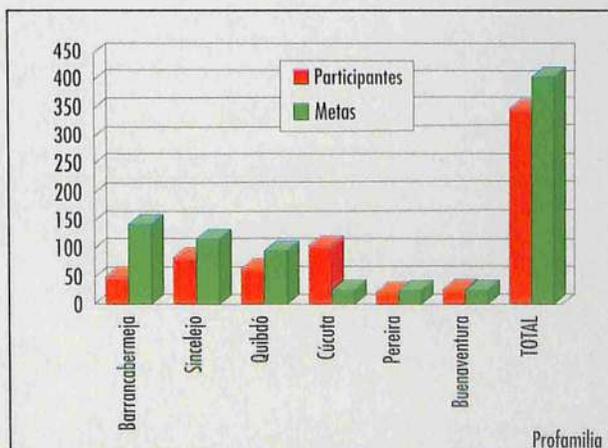


Capacitación

- Superadas ampliamente las metas propuestas.
- Vinculación de organizaciones juveniles.
- La capacitación ha servido como estrategia para mejorar difusión y prestación de servicios.

GRÁFICO 3

Agentes Educativos



Capacitación

- Superadas metas propuestas
- Consolidación trabajo educativo con profesionales
- Capacitación y permanente, se fortalecieron los compromisos institucionales

Capacitación de Padres de Familia

Las actividades educativas con padres y madres de familia son fundamentales, ya que la familia necesita recuperar su papel de socializadora y educadora por excelencia. Se trabaja con ellos como sujetos hombre/mujer, que están sometidos como pareja a múltiples presiones, con relaciones muchas veces generadoras de violencia, con dificultades para el manejo de la intimidad, con bajo nivel de conocimiento y muchos temores frente a la sexualidad.

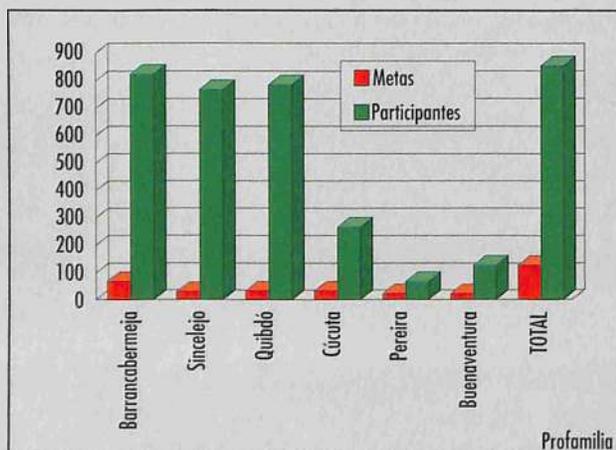
Solamente a partir de un trabajo desde lo personal, ellos pueden abrirse a relaciones más respetuosas y tolerantes con la pareja y con sus hijos e hijas.

Materiales Educativos

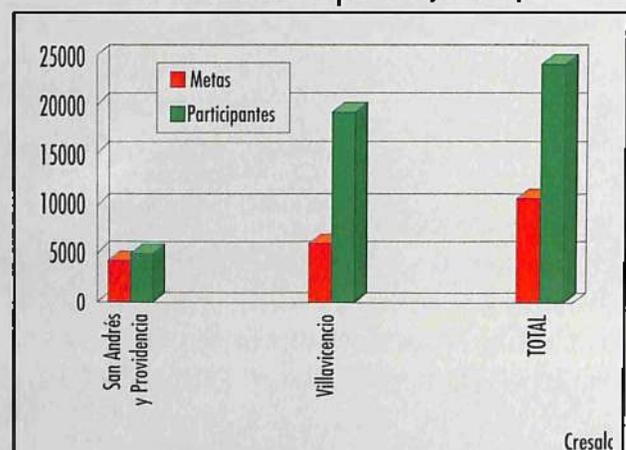
Como apoyo a las actividades de promoción, información y capacitación, el proyecto ha entregado materiales educativos impresos y audiovisuales sobre sexualidad humana, procreación responsable, planificación familiar, prevención de ETS - SIDA, etc. Las personas capacitadas reciben un paquete completo de éste, como ayuda pedagógica para la actividad multiplicadora.

GRÁFICO 4

Actividades con padres (93-94)



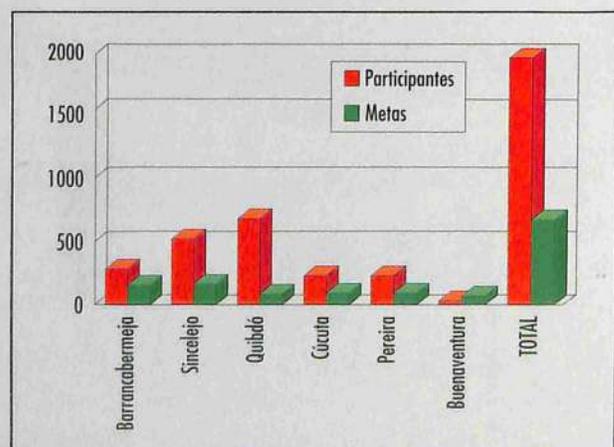
Actividades con padres (93-94)



Capacitación

- Superadas metas propuestas
- padres como agentes activos en la educación
- Capacitación de un número significativo de maestros (aporte al proyecto Min-Educación)

Actividades con maestros



III. SERVICIOS DE ATENCIÓN

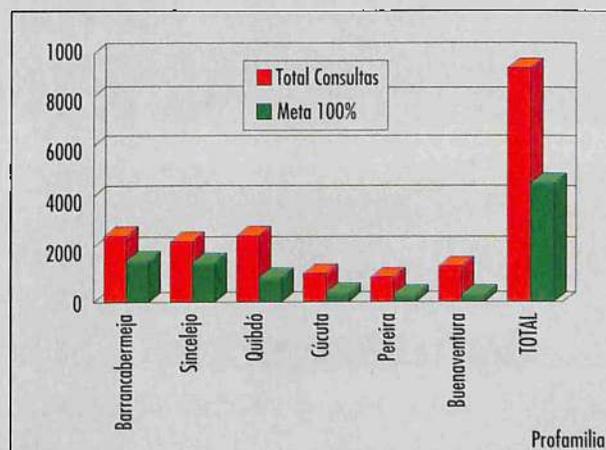
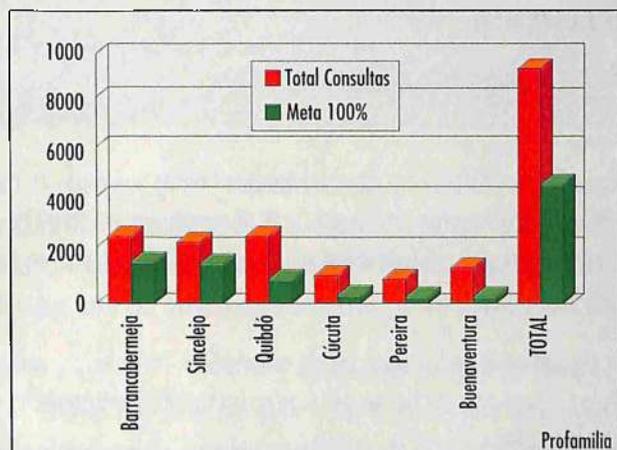
Los servicios de atención los concebimos no como un espacio cerrado y medicalizado sino como un lugar abierto y vinculado a la comunidad, con participación del equipo básico en actividades de educación continuada, de apoyo a grupos juveniles, de promoción de actividades culturales y recreativas, generándose con ello una fuerte relación entre los servicios de atención, la población adolescente y la comunidad.

En cada centro de atención se ofrecen los siguientes servicios:

- Orientación - consejería
- Examen médico
- Atención en planificación familiar
- Pruebas de embarazo
- Citologías
- Tratamiento y prevención de ETS
- Charlas educativas

GRÁFICO 5

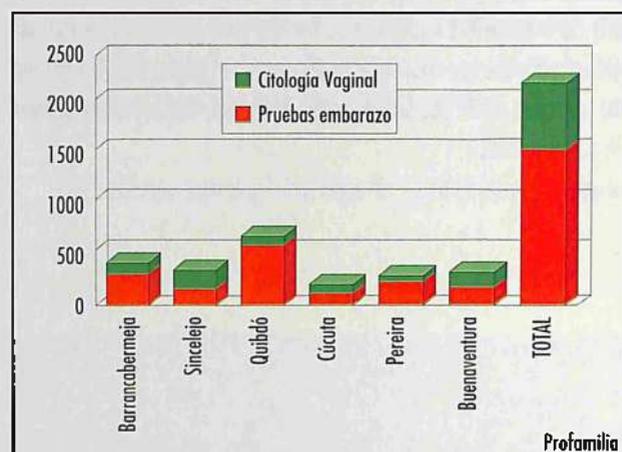
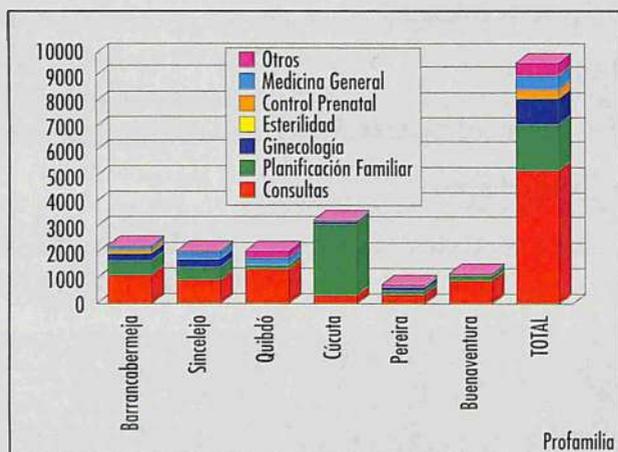
Servicios Médicos y de Orientación (93-94)



Servicios de Atención

- Estabilidad y permanencia
- Personal competente
- Logros cobertura superiores al 100% con demanda creciente y sostenida.
- Fuerte vinculación de grupos organizados de adolescentes en actividades de educación y elaboración de proyectos comunes.
- Consolidación modelo de coordinación intersectorial.
- Mayor compromiso de las autoridades regionales para la descentralización de servicios.

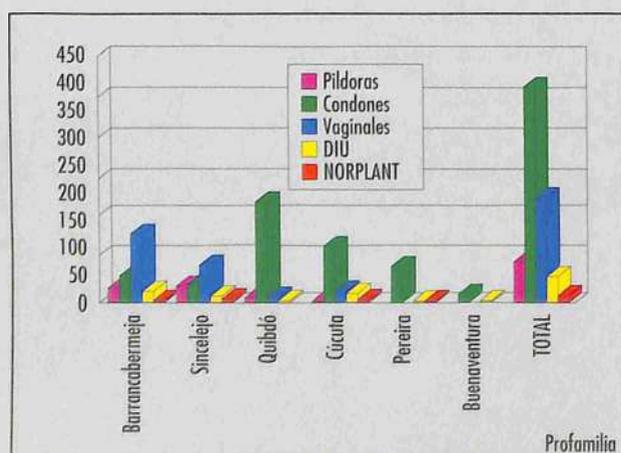
GRÁFICO 6 Servicios de Atención



Servicios de Atención

- Buscar que la demanda del servicio se dé, más por una conciencia de prevención que por un problema.

GRÁFICO 7 Demanda de Anticonceptivos



- Cada región cuenta con una oferta amplia.
- Se ha cumplido con la distribución aunque la demanda ha sido lenta.

Aunque hemos superado en cuanto a coberturas las metas propuestas y la demanda en los servicios es creciente y sostenida, se han visibilizado problemas de género que se expresan básicamente en:

- La demanda de los servicios de orientación, consejería y consulta en salud reproductiva la hacen en un número significativamente mayor los adolescentes.
- En algunas regiones encontramos todavía resistencia, producto de patrones machistas para que los jóvenes utilicen el condón.
- Los adolescentes se acercan muy poco a los servicios, no tienen una conciencia de la responsabilidad individual y de pareja. El patrón de virilidad está generalmente asociado al riesgo y no a la prudencia.
- Hay hacia los adolescentes discriminación de la responsabilidad sexual y reproductiva por parte del personal de salud, de educación y de la familia.
- La mirada médica sobre el cuerpo femenino está condicionada por la maternidad, no como cuerpo sexuado.
- Promoción de la sexualidad en la adolescente, basada en la abstinencia, el autocontrol y el autorrespeto.
- El adolescente asume una actitud de poder y protección con respecto a su pareja en la toma de decisiones y con respecto a la salud sexual y reproductiva.

- Por parte de algunos profesionales de la salud, a veces se dan actitudes de pesar y lástima frente a la actividad sexual de la adolescente.
- Hemos visto que en las parejas de adolescentes hay poca comunicación, sienten temor y vergüenza para abordar temas que tengan que ver con su intimidad.

Lo expuesto anteriormente nos ha llevado a plantear la necesidad de un trabajo más profundo en perspectiva de género. Si buscamos la transformación de las actuales relaciones de género, las acciones del proyecto deben orientarse en consecuencia, hacia una transformación más estructural del sistema de relaciones entre los sexos. Si pensamos en la calidad de vida, es necesario potenciar la satisfacción de las necesidades de afecto, libertad, participación, autonomía, identidad y ocio en los adolescentes y las adolescentes, lo que supone un cambio en las actitudes y en las formas cotidianas de interacción entre los géneros.

IV. INVESTIGACIÓN

El proyecto ha realizado dos investigaciones:

ENCUESTA CAP.

Este estudio fue realizado en seis regiones del país, con una muestra de 3.600 jóvenes escolarizados y no escolarizados, con edades comprendidas entre 13 y 19 años, y con una distribución por sexo del 50% para cada grupo.

El estudio nos permitió ver el nivel de conocimiento, el tipo de información y las actitudes que los jóvenes y las jóvenes tienen acerca de la sexualidad y de la salud reproductiva.

El estudio arrojó, entre otros, los siguientes resultados:

- **Indicador uso de anticonceptivos: Información-** Aunque el 98% expresó conocer los anticonceptivos, el porcentaje de jóvenes que alguna vez usó un método fue bajo: 36% hombres y 52% mujeres.
- **Indicador Información -Prevención ETS SIDA:** Aunque la casi totalidad de jóvenes ha oído hablar del SIDA, estos no tienen una idea clara y precisa acerca de las ETS, de sus implicaciones y del alto riesgo a que pueden estar expuestos si no manejan con responsabilidad su sexualidad. Un porcentaje alto de hombres y mujeres no consideró las relaciones heterosexuales como fuente de contagio.
- **Indicador riesgo:** Nos mostró que el adolescente minimiza o no tiene en cuenta el riesgo, lo que nos obligó a replantear las estrategias de pre-

vencción, para trabajar alternativas en factores de protección y las que están fundamentadas en la equidad de género.

- **Indicador -diferencia por regiones:** Las diferencias por regiones no fueron significativas, lo que de un lado facilitó la estrategia general en las acciones del proyecto y, de otro lado, nos indujo a explorar otros indicadores para cada región.

INVESTIGACIÓN

Factores de riesgo asociados a embarazo y a aborto en adolescentes.

Para este estudio de tipo cualitativo se realizaron 80 historias de vida con adolescentes menores de 19 años, escolarizadas y no escolarizadas, en zonas urbanas de seis ciudades intermedias y dos ciudades grandes.

El estudio nos permitió:

- Profundizar en las condiciones y circunstancias personales y ambientales que rodean a las jóvenes con ésta experiencia.
- Encontrar las representaciones que orientan el ejercicio de su sexualidad, la percepción de sus relaciones afectivas, el control reproductivo y la maternidad.
- Ahondar en los procesos de decisión, en las redes de control y solidaridad y en las rutas de búsqueda de los servicios de aborto entre las adolescentes.
- Establecer las diferencias en la incidencia de dichos factores, según estrato socioeconómico y pertenencia o no al sistema escolar y a la región.
- Este estudio está ahora en proceso de publicación. Está propuesto otro estudio cualitativo acerca de la percepción que tienen los hombres con respecto a la salud reproductiva y a la sexualidad.

PROGRAMA NACIONAL DE ADOLESCENTES: LA EXPERIENCIA DE COSTA RICA

Dr. Alberto Morales Bejarano

Jefe de la Unidad Adolescente del Hospital Nacional de Niños de San José

ANTECEDENTES:

El interés por la atención a los adolescentes surge con fuerza a partir de la década de los 70, a través de grupos independientes que detectan necesidades en grupos específicos.

Es así como en 1978 el Hospital Nacional de Niños, por medio del Departamento de Pediatría Social y Comunitaria, crea el Servicio de Medicina Escolar y del Adolescente, que funciona hasta 1983.

Posteriormente el programa se retoma a finales de 1985 por un equipo interdisciplinario de profesionales, dando origen a la actual Clínica de Adolescentes de este centro.

En la década de los 80 surgen otras experiencias, entre las cuales sobresalen:

- En 1981, en el Hospital de San Rafael de la Alajuela, se crea el Programa de Adolescentes de la provincia de la Alajuela.
- En 1983, el INCIENSA, institución adscrita al Ministerio de Salud, desarrolla un Proyecto de Atención al Escolar y al Adolescente en la provincia de Cartago.
- En 1984, la presidencia ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social convoca a una comisión interdisciplinaria e interinstitucional, con las tareas de asesorar y de elaborar un primer diagnóstico de la situación de la salud de los adolescentes, y de presentar una propuesta para su atención. Esta labor se completa en el año 1986.
- En 1987, nuevamente, la presidencia ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social convoca a una segunda comisión, con la finalidad de definir la política institucional en el área de medicina del adolescente, de profundizar en los programas operativos existentes y de poner en marcha otros que fueran necesarios.

Esta comisión, en 1987, elaboró una propuesta de Atención Integral del Adolescente con énfasis en Salud Reproductiva para el Fondo de Población de las Naciones Unidas, que fue aprobada.

A través también de esta comisión se inició el proceso de normatización, elaborándose los documentos siguientes: Manual de Normas Técnico-Administrativas y Manual de Funciones y Normas de Atención de Morbilidad Prevalente del Adolescente.

Además, se elaboraron los instrumentos básicos siguientes: Historia Clínica del Adolescente e Instrumento Discriminador de Riesgo Psicosocial.

- En 1988 se creó, en el Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, el Programa de Adolescentes de esta institución.

En ese mismo año, la AID (Agencia Internacional de Desarrollo) concedió treinta becas cortas para la visita de profesionales a programas de adolescentes en USA.

- En 1989 se inicia la ejecución del proyecto financiado bipartitamente entre la Caja Costarricense del Seguro Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en la Provincia de Limón, que se constituye en la primera etapa del Programa Nacional de Adolescentes.

En los inicios de la década del 90 sobresale:

- El Consejo Interinstitucional de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud, elevan el rango de la comisión convocada por la primera institución a Comisión Asesora Interinstitucional para la Atención Integral en Salud de la Adolescencia, con la representación de tres instituciones: Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica.
- El Presidente de la República y el Ministro de Salud convocan a la Primera Comisión Nacional de Atención al Adolescente, con representación de los Ministerios de Trabajo, de Cultura, Juventud y Deportes, de

Educación Pública, y de Salud, de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Consejo Nacional de Rectores de Universidades Públicas.

- El Presidente de la República y el Ministro de Salud decretan las primeras políticas para la atención integral de los adolescentes.

SITUACIÓN ACTUAL

NIVEL CENTRAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE ADOLESCENTES.

En la actualidad, el nivel central del Programa de Adolescentes está constituido por un equipo interdisciplinario de profesionales de la Caja Costarricense del Seguro Social, que trabaja en coordinación con los profesionales del Departamento del Niño y del Adolescente del Ministerio de Salud.

En Costa Rica se ha dado un proceso de integración de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Ministerio de Salud, que ha venido desarrollando actividades paralelas que en muchas ocasiones se superponen.

La Caja realiza sobre todo actividades de atención, por lo que este componente es más fuerte en adolescentes en esta institución.

Sin embargo, se pretende que ambas instituciones trabajen coordinadamente, tanto en programas como en recursos, y que a corto plazo los programas se refuercen.

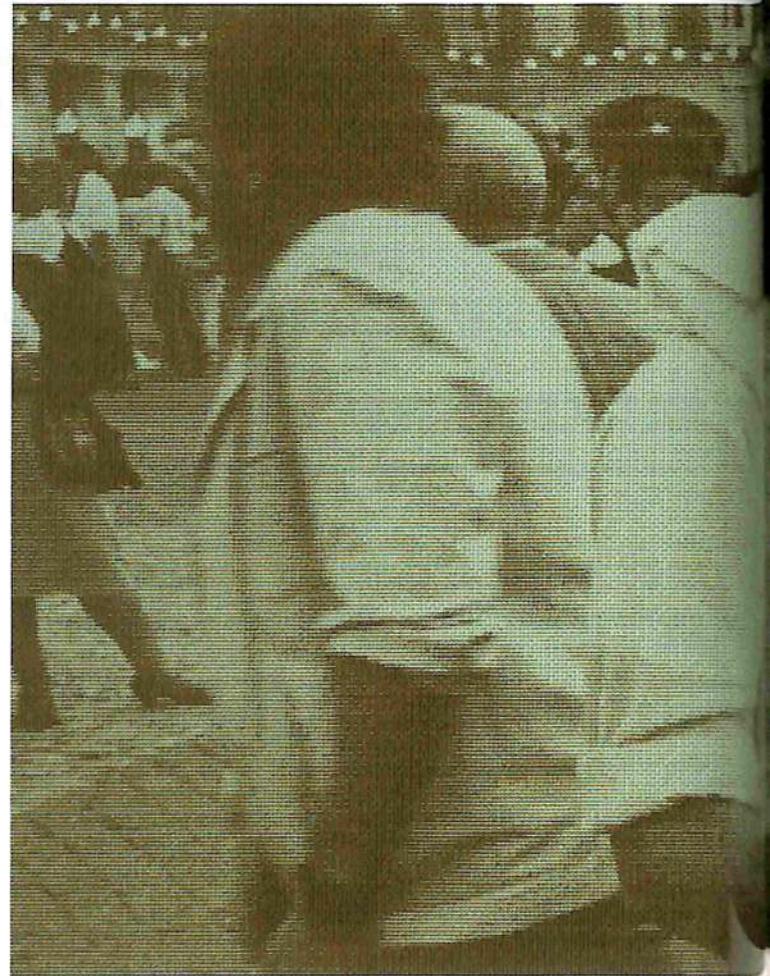
Es importante tener en cuenta que en Costa Rica se vive un proceso de reforma del sector salud, que conlleva un fortalecimiento de la atención primaria.

Esta reforma plantea la creación de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que serían los responsables de dar atención a las personas en general, con acciones específicas a todos los grupos etarios, incluidos los adolescentes.

Actualmente el nivel central, con apoyo de profesionales que trabajan en el campo de la adolescencia, está en proceso de redefinir el futuro de programas como el de adolescentes.

NIVEL LOCAL

El éxito y el desarrollo de programas de adolescentes, especialmente en sus inicios, se fundamenta en dos



aspectos claves: la visión y entrega desinteresada de muchos profesionales en este proyecto y la creatividad y el compromiso de equipos que surgieron para dar atención a los adolescentes.

Dentro de estos últimos, debe ser mencionado el trabajo que han realizado los equipos locales.

A pesar de que ha existido una política de apoyar el desarrollo del Programa de Adolescentes en sus diversas etapas, esto no siempre se ha traducido en hechos concretos, lo cual ha provocado una queja constante de los niveles locales.

Más aún, el ímpetu que se vivió en las décadas del 80 y del 90, referido a la salud integral del adolescente, se ha venido debilitando por múltiples razones como:

- 1.- Las políticas económicas y los programas de ajuste estructural en nuestro país, que al igual que en muchos otros han producido una detención o han favorecido la desaparición de importantes experiencias, por ausencia de recursos humanos y materiales.



2.- La falta de visión de los conductores del proceso, al no apoyar la formación de recursos humanos estratégicos y el desarrollo de experiencias exitosas que ya se venían dando en todos los niveles.

Sin embargo, es importante destacar que a pesar de lo anterior y de la incertidumbre del proceso de reforma que se está dando en este momento, se mantienen experiencias de trabajo con adolescentes que de manera general se caracterizan por:

• **Base Comunitaria:**

Es probablemente la característica más sobresaliente. La incorporación de la comunidad a la toma de decisiones y al desarrollo de los programas es un elemento común en los equipos.

• **Trabajo en equipos interdisciplinarios:**

Con diferentes niveles de complejidad, el enfoque que ha predominado es el de trabajo en equipos interdisciplinarios.

• **Trabajo interinstitucional:**

Con distintos niveles de éxito en cuanto a la coordinación, se han incor-

porado una serie de instituciones para dar respuestas a los diversos problemas en cada comunidad.

• **Atención integral:**

Ha sido orientada a la atención biopsicosocial de los adolescentes, incorporando a familia, escuela, trabajo y comunidad.

En base a lo anterior se han generado experiencias, tales como:

- Atención integral,
- Predominantemente asistenciales,
- Predominantemente preventivas (salud reproductiva, farmacodependencia, embarazo y maternidad adolescente, delincuencia, deserción escolar, etc.),
- Predominantemente productivas (generación de empleo),
- Predominantemente laborales,
- Predominantemente escolares,
- Predominantemente con grupos de riesgo.

En todas las provincias del país existen diversos grupos dentro del sector salud, que en coordinación o no con

otros sectores y con diferentes niveles de desarrollo y de recursos, se mantienen realizando acciones dirigidas a los adolescentes.

NIVEL REGIONAL

Aunque se constituyeron equipos regionales que tenían la función de apoyar y desarrollar las acciones a nivel local, éstas se han visto limitadas por no contar con una delegación efectiva de autoridad y de recursos que permitiera que se llevaran a cabo.

Además, no se ha podido implementar un sistema efectivo de referencia y contra referencia que dé respuesta a las necesidades de atención de los niveles locales. Ésta es una de las tareas prioritarias que debe cumplirse, ya que permitiría el crecimiento del programa nacional de adolescentes.

NIVEL NACIONAL

Por nivel nacional entendemos el sistema de hospitales de nivel terciario, que en el caso de nuestro país consta de seis. La situación de estos hospitales es la siguiente:

HOSPITAL MÉXICO:

Ofrece la experiencia más sólida y de mayor trayectoria en el campo de la atención ginecoobstétrica en el país.

Actualmente se está en el difícil proceso de negociación de extender la atención diferenciada de los adolescentes a todo el hospital.

HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA:

Ha intentado desarrollar la experiencia en la atención obstétrica, siendo el primer centro en destinar una sala de internamiento exclusiva para los adolescentes. Sin embargo, no ha contado con el apoyo necesario para continuar con el desarrollo de esta experiencia.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS:

Ha sido uno de los hospitales que más tardíamente ha realizado acciones para incorporar la atención diferenciada de los adolescentes. Desde este punto de vista, el impacto de este hospital es muy limitado.

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO:

Ha creado una experiencia de atención ambulatoria diferenciada para los adolescentes, y en la actualidad se encuentra en proceso de negociación para la implementación de la primera unidad de internamiento psiquiátrico para este grupo etario.

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS:

Ha desarrollado una experiencia sostenida en el tiempo, que ha permitido que en la actualidad exista una clínica de adolescentes, con un enfoque de intervención integral, y que se dedica a tiempo completo a la atención de adolescentes.

Se ha constituido, también, en un recurso de apoyo para el Programa de Adolescentes en el campo de la capacitación del recurso humano en servicio.

Además de ser un centro universitario, participa activamente en la capacitación de profesionales de los siguientes campos: pediatría, medicina familiar, psicología, trabajo social, enfermería y nutrición.

Desde el punto de vista de la atención, es la alternativa más organizada y consolidada como centro de referencia.

Sin embargo, dos de las limitaciones más importantes que ha tenido han sido: el estancamiento del número de profesionales y el no contar con una unidad diferenciada para el internamiento de adolescentes.

CONCLUSIONES

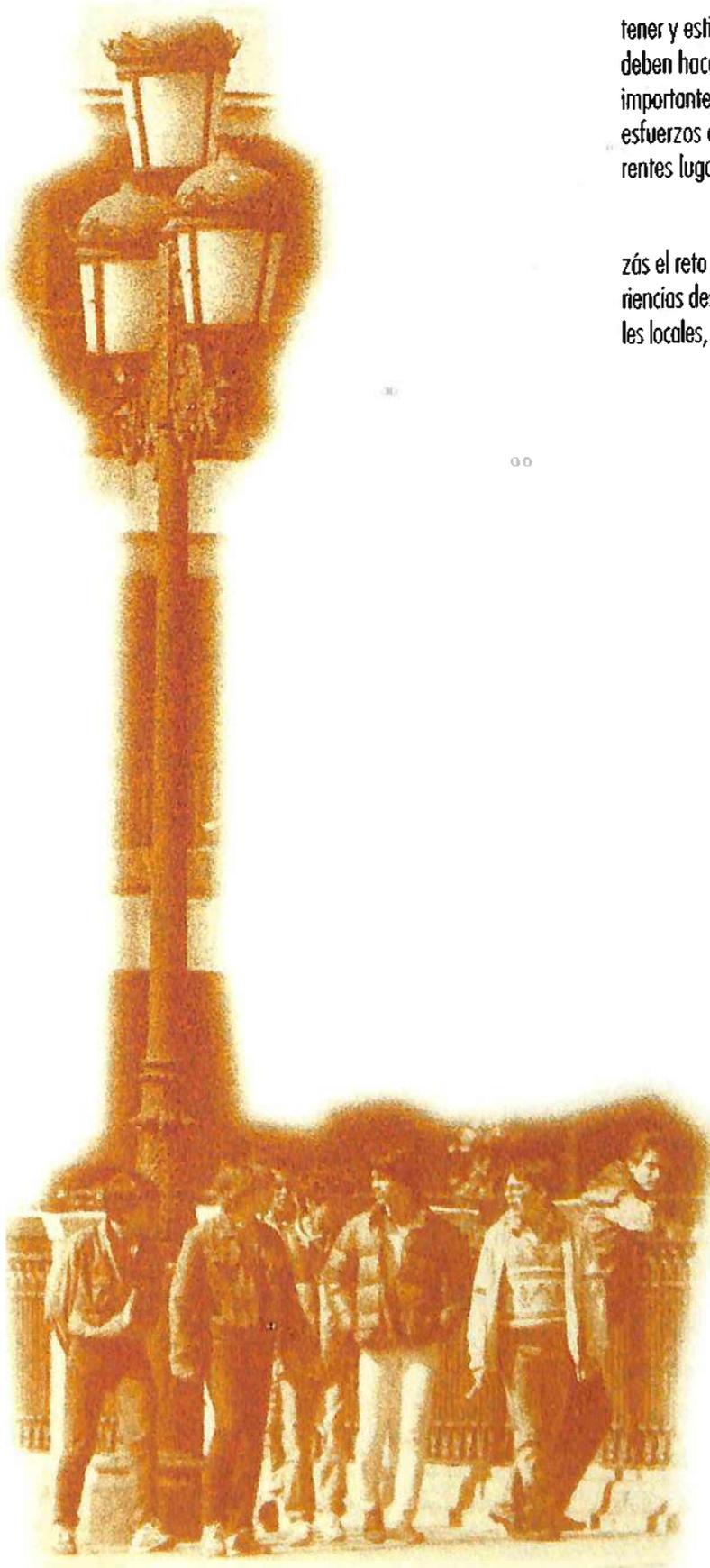
El Programa Nacional de Adolescentes surgió por varias circunstancias:

- 1.- La coyuntura internacional de un interés creciente por la salud de los adolescentes.
- 2.- La coyuntura de contar con el apoyo político de una institución clave dentro de nuestro sector salud.
- 3.- El antecedente de grupos que habían iniciado el trabajo en proyectos para adolescentes.
- 4.- El esfuerzo e interés de un grupo de profesionales capacitados, que cristalizó en un proyecto viable, el Programa de Adolescentes.

Sin embargo, el desarrollo inicial del programa se vio reducido por las circunstancias mencionadas previamente, entre ellas: la situación económica, los programas de ajuste, la ausencia de planificación estratégica tanto para el desarrollo de recursos humanos como para la creación de una estructura eficiente con todos los niveles de atención, etc.

Es por lo anterior que si se quiere mantener y estimular el crecimiento del Programa Nacional de Adolescentes, deben hacerse profundos cambios de enfoque que den respuesta a los importantes factores limitantes existentes, y que se permita articular los esfuerzos que realizan los profesionales y no profesionales en los diferentes lugares del país.

Sin embargo, se debe señalar que quizás el reto más importante en la actualidad es el de incorporar las experiencias desarrolladas con adolescentes por excelentes grupos a los niveles locales, regionales y nacionales, al modelo de reforma del sector salud.



LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES:

- **FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS**
 - **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**
 - **FUNDACIÓN PATHFINDER INTERNATIONAL**
- **ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE JUVENTUD**

LA HETEROGENEIDAD DEL MUNDO JOVEN Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Sr. O. J. Sikes

Jefe de la Subdivisión de Educación, Comunicación y Juventud (UNFPA)

La salud reproductiva en el adolescente es un área muy compleja. Hoy día quisiera dedicar algunos minutos a un solo elemento de la salud reproductiva de los adolescentes. Quisiera hablar de la importancia de la identificación de los subgrupos de jóvenes que existen, ya que cada uno de ellos tiene necesidades diferentes y específicas.

Esta perspectiva, o sea la segmentación en grupos, es un primer paso hacia el entendimiento de la salud reproductiva en el adolescente. Desde luego, hay muchos factores que necesitan considerarse en el diseño de un enfoque adecuado. Sin embargo, como esta perspectiva ha recibido poca atención, quisiera dedicarme, sólo por ahora, a la necesidad de dividir a la población de adolescentes según sus características y necesidades.

Numerosas organizaciones tienen interés y trabajan con "la juventud". Organizaciones en el área de población tienen un interés particular, aunque no exclusivo, por su salud reproductiva, con énfasis en la prevención del embarazo precoz. Para abordar efectivamente asuntos relacionados con la salud reproductiva, es esencial que los educadores y el personal de servicio tengan una visión clara de las personas más afectadas por estos aspectos, es decir, las que están embarazadas o en riesgo de un embarazo precoz.

Tradicionalmente, "los adolescentes" han sido tratados como un grupo homogéneo. No lo son. La edad sí, entre los 10 y los 19 años, implica grandes diferencias entre ellos. Hay diferencias además de la edad, lo cual hace más difícil aún el diseño de respuestas a sus problemas o necesidades, es decir, sólo la edad no es suficiente para definir el grupo o los subgrupos de adolescentes.

Tratar de limitar la adolescencia a un grupo específico de edad es problemático, pero no es el único factor complicado al diseñar enfoques para llegar a la gente joven. Los adolescentes son un grupo diverso, comprendido, por ejemplo, por adolescentes escolarizados y no escolarizados, adolescentes casados y no casados, aquellos en riesgo de un embarazo precoz y aquellos que no lo están. Aquí

está el punto clave: esta diversidad requiere que se les divida en distintas categorías para que sus problemas sean claramente identificados y adecuadamente abordados.

De lo anterior se deriva que este grupo de adolescentes se dividiría en los cuatro subgrupos siguientes: "escolarizados", "casados o comprometidos", "en unión" y "otros sexualmente activos". Este marco está creado para facilitar a profesionales en materia de salud reproductiva y a especialistas en educación y comunicación, una mejor comprensión de las necesidades de la gente joven. Además, les puede ayudar a determinar la factibilidad de trabajar con grupos específicos, asignando prioridades, determinando quiénes y dónde, y así preparar las actividades educativas.

Estas cuatro categorías no son mutuamente excluyentes. Algunos estudiantes podrían estar casados, por ejemplo. Cada una de estas categorías puede tener subcategorías también. Para complicar el análisis global, la importancia de cada grupo en cuanto a salud reproductiva cambia de una cultura a otra. Por ejemplo, podría haber una proporción más grande de adolescentes casados en Asia del Sur que en América del Sur. La residencia (sea rural, urbana o marginal) también es importante.

Una vez que los tipos de grupos están claramente definidos, esta información sobre ellos revelará la importancia de cada grupo para el propósito de los programas de salud reproductiva.

1 Escolarizados

El grupo más fácil de identificar y localizar está compuesto por adolescentes escolarizados. La manera más sencilla de llegar a ellos es a través del sistema escolar. Los detalles de cómo se logra esto son más complejos de lo que parecen: los encargados de formular políticas deben estar convencidos de la necesidad de tomar decisiones

sobre los contenidos del currículum, de diseñar materiales y, finalmente, de capacitar a los maestros apropiadamente para tratar con temas nuevos y, algunas veces, delicados. A pesar de lo complejo que es, a través de este medio se puede alcanzar a un gran número de adolescentes.

El grupo escolarizado puede subdividirse en aquellos que están en riesgo de un embarazo precoz y aquellos que no lo están. Las necesidades de estos dos subgrupos son diferentes, y las respuestas educacionales para satisfacer esas necesidades también serán diferentes.

Los adolescentes que están en la escuela sexualmente activos necesitarán atención especial. Además de los estudios, la consejería individual puede tener impacto. Se necesitará una selección cuidadosa y un entrenamiento apropiado del personal de la escuela y de los compañeros que puedan servir de consejeros, con el fin de fomentar la comunicación con adolescentes que necesitan orientación.

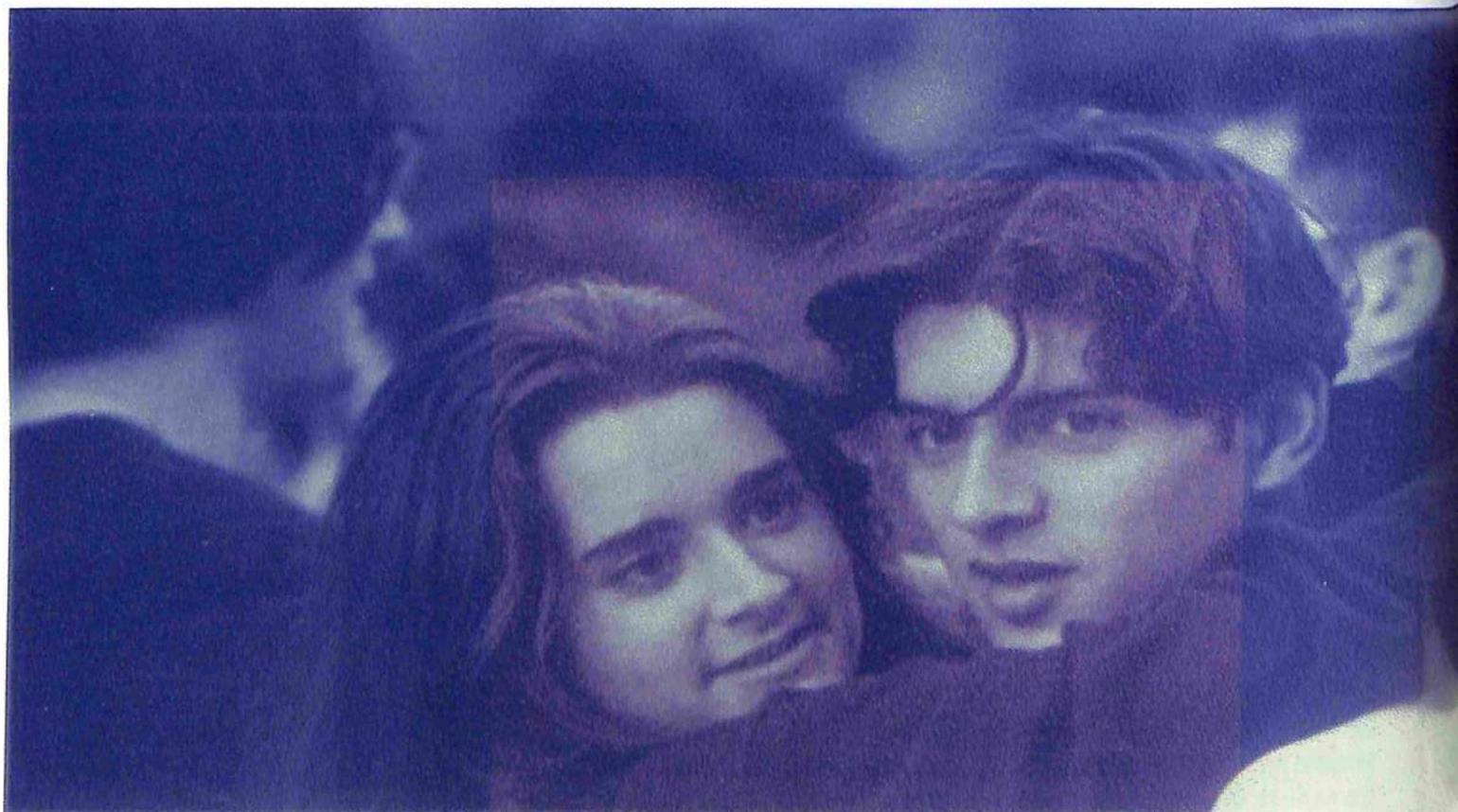
Muchos adolescentes no están en riesgo de un embarazo precoz. Ellos necesitan programas que los preparen para futuras responsabilidades reproductivas y para desarrollar el entendimiento básico de los temas de población que necesitarán, con el fin de funcionar efectivamente como adultos (o sea, futuros padres, profesores,

líderes de negocios, funcionarios del gobierno, etc). El trabajo que las escuelas hacen a este respecto puede y debe ser complementado por grupos organizados de juventud que funcionen fuera del sistema escolar.

2 Recién casados o comprometidos.

Un segundo subgrupo importante está compuesto por adolescentes casados. El matrimonio antes de los 20 años es común en muchas partes del mundo. Los riesgos de salud asociados con la maternidad en las jóvenes está presente, aunque la madre esté o no casada. Arduo trabajo queda por hacer para convencer a muchos individuos de este hecho. (Entre ellos se incluyen algunos profesionales de salud y educación). Esto se debe a muchos años de tradición, la cual incentiva el matrimonio precoz y/o el embarazo precoz dentro del matrimonio.

Muchos familiares y grupos sociales ejercen presión sobre los recién casados para que tengan su primer hijo lo más pronto posible. Los trabajadores de salud, que no han sido entrenados adecuadamente, algunas veces rechazan a parejas jóvenes nulíparas que solicitan planificación familiar, diciéndoles "que regresen cuan-



do hayan tenido unos cuantos hijos". Las parejas jóvenes que aprendieron en la escuela que planificar el nacimiento del primer hijo era bueno para ellos, se frustran y se sienten confundidos cuando son desafiadas por el personal de salud al solicitar los servicios de planificación familiar.

A pesar de estas presiones de varias fuentes, los adolescentes casados son un grupo al que se puede llegar con información y servicios. Varios gobiernos han dedicado programas especiales para ellos. Estos programas están dirigidos a jóvenes recientemente casados o preparándose para el matrimonio.

3 En unión

Aquellas parejas que están viviendo juntas sin un certificado matrimonial, son más difíciles de identificar. Sin embargo, trabajadores comunitarios pueden ser entrenados para identificar y trabajar con estas parejas. Esto es importante porque implica un grupo de adolescentes con quienes ha sido más difícil trabajar: adolescentes solteros y no escolarizados.

Sin anticonceptivos, los jóvenes que están casados o en unión libre, con una relación monógama relativamente

estable, son más propensas a un embarazo precoz que sus compañeras que son sexualmente activas pero no ligadas a un solo compañero. Por otra parte, jóvenes que tienen más de un compañero son más propensas a contraer enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Por supuesto, el embarazo también puede ocurrir.

4 Otros sexualmente activos

Una cuarta categoría: otros sexualmente activos, puede incluir individuos con diversas características. Entre ellos se incluye a jóvenes embarazadas y jóvenes que han dado a luz recientemente. Por supuesto, el hecho de trabajar con estas jóvenes no les va a ayudar a posponer el primer embarazo, lo que es de suma importancia, pero sí una atención apropiada podría ayudarles a posponer embarazos posteriores. Ellas son fáciles de identificar, especialmente si están recibiendo cuidado prenatal o si han registrado el nacimiento de su último hijo. Parte de la atención que ellas requieren será educación con respecto al cuidado y desarrollo del niño.

La Federación Internacional de Paternidad Responsable estima que, en los países en desarrollo, solamente el 17% de las mujeres casadas entre los 15 y 19 años usan anticonceptivos. Este grupo y el de las parejas que viven en unión libre cuentan con el mayor número de nacimientos entre adolescentes. Ellas pueden y deben recibir una atención prioritaria en todos los programas de salud reproductiva.

Con el fin de tener un impacto sobre la fecundidad adolescente, cada país tendrá que analizar su situación en términos de nacimientos de los 4 grupos que hemos mencionado, o sea casados, en unión libre, en el colegio y otros sexualmente activos.

Una vez que estos análisis estén completos, el programa estará en posición de establecer prioridades, tomando en cuenta los tamaños de los distintos grupos y las dimensiones del problema en cada caso. El próximo paso sería diseñar las estrategias para llegar a estos distintos grupos.

En resumen, como hemos dicho al comienzo, el trabajo de subdividir el mundo joven según sus distintas necesidades es sólo el primer paso para formular una respuesta a sus necesidades. Este trabajo preliminar permitirá que las actividades educativas sean enfocadas, y, por tanto, más eficaces. Finalmente, al buscar formas de enfrentar las necesidades específicas de grupos de alto riesgo, no debemos olvidar que todos los adolescentes van a requerir información sobre salud reproductiva.



EL PROGRAMA DE ADOLESCENCIA DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y POBLACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Dra. María Elena Ruzany

Asesora Regional en Salud del Adolescente - O.P.S.

Gracias por la oportunidad de presentar el Programa de Adolescencia del Programa de Salud Familiar y Población y de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), y también por la oportunidad de hablar en español, que es un idioma que me encanta.

Hace un año y tres meses que soy la responsable de este programa, cuya dinámica de trabajo resulta muy interesante. Para tener una idea de los recursos de los que disponemos para el desarrollo de las actividades que lo componen, utilizamos fondos regionales que son recursos que la Organización Panamericana de la Salud recibe de los gobiernos para brindar cooperación técnica a todos los países de la región, y recursos de proyectos aprobados por fundaciones internacionales donantes. En este momento estamos trabajando con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) y con el de la Fundación W.K. Kellogg.

Con los fondos de UNFPA apoyamos a algunos países de la Región Andina, como por ejemplo Ecuador, y de Centroamérica, como Guatemala y Nicaragua, implementando la organización de servicios, principalmente de salud reproductiva de los adolescentes. Con la Fundación Kellogg estamos coordinando el Proyecto de Apoyo a las iniciativas Nacionales de Programas de Salud del Adolescente, promoviendo así el desarrollo de programas de atención integral del adolescente. Los países que participan de este Proyecto son: Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Colombia, Paraguay, Bolivia, Guatemala, República Dominicana, Barbados y Antigua.

Significa un gran desafío hacer que los profesionales de los programas de los países de la Región tengan acceso a la información del gran número de documentos, libros y folletos que produce la O.P.S. en esta área. Para ofrecer una visión global del Programa de Adolescencia de la O.P.S., presentaré los avances del Proyecto OPS/Kellogg por Componentes y la forma como fue diseñado por el Dr. Carlos Serrano, el ideólogo de este Proyecto.

El Proyecto está organizado en componentes:

En el Componente I estamos desarrollando los instrumentos de evaluación de los servicios. Los instrumentos son encuestas de los niveles de complejidad primario, secundario y terciario, y de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud integral del adolescente. Este documento está publicado con su respectivo manual de instrucciones. Las variables recibieron puntaje de acuerdo con el grado de importancia atribuido por un grupo de expertos. Con este instrumento los servicios pueden autoevaluarse y mejorar su desempeño a través de una decisión del equipo de trabajo. Por otro lado, puede ser usado por Jefes de Programas para la evaluación de sus servicios.

Otra manera de evaluar los servicios es usando una encuesta de "oportunidades perdidas", que fue desarrollada de acuerdo con el concepto creado por el Programa de Inmunización de la O.P.S. Este Programa observa que muchas veces los niños van a los hospitales o centros de salud pero no reciben la vacuna debida, ya sea por falta de disponibilidad de ésta o por descuido de los técnicos. En dicha investigación el Programa de Inmunización encontró un mundo de oportunidades perdidas de vacunación.

En nuestro Programa la idea de oportunidades perdidas se refiere a los servicios que tienen como propósito brindar la atención integral a los jóvenes y que por los más diversos motivos no lo hacen. Se puede ejemplificar con un adolescente que llega a un programa de salud por una fractura o un pequeño accidente, y los profesionales de salud no aprovechan la oportunidad para brindar instrucciones sobre desarrollo físico, relación familiar, dificultades escolares y salud reproductiva, etc... Otra situación que se presenta es cuando el equipo presta la información, pero usando un lenguaje que no es comprendido por los jóvenes. Con este instrumento el usuario participa de la evaluación del servicio y los profesionales pueden saber sus fallos en relación al grado de comprensión de sus pacientes.

La tercera manera de evaluar los servicios es la identificación de problemas o condiciones "trazadoras". La

idea es que, a través de la atención que el sistema de salud brinda a los problemas o enfermedades del adolescente, se puedan "trazar" los caminos de éste desde el nivel primario hasta el terciario. La búsqueda de una problemática biopsicosocial para cumplir este objetivo ha sido difícil. Por otro lado, una enfermedad, un problema de salud o una cuestión específica, como por ejemplo el embarazo de la adolescente, muchas veces nos permite trazar el camino del joven en los servicios, porque en la mayoría de las ocasiones solamente la joven es la que acude al servicio de salud sin su pareja. Otra dificultad es la de encontrar una única "trazadora" para los tres niveles de atención. Algunos países, como Costa Rica, siguen intentando esa búsqueda pero sin una propuesta adecuada. El Programa de Adolescencia en este momento, debido a las dificultades encontradas, está postergando la idea de seguir con las discusiones técnicas para encontrar una "trazadora" que evalúe los servicios de adolescentes.

En cuanto a las normas y a la programación estamos siguiendo las demandas de los países y a los que están inscribiendo sus normas y solicitan asesoría técnica. Hoy día no estamos haciendo una promoción para que ellos hagan sus normas, pero estamos brindando consultorías de profesionales con experiencia para facilitar la redacción de sus documentos.

Muchas veces, siguiendo criterios de riesgo generalmente a partir del diagnóstico epidemiológico previo, cada país decide cómo desarrollar sus programas, en los que cabe a la O.P.S. ofrecer el apoyo que necesitan para la normalización de la atención de salud integral de adolescentes.

Para orientar a los Jefes de Programas sobre cómo organizar un servicio de salud para los jóvenes en los tres niveles de atención, fueron publicados los "Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente" de los Drs. Elsa Moreno, Carlos Serrano y Luis Tomás García, que ofrecen de manera sencilla un guión para la programación. Es un documento muy importante para los que están empezando los programas en sus países.

En cuanto a un instrumento para normalizar la atención integral a los adolescentes, el Programa propuso desarrollar la historia clínica del adolescente. Para ello se recopilaron doce historias diferentes pero actuales en seis países de la Región. A continuación se convocó a un grupo de expertos, con el liderazgo de C.I.A.P., que ya tenía experiencia de organización de la historia perinatal y del niño, para decidir cuáles serían las variables mínimas de consenso para el registro de todos los adolescentes atendidos en servicios de salud. Asimismo, fueron publicados el Manual Instructivo y el Sistema Informático del Adolescente (S.I.A.) hoy disponibles para los países, en español, por

tuqués e inglés. Con el S.I.A. se pretende tener un banco de datos de la problemática de salud de los jóvenes a corto plazo.

Actualmente estamos trabajando con otro instrumento que es el estudio de salud familiar. En este enfoque de trabajo la idea es una evaluación de la dinámica familiar, que puede estar cumpliendo su rol de dar protección al adolescente pero puede también estar promoviendo dificultades. La preocupación es que muchas veces los servicios de salud atienden al adolescente pero no tienen una evaluación de su familia.

Con el propósito de desarrollar una encuesta de evaluación de la salud familiar, primero se identificaron los investigadores que trabajan en esta área. Encontramos docentes haciendo investigaciones en las Universidades de Chile, Minnesota y en la Nacional de Colombia. Solicitamos los instrumentos usados por ellos para la evaluación de la salud familiar para un estudio preliminar. El próximo paso fue el desarrollo de una encuesta y la validación de las variables más importantes. El resultado de esta actividad fue considerado muy extenso. Finalmente, después de algunas reuniones de trabajo, se logró una encuesta corta para la evaluación de la familia desde el punto de vista del adolescente y de sus miembros. Ahora estamos elaborando un manual de instrucciones, cuya publicación es inminente.

El interpretar los datos de la familia sigue siendo difícil, porque llama a la familia como funcional o poco funcional, y muchas veces se observa que algunos adolescentes con grandes dificultades se tornan adultos emocional y socialmente ajustados, posiblemente con el apoyo de la comunidad o incluso, en su más amplia extensión, de la familia. Así, decidimos no colocar puntaje de disfuncionalidad de la familia y sí ofrecer el instrumento como un guión para facilitar el abordaje del equipo de salud a la familia. Este instrumento también puede ser importante para los profesionales que están empezando a trabajar con los jóvenes.

Componente II: Se refiere a la capacitación y al incremento de recursos humanos, que son imprescindibles para el desarrollo de los programas que sabemos siguen siendo muy deficientes en toda la Región. No tenemos servicios disponibles en los países en calidad y cantidad para la atención integral de todos los adolescentes. Por otro lado, sabemos que en casi todos los países están aumentando los modelos de servicios o programas. Los servicios de salud, en general, no tienen una masa crítica de profesionales capaces de hacer un abordaje adecuado a los jóvenes, que por esto muchas veces se sienten rechazados por ellos.

Seguimos apoyando los cursos de capacitación para multiplicadores y también los cursos de sensibilización, mas,

debido a los elevados costos, pensamos que es importante que los países encuentren una manera de mantener la formación de recursos humanos a través de las escuelas de enfermería, medicina y otras. En el Programa de Adolescencia de O.P.S. estamos intentando sensibilizar a los gobiernos y a las representaciones de la O.P.S. para seguir capacitando a profesionales dentro de sus programaciones con los recursos internos de los países.

Pensamos que es importante continuar la capacitación de personal de servicio, pero también debemos sensibilizar a los docentes de las universidades para incluir en sus programas y disciplinas temas ligados a la adolescencia. Hay que sensibilizar a las universidades y a las escuelas secundarias, para dar un espacio de atención a los estudiantes en todos los niveles y en todas las instituciones de enseñanza, porque ellos en realidad también son adolescentes y necesitan encontrar muchas respuestas a sus angustias, a las dificultades de la vida. Ya tenemos modelos del sistema educacional que están incluyendo contenidos de salud en los currículos de las disciplinas y estos ejemplos deben ser divulgados por ellos porque los estudiantes pueden sensibilizarse mejorando el autocuidado y brindando informaciones a sus compañeros. Estos futuros profesionales podrán mejorar la información a los jóvenes que están a su cargo en las áreas de trabajo, escuelas, deporte, etc., tornando así más eficiente la atención integral e intersectorial de los adolescentes.

En la promoción de la acción intersectorial estamos realizando muchos talleres y seminarios en distintos países. Ya se observa una respuesta al esfuerzo para este abordaje con los primeros convenios intersectoriales que se están firmando. El liderazgo, generalmente, es del sector de salud, pero también otros sectores como el de educación, el de justicia y otros, pueden empezar el proceso en los diferentes países. Encontramos que en cada país este trabajo intersectorial se va a realizar de una manera distinta, pero la idea es hacerlo en conjunto, de una manera participativa. No voy a profundizar sobre este tema, pero es importante encontrar la manera de que cada país desarrolle su propio programa intersectorial.

En cuanto al desarrollo de metodologías participativas, aún no tenemos los modelos de cómo hacerlo, pero nos parece importante tener a los jóvenes participando de manera afectiva dentro de los programas. Muchos de los que aquí están presentes y yo misma, cuando éramos estudiantes, participamos en importantes discusiones políticas en nuestros países y fuimos oídos, pero también rechazados por gobiernos represivos. Hoy buscamos otra vez la participación de los jóvenes después de tantos años de silencio, pero en la práctica lo que vamos a tener es la vuelta de los grupos organizados dentro de los programas, que también estarán cuestionando las desigualdades de

oportunidades que están viviendo. Esperamos que los jóvenes organizados traigan a los servicios una discusión amplia de los problemas sociales como un marco importante de participación, pero también que de nuevo no sean rechazados por los adultos responsables por los servicios y programas.

Es necesaria una definición de cómo seguir caminando juntos a través de una reflexión de cómo los Jefes de Programas piensan en el trabajo participativo de los jóvenes en sus programas, y qué rol tendrían ellos a la hora de una mayor claridad para los técnicos, las familias y los propios adolescentes.

En este momento estamos promoviendo el desarrollo de módulos de autoaprendizaje para capacitación de profesionales de nivel primario. Para esto buscamos diferentes servicios para redactar los módulos, de acuerdo con su experiencia, con el objetivo de apoyar a los profesionales que no pueden participar de cursos de capacitación y que están prestando servicios a los jóvenes.

Finalmente, nos gustaría presentar el Componente III que, pienso, es el más importante. Se trata de la formación de redes, que es la manera como proponemos el intercambio de experiencias entre los profesionales de los programas, servicios y países.

El Programa de Adolescentes de la O.P.S. trabaja a través de coordinadores de programas materno-infantiles y de adolescentes de los Ministerios, pero cuenta también con los antiguos Coordinadores de los Programas porque son personas con gran poder de convocatoria política, ya sensibilizadas al trabajo con adolescentes, que desafortunadamente son separados de los programas gubernamentales debido a la gran rotatividad de cargos de los ministerios.

Inicialmente, para el apoyo de los países en el desarrollo de los programas, fueron identificados profesionales que ya tenían alguna experiencia en trabajo con adolescentes en servicios universitarios, de gobierno, o incluso de ONGs. Así, en los países involucrados con el Proyecto OPS/Kellogg fueron contactados estos profesionales y se les invitó a colaborar con el Proyecto. Con estas personas que pasaron a ser los puntos focales del Proyecto, fueron estudiados los documentos hechos y los grupos de trabajo para la validación de los instrumentos y, poco a poco en varios países de la Región, se hizo posible implementar los programas.

Para el intercambio de experiencias de los Programas fue creado la Red ADOLEC/BIREME, que es un Proyecto en desarrollo junto con la BIREME, que se propone recoger una lista de todas las instituciones profesionales y de los documentos en el área de

adolescencia, no solamente en la de salud sino también en las de justicia, trabajo y educación. Para esto cuenta con cinco centros colaboradores del proyecto OPS/Kellogg que son: Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica y Jamaica. Estos centros están localizados en universidades que disponen de una estructura mínima para mantener la investigación y la entrada de datos a esta Red. Anualmente será publicada una lista actualizada y, asimismo, la edición CD Rom, cuatro veces al año. Aquí en Colombia el Centro ADOLEC está en la Biblioteca de la Universidad de Manizales,

contando con el Sr. Raúl Sánchez como responsable y el Dr. Juan Diego López participando en la divulgación y recolección de datos. Los profesionales que estén interesados en participar en esta Red, pueden hacerlo llenando el formulario que se les repartirá. Estos formularios también podrán ser distribuidos en los países y encaminados a los Centros colaboradores, porque el éxito de esta Red es la entrada de los datos y la divulgación de la información



LA FUNDACIÓN PATHFINDER INTERNATIONAL: LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES

Sr. D. Carlos Aramburú

Director Regional para América Latina - Fundación Pathfinder International

Quisiera aprovechar esta oportunidad para presentar lo que ha sido la experiencia de Pathfinder International, una organización privada que tiene más de quince años de trabajo en salud sexual y reproductiva del adolescente en América Latina. Quisiera presentar tanto lo que hemos aprendido como lo que no sabemos, pues lo más importante de las lecciones aprendidas es lo que no sabemos. Finalmente, me propongo plantear los retos futuros y lo que podemos lograr en la promoción y protección de la salud de los jóvenes, mediante la colaboración y coordinación entre las instituciones aquí presentes.

Quisiera recalcar algo que se ha criticado durante la discusión pero en lo que me parece volvemos a caer, que es lo que llamaría orientación medicalizada y hospitalizada del concepto de salud adolescente. No hay duda de que la adolescencia tiene una base biológica de maduración sexual, que por razones de cambios en patrones de nutrición se ha hecho cada vez más temprana. Sin embargo, lo fundamental sigue siendo que la condición del adolescente depende de la cultural, es decir, del contexto social en el cual se maneja este período de vida que está entre la niñez y la adultez. Los datos referentes a fecundidad del adolescente demuestran esta enorme variabilidad cultural. No solamente es el concepto de adolescente culturalmente específico y por lo tanto no transferible en forma mecánica de los diferentes contextos dentro de América Latina, sino que los daños a la salud del adolescente se deben sobre todo a factores exógenos. Si asociamos estos dos fenómenos: definición cultural de los roles adolescentes y naturaleza exógena de los daños a su salud (drogadicción, alcoholismo y embarazo precoz), se llega a una conclusión evidente: a no ser que saquemos los problemas de salud del adolescente del hospital, del médico y de la institución de salud, y lleguemos también a la comunidad y a los propios adolescentes, no estamos avanzando nada. Es evidente también que este relativismo cultural tiene un límite, debido al proceso de modernización que se vive en toda América Latina, a la urbanización y a la creciente incorporación de los jóvenes a la educación formal, en la que la brecha de género se ha roto, pues en este momento hay casi igual número de mujeres y hombres entre los jóvenes universitarios en América Latina. Entre estos cambios notables de las últimas décadas hay también una

creciente exposición a los medios masivos (T.V., radio, prensa escrita), con todo un bagaje cultural propio de los países más modernizados, y que impacta a los jóvenes de los pueblos más remotos del Ande boliviano y peruano. Es un proceso de globalización de la cultura occidental y moderna. Estos procesos de modernización global contribuyen a un fenómeno de homogeneización de la cultura, que no implica identidades únicas porque dentro de la cultura moderna surgen subgrupos culturales que es necesario reconocer y atender.

Es en el interior de este proceso de modernización y cambio donde vamos a analizar qué ha venido pasando con la fecundidad adolescente en América Latina (ver cuadro 1).

Básicamente lo que encontramos es un patrón dual en cuanto al porcentaje de mujeres unidas. En Centro América (Salvador, Guatemala, Honduras) la proporción de mujeres unidas entre 15 y 19 años es de alrededor de un tercio, fluctuando entre el 25% y el 30%, es decir, el patrón de matrimonio temprano sigue predominando en estos países. Si por el contrario nos fijamos en los del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay), estos tienen porcentajes de sólo alrededor del 10% de mujeres unidas antes de los 20 años. El fenómeno de la nupcialidad como primer indicador de lo que es el inicio de la vida reproductiva entre los adolescentes, es muy diferente dentro de América Latina. Asimismo, en cuanto al uso de anticonceptivos entre las jóvenes unidas menores de 19 años, es solo de un 2% a un 5% en Bolivia y Guatemala, subiendo al 48% en el Brasil y Costa Rica.

Obviamente, la contribución de los jóvenes a la fecundidad total también es muy diferente: las tasas específicas de fecundidad entre las jóvenes menores de 20 años (137 - 140/1000 nacidos vivos) son muy altas en Centroamérica y mucho menores (alrededor de 60 - 70/1000) en países como Chile, Colombia y Venezuela. Esto se refleja también en el porcentaje de nacimientos que tienen las jóvenes menores de 19 años. Como parte del total de nacimientos, estos fluctúan desde un 11% hasta más de un 25% del total de nacidos en países de Centroamérica y algunos andinos como Bolivia. Se puede concluir entonces que, debido a diferencias en los patrones de

nupcialidad y uso de anticonceptivos, encontramos un patrón muy diferente respecto de los niveles de fecundidad y de nacimientos en adolescentes.

Lo que no es tan diferente entre los países de América Latina, y este es un dato sorprendente, son las tasas de actividad sexual entre las jóvenes menores de 19 años. Estas tasas son mucho más parecidas entre sí que las de nupcialidad o fecundidad. Para los países en que hay datos, encontramos que alrededor de un 40% a un 60% de las jóvenes entre 20 y 24 años, tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. Sin embargo, hay que tener en cuenta un fenómeno importante: las tasas de actividad sexual son mayores en todos los países en las zonas rurales que en las urbanas, por la persistencia de patrones tradicionales y la menor incorporación de la joven a la educación formal. Por tanto, la imagen del "teenager" americano soltero y sexualmente activo desde muy temprano no se aplica al conjunto de América Latina. ¿Por qué es mayor la iniciación sexual en las áreas rurales de América Latina? Porque la nupcialidad es mayor. Creo que es muy importante retomar esta dimensión cultural y entender que el problema del embarazo adolescente no se limita a la mujer que está embarazada sino al contexto social de soporte en torno a ese embarazo. Hay que considerar, asimismo, la calidad del embarazo; para una mujer rural puede ser médicamente inconveniente que se embarace a los 17 ó 18 años, pero esa mujer y ese niño tienen un soporte en el marido, en la familia, en la forma y tradición del trabajo familiar, que hacen que ese embarazo tenga una mejor calidad que la que podría tener en una joven adolescente urbana pobre, que lo que tiene es un novio que la abandona o la viola, y en donde la mamá le dice "eres prostituta y por lo tanto vas a trabajar en calidad prácticamente de esclava dentro de la familia, y tienes que truncar tus estudios porque tienes que trabajar para ganar el sustento de tu hijo". No nos dejemos engañar por las estadísticas: es importante ir más allá del dato y ver cuál es la calidad del embarazo de la adolescente y cuál es el contexto social en el que ocurre ese embarazo. ¿Qué es lo preocupante en América Latina? Que estamos presenciando que, en la medida que las poblaciones rurales se incorporan al mundo urbano y moderno, las tasas de embarazo de la adolescente urbana son las que están subiendo, y que es ese embarazo adolescente urbano el que tiene riesgos no sólo médicos sino básicamente sociales y sociológicos por la falta de una protección, de una red de apoyo a la madre que se transforma en madre en condiciones precarias, especialmente si ésta pertenece al sector popular.

¿Qué está pasando con la anticoncepción? Tenemos más de veinte años de trabajo en planificación familiar en América Latina para los jóvenes, y el problema es que desde el concepto mismo estamos equivocados; los jóvenes no planifican y mucho

menos les interesa el asunto de tener familia. Lo que hay que hablar es de sexualidad responsable y lo que hay que desarrollar son programas orientados a las dimensiones culturales y valorativas de los jóvenes. Hemos encontrado en estos años de experiencia con Pathfinder que no se trata de un problema de falta de información. Nos hemos concentrado en hacer folletos, programas de radio y de televisión, pero una cosa es la información y otra es la actitud y la conducta. La mayor parte de los casos de iniciación sexual en adolescentes es imprevista, no planificada, y en muchos casos implica violencia y coerción. En ese contexto, ¿cómo vas a prever si te vas a acostar con el novio?, "No se te olvide tomar la pastillita"; esto no funciona porque las condiciones de esa relación sexual son pésimas: es una relación frecuentemente impuesta, imprevista, de sorpresa, que involucra muchas veces engaño. ¿Cómo trabajamos entonces para prevenir el embarazo adolescente? Considero que para ello la perspectiva de género es absolutamente necesaria. Es indispensable trabajar a nivel de las mujeres adolescentes aumentando su autovaloración y su opción a decidir, pues son ellas las que "pagan el pato", son las que resultan embarazadas; los jóvenes dicen: bueno, la que se embaraza es la mujer, ¿verdad? Si no trabajamos a nivel de su autoestima y en indicadores de riesgo que hemos venido aplicando en los programas de México, no vamos a poder avanzar en algo que es básicamente el respeto hacia sí misma y la capacidad de imponer condiciones a esa relación sexual. Hemos encontrado que indicadores como la diferencia de edad entre el novio y la novia, la diferencia de condición económica, las diferencias de nivel educativo, las condiciones cualitativas en que se inicia el noviazgo, la ausencia de intereses mutuos y la falta de equidad, son predictores muy claros del riesgo de una relación sexual no planeada y, por lo tanto, de un embarazo no deseado. Se necesita trabajar más finamente con este tipo de dimensiones culturales y atender a las formas en que los propios jóvenes están dando sus respuestas. Por ello considero que las diferencias que observamos en América Latina entre tasas de prevalencia anticonceptiva tan bajas como el 2% entre jóvenes en Bolivia, y altas como el 48% en Brasil, se deben básicamente a que los jóvenes, al abrirse a una cultura más permisiva y con mayor información, van cambiando ellos mismos sus actitudes. Hay que ser muy modestos y muy honestos en reconocer que no han sido los programas educativos o de salud los que han cambiado las conductas; han sido los propios jóvenes expuestos a un proceso de reflexión los que han ido cambiando su conducta y sus valores. Lo que los programas pueden hacer es reducir el costo social de ese cambio, mejorar su calidad, pero no promoverlo porque está fuera de nuestras manos; es parte de lo que podríamos llamar el proceso de modernización cultural.

Quiero revisar brevemente lo que ha sido nuestra experiencia con los modelos de programas para jóvenes en América Latina (ver cuadro 2). Obviamente tengo que simplificar, pues

existe una gran variedad de tipos de programas y, asimismo, hay que recordar el rol pionero del sector privado para empezar a trabajar con jóvenes. Históricamente lo primero que se hizo fue trabajar con el centro de jóvenes, con los centros de multiservicios bajo el modelo de las casas para jóvenes. Por ejemplo, el caso de La Puerta (The Door) en Nueva York y otros similares (CASA en México, Pampa en Brasil), que funcionan en un local especial para atender a estos jóvenes y que ofrecen una serie de servicios, incluyendo aspectos vocacionales, consejería sociológica, apoyo al joven con problemas familiares, etc.

¿Qué ventajas ha tenido este modelo?

Obviamente son modelos especializados para jóvenes y adolescentes, cuya calidad en la atención es bastante buena. Asimismo responden a un conjunto de necesidades de los jóvenes, no sólo de la salud, y pueden constituir espacios de socialización adecuados para los adolescentes. Entre las desventajas están que no llegan a la población de mayor riesgo, pues los que acuden son generalmente jóvenes que ya tienen una motivación, una conciencia y una cultura institucional. Lo grave en salud del adolescente, en cuanto a embarazo, drogadicción y alcoholismo, es que no hay conciencia del problema y el joven no busca ayuda institucional. Un centro es una utilidad receptiva pasiva que si no tiene un elemento de proyección no puede funcionar ni llegar a los que más lo necesitan. Hemos encontrado en nuestras experiencias en Perú y en Brasil que los centros multiservicios para adolescentes no llegan a los adolescentes de alto riesgo, y tienen un alto costo y dependencia financiera.

El segundo modelo, que se inicia sobre todo en la década de los sesenta, es que las organizaciones de salud reproductiva y planificación familiar privadas empiezan a desarrollar servicios para adolescentes ampliando y adaptando sus servicios para adultos. Se establece una línea de atención al adolescente, se amplían los servicios a veces con horarios específicos, se desarrolla todo un material de información y de educación y se suministran los servicios para aquellos jóvenes que los soliciten. Las ventajas han sido que en la mayoría de los países ha sido la única manera que se ha tenido de llegar a estos jóvenes y adolescentes, y que se cuenta con profesionales especializados y eficientes, siendo factible su rol como capacitadores de recursos humanos. Además, estos servicios sirven como centros de referencia de atención especializada. ¿Cuáles son sus limitaciones? ¿Qué hemos aprendido respecto a este tipo de modelo? En primer lugar, que casi siempre funcionan solamente en zonas urbanas y para el sector medio y medio-bajo; es muy difícil que estos centros tengan vigencia y presencia en zonas

muy pobres, entre otras razones porque deben autofinanciarse. Generalmente estos servicios se limitan a lo reproductivo y tienen pocas oportunidades de educar y orientar realmente hacia un cambio de actitudes y valores a nivel de los jóvenes. En general hay poco número de clientes jóvenes porque también son modelos receptivos diseñados para adultos. Por tanto, para llegar a justificar la inversión que este componente implica, se debe ampliar la cobertura. Estos modelos, si bien han funcionado mejor que los centros multiservicios de adolescentes y deben expandirse, no constituyen el modelo ideal. En realidad, no existe modelo ideal para atender el problema del embarazo no deseado.

Un tercer tipo de modelo, muy en boga y que ha crecido en los últimos años, son los famosos programas de educación sexual, tanto a nivel institucional-escolar, como a nivel de los propios grupos de jóvenes. En estos programas se hace un énfasis muy fuerte en los cambios de valores y de actitudes, y hay una serie de metodologías participativas muy bien probadas. Por ejemplo, las que ha desarrollado IMIFAP en México, "Planeando tu vida" que demuestran claramente que la educación sexual, a diferencia de lo que creen aquellas personas que siempre se opusieron a estos temas, no incentiva una iniciación precoz de la sexualidad, ni aumenta la tasa de actividad sexual; la educación sexual es percibida y aceptada por los jóvenes como un instrumento para su propia decisión.

En educación sexual hemos tenido experiencias muy positivas que, por lo general, son bien recibidas a nivel de padres y de maestros. Obviamente hay excepciones; lo más importante de la educación sexual es convencer no a los jóvenes que la necesitan, sino al papá y al maestro, que ejerciendo su rol de autoridad pueden oponerse y pensar: "qué barbaridad, van a corromper a mi hijito, a mi hijita"; él o ella saben obviamente mucho más de lo que el papá y el maestro suponen, pero muchas veces están desinformados y, por lo tanto, no tienen capacidades personales de poder realizar una sexualidad responsable y al mismo tiempo placentera. En nuestra experiencia es importante informar a los padres no de todos los detalles, sino de los suficientes como para que acepten la actividad; es importante también que los maestros entiendan la prioridad de esta actividad, y sobre todo es importante convencer al director del centro educativo, que al hacer el programa en la escuela no piense que va a venir alguien por arriba y le va a "serruchar el piso" botándolo del puesto por corruptor de menores. El miedo es político y burocrático, no al contenido, y esto hay que tenerlo muy en claro también.

¿Cuáles han sido las limitaciones de los programas escolares de educación sexual o de los programas institucionalizados? En primer lugar, capacitar a los maestros en educación sexual es sumamente complicado; no se puede generalizar, pero en América



Latina, en general, la calidad promedio del docente es bajísima. Es un problema que enfrentamos por la escasez de la inversión en desarrollar recursos humanos para la docencia, con conocimientos pedagógicos y realmente abiertos al cambio. El segundo es un problema más profundo y más complejo: el maestro muchas veces no está conforme ni contento con su propia sexualidad. ¿Cómo puede educar alguien que en sí mismo y en su vida cotidiana está lleno de tabúes, mitos sexuales, machismo y desinformación sobre sexualidad humana?

Hay que empezar a veces con terapia para los maestros para que éstos, a su vez, puedan ser educadores de jóvenes, quienes muchas veces son más sanos en su sexualidad que el propio maestro. El otro problema que hemos enfrentado (recuerdo mucho un programa en Arequipa, una ciudad muy conservadora del sur del Perú), es que los maestros eluden su responsabilidad como educadores sexuales. ¿Quién le pone el cascabel al gato? La discusión cuando planteamos el programa de las escuelas era que los maestros decían: "eso le toca al médico"; los médicos decían: "no, eso le toca al maestro"; los maestros replicaban entonces: "eso le toca al padre de familia"; total, nadie quería asumir la responsabilidad de la educación sexual para los jóvenes. La otra limitación clara en estos programas con maestros es el

problema del efecto multiplicador. Es imposible capacitar a cinco mil, a diez mil, a ocho mil maestros a no ser que se incluyan los contenidos de educación sexual en el programa de las escuelas de magisterio. Las actividades de capacitación de educadores, basadas en maestros seleccionados que luego deben reapplicar lo aprendido, carecen de incentivos para la difusión. Se requiere un reconocimiento curricular de esa actividad y algún tipo de incentivo para que el maestro reapplique la capacitación. Nuestra dolorosa experiencia con programas de capacitación de maestros en educación sexual en Perú, fue que estos estuvieron muy contentos de recibir el curso y el cartón, y allí quedó la cosa; no hicieron ningún intento de reapplicar lo aprendido para los demás maestros. El problema es entonces cómo reapplicar este esfuerzo tan importante y que no puede hacerse por razones de costo para el conjunto de maestros que requieren capacitación. Otro problema que hemos encontrado es que los maestros, en general, están entrenados para dar información, pero no para cambiar valores y conductas. En la teoría sociológica sabemos bien que los jóvenes modelan su conducta y sus valores en torno al grupo de pertenencia, es decir, a su propio grupo de amigos de barrio o de colegio y no en relación al grupo de referencia, es decir, maestros y padres, porque hay un elemento de rechazo y de desconfianza hacia el adulto y una fuerte contradicción de valores que es muy propio de la



adolescencia. Ofrecer clases y charlas de educación sexual muchas veces lo que hace es apaciguar la conciencia del adulto que piensa: "ya lo eduqué", pero no tiene realmente nada que ver con establecer un cambio de actitudes y valores de los jóvenes en torno a la sexualidad. Para ello se requiere mucho más. Un modelo que se está desarrollando y que tiene mejores perspectivas de funcionar porque incorpora el problema de detección, de diálogo y comunicación horizontal, es trabajar con los propios alumnos elegidos por la clase. El modelo se basa en que el aula elige un joven o una joven de su propia clase al que le tiene confianza, pues los jóvenes saben muy bien con quién pueden hablar de algo tan privado y cargado de afectividad como su sexualidad, y con quién no pueden hablar de esto. Casi siempre son los compañeros o amigos los primeros que se enteran de si alguien se está acostando con la novia, si se está drogando o si toma alcohol; nunca el papá, la mamá o el maestro, sino el amigo o la amiga, son quienes detectan este tipo de conducta. Por ello estos alumnos, previamente seleccionados y capacitados, funcionan como detectores de riesgo para poder hacer referencias al maestro preferido de la escuela, no al más mandón ni al que tiene el cargo de director, sino al maestro al que le tienen confianza los jóvenes para que él, a su vez, evalúe el caso o lo refiera al especialista de ser necesario. El factor emocional y afectivo de la conducta desviante es suma-

mente importante, y ese sistema de pertenencia de varios niveles empieza a nivel del aula con el compañero y el maestro preferido, los cuales puede asumir el rol de consejeros y luego, dependiendo del problema y del caso, hacer la referencia al especialista de salud correspondiente. Hemos encontrado muchas veces resistencias, comprensibles otra vez por consideraciones burocráticas, para que estos jóvenes tengan acceso directo a anticonceptivos de barrera, por ejemplo condones, para repartir entre sus compañeros sexualmente activos. El acceso directo a los anticonceptivos no-clínicos por vías comerciales o a través de promotores juveniles es crucial, pues los jóvenes no van a ir a la clínica; a nadie le gusta ir al hospital y menos a estos jóvenes que no están enfermos. La sexualidad no tiene nada que ver con la enfermedad y de allí la importancia de "deshospitalizar" y "desmedicalizar" ese tipo de atenciones.

Otro modelo que se ha desarrollado con bastante éxito, especialmente en México por CORA, es el trabajo con promotores o voluntarios juveniles. Se trata de un modelo en que básicamente se trabaja a nivel de la comunidad con los jóvenes voluntarios. El modelo escolar anterior es una variante de este, para que sean los propios jóvenes los que den información y, en algunos casos, métodos de barrera y hagan referencias al médico o al especialista.

¿Cuáles han sido las ventajas?

Hemos encontrado que es un programa eficaz para llegar a los jóvenes. De joven a joven hay mayor identificación con aquella persona que le puede ayudar en su problema personal, que no solamente es dar el preservativo sino conversar sobre sus afectos y problemas: "estoy enamorado y no me hace caso", lo que fuere. La comunicación es muy importante porque los jóvenes saben comunicarse entre ellos en su propio lenguaje y código cultural; además es mucho más factible que estos jóvenes detecten conductas de riesgo y, por lo tanto, tengan una intervención más efectiva. En general, estos programas tienen un costo monetario relativamente bajo, porque se basan en el trabajo voluntario. Sin embargo, esto puede resultar paradójico: en los programas de desarrollo, habitualmente se espera de la gente más pobre que trabaje gratis, mientras a los expertos hay que pagarles en dólares; por ello, el tema del voluntariado es uno de los problemas más serios que tenemos en los programas de desarrollo. Las desventajas de este modelo consisten justamente en su dependencia de voluntarios porque se les paga poco o nada, porque no tienen una afiliación laboral ni una identidad institucional; por ello es que se presentan altísimas tasas de deserción. Se invierte muchísimo en educar y capacitar promotores juveniles que son excelentes, pero en un año o seis meses se pierden: "me caso, necesito trabajo, necesito ganar algo, me tengo que ir, no puedo seguir siendo voluntario aunque ame a mi comunidad y me encante mi trabajo", son las razones más frecuentes de deserción de estos jóvenes voluntarios. Otra limitación encontrada en los programas comunitarios con voluntarios es que para estos mismos jóvenes, aunque permanezcan en el programa, su disponibilidad de tiempo es muy limitada por la necesidad de realizar actividades paralelas (estudio o trabajo). Pocas veces se ha evaluado el alto costo de la deserción, que implica recapacitación y pérdida de eficiencia y efectividad al menos temporal. La percepción de que los voluntarios realmente no cuestan nada porque no se les paga, es falsa. ¿Cuál es el costo en efectividad perdida, el costo de recapacitación, el costo de volver a crear esa mística en un joven nuevo que debe reemplazar al antiguo, y los costos ocultos de pérdida de efectividad? Finalmente, y no es esto lo menos importante, es que no hemos evaluado cuál es el impacto real de estos programas comunitarios, si realmente consiguen cambiar conductas y alterar valores, y si realmente promueven la prevención. No tenemos respuestas claras a estas preguntas. Con ello no queremos decir que estos programas no funcionen; lo que resaltamos son sus limitaciones y lo que tenemos que hacer para que sean algo más efectivos. Para ello es indispensable su evaluación sistemática.

Rápidamente presentaremos dos modelos adicionales. Considero que estamos en un momento de quiebra en América Latina, en el cual una actividad que era casi clandestina y limitada al sector privado es crecientemente asumida por los gobiernos que se interesan en desarrollar programas para adolescentes y, entre ellos, programas de salud reproductiva. Nos preocupa que estas importantes iniciativas de los gobiernos se queden en declaraciones políticas y en documentos técnicos. América Latina tiene todas las leyes posibles, el problema es que no se cumplen o ejecutan. Por ello considero que en esta favorable coyuntura hay una oportunidad de vincular los esfuerzos de ONGs que están trabajando con cobertura limitada, pero que han adquirido una valiosa experiencia en estos programas para jóvenes. Las iniciativas gubernamentales deben empezar por actuar a nivel de programas usando la experiencia de las ONGs, al mismo tiempo que definen las políticas, pues de lo contrario nos vamos a quedar en años de discusión para hacer documentos maravillosos, con grandes declaraciones fruto de horas de discusión sobre conceptos teóricos, pero sin la práctica que significa poco para los propios jóvenes.

Regresando al análisis, un modelo que se ha presentado repetidamente en este foro es el que tiene que ver con programas hospitalarios. Pathfinder ha trabajado mucho en programas con hospitales en los cuales básicamente lo que se hace es atender a la adolescente que llega embarazada o con un problema gineco/obstétrico o con una enfermedad de transmisión sexual.

¿Qué hemos encontrado en cuanto a las ventajas de los programas para adolescentes basados en hospitales?

Generalmente son programas sostenibles porque se integran a los servicios regulares que da el hospital; por lo tanto, el problema de financiación es menor que en otros casos. Hemos encontrado también que si se puede dar buena capacitación o sensibilizar al personal del centro de salud, es factible atender con calidad y con calidez a las necesidades de salud de los adolescentes y que es posible así mismo su expansión a centros periféricos y comunitarios. En México tenemos el ejemplo de un programa que ya lleva ocho años de actividades en el hospital Gea González, que está funcionando muy bien y que ahora es un centro de referencia para jóvenes violados. Este programa tiene una buena posibilidad de extenderse como modelo a otros hospitales públicos. Ahora se está extendiendo a las ciudades de frontera norte de México, donde por razones de la inmigración existe un problema muy

serio de violencia entre los jóvenes: drogadicción, alcoholismo, etc. Las limitaciones de estos modelos son muy claras; no son modelos preventivos, son modelos que lo que hacen es prevenir un segundo embarazo, es decir, son modelos de prevención secundaria, no primaria. En segundo lugar, hemos constatado que las jóvenes que llegan al hospital no son una muestra al azar de la población, sino aquellas que quieren y tienen los recursos para acudir a un centro de salud. Es muy posible que a aquellas jóvenes embarazadas que recurren a abortos clandestinos jamás se les haya ocurrido ir al hospital, porque como el aborto es ilegal, saben que ahí no van a conseguir lo que necesitan. En tercer lugar, en estos programas es muy difícil incorporar al hombre, al joven. Los programas hospitalarios para adolescentes han tenido mucho éxito en atender a la madre adolescente, sobre todo en lo que es su capacitación para atender las condiciones en que el niño se desarrolla y para prevenir un segundo embarazo, pero los hombres brillan por su ausencia. En general es muy difícil atraer a un joven al hospital para que le digan cómo debe comportarse responsablemente en la sexualidad. A los jóvenes hay que buscarlos en la calle, donde están ellos, en las escuelas, en las bandas, en los clubes y no dentro del hospital.

Finalmente, para no extenderme demasiado quisiera sugerir algunas ideas que me parece importante plantear en este foro, porque no podemos desaprovechar la oportunidad de estar todos reunidos; esto cuesta mucho dinero y mucho esfuerzo y, por lo tanto, es importante que pensemos constructivamente en el futuro. Mi primera sugerencia es la necesidad de coordinar esfuerzos. Para esto son responsables tanto las agencias donantes como las propias instituciones, sean privadas o públicas. Frecuentemente las agencias donantes han presionado a las ONGs para que se coordinen entre ellas, y, sin embargo, ¿quien nos coordina a nosotros? Encuentro que tenemos que coordinar acciones entre agencias donantes y de cooperación técnica, y es muy importante empezar a establecer un mecanismo de agencias donantes para posibilitar las siguientes actividades:

- a) En primer lugar, confeccionar una relación de instituciones y recursos humanos en este campo. Hay innumerables esfuerzos muy valiosos que no están documentados ni evaluados y, por tanto, no son conocidos; no es necesario seguir mirando al norte; lo fundamental es promover la cooperación Sur-Sur dentro de América Latina. Considero que tenemos los suficientes recursos humanos, institucionales y programáticos para aprender unos de otros, con dos ventajas: va a ser más barato aprender dentro de América Latina, y culturalmente va a ser más aplicable lo que se hace aquí que lo que se hace en otro lugar. Es necesario contar con un mapa de recursos humanos, institucionales y programáticos para poder establecer vínculos

- b) En segundo lugar, creo que es muy importante empezar a establecer un programa comparativo de evaluación de los programas para adolescentes, que mida su impacto, su calidad, su costo-efectividad y su sustentabilidad. Para ello es necesario confeccionar estadísticas comparativas y dar importancia al componente evaluación. En nuestra propia experiencia, siempre se terminan los fondos de un programa cuando empieza la evaluación; casi nunca hay dinero para hacer evaluación, y por ello seguimos haciendo más de lo mismo y reinventando el café con leche, no aprendemos de lo que funcionó y no funcionó, ni cuanto nos costó. Por eso es fundamental tomarse la evaluación en serio, establecer indicadores específicos, pues no es lo mismo un programa para adultos que un programa para jóvenes; el aspecto de calidad es crítico en el caso de adolescentes porque sin calidad no hay continuidad en el servicio. En conclusión, sin evaluación seguiremos haciendo cosas en forma ciega, y eso no es posible ni financiera ni administrativamente.

- c) Una tercera actividad es que tenemos que superar la larga tradición en América Latina que se dedica a restar y no a sumar. Sería necesario establecer mecanismos interinstitucionales para el desarrollo de programas para jóvenes. Este foro es muy importante porque vemos con sorpresa y agrado que hay muchas ONGs, muchos gobiernos presentes, muchas organizaciones juveniles, y muchas agencias internacionales. Todos debemos trabajar juntos, y considero que las agencias donantes pueden dar ejemplo y ejercer un poco de presión para que esto ocurra a través de la financiación. Las ONGs tienen mucho que aportar en términos de experiencia adquirida, de experiencia vivida, de lo que funciona y lo que no funciona, pero estas no han tenido la envergadura para alcanzar impacto y cobertura, meta que el gobierno sí puede lograr. No trabajemos de espaldas unos con otros; empecemos a trabajar a nivel de regiones y de países y de ciertas coyunturas políticas específicas con la idea y con la voluntad de sumar esfuerzos entre ONGs, gobiernos, jóvenes organizados y agencias internacionales. Repito, creo que en la coordinación de programas la cooperación internacional puede y debe cumplir un rol. Mi propuesta concreta, es que debería diseñarse y crearse entre las agencias de financiación y cooperación técnica aquí presentes, para luego incluir otras, un mecanismo financiero y de asistencia técnica que cumpliera con la función de identificar recursos y programas, con la creación de un fondo para actividades regionales, que es otra de las limitaciones que tenemos, pues casi todos nuestros presupuestos son por países y se necesitan fondos regionales para permitir que esta cooperación Sur-Sur se viabilice; y necesitamos un grupo de asistencia técnica que asegure la calidad de los proyectos para que el rol del donante no solamente sea firmar un cheque y si una institución de gobierno o privada que tiene una iniciativa a la que se le pueda dar asesoría técnica por la propia institución o por consultores de la región que le permitan mejorar la calidad y aprender de las lecciones ya aprendidas. OPS hablaba de un banco de datos

sobre adolescentes, me parece algo fundamental, porque es impresionante la cantidad de folletos, videos, publicaciones de todo tipo que están disponibles en América Latina, pero no existe un sistema de circulación y reconocimiento mutuo que permita dejar de financiar la duplicidad de estos esfuerzos para que realmente se use lo que ya se hizo.

- d) Finalmente considero que es muy importante empezar a crear redes nacionales (ya existen algunos notables ejemplos como REDESS en Perú) preocupadas por el tema de salud adolescente. Tienen que ser redes no tradicionales, no sólo del Ministerio de Salud y las ONGs. Es importantísimo incorporar a las organizaciones de jóvenes, la policía de menores, el Ministerio de Educación, los grupos de conciliadores jóvenes, etc. Es decir, tenemos que crear redes no con criterios burocráticos sino con criterios de representatividad de los diferentes estilos de vida y de alternativas de vida que existen en los jóvenes de nuestra sociedad

Este es un reto que todos tenemos que asumir y estoy seguro de que la voluntad no falta; por ello hay que encontrar los mecanismos para viabilizar una propuesta y hay que dar los primeros pasos en este sentido.

LA PROPUESTA DE LA ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE JUVENTUD

Sr. Ernesto Rodríguez

Presidente OIJ

La Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) es un organismo intergubernamental que reúne a las instituciones gubernamentales responsables y especializadas en la temática de la juventud de 22 países, 20 latinoamericanos más España y Portugal.

En el año 1992, en la ciudad de Sevilla, se formalizó oficialmente la constitución de nuestra Organización, en ocasión de celebrarse la VI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Juventud. Desde entonces la OIJ se encuentra asociada a la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).

No obstante, antes de cerrar el proceso de institucionalización, los organismos de juventud de los países iberoamericanos venían trabajando mancomunadamente desde 1985, desde la celebración del Año Internacional de la Juventud, a través de una serie de actividades que fueron convocadas por las Naciones Unidas. Posteriormente, a través de encuentros formales e informales, comenzó a tomar cuerpo una concertación más sistemática, que dio lugar a la celebración de diversas Conferencias Intergubernamentales sobre Políticas de Juventud, antesala de lo que hoy es la OIJ, y que generó un formidable efecto sinérgico que motivó a muchos países latinoamericanos a constituir incipientes mecanismos especializados en estas materias y, consecuentemente, permitió la consolidación de estructuras gubernamentales de juventud en la práctica totalidad de nuestros países.

En 1985, América Latina exhibía un mapa político y social extraordinariamente distinto al actual. Las instituciones gubernamentales específicamente dedicadas a la temática de juventud, como otras también relacionadas con políticas de desarrollo social, eran prácticamente inexistentes, salvo honrosas excepciones. En estos 10 años, período en que se ha consolidado el sistema democrático en América Latina, hemos logrado avanzar enormemente gracias a la ampliación de espacios para el desarrollo social, y de allí que no nos cansemos de decir, con un cierto orgullo y satisfacción, que efectivamente la OIJ es hoy la expresión tangible de 22 instituciones de gobiernos democráticos, especializadas en la temática juvenil.

No obstante, lo que más nos gratifica es el haber construido una red de cooperación intergubernamental en estos dominios, que además de mantener una relación muy fluida con diversos organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas y con otras entidades internacionales, procura coordinar su trabajo institucional con los propios destinatarios de la acción gubernamental dirigida a los jóvenes. En este caso, con el Foro Latino Americano de la Juventud (FLAJ), que agrupa a un importante número de plataformas, Consejos Nacionales de juventud y movimientos juveniles de carácter internacional.

En la actualidad, la OIJ se encuentra trabajando centralmente en torno a la identificación de las acciones que darán lugar a la concreción del Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América Latina, el PRADJAL. Este Programa Regional es la iniciativa más trascendente puesta en marcha en el dominio de la juventud en los últimos años en América Latina. Se trata de una estrategia que pretende ser aplicada en este quinquenio, desde 1995 al año 2000, para la cual la OIJ ha recibido el mandato de ejecución por parte de la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, desde que resolviera formalmente su aprobación en julio de 1994, aquí mismo en Cartagena de Indias.

Este Programa Regional fue elaborado después de unas intensas y sistemáticas jornadas de trabajo, tanto a nivel técnico como político. En efecto, a fines del 93, después de haber formalizado con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL - un Convenio de Cooperación Técnica, la OIJ convocó a los más destacados expertos internacionales en materias relativas a la juventud, algunos de los cuales se encuentran participando en este Encuentro, a una reunión internacional que celebramos en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, con el propósito de analizar desde distintos ángulos la propuesta base del PRADJAL que inicialmente había sido elaborada por la OIJ y la CEPAL.

Una vez decantados los aspectos técnicos de la propuesta hubimos de someterlos a la consideración políti-

ca de los gobiernos, quienes hicieron sus respectivas observaciones en el curso de sucesivas reuniones subregionales convocadas precisamente para esos efectos. Seguidamente, el Programa Regional fue sometido a la consideración de la VII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Juventud que tuvo lugar en Punta del Este, Uruguay, en abril del año pasado, oportunidad en que se decidió elevar esta propuesta a la consideración de los altos mandatarios. Finalmente, como ya he señalado, aquí en Cartagena de Indias, el Programa Regional recibió la sanción definitiva de parte de todos los gobiernos.

No obstante, el PRADJAL, tal como sale de la Cumbre de Jefes de Estado, es todavía un Marco de Referencia que requiere lograr un aterrizaje más preciso, a través de una batería de actuaciones capaces de incidir en aquellos aspectos más sensibles a la realidad de los jóvenes. De allí que grandes temas como la Salud Adolescente, la Participación de los Jóvenes en la Sociedad Democrática, las Oportunidades de Empleo, la Educación y la Integración Regional han sido y son motivo de convocatorias específicas destinadas a identificar planes de acción que nos permitan actuar en los próximos años.

Como soporte a esta estrategia de identificación, estamos realizando una evaluación acerca del estado actual de las políticas de juventud en América Latina, en un sentido muy amplio. Para ello, nos encontramos elaborando un conjunto de veinte Informes Nacionales, uno por país. Se unen a estos trabajos otros cuatro Informes Subregionales y otros cuatro Estudios en Profundidad sobre algunos programas significativos en las áreas de Empleo, Salud, Educación y Participación de los jóvenes en países de América Latina, lo que nos permitirá obtener una radiografía muy nítida sobre el estado actual de estas políticas en la región.

Sin perjuicio que el coordinador de este programa, quien también se encuentra con nosotros en esta reunión, pueda poner a vuestra disposición mayor información sobre el mismo, yo quisiera destacar el hecho que hemos solicitado a los expertos encargados que hagan un esfuerzo por trascender de las evaluaciones clásicas. En este sentido quiero manifestar mi coincidencia con Carlos Aramburú, quien mencionaba las carencias que tenemos en materia de evaluación de programas, de políticas y de proyectos.

Sinceramente, estoy convencido de que hay que superar la lógica de programas que se formulan sin evaluaciones previas y de programas ejecutados de los cuales se conocen en general evaluaciones más formales que sustantivas.

En fin, me interesa comentarles que estamos haciendo un serio esfuerzo por superar esa lógica y por poder

contar con información real sobre otros planos que nos parecen también muy importantes, además de la evaluación programática.

Por un lado, se encuentra la evaluación institucional. Nos interesa saber si las instituciones que trabajan con jóvenes funcionan o no funcionan; cuáles son sus debilidades, sus fortalezas y virtudes; verificar por dónde es pertinente incidir para que estas instituciones puedan ser más eficaces, más pertinentes en su trabajo.

Por otro lado, queremos también realizar una evaluación de los impactos de los programas dirigidos a jóvenes. No pocas veces concluimos en el papel que nuestras metas se han cumplido en un 85% de lo que nos propusimos; sin embargo, no siempre nos planteamos si aquello que hicimos significó algo realmente importante para el grupo destinatario de estos programas, o por el contrario significó muy poco o no significó nada.

El fracaso, otro tema recurrente que deberíamos abordar con coraje, no siempre lo analizamos a fondo. No siempre analizamos si éste tuvo que ver con nosotros o tuvo que ver con que las circunstancias externas variaron totalmente... ¿erramos en el diagnóstico de situación. ...en la percepción o en el cómo encaramos nuestra tarea? Si queremos aprender de nuestros errores y hacer más eficientes nuestros programas, es muy importante que nos planteemos este tipo de cuestiones.

Desde nuestro punto de vista, queremos insistir en que también es importante evaluar aquello que realmente les importa a los jóvenes de estas políticas de juventud. Hay Encuestas Nacionales de Juventud en varios países de América Latina que nos están ayudando mucho en este sentido y nos están permitiendo focalizar con mayor precisión saber lo que le interesa a nuestro grupo objetivo.

Por otro lado, es pertinente señalar que también nos importa mucho evaluar lo que la opinión pública percibe de estas cosas que hacemos. Para ello estamos con la idea de recurrir a la información que ofrecen, por ejemplo, las empresas privadas encuestadoras de opinión pública, en las cuales hay mucha información que raras veces utilizamos para contrastar nuestros programas específicos. En esas encuestas hay muchas percepciones útiles para nuestro trabajo, tanto de los jóvenes como de la opinión pública en general. Justamente en mi país, Uruguay, hemos obtenido una información muy valiosa de algunas encuestas de opinión relacionadas con la gestión de los dos últimos gobiernos. Las dos últimas encuestas, tanto del año 89 como del 94, en las que se recogían las impresiones de la opinión pública uruguaya sobre cuáles habían sido las áreas de mayor éxito y fracaso de la gestión gubernamental, se pudo observar que la gestión mejor evaluada fue

la de política exterior, mientras que, en ambos casos, estas encuestas manifestaron la preocupación de la opinión pública por la falta de oportunidades brindadas a la juventud.

Cuando analizábamos las respuestas por edades constatamos, además, un hecho importante: que las opiniones más críticas no provenían de los propios jóvenes sino, básicamente, de sus propios padres. Este muestreo, esta experiencia, nos reforzó la idea de que, efectivamente, hay una serie de preocupaciones muy presentes en nuestras sociedades por este tema, que no se expresan corporativamente pero que se hallan en la sensibilidad de los ciudadanos y que es imprescindible tomar en cuenta para diseñar políticas que también consideren a la familia como un actor importante en los programas dirigidos a los jóvenes. Del mismo modo, esta observación de fuentes estadísticas ajenas nos ha permitido operar en otros planos, propuestas y acciones operativas con mayor fundamento; nos ha permitido -por ejemplo- realizar una evaluación de los recursos invertidos en estas políticas; nos ha permitido verificar qué grado de eficiencia tenemos y el nivel de aprovechamiento de los recursos invertidos, y reorientar la inversión de las políticas sociales.

La evaluación que hemos adelantado sobre la inversión de recursos públicos para políticas sociales, nos demuestra que muchas veces incurrimos en una asincronía muy grande entre el discurso y lo que efectivamente priorizamos a la hora de asignar recursos. La asignación de recursos es, normalmente, una priorización implícita de programas y proyectos, que no siempre coincide con las previsiones explícitas que nos proponemos en el discurso teórico. Ahí creo que debemos hacer un esfuerzo de coherencia no menor. Para avanzar en esa dirección este tipo de Encuentros nos ayuda mucho, porque nos permite aprender cosas nuevas de áreas específicas en las que tenemos menos experiencia, asumir los problemas objetivos que son detectados por quienes trabajan en esta área y, consecuentemente, hacer una mayor inversión en recursos humanos y materiales hacia temas tan importantes como la salud de los jóvenes y de los adolescentes.

Este Encuentro forma parte de un esfuerzo vinculado a la idea de realizar convocatorias temáticas destinadas a profundizar en las líneas generales de acción que nos fija el PRADJAL. Es pertinente que ustedes sepan que, antes de Cartagena, también celebramos un Encuentro sobre Participación Juvenil en Santa Cruz, Bolivia, en octubre pasado, que fue otro de los ejes centrales del trabajo que estamos impulsando en esta fase de identificación.

También estamos programando celebrar, hacia el mes de octubre de 1995, otro Encuentro relacionado con el tema de la Capacitación y el Empleo de los jóvenes. En este caso, con

la idea de articular los esfuerzos de los Institutos Nacionales de Juventud con los Ministerios de Trabajo, con las Instituciones de Formación Profesional y con las Organizaciones Empresariales y Sindicales. Todos ellos actores que tienen un rol muy importante que jugar en las estrategias de creación de oportunidades de empleo para los jóvenes.

En los próximos meses, con la finalidad de completar el ciclo de consultas previas a la puesta en marcha del PRADJAL, realizaremos cuatro reuniones subregionales destinadas a conocer la opinión de los gobiernos y a que se definan las prioridades de los futuros programas de actuación que habremos de ejecutar en los próximos años. Con ello aspiramos a que este Programa Regional de Acciones no sea una mera formulación de buenos deseos y buenas intenciones, sino la expresión tangible de los consensos alcanzados tanto en el plano político como temático, y que se materialice en iniciativas y programas concretos mediante una efectiva cooperación subregional, por un lado, y a través de una efectiva voluntad política de los países destinatarios, por el otro.

Estamos iniciando también algunos trabajos, aunque todavía incipientes, en dos áreas que nos parecen fundamentales, destinados a complementar estos encuentros sectoriales: me refiero al tema de las políticas municipales de juventud. En este sentido hay algunas iniciativas cuya realización se encuentra prevista para el próximo mes, una en Caracas y otra en Montevideo. En el caso de Caracas estamos asociándonos a una propuesta que se organiza por parte del SELA y del BID, a la cual serán convocados los alcaldes de grandes ciudades. En esta ocasión se analizarán las temáticas vinculadas a las políticas locales de juventud. Con la misma finalidad, estamos colaborando con la Municipalidad de Montevideo en la preparación de un encuentro muy importante que reunirá a los operadores que trabajan en políticas locales de juventud en diversos municipios del Cono Sur.

Estamos iniciando también una línea de trabajo en torno a otro tema que nos parece vital para la política de juventud. Se trata de la participación de los jóvenes en los procesos de integración subregional y regional o que actualmente se encuentran en curso en América Latina. Como es público y notorio, existe un nuevo impulso integracionista en varios sentidos. Sin embargo, este proceso todavía se encuentra en fases relacionadas con los aspectos más sustancialmente económicos o más específicamente relacionados con temas de integración comercial, donde los acentos están puestos en discusiones sobre aranceles y otros aspectos del intercambio. Tenemos el gran desafío de trasladar el proceso de la integración a la esfera social; de hacer trascender esta apuesta estratégica a la participación de nuestros propios pueblos, y en este contexto queremos ver de qué modo podemos colaborar para que se garantice la participación de los jóvenes en la construcción de una efectiva integración latinoamericana.