

Recuadro 17

Políticas y legislación de apoyo

Las posibilidades de los adolescentes, sobre todo los trabajadores jóvenes y los que viven en la calle, a la hora de abogar por la aprobación de una ley (R. A. 7610) contra la explotación de niños y jóvenes, se han podido comprobar en Filipinas. Se apoyó a los adolescentes de la calle para que celebrasen congresos regionales y nacionales a los que se invitó a los legisladores para que escucharan a los jóvenes reunidos con ellos en el Senado y en la Cámara de Representantes. Coaliciones de ONG, con el apoyo del Departamento de Bienestar Social, realizaron sesiones de promoción y reuniones con miembros de la legislatura. La ley se aprobó y un comité interdepartamental (a nivel de ministerio), recientemente establecido por el presidente con el apoyo de un grupo consultivo de ONG, ha de vigilar ahora su aplicación (T. L. Silva, comunicación personal, 1997).

Cambio de las condiciones de trabajo — Nueva Delhi, India

«Butterflies» (Mariposas) empezó en 1987 con un reducido grupo de «educadores de la calle» dispuestos a ayudar a chicos y chicas que vivían y trabajaban en las calles y los mercados de Nueva Delhi. Poco a poco la ONG estableció relaciones con los niños y sus familias. Más del 80% de los niños no habían ido nunca a la escuela, y las prioridades del programa eran educación, empleo y salud. El núcleo de las actividades es el *Bal Sabha*, o consejo de niños, formado por representantes de cada punto de contacto en la ciudad. El consejo se reúne todos los meses y ayuda a elaborar y vigilar políticas, y proporciona un foro para que los niños opinen acerca de su futuro. Entre las actividades promovidas figuran educación alternativa, planes de ahorro, atención de salud y educación sanitaria, orientación y nutrición por medio de un restaurante Butterflies que administran los mismos niños (8).

Aunque de reducidas dimensiones, la influencia y actividades periféricas de esta ONG han aumentado por medio de la promoción, la interconexión con otras ONG y con departamentos gubernamentales, y el suministro de información y adiestramiento. Butterflies desempeñó un destacado papel al promover la legislación para conceder a los niños indios el derecho a formar asociaciones. En consecuencia, en 1993, se estableció el Sindicato de Niños Trabajadores que fue reconocido por el Parlamento. La ONG también ha apoyado proyectos de autoayuda dirigidos por los niños, mediante la creación de una cooperativa de ahorro y crédito. Otras ONG indias que trabajan con niños también han aplicado ya ese modelo. Por añadidura, Butterflies se ha mostrado activa en la defensa de los derechos y necesidades de los niños de la calle en foros internacionales.

La política fiscal como instrumento para reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes

Desde 1981 a 1991, el Canadá redujo el consumo de tabaco gracias a su política fiscal. Una campaña realizada por organizaciones sanitarias

Recuadro 17 (continuación)

provocó aumentos en los impuestos al tabaco, lo que, a su vez, se tradujo en un descenso del 43% en las ventas de tabaco por habitante. Como el precio real de los cigarrillos aumentó en más de 150% en diez años, el porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que fuma cigarrillos a diario descendió del 42% en 1979 al 16% en 1991 (191).

6.2 Colocar a los jóvenes en el centro de la programación

La participación activa de los jóvenes es uno de los principios más importantes de la programación con éxito. Ello se debe a que su participación en la planificación, ejecución y evaluación asegura la adecuación de las actividades del programa a las necesidades reales de los jóvenes, asegura el compromiso con los objetivos del programa, y contribuye de manera notable al desarrollo de los jóvenes que intervienen de manera activa. Contribuir de ese modo al «bien social» y recibir reconocimiento por ello refuerza la autoestima, dado que el altruismo está asociado con la estabilidad emocional y con unas relaciones sociales positivas (192). Esa participación va más allá de los esfuerzos puramente simbólicos de buscar las opiniones de los adolescentes sobre los problemas con que se enfrentan y requiere dedicación y pericia por parte de las organizaciones que sirven a los jóvenes.

Se ha tendido a tratar a los jóvenes como objeto de investigación y a excluirlos del proceso mismo de investigación, o de la planificación de las intervenciones. Estudios realizados en el Brasil y en Nigeria por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer concluyeron que conseguir la participación de los jóvenes potenció la investigación y los resultados de la programación (42).

En un examen (J. Howard, datos inéditos, 1995) de la eficacia de distintos métodos para reducir el uso de sustancias y del alcohol, se señaló la conveniencia de la participación de los jóvenes para que todo programa de intervención se beneficie de su percepción de los problemas. Por añadidura, las entrevistas con jóvenes, personal del organismo patrocinador, y destinatarios de programación para la acción comunitaria en tres emplazamientos (y encuestas antes del proyecto y después del proyecto) pusieron de manifiesto que cuanto más destacado era el papel de los jóvenes en la elaboración y gestión real de los proyectos, mayores eran las ventajas y el éxito (193). En el recuadro 18 se presentan ejemplos de la participación de los jóvenes en la programación.

Recuadro 18

Los jóvenes participan

En Honduras, el Proyecto Alternativas proporciona educación y servicios sociales a niños que trabajan en el sector extrainstitucional y a sus familias, así como a niños de la calle abandonados. Los jóvenes participan en la planificación y aplicación de todos los aspectos del proyecto y en todas las actividades educacionales, de bienestar y recreativas. Recientemente se ha incorporado al proyecto un consejo asesor juvenil con el fin de dar carácter oficial a la planificación y toma de decisiones por parte de los jóvenes en las intervenciones del proyecto, que incluye un componente de educación entre iguales (D. C. Kaminsky, datos inéditos, 1995).

En Polonia (M. Holzer, datos inéditos, 1995) un «club comunitario» proporciona asistencia a «niños difíciles» de edades entre los 7 y los 17 años en uno de los distritos más pobres de Varsovia. Las relaciones entre instructores y jóvenes están basadas en la asociación. Los miembros jóvenes del club comunitario cooperan con los instructores para establecer las reglas del club, y para preparar «contratos» que son vinculantes para todos. También eligen a un consejo de jóvenes y proponen modificaciones al programa. Además, los jóvenes participan directamente en la planificación y organización de los diferentes acontecimientos comunitarios.

A partir del supuesto de que un enfoque didáctico verticalista por parte de los adultos dispensadores de servicios tendría probablemente un impacto negativo sobre los jóvenes, varias iniciativas africanas (YWCA, datos inéditos, 1995; C. Lane, datos inéditos, 1995) han tratado de ver a los jóvenes no como problemas con los que hay que enfrentarse, ni como personas dirigidas por los adultos, sino como asociados que hacen lo necesario para que su salud resulte positivamente afectada. Eso requiere la participación de jóvenes en la planificación, aplicación y evaluación del programa por medio de la formación de educadores entre iguales y del establecimiento de mecanismos de participación de los jóvenes, como los comités asesores juveniles. Se alienta a todos los proyectos para que soliciten la participación de los jóvenes en la planificación, aplicación y evaluación del proyecto. Se obtienen pruebas preliminares de que los servicios prestados por educadores entre iguales en esta iniciativa (inclusive orientación, distribución de anticonceptivos y envío de casos) están siendo bien recibidos por los destinatarios.

En la India (G. Giridhar, datos inéditos, 1995a, b), una radionovela, con 52 episodios de 20 minutos, se emitió dos veces a la semana por espacio de un año a partir de octubre de 1993. La serie incorporaba retroinformación de oyentes (en su mayoría adolescentes) en sucesivos episodios, basada sobre todo en el examen de cerca de 500 cartas recibidas todos los meses.

La base del movimiento Scout es el desarrollo individual por medio de la autoeducación. A todos los miembros jóvenes se les ofrecen

Recuadro 18 (continuación)

posibilidades de fijar objetivos personales, realizar elecciones voluntarias y vigilarlo todo por medio de observaciones que pueden realizar en su vida diaria y reconocer públicamente los progresos realizados por cada uno de sus iguales para apoyarlos en su motivación y autoestima (194). Esas directrices indican también, de manera explícita, la necesidad de que tanto los dirigentes adultos como los jóvenes participen, a nivel local, en el examen de los programas vigentes.

6.3 Tratamiento simultáneo de múltiples problemas de salud

Tal como se analizó en la sección 3.3, muchos problemas de salud tienen raíces comunes y están interrelacionados. Las intervenciones que se centran tan sólo en problemas concretos de comportamiento, como uso de sustancias o actividad sexual precoz y peligrosa, son menos eficaces porque no tratan los antecedentes o determinantes del comportamiento (34). Se ha señalado que las coincidencias entre las buenas prácticas para la prevención del uso de sustancias y de otro tipo de comportamientos arriesgados entre adolescentes sobrepasan con mucho a las diferencias (195). Por añadidura, las conclusiones del Programa de Investigaciones sobre la Mujer y el SIDA del Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW) recomendaban que la programación ampliara la educación sobre el VIH/SIDA para incluir un análisis del desarrollo físico y sexual, así como relaciones y cometidos sociosexuales para muchachos y muchachas (42).

Muchas intervenciones actuales en favor de adolescentes tienen por objeto un problema de conducta — abuso de drogas o embarazo. Si bien los enfoques selectivos pueden ser útiles, no tienen en cuenta de manera adecuada dos importantes conclusiones de la investigación: en primer lugar, los problemas de conducta graves tienden a coincidir en el mismo individuo y a reforzarse mutuamente (los comportamientos positivos o promotores de la salud también tienden a coincidir) y, en segundo lugar, esos problemas tienen a menudo antecedentes comunes en la experiencia infantil y en fallos educacionales.

Es importante «centrarse en enfoques que se ocupen de los factores que predisponen a los adolescentes a comportamientos de alto riesgo o a problemas conductuales. Se trata de enfoques genéricos por naturaleza; hay que concentrarse en las posibilidades positivas inherentes a la transición adolescente — posibilidades para educar y

motivar a los jóvenes en la búsqueda de modos de vida sanos, para fomentar las competencias interpersonales y de toma de decisiones que les ayuden a escoger comportamientos alternativos a otros muy arriesgados y les proporcionen razones e instrumentos con que edificar vidas constructivas» (6).

Los enfoques genéricos tratan factores subyacentes que predisponen a los adolescentes a comportamientos de alto riesgo o a problemas de conducta. Entre esos factores figuran la escasa autoestima, la falta de desarrollo de las competencias interpersonales y para la toma de decisiones, la falta de interés por la educación, la información inadecuada sobre salud, la escasa percepción de las oportunidades, la ausencia de relaciones humanas dignas de confianza o íntimas y los exigüos incentivos para retrasar las satisfacciones a corto plazo.

Los enfoques genéricos se proponen satisfacer las necesidades fundamentales de desarrollo de los adolescentes y promover un núcleo de comportamiento sano que es probable que surja cuando esas necesidades se satisfacen. Esos enfoques son útiles sobre todo para jóvenes expuestos a resultados negativos y que, en consecuencia, pueden fácilmente «ir en una u otra dirección»: hacia los problemas de conducta o hacia el desarrollo adolescente sano.

Existe una relación complementaria entre enfoques genéricos y enfoques selectivos que se ocupan de problemas específicos. Un enfoque genérico puede ayudar a un adolescente inseguro a valorarse más o a encontrar un hueco en un grupo respetado y constructivo — cosas ambas que potencian, por ejemplo, la habilidad del individuo a la hora de resistir la presión para utilizar drogas o iniciar precozmente la actividad sexual. Al mismo tiempo, es importante para todos los adolescentes disponer de información precisa sobre cada uno de esos riesgos y desarrollar competencias específicas para evitarlos. En resumen, el objetivo de tratar de manera simultánea múltiples problemas de salud es potenciar el desarrollo y la continuidad del comportamiento sano y crear un entorno favorable para la salud. En el recuadro 19 se analizan varias iniciativas emprendidas para tratar de manera simultánea un abanico de cuestiones sanitarias,

6.4 Combinación de intervenciones

Los jóvenes tienen unas necesidades de salud y de desarrollo que cambian con el tiempo y que pueden diferir en razón de su sexo y de sus circunstancias. Según las épocas, necesitan información, adquisición de competencias, orientación y servicios de salud. La programación que abarque diversas intervenciones, como la promoción de un entorno seguro y de apoyo, el suministro de información, la

Recuadro 19**Tratamiento de múltiples necesidades de salud y de desarrollo**

El Proyecto Alternativas, mencionado en el recuadro 18, se ocupa de niños trabajadores y de la calle y proporciona atención sanitaria de base comunitaria, suplementos alimentarios para destinatarios específicos, educación básica y sanitaria (incluida la sexualidad adolescente, la salud reproductiva y el abuso de sustancias) y orientación psicosocial. Butterflies (8) se ocupa de jóvenes trabajadores y de la calle, proporcionándoles atención de salud, nutrición y comidas, educación sanitaria, orientación y, además, servicio de colocación y planes de ahorro.

En el caso del Centro para la Población y el Desarrollo, Filipinas (WPRO, datos inéditos, 1995), tres centros urbanos para la juventud dispensan orientación personalizada y educación sobre salud sexual y reproductiva, envió a centros de salud y distribución de preservativos. También utilizan múltiples medios de comunicación como la televisión (que incluye una telenovela con mensajes positivos de salud sobre comportamiento responsable de los adolescentes), la radio y un servicio muy utilizado de línea telefónica directa.

La Asociación Juvenil Vietnamita (C. Serrano, datos inéditos, 1995) centra sus actividades en matrimonios y en solteros adolescentes sin empleo, a quienes se proporciona educación, actividades generadoras de ingresos e información sobre salud reproductiva. El proyecto proporciona ayuda financiera y préstamos para ayudarlos a establecerse.

adquisición de competencias, la orientación y la prestación de servicios de salud para un abanico de necesidades sanitarias de los adolescentes, es muy probable que tenga un impacto positivo sobre su salud. Las aportaciones de la juventud a la selección de combinaciones de intervenciones potencia la respuesta de esas intervenciones a las necesidades de los adolescentes. Merece la pena señalar que quizá los jóvenes carezcan de experiencia en la expresión de sus necesidades, y los enfoques innovadores sobre valoración de prioridades, como los que se describen en la sección 8, pueden ser útiles para superar ese problema.

Esto está de acuerdo con el informe de la Oficina para la Prevención del Abuso de Sustancias del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (196) que subraya cómo, entre los esfuerzos para la prevención del abuso de sustancias, los programas integrales son los más prometedores. Es más probable que los programas que tratan más de un nivel de influencia — y de ese modo tienen en cuenta la complejidad e interrelación de las muchas causas que inciden en el uso de sustancias — resulten satisfactorios. Entre los componentes que se citan como importantes figuran:

- información exacta y apropiada;
- adiestramiento en competencias sociales y para la vida;
- educación y apoyo a la familia (programas que ayudan a los padres a expresar con claridad expectativas de comportamiento, a vigilar y supervisar a sus hijos, a apoyar con coherencia el comportamiento prosocial, a crear oportunidades para la participación familiar y para una mayor cohesión familiar y a promover el desarrollo de las competencias académicas, sociales y de denegación de sus hijos);
- participación de iguales en la elaboración y ejecución de intervenciones;
- alternativas positivas (como fiestas sin drogas).

Se está aprendiendo mucho acerca de lo que motiva y sostiene las elecciones comportamentales sanas. Las intervenciones más eficaces de promoción de la salud son aquéllas que consideran tres tipos de factores que influyen en el comportamiento de los adolescentes relacionado con la salud: factores de predisposición, de consolidación y favorecedores. Los factores de predisposición motivan un comportamiento antes de que se produzca, y figuran entre ellos el conocimiento, los valores, las creencias y las actitudes. Los favorecedores facilitan la ejecución de una acción y son, en general, condiciones del entorno del adolescente. Los factores de consolidación recompensan el comportamiento después de producido y aumentan las posibilidades de que continúe (197).

La combinación de intervenciones requiere entender las necesidades de un grupo de jóvenes en un contexto particular y aplicar la mezcla adecuada de intervenciones para atender esas necesidades, utilizando los enfoques más convenientes en ese contexto. Un ejemplo es el uso creativo de intervenciones en el entorno social — leyes y políticas, actitudes y normas, combinadas con actividades encaminadas a proporcionar la información necesaria y a adquirir las competencias necesarias — para prevenir la iniciación del tabaquismo entre adolescentes de los Estados Unidos. Se han aprobado leyes para prohibir la venta de productos del tabaco a jóvenes, se han formulado políticas para restringir el consumo de tabaco en lugares públicos, se ha trabajado mediante programas de medios de comunicación para influir en la opinión de las comunidades sobre el tabaquismo, y se han aplicado intervenciones bien concebidas con base en los centros de enseñanza. Al analizar el tabaquismo de los adolescentes, el informe del Director General de Sanidad de los Estados Unidos (198) afirma que «los programas preventivos más eficaces son los que abarcan a toda la comunidad y combinan los enfoques de educación y política pública».

En un informe de reciente publicación sobre las lecciones aprendidas acerca de la prevención del embarazo adolescente (35), se hacía hincapié en que los programas con multiplicidad de componentes, sostenidos e intensivos (consistentes en instrucción en las aulas, actividades a todos los niveles en el centro de enseñanza, suministro de anticonceptivos y campañas de los medios de comunicación) han demostrado su eficacia, pero que la simple pluralidad de componentes no aseguraba el éxito. La experiencia de programas de desarrollo juvenil que se centran en mejorar los niveles de educación, las posibilidades de empleo y las opciones vitales sugieren que con ellos se reducen de manera notable las tasas de embarazos precoces y no deseados.

6.5 Agregación y vinculación de intervenciones en diferentes contextos

Distintos sectores pueden contribuir de manera sustancial a promover y salvaguardar la salud y el desarrollo de los adolescentes. Cada sector tiene competencias y perspectivas características que, si se utilizan dentro de un marco común, es más probable que respondan con una mayor coherencia de metas y enfoques a la naturaleza multiforme de los problemas de los adolescentes. Por añadidura, aunque el carácter fundamental de las intervenciones que dispensan esos sectores son similares, sus actividades se llevan a cabo de ordinario en contextos diferentes y, por consiguiente, tienen la posibilidad de alcanzar a jóvenes en distintas circunstancias. La promoción de la salud y del desarrollo de los adolescentes trata cuestiones que son a menudo controvertidas y puede ser inestimable el apoyo de diferentes sectores. La renuencia de los jóvenes a buscar asistencia y a utilizar servicios puede reducirse al mínimo mejorando la colaboración entre actividades de programas en diferentes sectores, proporcionando en consecuencia a esos jóvenes una red de seguridad.

Las intervenciones que pueden ser de utilidad a los adolescentes se centran a menudo en un tema único, y necesitan vincularse para proporcionar un enfoque más holístico. Un caso representativo es la manera en que la prestación de los servicios de salud está organizada en la mayoría de los lugares. La vinculación entre los servicios es a menudo inadecuada, de manera que un adolescente que, por ejemplo, es vulnerable a las ITS y al abuso de sustancias quizá tenga que superar el obstáculo de acudir a varias personas y departamentos. Por añadidura, los servicios de salud casi nunca están vinculados a actividades de información, si bien un esfuerzo cooperativo podría ser mucho más eficaz. La situación se puede rectificar (a falta de estructuras institucionales) mediante una red oficiosa de personas de

distintos servicios, interesadas en la salud de los adolescentes, dentro del sector de la salud, y también en otros sectores. Esos grupos pueden intercambiar información sobre sus actividades, y analizar tendencias en cuanto a problemas de adolescentes, la práctica del envío de casos y las necesidades y oportunidades observadas.

De ahí que se haya insistido en que pueden encontrarse soluciones más eficaces si los responsables de cuidar de los adolescentes elaboran una infraestructura de apoyo y atención compuesta por varias instituciones fundamentales que trabajen de acuerdo con vistas a satisfacer los requisitos básicos para el desarrollo sano de los adolescentes. Entre esas instituciones figuran la familia, los centros docentes y las organizaciones comunitarias. Ninguna institución por sí sola puede asegurar que los adolescentes de hoy lleguen a ser adultos responsables, correctos, atentos y competentes. Es, más bien, la influencia conjunta de esas instituciones lo que resulta crucial. Unidas, disponen del potencial para tratar los factores subyacentes que facilitan que millones de jóvenes se comporten de maneras que comprometen gravemente su salud (6).

Debido a las limitaciones en materia de recursos para la salud en la mayor parte de los países, la programación para la salud de los adolescentes tiene más probabilidades de éxito si se construye sobre recursos disponibles y estructuras vigentes. En todos los países hay muchas organizaciones e instituciones diferentes que contribuyen de hecho (o debieran contribuir) a la salud y a las necesidades de desarrollo de los adolescentes. Es evidente que ninguna institución, privada o pública, gubernamental o no gubernamental, puede, en solitario, tratar de alcanzar las metas de la salud y el desarrollo de los adolescentes. Muchos grupos están en condiciones de hacer aportaciones que pueden ser pequeñas pero importantes. Se necesitan, en consecuencia, alianzas y cooperación para crear entornos que maximicen el potencial de todos los jóvenes.

La asociación para una acción complementaria entre órganos gubernamentales y no gubernamentales, sin olvidar a los del sector comercial, es vital y puede resultar mutuamente beneficiosa. Se necesitan asociaciones entre sectores, especialmente los de salud, educación, juventud, bienestar social, justicia y trabajo, para proporcionar la red de seguridad que requieren los adolescentes necesitados. Y es necesario crear asociaciones entre quienes suministran información a los jóvenes y aquéllos que les proporcionan servicios de salud y otros relacionados con ellos, para hacer un uso óptimo de los recursos existentes e introducir mejoras a partir de lo que ya existe. La formación y el mantenimiento de asociaciones

fructíferas entre los diferentes sectores que participan en la aplicación de programas y/o en su apoyo podría en el futuro ayudar a ampliar la base de formulación de políticas obteniendo aportaciones de diferentes sectores. Eso es cierto sobre todo en lo que respecta a la participación del sector comercial. En esencia, a través de su participación, ese sector comparte responsabilidad con el gobierno y las ONG en la ejecución y/o apoyo de programas. Además, por su experiencia en supervivencia empresarial — es decir, adaptación dinámica e innovadora a los cambios en el entorno por medio de la renovación organizativa — el sector comercial puede ayudar a mejorar la sostenibilidad de los programas.

Un reto importante es encontrar maneras de ayudar a las instancias decisorias para contrarrestar la tendencia a generar nuevos programas y políticas como estrategia primordial para demostrar que se actúa. Las recomendaciones para planificar nuevos enfoques de esas características sólo se deben hacer después de:

- un examen explícito y una valoración a fondo de los supuestos vigentes y de los recursos disponibles;
- asegurarse de que estrategias específicas reflejan las aportaciones de los interesados no sólo acerca de lo que quieren y piensan sino también acerca de lo que están dispuestos a hacer y por lo que están dispuestos a responsabilizarse.

El recuadro 20 ilustra el abanico de enfoques que se pueden adoptar en este sector.

6.6 Respeto de la diversidad cultural

Existe una relación importante entre identidad cultural y desarrollo de los adolescentes. Entender la propia cultura es una parte importante de la exploración de la identidad personal; y esto, a su vez, es parte del proceso total de desarrollo. Para los adolescentes, entender quiénes son y dónde encajan en su ambiente y entorno social, a lo que se añade la conciencia de una cultura, puede potenciar en gran medida un sentimiento de pertenencia, que es una de las necesidades básicas de los adolescentes que la programación se propone satisfacer.

La adolescencia es una época crítica para iniciar y reforzar la tolerancia hacia las diferencias entre las personas. La adolescencia es una etapa de receptividad a las ideas, y los jóvenes tienden a estar dispuestos a sopesar el valor inherente de las creencias y normas culturales de su entorno. Es típico de los adolescentes rechazar la injusticia y cuestionar el mundo que los rodea. Pero el proceso de desarrollar una mayor tolerancia a las diferencias requiere

Recuadro 20

Combinación de intervenciones — algunos ejemplos

YWCA/PACT, un proyecto de la Asociación Cristiana Femenina de Botswana empezó como una actividad extracurricular de educación entre iguales en escuelas secundarias de Gabarone, y se amplió a jóvenes ajenos a la enseñanza, así como a familias y comunidades; el proyecto dirigía un popular programa semanal radiofónico de carácter interactivo llamado *Teen Chat*; sus educadores entre iguales trabajan en estrecha colaboración con el Proyecto de Salud Reproductiva de los Adolescentes, que es parte del Programa de Mercadotecnia Social de Botswana. El proyecto ayuda a otras organizaciones juveniles a organizar programas para la formación de instructores; y trabaja con el Departamento de Formación Profesional para desarrollar actividades de educación entre iguales destinadas a adolescentes sin trabajo. El programa ha utilizado el intercambio de información y la adquisición de competencias entre los jóvenes. Mediante el uso de los medios de comunicación y el fortalecimiento del apoyo comunitario, el programa ha contribuido además a crear un entorno más dispuesto a prestar apoyo. Este programa trabaja con asociados de diferentes organismos gubernamentales y con el sector comercial.

El proyecto Frente de Juventud contra el Abuso del Alcohol y de las Drogas en Gambia aborda cuestiones sanitarias y problemas exacerbados por la pobreza, la falta de educación y el desempleo, ofreciendo alternativas positivas (atención primaria de salud, apoyo educacional, actividades recreativas y culturales, orientación psicológica, formación profesional y servicio de colocación). También se dirige a alumnos que no completan sus estudios ofreciéndoles educación compensatoria, al tiempo que lleva a cabo un programa de alfabetización a escala nacional. Las organizaciones participantes provienen de los sectores de salud, educación, trabajo y comunicaciones.

Je mange bien à l'école, un proyecto de salud y educación belga (C. Vandoorne, A. Poumay y M. L. Nieuwenhuyse, datos inéditos, 1995), que se propone mejorar el estado nutricional de los alumnos de 35 escuelas de Lieja, también ayudó a influir de manera positiva en establecimientos de alimentación del sector privado para que limitaran a productos sanos, aprobados para los niños, sus ventas de refrescos y comidas ligeras. El mismo criterio se aplicó en el caso de los servicios de comidas contratados para suministrar almuerzos a los centros de enseñanza.

En Filipinas, el UNICEF apoya múltiples proyectos destinados a niños pobres de ciudades, en especial a los que viven en la calle. Entre las estrategias figuran la promoción de la educación y la protección contra el daño físico; acceso a los servicios de salud; desarrollo de capacidades por parte de dispensadores de servicios, familias y comunidades; intervenciones con base en los centros de enseñanza en materia de nutrición, salud y VIH/SIDA; y elaboración de políticas mediante ayuda a la Comisión Nacional de la Juventud en el examen y actualización de la legislación.

Recuadro 20 (continuación)

La participación del sector comercial contribuye aún más al enfoque multisectorial de la programación. En esencia, mediante su participación, el empresariado comparte la responsabilidad con el gobierno y las ONG en la realización y/o el apoyo a los programas. Si se hace de manera sistemática, la formación y mantenimiento de asociaciones fructíferas entre los distintos sectores que participan en la aplicación y/o apoyo a los programas puede ayudar a ampliar la base de formulación política al permitir aportaciones de todos los sectores participantes. Al generar ideas basadas en su experiencia práctica en materia de supervivencia empresarial — es decir, adaptación dinámica e innovadora a los cambios en el entorno por medio de la renovación organizativa — esa participación del sector comercial puede aumentar la sostenibilidad de los programas.

El Proyecto sobre Salud Reproductiva de los Adolescentes (*Tsa Banana*) (P. Hickey, datos inéditos, 1995) es parte del Programa de Mercadotecnia Social de Botswana y proporciona un ejemplo de una iniciativa multisectorial en la que participa el sector comercial. El programa es ejecutado por una ONG local, PSI Botswana. El proyecto funciona en ciudades de tamaño medio y se dirige a jóvenes de 13 a 18 años mediante un triple enfoque, compuesto por una campaña de medios de comunicación sobre protección en materia de salud reproductiva (abstinencia, utilización de preservativos, anticoncepción controlada por las mujeres, doble protección, utilización de instalaciones clínicas para reconocimiento con vistas a la anticoncepción hormonal, etc.); ventas de preservativos por medio del sector comercial y las clínicas, dirigidas a consumidores jóvenes mediante la promoción realizada por educadores adolescentes y promotores; y una red para el envío de casos formada por algunos minoristas, trabajadores de dispensarios, jóvenes, enseñantes y progenitores para que los adolescentes utilicen con más frecuencia los servicios clínicos.

Por medio de su Centro para Iniciativas Familiares, la Compañía Tata de Hierro y Acero, una importante empresa comercial de Jamshedpur, en la India (D. Dey, datos inéditos, 1995), atiende a adolescentes (entre 14 y 18 años) de ambos sexos, solteros o recién casados, que viven en las zonas residenciales periféricas y de viviendas insalubres en los alrededores de la compañía, así como a aquéllos cuyos progenitores trabajan en la empresa. El centro trata de establecer un modelo de acción empresarial para concienciar a los jóvenes y mejorar su comprensión de la salud sexual y reproductiva mediante el uso de IEC (incluidos los medios de comunicación) y los servicios de salud en un entorno cultural que no favorece el debate abierto. Se trata de un esfuerzo innovador que lleva más de 10 años en funcionamiento con el objetivo, a largo plazo, de prevenir o reducir al mínimo el matrimonio infantil, el sexo premarital, los embarazos de jóvenes solteras y la mortalidad materna de las adolescentes. La empresa genera ingresos para el centro mediante las representaciones de la compañía teatral de este último, formada por jóvenes sin trabajo. Además, ayuda a poner en marcha programas de concienciación de otras organizaciones proporcionando apoyo en metálico y/o en especie. Su éxito en la atención de

Recuadro 20 (continuación)

las necesidades de los jóvenes queda probado por la expansión del centro a otros grupos destinatarios, como estudiantes universitarios, clubes juveniles y reclutas de la policía y de las fuerzas armadas.

Otro ejemplo de un proyecto innovador organizado por una empresa es el programa periodístico educativo del *Times of India* (J. Kaur, datos inéditos, 1995). Mediante esta iniciativa se contacta a estudiantes entre 11 y 18 años de tres grandes ciudades gracias a talleres educativos sobre numerosos temas, entre los que figuran la prevención del VIH, la nutrición y las relaciones interpersonales, y por medio de la utilización del periódico como instrumento de aprendizaje.

orientación y tomar a otros miembros de la sociedad como modelos. Si la tolerancia no se demuestra, se explora y se valora en la programación durante ese periodo mediante modelos de conducta adultos y entre los compañeros y, por el contrario, se permite que la intolerancia permenezca incontestada, puede quedar grabada en el joven. El progreso en la tolerancia de los adolescentes hacia las diferencias culturales es crucial para las esperanzas de la sociedad respecto a una mayor tolerancia de la próxima generación.

Que la programación se formule en un ambiente de respeto también ayuda a crear un sentimiento de seguridad entre los adolescentes, y eso es vital para su desarrollo sano. El hecho de que los jóvenes vivan en un entorno en el que falta tolerancia hacia las diferencias culturales, hace que aumente la importancia de programar en ese sector. Muchos adolescentes, en especial los que pertenecen a minorías étnicas, se ven obligados a vivir en dos culturas — la cultura de su familia y la de la sociedad dominante. Alentar a esos jóvenes a que identifiquen sus valores propios y aprendan a respetar otras culturas les ayudará a respetar sus propios antecedentes, al mismo tiempo que se adaptan en la medida necesaria para funcionar bien en las sociedades en las que viven.

El respeto básico y la sensibilidad ante la diversidad cultural e individual de jóvenes y adultos son rasgos de enfoques de programación satisfactorios (34). La programación que muestra respeto hacia la diversidad cultural ratifica el valor personal de todos los participantes y reconoce la función que la conciencia de la identidad cultural desempeña en el desarrollo de los adolescente. La programación que respeta el valor inherente de diferentes culturas y la necesidad básica del adolescente de explorar el aspecto cultural de la identidad contribuye a desarrollar un sentimiento de pertenencia, que es otro

aspecto crítico de su desarrollo. Un entorno social de esas características contribuye a aumentar el potencial de la programación para promover el desarrollo.

En todas las culturas, el proceso de programación necesita explorar y entender cómo diferentes tradiciones culturales afectan a los adolescentes porque, si bien muchas prácticas culturales son positivas y es necesario fortalecerlas, otras tienen consecuencias nocivas para la salud.

El respeto de la diversidad cultural aumenta las posibilidades de que sean eficaces las intervenciones con adolescentes porque:

- Cuando las personas sienten que sus valores culturales tradicionales se consideran importantes, es más probable que los progenitores y otros miembros de la comunidad se muestren receptivos y apoyen nuevos enfoques, como los métodos de participación o el debate de temas de salud reproductora, para alcanzar los objetivos deseados.
- Es más probable que los adolescentes, que sienten que su experiencia cultural subjetiva está siendo escuchada y que se respeta, contribuyan al proceso de programación no sólo como receptores de programación, sino también como planificadores y dirigentes.
- Entender por qué los jóvenes están expuestos a ciertos comportamientos mejora la capacidad de la programación para diseñar intervenciones eficaces. La evaluación de comportamientos de riesgo, y de problemas de salud relacionados, es más completa cuando se tienen en cuenta los factores culturales que influyen sobre el comportamiento (como en el caso del uso de sustancias) (59).

La programación puede demostrar respeto por la diversidad cultural de muchas maneras, algunas de las cuales están resumidas en el recuadro 21.

Quizá la más descuidada de todas las cuestiones de importancia para promover la salud de los adolescentes sea la de las diferencias en valores de base cultural, en especial cuando esos valores son implícitos, más que explícitos. Dado que la promoción de la salud de los adolescentes es algo relativamente nuevo, puede verse como ajena a la cultura e impuesta desde fuera, en cuyo caso el antagonismo frente a las intervenciones destinadas a los adolescentes surgirá y persistirá. Eso alimenta el mito de que los jóvenes, en especial los que están expuestos a las ideas de otras culturas, se oponen a los valores básicos de sus mayores. La manera más eficaz de enfrentarse con eso

Recuadro 21

Programación y respeto de la diversidad cultural

La programación manifiesta su respeto a la diversidad cultural si:

- Reconoce los diferentes significados que «cultura» puede tener para los jóvenes — el sentido de la identidad cultural de un adolescente está definido por muchas cosas, entre las que figuran raza, origen étnico, idioma y nacionalidad. También está definido por grupos de personas con quienes el adolescente comparte valores, normas, tradiciones y costumbres (200). Los adolescentes pueden sentirse parte de la cultura de sus padres, pero también de una cultura juvenil o de varias, representadas por los grupos con los que comparten intereses, creencias y actividades.
- Asegura que cada fase del proceso de programación incluya la diversidad cultural como un factor importante — debe hacerse acopio, por ejemplo, de datos sobre los intereses y necesidades de los jóvenes de distintas culturas. En la fase de valoración debe documentarse la influencia de prácticas de diferentes culturas sobre los adolescentes. Durante el estadio de identificación de prioridades se deben valorar las necesidades y problemas de los jóvenes en todos los grupos culturales. Representantes de las diferentes culturas a las que pertenecen los jóvenes deben participar en el estadio de planificación, además de formar parte de los equipos asesores para los jóvenes. Diferentes expresiones de la diversidad cultural, como vestido, idioma, historias y refranes, celebraciones y fiestas importantes, se pueden tener en cuenta e incluir en los enfoques e intervenciones utilizadas en el estadio de ejecución. Puede hacerse que la evaluación sea sensible a las diferentes maneras en que las distintas culturas responden a la vigilancia escrita y verbal y a los instrumentos de valoración. Finalmente, deben participar personas que se consideren apropiadas para hacer determinadas preguntas o para mantener debates con grupos particulares. Deben elaborarse y utilizarse indicadores que vigilen cómo se manifiesta en la programación el respeto a la diversidad cultural (199).
- Conceder valor, a lo largo del proceso de programación, a la herencia y las prácticas sociales que tienen como base la cultura de las personas es parte de la demostración de respeto hacia la diversidad cultural. Las tradiciones culturales, creencia y prácticas afines en cada país y en el seno de las comunidades locales desempeñan una función importante en la formación del entorno social en el que el adolescente adquiere sus experiencias.

Cuando surge la necesidad de cambiar prácticas culturales que son perjudiciales para los adolescentes, un enfoque que respete la diversidad cultural comienza por tratar de entender esa práctica en el contexto de la cultura. La reflexión sobre el propósito de la actividad ha demostrado ser más satisfactoria cuando ese proceso se plantea con una actitud respetuosa hacia la cultura. Cuando existe la necesidad de cambiar las prácticas culturales, es esencial que las percepciones de lo que se necesita cambiar y de cómo se debe efectuar el cambio, se generen desde dentro (200).

Recuadro 21 (continuación)

Es importante considerar actividades alternativas que puedan alcanzar la misma meta y el mismo valor simbólico sin ser perjudiciales. Un proceso que respeta la cultura también trabaja con la comunidad para alentar ideas y soluciones locales para actividades que expresen el simbolismo buscado. Se necesita el apoyo de muchas personas en las comunidades — dirigentes, adolescentes y adultos — para ayudar a que se produzca el cambio. La consideración que varones y mujeres reciben en la cultura está relacionado con la significación cultural de los ritos de paso, por ejemplo, y entender cómo las actitudes sociosexuales influyen en la continuación de prácticas como la mutilación genital femenina debe formar parte del proceso de entender cuáles son los mejores medios para lograr el cambio desde dentro de la cultura (200).

- Respetar la diversidad cultural — esto significa dedicar tiempo en la programación a explorar las influencias de la cultura sobre los adolescentes y su percepción de cómo la cultura influye en comportamientos específicamente relacionados con la salud.

es dar a conocer los puntos de vista de personas interesadas (incluidos los jóvenes) sobre lo que quieren que lleguen a ser los jóvenes, y trabajar luego para alcanzar un consenso. Las pruebas sugieren con claridad que los jóvenes comparten de hecho los valores básicos de los adultos de su propia cultura, pese a algunas diferencias efímeras. Otras diferencias esenciales entre culturas son: hasta qué punto se ve como deseable la autonomía de los adolescentes; el valor que se concede a un sistema de interacción humana más cooperativo que competitivo; y la importancia de la familia como fuente más destacada de autoridad.

Hay programas que han cambiado con éxito prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina (201), mediante el trabajo con la cultura, respetando los aspectos positivos de los ritos de paso, sin miedo a enfrentarse con tradiciones que perjudican a los adolescentes. Esos programas han demostrado respeto por la cultura ayudando a la comunidad a hacer cambios desde dentro para encontrar otras maneras de formular ritos de paso que reemplacen los que perjudican a los adolescentes.

La Asociación de Planificación Familiar de Tanzania (UMATI) proporciona un ejemplo de programación que ha demostrado el respeto por las actitudes y los sentimientos culturales locales de los progenitores acerca de la educación sexual de los jóvenes, y que ha trabajado con éxito para obtener el apoyo de los padres y de la comunidad para las actividades entre iguales de salud reproductiva (mediante el suministro de información y orientación). Se celebraron

reuniones de concienciación de la comunidad antes de la ejecución de las actividades, entre las que figuraban la educación entre iguales, la distribución de anticonceptivos y el envío a los servicios de salud.

6.7 Fortalecimiento de la gestión del programa

Asegurar que la programación tiene plenamente en cuenta las características antes analizadas comporta algunos retos especiales, entre los que figuran: resolver las controversias que surgen a menudo sobre temas delicados que se abordan en los programas; emprender actividades en múltiples sectores, colaborando con ellos y a menudo coordinando esas actividades; asegurar que se atiende a las diferencias de perspectivas en materia de desarrollo entre jóvenes y adultos cuando los primeros forman parte de la planificación y ejecución de las actividades del programa; identificar las aptitudes, competencias y formación de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo una combinación de intervenciones, y contratar a personas con esas cualidades; y también coordinar la operación en su conjunto.

Existen razones de peso para que los programas de salud y desarrollo de los adolescentes gestionen sus actividades con gran cuidado y fortalezcan esa función, en gran medida subestimada:

- Los programas para la salud y el desarrollo de los adolescentes son posiblemente más complejos y sin duda más difíciles de aplicar que muchas otras clases de programas de salud y bienestar. Su complejidad está ligada al hecho de que son multidimensionales: en el mejor de los casos, se enfrentan con múltiples problemas de salud, y consolidan y vinculan intervenciones ya existentes en diferentes contextos. Su complejidad significa que hay que gestionar muchas variables, todas las cuales se necesitan para que los programas alcancen sus objetivos. Eso, a su vez, requiere mayores esfuerzos y tiempo para la gestión y la coordinación.
- Muchos programas operan con recursos financieros limitados y poco seguros, lo que significa que los fondos se han de estirar y han de utilizarse con precaución. Eso sólo se puede conseguir mediante una gestión muy cuidadosa, centrada en la eficacia, la eficiencia y la transparencia en la información financiera.
- Aunque esencial, con frecuencia es difícil obtener y mantener el compromiso financiero y político en el caso de la programación para los jóvenes en razón de su naturaleza controvertida. La salud sexual y reproductiva, el uso de sustancias y la violencia, entre otras cuestiones de interés para la programación, tienen una fuerte carga emocional. Los progenitores y otras personas, cuyo apoyo se

necesita, están con frecuencia poco dispuestos a apoyar programas si sus puntos de vista difieren de la posición defendida por el programa. En ese caso, la gestión asume un papel crucial dado que la supervivencia y la autosuficiencia del programa dependen de que se formule una estrategia meticulosa para establecer sólidas relaciones con el entorno. Algunos programas no sólo han conseguido el apoyo tácito de la comunidad, sino que han incorporado de hecho la participación de la comunidad al diseño del programa.

- Son varias las razones de que la vigilancia y la evaluación sistemáticas del programa sean críticas. Dada la naturaleza controvertida de los programas para jóvenes, la vigilancia y la evaluación proporcionan datos para documentar el éxito del programa, datos que a su vez pueden utilizarse como prueba de su eficacia. La documentación sobre la eficacia es un medio poderoso para recaudar fondos y para conseguir una base financiera y política más estable. Por añadidura, esas dos funciones de la gestión proporcionarán retroinformación que puede facilitar los esfuerzos para:
 - mejorar el rendimiento técnico del programa y potenciar sus efectos;
 - mejorar el rendimiento financiero del programa al identificar, por ejemplo, los costos por adolescente alcanzado, que pueden luego reducirse a un nivel aceptable;
 - alcanzar autosuficiencia técnica y financiera;
 - ampliar a escala.

Los gestores puede tener dudas sobre la conveniencia de hacer un seguimiento de la calidad y la cobertura del programa para evaluarlas, en parte debido a los problemas planteados por la complejidad de la tarea. Sin embargo, para controlar las operaciones presentes y el crecimiento futuro es imperativo que los gestores convenzan al personal de que la vigilancia y la evaluación son actividades prioritarias y, al mismo tiempo, elaboren sistemas que permitan la aplicación sistemática de esas dos funciones.

- Cuando los programas hacen hincapié en un enfoque de participación y usan a los jóvenes como personal y como voluntarios, se necesita prestar atención especial a la gestión de los recursos humanos. Esto se debe a que los jóvenes son una fuerza de trabajo con menos experiencia y también a la tasa de desgaste relativamente alta asociada con la rotación de los jóvenes, que abandonan el programa a medida que se hacen mayores. Los gestores deben establecer, en consecuencia, sistemas innovadores y eficaces para el continuo reclutamiento, orientación, formación y

motivación que permitan ocuparse de un considerable número de personas. Tales sistemas deben ofrecer remuneración competitiva para el personal e internamente equitativa, junto con incentivos para voluntarios. Además de la atención a otro personal, deben hacerse esfuerzos para identificar, seleccionar, contratar y recompensar a personal joven y a voluntarios y, posiblemente, también para estimular la moral del personal que permanezca, ya que han de establecer nuevas relaciones de trabajo de manera continua. El departamento de formación quizá tenga que ser más activo en este caso que en los programas no participatorios que trabajen con otros grupos de población. La atención de los gestores a esta red de requisitos en materia de recursos humanos del programa es la base para operar en buenas condiciones.

Se recogen a continuación dos ejemplos de programas de salud y desarrollo de los adolescentes reconocidos en el sector por sus logros. El hecho de que se hayan centrado de manera particular en cuestiones de gestión ha sido la clave de su eficacia sostenida, expansión a escala nacional y avances hacia la sostenibilidad.

SERVOL, una ONG nacional de Trinidad y Tabago fundada en 1972, «nació de las necesidades específicas de desarrollo y educacionales de un gran número de niños que vivían en zonas desfavorecidas» (202). SERVOL dirige, entre un gran número de otros programas de desarrollo comunitario, el satisfactorio Programa para el Desarrollo de los Adolescentes para «adolescentes sin motivación, desanimados y maltratados», con el objetivo de proporcionarles conocimiento propio, actitudes positivas y competencias que les abran puertas en el mercado laboral. Desde sus comienzos, el criterio de SERVOL ha sido ayudar a los jóvenes desfavorecidos a que se ayuden a sí mismos y se conviertan en adultos productivos que participen en sus comunidades. La clara primacía concedida por SERVOL a la gestión, ha contribuido notablemente al éxito de esta ONG en su misión, permitiéndole identificar los problemas de gestión que son prioritarios en materia de organización y de programas, y elaborar y aplicar estrategias y sistemas apropiados para hacer operacionales esas prioridades. Entre ellas figuran:

- Sostenibilidad financiera — SERVOL ha invertido tiempo y asesoramiento técnico de gestión en elaborar y aplicar una estrategia realista para alcanzar la independencia respecto a los donantes dentro de un específico marco temporal, y está progresando de manera sistemática hacia esa meta. Una gestión y una información financiera transparentes son parte de esta estrategia.
- Apoyo comunitario por medio de una red de conexiones y participación — la ONG ha aplicado el principio según el cual la

eficacia depende de la habilidad para trabajar con gobiernos y otros grupos y para compartir con ellos poder y responsabilidad. Así por ejemplo, para aumentar los centros de atención y educación temprana infantil y los centros para el desarrollo de los adolescentes a comunidades de todo el país, el delicado reparto del poder se ha efectuado mediante dos mecanismos, y tanto uno como otro refuerzan la propiedad comunitaria de los centros:

- inicialmente, gracias a «escuchar con atención» las necesidades clave, demandas y problemas de la población destinataria, de los padres y de la comunidad durante reuniones comunitarias organizadas por SERVOL para analizar la situación (lo que puso las bases para diseñar intervenciones respetuosas);
- gracias a facilitar el establecimiento de una estructura, el consejo de educación del pueblo, para cada centro. El consejo alberga al centro, ayuda a vigilar el rendimiento del personal docente del centro y se ocupa de la administración y recogida de fondos (202).

La continua formación por parte de SERVOL del personal de los consejos ha aumentado su pericia técnica, fortaleciendo en consecuencia su capacidad para dirigir los centros.

- Vigilancia y evaluación — la ONG ha realizado esfuerzos concertados y sistemáticos para vigilar y evaluar el rendimiento del programa a diferentes niveles. Así por ejemplo, sus cursos de formación son evaluados externamente, además de por los mismos participantes, con el fin de mejorar los cursos y elevar el nivel de formación de los instructores. En términos, por ejemplo, de las repercusiones del Programa de Educación para Padres, el «crecimiento» de padres muy jóvenes y de sus hijos ha sido «rápido y gratificante» (203). A nivel operacional, la evaluación final de la satisfactoria calidad del Programa para el Desarrollo de los Adolescentes es el hecho de que el empresariado solicite empleados formados por SERVOL. Según una evaluación realizada en 1985, los empresarios preferían los graduados de SERVOL, pese a su limitado bagaje académico, a otras personas en busca de trabajo igualmente desempleadas pero «académicamente superiores». Se llegó a la conclusión de que la confianza en sí mismos y la disciplina de trabajo de que hacían gala eran en general superiores a las de otros asalariados de comparables antecedentes educacionales y sociales, y en muchos casos también superiores a las de empleados con mejores credenciales académicas. La comprobación del éxito ha funcionado a manera de onda expansiva, permitiendo a la organización empezar a preparar el camino para la sostenibilidad

financiera, gracias a atraer la atención nacional e internacional. Esto, a su vez, ha facilitado la afluencia de recursos financieros y ha generado una mayor demanda de programas de SERVOL.

- El sistema de gestión de los recursos humanos — el sistema de gestión de los recursos humanos de SERVOL está basado en la premisa positiva de que el potencial de las personas para ascender en la escala laboral y asumir situaciones de liderazgo puede y debe desarrollarse por medio de un continuo programa de formación incorporado y de oportunidades para el crecimiento profesional dentro de la organización. Para ilustrarlo, más del 80% de los puestos de responsabilidad de SERVOL se cubren internamente. La dirección se ha comprometido a promocionar al personal y a sacarlo «de sus zonas de comodidad» (188). Esto es un incentivo muy poderoso para que los empleados den lo mejor de sí a la organización y para reducir el movimiento de personal.

El Programa para la Salud de los Adolescentes del Ministerio de Salud de Chile es otro ejemplo del papel vital de la gestión para lograr que los programas funcionen, sobrevivan y prosperen. En el caso de Chile, los sistemas de gestión han resultado cruciales, en particular para:

- compartir su criterio y objetivos organizativos con el personal prescindiendo del nivel estructural al que operen;
- permitir la comunicación y coordinación proactiva, en dos direcciones, entre el nivel regional y el local por medio de un eficaz sistema descentralizado así como entre los diferentes sectores participantes.

Esto ha sido un reto sobre todo porque el programa trata muchas clases distintas de problemas de salud, opera a múltiples niveles por todo el país y es también multisectorial con diferentes ministerios que cuentan con proyectos o componentes centrados en la juventud y con una activa comunidad de ONG.

Por añadidura, el éxito del programa puede atribuirse en gran parte a la decisión concreta de hacer a los gestores responsables de la supervivencia de sus propios programas prescindiendo del nivel al que estén trabajando. Eso ha llevado a un sentimiento de propiedad del programa, vinculado a la aplicación de estrategias empresariales innovadoras para movilizar recursos financieros y humanos.

6.8 Aliento a las actitudes y a los comportamientos positivos de los adultos

Los adultos desempeñan una función vital en el desarrollo sano de los jóvenes, y pueden contribuir a crear un clima de apoyo para elec-

ciones comportamentales positivas mediante relaciones que expresen amor e interés y mediante la comunicación sobre cuestiones importantes en materia de salud y desarrollo. Los adultos desempeñan un papel destacado en las vidas de los jóvenes de muchas maneras, gracias a: su papel fundamental como progenitores y dispensadores de atención desde la base de la familia; su trabajo con jóvenes como enseñantes, agentes de salud, asistentes sociales y dirigentes en el contexto religioso y en otros grupos y organizaciones comunitarias; su función como supervisores en el lugar de trabajo, o por las relaciones dentro del sistema legal, como policías o jueces, por ejemplo.

La relación entre los jóvenes y los adultos en cada uno de esos cometidos influirá en la vida de los jóvenes y será parte del entorno social que los rodea. Actitudes positivas por parte de los adultos hacia los jóvenes y comportamientos adultos que manifiesten interés por su bienestar y desarrollo sano potenciará el desarrollo y la autoestima, el sentimiento de pertenencia y la capacidad para relaciones responsables. Se sabe desde hace mucho que las respuestas positivas son motivadores más poderosos que las negativas. Los adultos capaces de identificar las buenas prendas de un joven o los aspectos positivos de su comportamiento tendrán mayor eficacia para sostener un comportamiento constructivo, establecer relaciones positivas y reducir o eliminar las negativas.

Si bien la investigación ha puesto de manifiesto que los compañeros pueden contribuir a rellenar las lagunas en el conocimiento de los adolescentes sobre el VIH/SIDA y ayudarlos para el cambio comportamental, varios estudios del programa de investigación del Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer realizados en Brasil, México, Tailandia y Zimbabwe subrayan el hecho de que los jóvenes necesitan y desean la comunicación con adultos de su confianza. De manera tradicional, los adultos han desempeñado un amplio abanico de funciones en la educación sexual y en la orientación de los jóvenes. Los resultados de la investigación indican, sin embargo, que distintos factores han contribuido a que disminuya la participación de los adultos a la hora de prestar orientación sexual a los jóvenes. «El reto consiste en saber cómo ayudar a familias y comunidades a definir nuevas funciones para los adultos que se ajusten a las cambiantes necesidades físicas y emocionales de los jóvenes de ambos sexos a la luz de la epidemia de VIH/SIDA» (42).

A los programadores debe preocuparles la calidad de las relaciones entre adultos y jóvenes para ayudar a crear un clima que facilite el desarrollo adolescente y para fomentar y permitir elecciones comportamentales positivas por parte de los jóvenes. A los programadores

les debe preocupar también cómo intervenir en los casos en que los adultos no atienden las necesidades básicas de los jóvenes o violan sus derechos básicos.

El comportamiento de los adultos influye en el de los jóvenes. Además de estar muy interesados e influidos por las ideas, actitudes y comportamiento de sus iguales, las elecciones de los adolescentes siguen influidas por las de sus padres en lo referente a comportamientos como el tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas y práctica sistemática del ejercicio físico. Es necesario alentar a los adultos para que sean modelos positivos de conducta para un comportamiento responsable.

Las actitudes de los progenitores hacia la programación en la que pueden participar sus hijos influye en el nivel de participación. Cuando las actitudes de los padres son positivas, los adultos pueden apoyar la plena participación de los adolescentes y reforzar las ideas y el comportamiento auspiciados por la programación. Para lograr la participación de los jóvenes en la programación, es esencial ayudar a los adultos a entender los beneficios de esa participación, y contribuir a que los adultos adquieran las actitudes y competencias requeridas para cooperar con los jóvenes en la planificación de cometidos y la aplicación de programas.

La filosofía de la participación de los jóvenes no niega el cometido vital que desempeñan los adultos en las vidas de los jóvenes ni el papel crucial de los adultos en la programación en favor de la salud de los adolescentes. Sí promueven, en cambio, un «sitio en la mesa» igual para jóvenes y adultos, y una distribución adecuada de trabajo y responsabilidad basada en las necesarias aptitud, formación y experiencia para las distintas tareas de programación. La participación de los jóvenes no significa que los adultos renuncien a su parte de responsabilidad en la programación, sino que acepten los retos de la colaboración entre adultos y jóvenes, aporten las lecciones de la experiencia y acepten que se puedan cuestionar sus puntos de vista.

La participación de los jóvenes en cada etapa de la programación puede beneficiarse del asesoramiento, la formación, la supervisión y el aliento ofrecidos por los adultos.

Esto queda ilustrado con claridad por una evaluación de las actividades de la Sociedad de la Cruz Roja de Ghana y la Asociación de Scouts de Ghana, gracias a la cual se identificó que para los educadores entre iguales contratados por esas organizaciones, el apoyo de los adultos para el equipo del proyecto, incluidas las visitas continuas, el intercambio de opiniones e ideas, eran factores impor-

tantes para la continua motivación en el proyecto. Por añadidura, la formación, la supervisión y el apoyo a los educadores entre iguales era importante para ayudarles a profundizar en sus competencias y para mantener su motivación (130).

Digamos, para resumir, que, al mismo tiempo que un número cada vez mayor de países está identificando la salud de los adolescentes como sector de importancia para la acción, ha surgido la necesidad de un marco estratégico para la programación. Como hemos visto en ésta y en secciones precedentes, los conocimientos sobre los principios y la práctica de las intervenciones eficaces aumentan rápidamente, pero la experiencia es menor cuando se trata de programación a nivel nacional, sobre todo para actuar de manera eficaz, sostenible y con un costo relativamente bajo a escala suficientemente amplia como para satisfacer las necesidades de los jóvenes en todo el país. La programación de esas características necesita un clima en el que se reconozca la urgencia y el valor de la acción. Las razones a favor de la salud de los adolescentes son poderosas, pero es necesario exponerlas con claridad y de manera que respondan a las preocupaciones de las instancias decisorias en diferentes sectores.

Además, es necesario que los objetivos y estrategias de la programación sean claros y viables, y que se mida su eficacia por medio de indicadores apropiados. La programación ha de ser también flexible, no sólo para tener en cuenta las diferentes necesidades en diferentes contextos sociales, sino para responder al cambio y aplicar las lecciones proporcionadas por la experiencia en este campo de acción relativamente nuevo. Si todo esto fuera fácil, ya se habría logrado la aplicación universal de los programas para la salud y el desarrollo de los adolescentes. En realidad, los problemas con que se encuentran quienes trabajan para mejorar las vidas de los jóvenes son considerables aunque no insuperables. Lo que sigue es una enumeración de los retos más importantes con los que hay que enfrentarse y que se han de superar para que los organismos del sector de la salud y sus asociados consigan mejoras importantes en la experiencia de crecer para millones de jóvenes de todo el mundo.

7. Consecución del compromiso político

7.1 Antecedentes

Se han hecho considerables progresos en cuanto a reconocer la importancia de la salud de los adolescentes en muchas partes del mundo, y eso está empezando a traducirse en formulación de políticas y programación a nivel nacional. El apoyo internacional a la salud de

los adolescentes se ha proclamado en varios foros de alto nivel, siendo los más recientes la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

Entre los organismos de las Naciones Unidas que han formulado políticas o están centrando su atención en las necesidades de salud de los adolescentes figuran la FAO, la OIT, la UNESCO, el FNUAP, el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Los gobiernos de los Estados Unidos, Italia, el Reino Unido, Suecia y Suiza son algunos de los donantes bilaterales más importantes que han destinado fondos a promover la salud de los adolescentes en países en desarrollo (así como en los suyos propios). Fundaciones como Rockefeller, Kellogg, MacArthur, Carnegie, Johan Jacobs y la Fundación Internacional para la Juventud figuran entre los participantes más destacados en este campo. Por añadidura, entre las ONG internacionales al servicio de la juventud, con filiales nacionales muy activas en este sector, figuran la Organización Mundial del Movimiento Scout, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Asociación Cristiana Femenina Mundial (WYWCA), la Asociación Mundial de Muchachas Guías y Muchachas Scouts, la Asamblea Mundial de la Juventud y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Existe, además, por todo el mundo, un gran número de ONG más pequeñas que desempeñan un papel importante atendiendo las necesidades de salud de los adolescentes, al mismo tiempo que órganos profesionales y científicos, como la Asociación Internacional para la Salud de los Adolescentes y la Sociedad para la Medicina de los Adolescentes, desarrollan con plenitud su cometido.

En el seno del sistema de las Naciones Unidas, la política acerca de la salud de los adolescentes se ha visto estimulada por una serie de acciones entre las que figura la declaración conjunta de 1989 OMS/FNUAP/UNICEF sobre la salud reproductiva de los adolescentes (204), una serie de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Comité Regional de la OMS, y el establecimiento de una unidad en la OMS a raíz de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes en la Asamblea Mundial de la Salud de 1989. Además, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (que abarca un abanico de edades de 0-18, y de ahí que incluya a los adolescentes hasta los 18 años), y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, son dos destacadas políticas mundiales de importancia para la salud de los adolescentes, como lo es el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el Año 2000 y Años Subsiguientes.

Es importante destacar que muchos gobiernos están ahora en el proceso de formular políticas nacionales sobre salud de los adolescentes, y algunos empiezan a aplicar programas nacionales para adolescentes. No sólo se está reconociendo el valor de actuar para promover la salud de los adolescentes, sino también los costos múltiples y a largo plazo de *abstenerse* de actuar. Sin prisa pero sin pausa, las preguntas que se plantean son cada vez menos *si* se debe prestar atención a la salud de los adolescentes y cada vez más *qué* es lo que se necesita hacer y *cuál* la mejor manera de hacerlo.

A medida que aumenta el compromiso, son más los participantes que se incorporan al campo de juego, y cada vez más necesarias las personas con sólida experiencia en materia de salud y desarrollo de los adolescentes que contribuyan a iniciativas a nivel nacional. Una iniciativa de esas características ha sido el establecimiento en varios países de un grupo especial nacional sobre la salud de los jóvenes, orientado a promover un entendimiento general de la adolescencia dentro del contexto cultural. Reunir a personas clave de los muchos sectores con influencia e intereses en la salud de los adolescentes (incluidos los mismos jóvenes) puede ser un primer paso valioso. Una iniciativa semejante puede ayudar a crear un ambiente cooperativo, más que competitivo, y a sacar partido de la pericia técnica de diferentes disciplinas e instituciones esenciales para la salud de los adolescentes. Ayudará a revisar el lugar que se atribuye a los adolescentes en las condiciones contemporáneas y a identificar las necesidades (y problemas) de salud y desarrollo más importantes de los adolescentes en el día de hoy.

Lograr un consenso sobre objetivos comunes reducirá al mínimo además las diferencias en cuanto a los medios para lograr esos fines. Muchos países están utilizando ya ese mecanismo para planificar la programación de la salud de los adolescentes. Malasia, por ejemplo, ha establecido un grupo nacional especial para la aplicación de su plan de acción para los adolescentes que será ejecutado por el sector de la salud en coordinación con otros sectores. En Kuala Lumpur se celebró un taller nacional sobre la salud integrada de los adolescentes para proponer la base de un plan nacional, analizar las relaciones y la función de otros sectores pertinentes, y para designar e instituir el grupo especial nacional.

Existe una necesidad cada vez más urgente de información y tecnología idóneas para mejorar la comprensión, por parte de las instancias normativas, de la situación, comportamiento y relaciones de los adolescentes, y de los riesgos y factores de protección importantes en su salud y desarrollo. La información obtenida de la

realización de un análisis de situación (véanse el recuadro 24 y la sección 8), unido a los argumentos más destacados para promover la salud de los adolescentes, puede proporcionar instrumentos poderosos para estimular la formulación de políticas al nivel nacional. Debido a la naturaleza en extremo diversa de las necesidades de los adolescentes, es probable que esos instrumentos sean más valiosos cuando formen parte de una política nacional que aglutine a los sectores de importancia para los jóvenes, incluidos salud, educación, juventud, bienestar social, trabajo y justicia. Eso ayudará a asegurar la estabilidad, la coherencia y el compromiso con la salud de los adolescentes, y contribuirá a eliminar las barreras legislativas que impiden el acceso de los jóvenes a la información, la educación, el aprendizaje de competencias y los servicios necesarios, sobre todo en relación con la salud reproductiva. Un enfoque de esas características puede desembocar en la prestación de apoyo político (y con frecuencia financiero) a organizaciones no gubernamentales que se encuentran a menudo en la vanguardia de la promoción de la salud de los adolescentes, y al fortalecimiento de diferentes departamentos gubernamentales responsables de prestar servicios a los adolescentes.

La formulación de políticas nacionales para la salud de los adolescentes es claramente un proceso multisectorial y tiene repercusiones en el entorno económico y social en que viven los jóvenes. Una política nacional con fuerte compromiso del gobierno también ayuda a asegurar la dirección, la financiación y el apoyo operacional. La formulación de políticas nacionales ya ha contribuido a alcanzar los éxitos que se resumen en el recuadro 22.

Un análisis de la aplicación de programas surgidos de las políticas nacionales para la salud de los adolescentes en el Brasil y en Costa Rica sugiere que ciertos componentes son cruciales para una política nacional eficaz en esa materia (C. Hanson, datos inéditos, 1995):

- una fuente estable, garantizada, de financiación;
- la designación de un organismo o persona individual responsable de hacer operacional esa política;
- integración de la política en otros marcos nacionales de política de manera que se eviten contradicciones y se facilite la acción;
- aplicabilidad de las políticas a todos los adolescentes (incluidos los que están dentro y fuera de las escuelas, los pobres y los sin hogar, y los trabajadores sexuales);
- una política que alienta la colaboración intersectorial, pero no depende de ella;
- una manera de asegurar que el programa resultante es sostenible, con provisiones para la evaluación y el desarrollo.

Recuadro 22

Beneficios de la formulación de políticas nacionales sobre salud de los adolescentes

- Aumenta la disponibilidad de los programas — una política nacional coherente puede llevar a la movilización de los recursos financieros, administrativos y humanos necesarios para asegurar que las actividades para promover y salvaguardar la salud de los adolescentes se ejecutan de manera amplia por organizaciones públicas y privadas.
- Señala el compromiso del gobierno con la salud de los adolescentes — proporcionar programas sostenibles y eficaces para los jóvenes a nivel local exige un serio compromiso político al nivel nacional para asegurar la dirección, la financiación y el apoyo operacional. Un entorno político de apoyo verdadero a la salud de los adolescentes desembocará de manera natural en políticas y programas beneficiosos.
- Propugna la concienciación sobre problemas y necesidades de los adolescentes — una política nacional activa y bien documentada que expone los argumentos en favor de la salud de los adolescentes puede calar en niveles gubernamentales, privados y públicos de la sociedad, aumentar la concienciación sobre temas relacionados con los adolescentes, identificar sectores de problemas y abogar por apoyo adicional. Ese proceso puede ser de especial importancia cuando se trate de cuestiones delicadas como sexualidad y reproducción.
- Proporciona un marco de conjunto para la acción — la introducción de una política para adolescentes puede estimular la producción de cambios en múltiples sectores. En el Brasil, el marco inicial se estableció por medio de la nueva Constitución y los Estatutos sobre Niños y Adolescentes resultantes. Ese marco define la edad de la adolescencia y atribuye derechos y deberes a ese grupo de población. Los Estatutos, por ejemplo, estipulan que los jóvenes tienen derecho a que se proteja su salud (Título II, Capítulo I, Artículo 7). Una política ulterior, más específica, elaborada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (orden interministerial n° 79.996) alabó la política del Estatuto por cuanto exigía la ejecución, en los centros docentes, de un proyecto educacional para la prevención del VIH/SIDA, que permitiera a los jóvenes proteger su salud (C. Hanson, datos inéditos, 1995).
- Sitúa a los adolescentes en un primer plano institucional — dado que refleja el compromiso gubernamental, el desarrollo de la política asegura que los problemas de los adolescentes sigan siendo una prioridad de obligado cumplimiento. Si bien es importante que las políticas figuren en los libros como punto de referencia, los programas nacionales están en condiciones de dar un paso más por cuanto institucionalizan a los adolescentes como objetivo principal al poner en práctica la política. Los programas nacionales vinculan la política con las fuentes de financiación, las responsabilidades administrativas y los recursos humanos necesarios para aplicar las políticas. A diferencia de las políticas individuales, el conjunto de políticas inherente a un programa nacional es idóneo para una asignación en el presupuesto ordinario que asegure su aplicación y proporcione oportunidades para mantener y desarrollar recursos humanos.

Recuadro 22 (continuación)

- Facilita el aumento de la colaboración multisectorial — el desarrollo de la política nacional para adolescentes proporciona una oportunidad de que profesionales de diferentes sectores analicen, conjuntamente con adolescentes, sus necesidades y prioridades tal como ellos las ven, y para que presenten un plan de acción que reconozcan como propio y sea aceptado por todos ellos. La colaboración continuada entre organismos gubernamentales y los sectores público y privado es crucial para la aplicación con éxito de un programa nacional. En Costa Rica, representantes de diversos ministerios, la OPS, la Seguridad Social y la Universidad de Costa Rica colaboraron para valorar la situación de los adolescentes en el país y propusieron la dirección del programa nacional. El programa, que ahora está integrado en el sector de la Seguridad Social, se esfuerza continuamente por solicitar aportaciones de organismos exteriores (C. Hanson, datos inéditos, 1995).
- Proporciona el contexto para el cambio político — los programas nacionales proporcionan una perspectiva única desde la que evaluar la disponibilidad y el impacto de las actividades dirigidas a los jóvenes de un país. Mediante el examen de los objetivos del programa, los resultados buscados se reconocen con claridad, al tiempo que la política vigente y los indicadores del estado de salud proporcionan una imagen de la situación actual. Un análisis de la distancia entre esas dos perspectivas ofrece un contexto racional para el cambio político.

En América Latina, el organismo responsable de muchas políticas nacionales para la salud de los adolescentes es el Ministerio de Salud (como, por ejemplo, en el Brasil). En Costa Rica, sin embargo, a raíz de una reciente fusión, el Ministerio de Salud y el departamento de seguridad social gestionan conjuntamente el programa nacional. En Chile, un estímulo clave ha sido el Servicio de Mujeres, una oficina con rango de ministerio. El Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres incluye los objetivos de asegurar el acceso de las adolescentes a la salud, la educación, la planificación familiar y a los servicios sociales, la atención integral para la maternidad precoz y el derecho a un comportamiento sexual sano (G. Robinson, datos inéditos, 1995a). En Malasia, el Ministerio de la Juventud y los Deportes aplica una ambiciosa política nacional para los jóvenes, *Rakan Muda* (C. Serrano, comunicación personal, 1995), y se propone dirigir sus energías hacia cierto número de programas de estilo de vida que tienen un poderoso atractivo, y fortalecer su voluntad de resistir los muchos males sociales actuales. El hecho de que después de sólo un año de operación, casi un millón de jóvenes se

hayan inscrito, sugiere que *Rakan Muda* puede muy bien lograr sus ambiciosos objetivos.

En siete países de Europa central y oriental — Bulgaria, Eslovaquia, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia y República Checa — se está llevando a cabo un proyecto, coordinado por medio del Programa OMS sobre Abuso de Sustancias, para la prevención del abuso de sustancias entre los jóvenes, que utiliza la estrategia de conseguir el compromiso político a nivel nacional. El elemento clave de ese proyecto es que los siete países han optado por establecer grupos nacionales especiales sobre abuso de sustancias. Otra característica ha sido el interés y la participación de ONG y de jóvenes en los grupos especiales (L. Riley, comunicación personal, 1996).

Son muchos los ejemplos de ONG que han influido de manera eficaz en el desarrollo de las políticas nacionales. En Swazilandia, el Consejo Nacional de la Juventud, una ONG con apoyo del gobierno, ha propuesto una política nacional para la salud de los adolescentes con el objetivo de «promover modos de vida sanos entre los jóvenes con especial hincapié en los peligros del alcoholismo, el embarazo adolescente, el SIDA y el abuso de drogas y sustancias». El gobierno está considerando en la actualidad esta política.

Otro ejemplo es el Vínculo de Uganda para el Desarrollo de la Juventud, una ONG que trabaja con niños de la calle en Kampala y que ha establecido un comité asesor de la comunidad formado por funcionarios superiores del gobierno local, otras ONG, dirigentes religiosos, asistentes sociales, facultativos médicos, periodistas, trabajadores municipales y jóvenes de la calle. Gracias a sus actividades, el comité ha logrado que aumente la concienciación en el seno de la policía, el gobierno y los organismos humanitarios, y esto ha llevado a que se dispense un trato más justo a los jóvenes de la calle, mejorando su acceso a los servicios que necesitan (183).

SODIFAG, una ONG de Guatemala, ha estado trabajando con niños y jóvenes. Uno de los mayores éxitos de la organización ha sido identificar a un elevado número de trabajadores juveniles y superar la resistencia de los empleadores a actividades encaminadas a mejorar sus condiciones de trabajo. SODIFAG también ha logrado convencer al gobierno para que revise y refuerce su legislación sobre bienestar infantil por medio de la colaboración con otras ONG que se ocupan de los derechos de los niños (49).

Otros órganos, como asociaciones profesionales (sociedades nacionales médicas y de enfermería en los países, por ejemplo); filiales de ONG internacionales como IPPF (las asociaciones nacionales de

planificación de la familia de Indonesia, por ejemplo); asociaciones nacionales miembros de organizaciones internacionales como la Organización Mundial del Movimiento Scout, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y la WYWCA; y las muchas ONG religiosas (como en la mayoría de los países africanos y muchos países de Asia) operan todos ellos de acuerdo con sus propias políticas organizativas que dirigen sus actividades relacionadas con la salud de los adolescentes y con otros sectores. Es probable que este gran número de iniciativas creen juntas una corriente que a la larga influya sobre las políticas nacionales para la salud de los adolescentes.

Pese a todos los progresos, quienes trabajan para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes siguen tropezándose con los mismos argumentos y opiniones que han servido a menudo para socavar o incluso posponer la acción en este sector. Lo que sigue es una exposición de los obstáculos clave para la acción que todavía persisten — a menudo en presencia de pruebas claras de lo contrario — y de algunas de las maneras en que es posible superar esos obstáculos.

7.2 A los adolescentes se los considera sanos

La salud de los adolescentes se ha descuidado hasta cierto punto en el pasado, quizá porque como grupo se los considera relativamente libres de enfermedades. Si bien eso es con frecuencia cierto si se examinan estadísticas de morbilidad y mortalidad¹, comportamientos que se inician en la adolescencia desembocan a menudo en problemas de salud que sólo aparecen más adelante en la vida, con un costo inmenso para los individuos mismos y sus sociedades. Por añadidura, sus problemas de salud se consideran con frecuencia autoinfligidos, y a los jóvenes, por tanto, merecedores de castigo ya que esos trastornos son muchas veces el resultado de comportamientos que la sociedad desaprueba. Todo eso oculta el hecho de que son precisamente esas pautas de comportamiento establecidas en la adolescencia las responsables de algunas de las enfermedades más graves de la edad adulta. Promover y proteger la salud de los adolescentes es, en realidad, una inversión excelente, tanto a corto como a largo plazo. Muchos tipos de actividades que pueden promover el desarrollo y prevenir problemas de salud son potencialmente de bajo costo y excelente rendimiento — un argumento persuasivo que se debe utilizar para lograr el compromiso político.

¹ Si bien, relativamente hablando, los adolescentes forman un grupo «sin enfermedades», esa afirmación no se sostiene en el caso de las ITS (incluido el VIH/SIDA), cuyos niveles, en general, son desproporcionadamente altos entre los jóvenes (véanse el cuadro 2, sección 2).

Un mejor entendimiento de las necesidades de los adolescentes y de su potencial, junto con los principios de la intervención eficaz, difundidos a todos los niveles de la sociedad en culturas específicas, puede tener una poderosa influencia para desarrollar una actividad positiva y hacer realidad el enorme potencial que la salud y el desarrollo de los jóvenes representa para ellos mismos y para el futuro de sus sociedades.

La promoción de la salud y el desarrollo de los adolescentes y la prevención de problemas antes de que se produzcan no sólo es más humano, sino también más rentable que responder a los problemas después de que sucedan e intentar una acción curativa cuando quizá sea ya demasiado tarde. Nadie niega las ventajas de inmunizar a los niños contra la enfermedad cuando eso es posible, en lugar de esperar a que contraigan la enfermedad para tratarla, o superar después sus efectos. Ha existido sin embargo, en el caso de la adolescencia, una gran resistencia a adoptar medidas preventivas, respondiendo en cambio a los problemas después de que se producen.

Cuando esa actitud negligente hacia la salud de los jóvenes se agrava por una falta general de información y educación sanitaria adecuadas, los jóvenes no alcanzan un entendimiento adecuado de su propia maduración, ni adquieren las competencias necesarias para enfrentarse con nuevas relaciones, ni tienen conciencia de los servicios existentes que podrían utilizar para su salud. Eso les impide adoptar medidas para ayudarse a sí mismos o para utilizar los servicios disponibles.

7.3 Resistencia a enfrentarse con cuestiones delicadas

Tres conferencias sucesivas sobre población mundial — la Conferencia Mundial de Población de 1974 en Bucarest, la Conferencia Internacional de Población de 1984 en la Ciudad de México y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 en el Cairo — han expresado una preocupación cada vez mayor por los adolescentes. La conferencia de 1984, en su informe, recomendaba que se ayudara a muchachos y muchachas a conseguir una formación adecuada sobre vida familiar y educación sexual, y que se pusieran a su disposición información y servicios en materia de planificación de la familia. La conferencia de 1994 situó las cuestiones de la salud reproductiva, de la igualdad entre los sexos y de los adolescentes en un nivel nuevo de atención mundial. El Programa de Acción resultante pedía una notable reducción de embarazos adolescentes, la disponibilidad de orientación y de otros servicios para lograrla, y que se abordaran de manera más amplia los problemas relacionados con

la salud reproductiva, como, por ejemplo, las ITS (incluido el VIH/SIDA).

Tal como se explica en el recuadro 22, un marco nacional de política en apoyo de la salud de los adolescentes puede también facilitar la aplicación y aceptación de tales programas. Las políticas explícitas, sin embargo, requieren que se alcance el consenso suficiente entre dirigentes de opinión e instancias decisorias. Idealmente, las políticas se deben formular con participación de los mismos jóvenes y de la comunidad en sentido amplio. Esto, sin embargo, puede ser un proceso lento y, con frecuencia, se invierte el orden en la realidad con proyectos experimentales o esfuerzos a escala reducida — documentados para demostrar su valor — que desembocan en el desarrollo de la política. Existe, en consecuencia, una interacción entre desarrollo de política y esfuerzos programáticos. A menudo, el mandato en materia de política puede seguir a años de aplicación a escala reducida o muy discreta. En Colombia, después de una larga historia de estudio académico y desarrollo de planes de estudios, la política que autorizaba la educación sexual en todos los centros docentes se aprobó en 1992 (84). También Jamaica conoció años de iniciativas dispersas (a menudo con participación de ONG), pero sólo en 1994 se aprobó la política para que se impartieran de manera sistemática cursos de educación sexual, que, adicionalmente, incluían elementos de formación de personal, desarrollo de planes de estudios y evaluación (84).

Se necesitará tiempo y esfuerzo (por parte de centros docentes, instituciones religiosas y otros organismos y grupos interesados de la comunidad) para comprender los puntos de vista y las preocupaciones de jóvenes y adultos. Varios programas con éxito han organizado debates públicos con miembros de la comunidad antes de iniciar sus programas de acción sobre educación sanitaria y formación entre iguales para la salud reproductiva. Se adiestró al personal para moderar tales reuniones y otros métodos de participación con el fin de alcanzar un entendimiento con las comunidades y generar apoyo. La naturaleza delicada de los debates sobre sexo, educación sexual y servicios de salud reproductiva exigen que se preste atención a los mecanismos eficaces para lograr apoyo. La precipitación puede alienar a la comunidad y limitar el apoyo y la esperanza para esfuerzos de programación a largo plazo.

«La política sobre la salud reproductiva de los adolescentes tiende a hallarse en una etapa temprana de desarrollo; por esa razón, y debido a susceptibilidades culturales, procedimientos inadecuados y descentralización, la traducción de esas políticas en planes de programas y

acciones sigue siendo escasa. Se necesitan esfuerzos especiales para hacer operacional la política [sobre salud reproductiva de los adolescentes]» (84).

Un obstáculo más es la amenaza implícita, sentida en muchas sociedades, de que el tema de la adolescencia es importado y, si bien existe ansiedad sobre la situación cambiante, también surge la preocupación de que enfoques extranjeros alienen a sus hijos.

Además, se producen con frecuencia reacciones viscerales por parte de las autoridades sanitarias ante acontecimientos muy promocionados que son de ordinario inadecuadas e ineficaces. Tales respuestas tienden por añadidura a ser caras y, por consiguiente, pueden apartar fondos de enfoques mejor investigados y más eficaces. La tendencia afín de emplear tácticas alarmistas como respuesta de salud pública a cuestiones muy aireadas parece ser por completo contraproducente — quizá aumente la ansiedad de las personas, pero éstas pueden no querer cambiar sus pautas de comportamiento o ser incapaces de hacerlo. Por añadidura, si ulteriormente se comprueba que las tácticas alarmistas carecen de fundamento, se produce una pérdida enorme de credibilidad de las organizaciones o del departamento responsables, de modo especial entre los jóvenes. Cuando se pierde la credibilidad, la acción eficaz en el futuro se hace todavía más difícil.

Algunos esfuerzos satisfactorios de programación han logrado desarrollar buenas relaciones de trabajo con medios locales de comunicación, y han intercambiado información con ellos de manera continua. De esa manera han estado en condiciones de realizar un debate más equilibrado sobre los problemas y la cobertura de los acontecimientos. Este enfoque ayuda, incluso después de que se ha iniciado el trabajo, porque llama la atención sobre la participación positiva de jóvenes, familias y otros grupos.

7.4 La inversión en los jóvenes se ve como una sangría de recursos sociales y económicos

Muy al contrario de ser una sangría para sus comunidades, los jóvenes son con frecuencia un recurso no reconocido en todas las sociedades. A menudo desempeñan funciones vitales en sus familias, ayudando tanto a sus padres como a sus hermanos menores. Generan el entusiasmo, los ideales, la creatividad y las aspiraciones sin los que las sociedades se encontrarían al borde de la muerte. Muchos jóvenes proporcionan a su familia el ingreso principal empezando a trabajar demasiado pronto en la vida y en condiciones peligrosas; otros sirven a sus comunidades por medio de organizaciones juveniles e, incluso

entre el número por desgracia siempre creciente de jóvenes sin hogar, algunos superan la adversidad y contribuyen de manera positiva a la sociedad.

Se ha calculado que alrededor de un 40% de las defunciones en los países en desarrollo y un 70–80% en los países desarrollados son atribuibles a modos de vida (28). Las relaciones sexuales sin protección exponen a los adolescentes a las ITS (incluido el VIH/SIDA) y, en el caso de las muchachas, a embarazos precoces y no deseados y, posiblemente, a abortos peligrosos. Los problemas subsiguientes son una amenaza para la salud y también para la vida, y resultan devastadores psicológica, social y económicamente. La sexualidad es un fenómeno universal en todos los jóvenes, y su salud sexual y reproductiva merece especial atención, no sólo por la necesidad de reducir riesgos para la salud, sino también en el contexto de unas relaciones de afecto y responsabilidad. El uso del tabaco y el abuso del alcohol y otras sustancias aumentan a largo plazo los riesgos de cáncer y de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. El alcohol y otras sustancias también pueden reducir la capacidad de juicio y aumentar el riesgo de traumatismos tanto accidentales como intencionales. Una dieta incorrecta puede llevar a la hipernutrición (mientras que los alimentos inadecuados así como la mala elección de los alimentos locales disponibles puede traducirse en desnutrición), y la mala higiene bucodental desembocar en enfermedades bucodentales. La falta de ejercicio aumenta el riesgo de problemas de salud durante toda la vida, mientras que el ejercicio inadecuado puede provocar traumatismos graves.

La mayoría de los problemas de conducta, sin embargo, se pueden evitar; o se puede lograr que los comportamientos sean más seguros o incluso beneficiosos. Cuando se mantienen relaciones sexuales, es posible prevenir el embarazo y las ITS; no es necesario consumir tabaco; el alcohol se puede usar con moderación; donde se dispone de alimentos adecuados, se puede mantener una dieta equilibrada; y es posible hacer el ejercicio adecuado. Además, cabe proteger a los jóvenes en el lugar de trabajo; y se les pueden proporcionar los conocimientos, las competencias y la información que ellos y otros necesitan. Al mismo tiempo que es necesario lograr el alivio de la pobreza y una adecuada disponibilidad de medios de enseñanza, es mucho lo que se puede aprender mientras tanto de quienes han sido capaces de prosperar pese a una educación y unos ingresos inadecuados.

Hay que explicar con claridad el valor de invertir en la salud y el desarrollo de los jóvenes, sin olvidar el costo de *no* satisfacer esa

necesidad. Los enormes costos para la salud pública de las enfermedades que se manifestarán más adelante en la vida como resultado de los comportamientos iniciados en la adolescencia es un poderoso argumento para invertir en la salud de los adolescentes. Por consiguiente, las políticas cuyo resultado sea apoyar los comportamientos promotores de la salud y reducir los perjudiciales se traducirán en ahorros importantes en los costos económicos de la enfermedad y la muerte, incluidos los costos directos de atención de salud. Existe la necesidad de demostrar el valor y la viabilidad de un aumento de actividades en los sistemas existentes y de obtener resultados mensurables. Esto es de especial importancia debido a la idea errónea, muy extendida, de que no es posible hacer nada sin recursos considerables, pese a las iniciativas que han demostrado cómo eso no es cierto.

Este tipo de conocimiento de los rasgos especiales de los adolescentes se debe utilizar para promover una mayor concienciación entre instancias decisorias y políticos. Se les debe convencer de que si los problemas no se tratan hoy, mañana pueden ser peores. Dado que las preocupaciones sobre los adolescentes han de competir con otras cuestiones, la presentación de esas preocupaciones debe incluir alternativas y medidas rentables, con vistas a movilizar los recursos necesarios para pasar a la acción. Una estrategia puede ser identificar y presentar cuestiones ligadas a los adolescentes que se puedan mencionar sin controversia, y después, una vez que se logra una cabeza de puente, tratar de conseguir apoyo para otras cuestiones más delicadas.

Si bien los jóvenes se enfrentan con muchos problemas nuevos, disponen también de nuevas oportunidades que, si se combinan con su energía y su creatividad, pueden producir extraordinarios dividendos. El reconocimiento de los jóvenes como recurso facilita su participación en el desarrollo, aplicación y evaluación de los programas (recuadro 23). Una manera de sacar partido de tales recursos es hacer que los jóvenes participen en los programas destinados a satisfacer sus necesidades (para más detalles véase la sección 8.4). Un enfoque de esas características centrado en el cliente es ventajoso para los mismos jóvenes además de para los programas. Si se alienta a los jóvenes para que participen y se los recompensa por su aportación, pueden:

- adquirir conocimientos y competencias que les abran puertas en el mercado laboral y les eviten problemas, todo ello en beneficio de su propio desarrollo personal;
- ayudar a formular, aplicar y evaluar políticas y programas que estén sintonizados con sus necesidades especiales (asegurando, en consecuencia, que se hace el mejor uso posible de los recursos).

Recuadro 23

Dar voz a los jóvenes

El método narrativo de investigación para estudiar las pautas del comportamiento sexual de los jóvenes fue elaborado conjuntamente por la OMS y sus asociados, la Asamblea Mundial de la Juventud y la Organización Mundial del Movimiento Scout, al tiempo que se utilizaba en once países africanos para conocer la concienciación, el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de los jóvenes en relación con su salud sexual y reproductiva. El proyecto recurrió a jóvenes dirigentes de edades comprendidas entre 18 y 25 años, de ambos sexos, para desarrollar los instrumentos utilizados en el acopio de información de más de 13 000 adolescentes, así como para reunir y analizar los datos obtenidos (206, 207).

El análisis de situación de los niños y jóvenes de la calle en Filipinas, concebido como una respuesta al importante aumento del número de niños de la calle (y jóvenes en general) en Filipinas, se proponía definir su situación y aspiraciones actuales y utilizar los resultados para formular programas y políticas específicos. Lo llevó a cabo la Fundación Kabalik ng Pamilyang Pilipino, para el UNICEF, en cinco ciudades, con la participación de jóvenes de edades comprendidas entre 7–12 y 13–18 años (209). Los jóvenes utilizaron enfoques participativos, como el dibujo y la expresión corporal, para recoger información. Otros métodos utilizados fueron las entrevistas con niños de la calle y otros jóvenes elegidos al azar y debates en grupos focales con jóvenes y dispensadores de servicios. La metodología incluía además talleres de participación de un día para definir y entender mejor la situación de los entrevistados. Los jóvenes educadores entre compañeros también se ocuparon de seleccionar los lugares de encuentro para la fase de recogida de información y tradujeron al idioma local los instrumentos utilizados.

La participación de los jóvenes en las asociaciones de planificación familiar está relacionada con una reunión de 1995, respaldada por el Consejo Regional de Europa de la IPPF, que reunió a representantes de jóvenes que participaban en las actividades de asociaciones de ese tipo en Europa. Una encuesta preliminar acerca de las asociaciones europeas de planificación de la familia indicó que, en su mayoría, identificaban a los jóvenes como destinatarios clave de sus programas para promover la buena salud sexual y reproductiva. La reunión y el documento resultante sobre estrategia demuestran cómo una organización puede utilizar de manera organizada a los jóvenes como recurso para la renovación de la política y del enfoque de los programas. En la reunión se recomendó:

- que la IPPF invierta en la participación de los jóvenes por medio de una competición anual que ofrezca financiación inicial para el proyecto más innovador a nivel de asociación de planificación familiar;
- medios de acceso a las asociaciones y a la IPPF, incluida la formación destinada a mejorar las competencias de voluntarios jóvenes, de manera que puedan desempeñar un papel activo en el gobierno de la federación;

Recuadro 23 (continuación)

- participación de los jóvenes en las asociaciones por medio de grupos juveniles, red de conexiones, cooperación y desarrollo de formación y competencias;
- comunicación entre representantes de grupos juveniles activos de la asociación de planificación familiar a fin de apoyar el intercambio de información y el apoyo programático;
- prestación de servicios accesibles a los jóvenes, organizados en torno a la participación de los jóvenes en la planificación y la gestión, formación de personal nuevo, operación y evaluación de proyectos y política de empleo juvenil de manera que se consiga un perfil de edad más equilibrado entre el personal;
- promoción a nivel de la IPPF y de las asociaciones para asegurar una representación juvenil en el Consejo Regional de la IPPF y en las juntas de las asociaciones, respectivamente, y para alentar el establecimiento de grupos juveniles en las asociaciones que refuercen la presión sobre los gobiernos nacionales en materia de legislación y de política sobre salud sexual.

8. Valoración de prioridades para la acción**8.1 Antecedentes**

A medida que aumenta con rapidez el interés por la salud y el desarrollo de los adolescentes, se emprende un gran número de iniciativas destinadas a mejorar la situación, a menudo sin ninguna valoración sistemática de prioridades. Dada la importancia de integrar y coordinar intervenciones con el fin de optimizar los resultados para los adolescentes, es vital llegar a un conjunto de acciones prioritarias que guíen el desarrollo del programa y el proceso de aplicación. El proceso para establecer prioridades debe empezar con la valoración y el análisis de la situación con que se enfrentan los adolescentes en su entorno a fin de establecer una base de información sólida para la acción futura. Empezar un análisis de situación de esas características proporciona la oportunidad de desarrollar asociaciones con adolescentes desde el comienzo mismo del acopio de información y de los procesos de planificación del programa. Eso ayudará a asegurar la pertinencia, la aceptabilidad y la eficacia a largo plazo de los programas resultantes (véase también la sección 6.2).

Un análisis de situación proporcionará además unos datos de referencia que permitan medir el cambio. Existen métodos relativamente rápidos que se han adaptado para cuestiones clave de la

salud de los adolescentes, a menudo con participación de jóvenes en el proceso de acopio de datos. Las lagunas en la información necesaria se identificarán sin duda considerando lo que en realidad se recoge y cómo se notifica.

La identificación de prioridades se vincula a los conceptos básicos específicos para la salud de los adolescentes. El análisis o la clarificación de un conjunto de conceptos básicos puede ser, en consecuencia, otro paso inicial importante en la planificación nacional de las prioridades de programación. Existe la necesidad de determinar si los conceptos básicos que configuran el objetivo de invertir en el desarrollo a largo plazo de los jóvenes (véase la sección 3) difieren de los que configuran las respuestas programáticas a problemas que tienen como resultado enfermedades y traumatismos entre los jóvenes. Por lo tanto, creer en los beneficios de apoyar el desarrollo de conjunto de los jóvenes influirá en las decisiones sobre asignación de recursos. Finalmente, diferentes puntos de vista basados en creencias religiosas o culturales pueden influir en la percepción de la situación y en los enfoques para enfrentarse con ella.

La valoración y el análisis de la situación deben buscar, por lo tanto, información sobre el estado de salud y el comportamiento de los adolescentes — ambas cosas con repercusiones positivas y negativas sobre la salud y el desarrollo — así como sobre los factores sociales y políticos que influyen sobre ese comportamiento, dado que el contexto en el que viven los jóvenes no sólo cambia rápidamente, sino que también es específico de sus sociedades. Las actuales respuestas sectoriales proporcionadas para los adolescentes en diversos contextos (incluida la prestación de oportunidades y el apoyo para el crecimiento y desarrollo de los adolescentes) también suministran información valiosa. Información adicional sobre la disponibilidad y el uso de actividades en los sectores de atención de salud, educación, apoyo social, esparcimiento y formación profesional ofrece un cuadro tanto de las oportunidades potenciales para los jóvenes como un perfil de aquéllos con quienes se entra en contacto. Entender la capacidad de los distintos contextos para proporcionar intervenciones, así como la formación con ellas relacionada, es clave para identificar necesidades de asistencia técnica y para localizar recursos técnicos. El análisis de leyes y políticas relacionadas con todos los sectores de la vida de los adolescentes también es vital para mejorar la comprensión de los factores del medio que favorecen o dificultan la salud y el desarrollo de los adolescentes.

Por desgracia, la referencia al estado de salud y a los comportamientos de los adolescentes se centra casi siempre en los aspectos

negativos y problemáticos y no en los positivos de capacidad de recuperación y estrategias de supervivencia. Si no se pierde de vista esa parcialidad, la información disponible pone de manifiesto que los problemas de salud de los adolescentes no se distribuyen de manera regular, y resultan sin duda exacerbados por desigualdades socio-sexuales, falta de vivienda, guerras y catástrofes naturales. En consecuencia, la prevalencia de la violencia, el suicidio, los accidentes, los embarazos no deseados, el VIH/SIDA, otras enfermedades transmisibles y el uso de tabaco, alcohol y otras drogas varía de país a país. Además, es probable que el estado de salud de los adolescentes, y el grado en que están expuestos en cada país, difiera en razón del sexo, la edad, la asistencia a los centros docentes, la residencia rural o urbana, las diferencias étnicas y la posición económica.

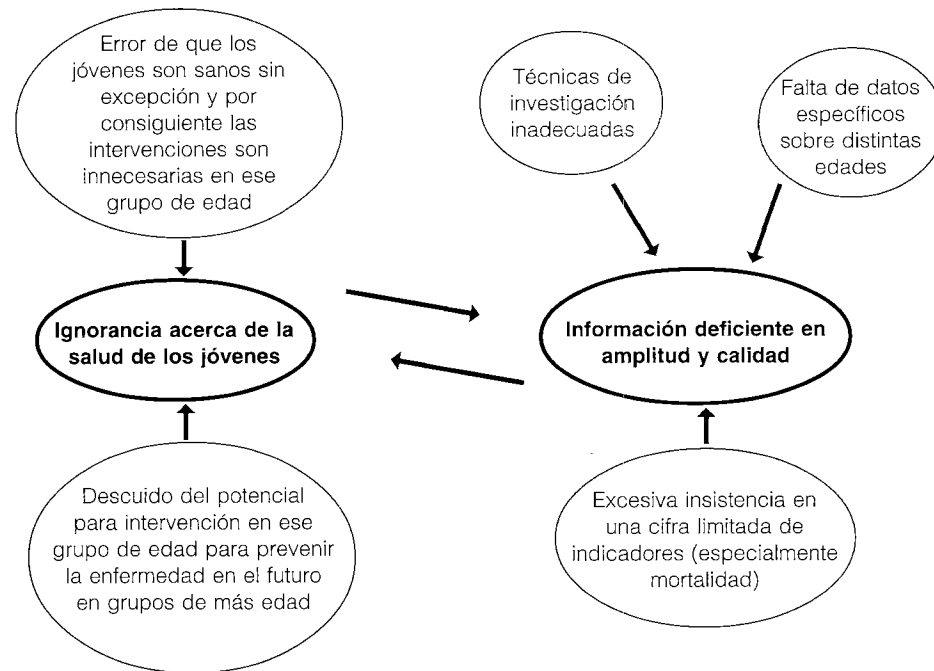
Entre los contextos en los que se ha de buscar información figuran, por ejemplo, el hogar, la escuela y el centro de salud. En cada uno de esos contextos están las personas clave que influyen sobre el comportamiento adolescente y/o realizan intervenciones para promover la salud de los jóvenes (véase la sección 4). Figuran entre ellas progenitores, profesores, dispensadores de atención de salud, etc. Los tipos de información que esas personas clave pueden proporcionar hace de ellos aliados muy importantes.

La gestión del acopio de datos implica elegir la muestra para el estudio, preparar preguntas adecuadas, asegurar la fiabilidad y validez de los resultados, realizar pruebas previas de métodos, instrumentos y equipo; e importantes consideraciones logísticas y éticas.

Dado que la información anteriormente mencionada se considera básica para establecer prioridades de programación, la falta de sistemas en funcionamiento para recoger de manera sistemática información básica sobre el estado de salud es una cuestión inicial importante que hay que tratar. En muchos países, los sistemas de recogida de datos ya en funcionamiento no separan los resultados por edad y sexo, y cambiar ese sistema puede ser difícil. Parte del problema es ofrecer razones convincentes de por qué se necesita recoger información específica y separada sobre adolescentes. Además, en muchos lugares, las categorías de datos se relacionan sólo con niños y adultos, y en consecuencia los datos necesarios en apoyo de las razones para tratar los problemas de los adolescentes con frecuencia no existen, lo que se traduce en la llamada «trampa de la medición» de la figura 4 (25). Una situación similar se ha reconocido en el caso de la salud de las mujeres (208).

Es importante señalar que los datos sobre adolescentes pueden quedarse anticuados más rápidamente que los datos sobre otros

Figura 4
La trampa de la medición



Basado en un diagrama similar para la salud materna en Graham y Campbell (2008).

grupos. Los mismos adolescentes están atravesando un periodo de rápido cambio físico, psicológico y social. Como grupo, tienden a ser receptivos ante nuevas ideas que pueden alterar actitudes y comportamiento. Por lo tanto, los datos secundarios que tendrían que describir sus percepciones quizá no sean precisos.

Otros factores, además de datos inadecuados o anticuados, complican la identificación de prioridades para la programación de la salud de los adolescentes y requieren un examen cuidadoso. Figuran entre ellos factores ambientales, como las actitudes sociales y políticas hacia los jóvenes, y la cobertura dada por los medios de comunicación a temas concretos de salud. Problemas de salud asociados con una figura pública prominente o que hayan sido el tema de un acontecimiento muy divulgado puede crear atención positiva o negativa para una cuestión o un programa relacionado con la salud de los adolescentes. La publicación de los resultados de un estudio local o nacional puede atraer la atención sobre una cuestión o situación concreta en materia de salud, con efectos sobre la manera de pensar

de dirigentes de opinión y sobre las percepciones y preocupaciones del público en general. Las prioridades de los donantes también afectan a la selección de las prioridades de la programación. Las opiniones de la comunidad del donante influyen en las instancias normativas no sólo debido a la necesidad de recursos, sino también porque esas opiniones son en sí mismas indicadores valiosos de preocupaciones sociales. En cualquier proceso de valoración emprendido para dar forma al establecimiento de prioridades, debe hacerse un intento de entender qué problemas se ven como importantes y por qué.

Varios países están abordando los diferentes retos de identificar prioridades para la acción al programar para la salud de los adolescentes. Un rasgo común de los esfuerzos satisfactorios de los países a la hora de valorar la situación de los adolescentes es la creación de un interorganismo, un grupo especial representativo, o un órgano colectivo de algún tipo, que valore conjuntamente la situación del país, mejore los sistemas de recogida de datos e inicie un proceso de planificación. En el Brasil se estableció un grupo especial sobre salud de los adolescentes con representación multisectorial. Son muchas las decisiones de distintas clases que es necesario tomar para luego obrar en consecuencia si se quiere que la salud de los adolescentes progrese de manera eficaz. La valoración proactiva de la situación de la salud de los adolescentes y la adopción de decisiones sobre cómo enfocar su desarrollo específico, y las necesidades de prevención y atención pueden ayudar a evitar algunos problemas de salud de los adolescentes y a reducir otros. Las instancias decisorias responsables de la programación en esa materia requieren información adecuada y fidedigna sobre múltiples sectores antes de que se puedan tomar decisiones inteligentes sobre programación. Se precisa información sobre hechos y cifras acerca de la situación de la salud de los adolescentes, sobre respuestas sectoriales actuales (incluida la disponibilidad de oportunidades y el apoyo al crecimiento y desarrollo de los adolescentes) y sobre los factores políticos y sociales que influyen en el comportamiento de los adolescentes.

Llevar a cabo un análisis de situación (recuadro 24) es una manera muy útil de obtener la información necesaria para identificar prioridades para la acción basadas en pruebas. Además, una descripción completa del estado de salud de los adolescentes dentro de un país proporciona un sólido fundamento de información en sectores de interés sanitario. Sobre el fondo de todos los factores analizados anteriormente, destacan varias cuestiones concretas que presentan problemas especiales a la hora de realizar un análisis de situación, y que se examinan acto seguido.

Recuadro 24

Cómo llevar a cabo un análisis de situación

Establecer una sólida base de información sobre la salud de los adolescentes por medio de los análisis de situación es ya una prioridad urgente. La utilización de los mismos adolescentes como fuente primordial de información así como su participación en la investigación y formulación de los programas asegura su pertinencia, aceptabilidad y eficacia a largo plazo. La creación de un sentimiento de propiedad por parte de la comunidad y de los mismos adolescentes es la clave para la satisfactoria aplicación de programas que serán recibidos con entusiasmo y de manera constructiva. Un análisis de situación necesita explorar varios tipos de información, entre los que figuran:

- la situación sociodemográfica de los adolescentes en la población;
- los entornos social y físico en que viven los adolescentes;
- la situación actual de la salud y el desarrollo de los adolescentes;
- las pautas predominantes del comportamiento de los adolescentes en materia de salud y desarrollo;
- las intervenciones más destacadas en favor de los adolescentes en el sector de la salud y sectores afines y en qué medida llegan a los jóvenes;
- la capacidad de diferentes sectores para ampliar la cobertura de algunas programaciones y el ámbito de las intervenciones ofrecidas y para ofrecer asistencia técnica; también es útil tener conocimiento de las colaboraciones intersectoriales existentes y asociaciones satisfactorias.

La OMS ha preparado una guía para facilitar a planificadores y gestores de programas la realización de un rápido análisis de situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de manera que los programas se puedan diseñar y mejorar a partir de una base de información sólida y actualizada (209). Se proponen diversos métodos y procedimientos que se pueden adaptar libremente y aplicar con flexibilidad según las necesidades y recursos de cada contexto. La guía se centra en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, reconociendo el hecho de que la iniciación de la actividad sexual es un rasgo casi universal del segundo decenio de la vida, y que llegar a ser adulto sexualmente es fundamental para la salud y el desarrollo en su conjunto. También se subraya, a la inversa, que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se ha de ver y tratar dentro de la perspectiva más amplia del conjunto de su salud y entorno inmediato, desde sectores como la salud, la educación, el bienestar, y también el sistema jurídico y el laboral. Durante la fase de planificación, es necesario definir los objetivos e identificar las cuestiones centrales. Es imperativo buscar la aprobación de las autoridades, establecer un grupo asesor técnico y un comité directivo, y determinar y seleccionar el equipo para el análisis de situación. Cabe convocar un taller de planificación para aclarar y elaborar más a fondo esas cuestiones. Se deben identificar los usuarios potenciales de las conclusiones del

Recuadro 24 (continuación)

análisis de situación, así como las estrategias potenciales para el acopio de datos. Es necesario establecer un plan de trabajo para dirigir el análisis de situación durante la recogida y el análisis de los datos y la utilización de los resultados. La primera tarea importante de la fase operativa del análisis de situación es recoger la información existente. Es necesario valorar la disponibilidad, calidad y ubicación de esa información. Se trata de una precaución crucial en términos de costo, dado que reunir información que ya existe es incomparablemente más barato que recoger información nueva. Sólo en el caso de que se identifiquen vacíos e insuficiencias y se decida que la información que falta es vital y debe obtenerse, ha de considerarse la recogida de nuevos datos. A raíz del análisis de los datos será necesario extraer conclusiones, teniendo en cuenta que éstas proporcionarán la base para la acción de salud pública. El equipo del análisis de situación debe examinar los resultados y determinar qué cuestiones son importantes, qué es lo que se puede cambiar y qué es lo que la gente quiere cambiar. Ello requiere tamizar con mucho cuidado las pruebas para extraer los puntos esenciales y emitir juicios sobre las acciones esenciales que se van a proponer. En la tercera y última fase — utilizar la información del análisis de situación — se debe formular una estrategia de difusión, redactar los informes (preliminar y completo) y planear e iniciar las acciones de seguimiento. Los usuarios potenciales o «interesados» que se hayan identificado en la fase de planificación deben recibir de inmediato los informes con el fin de asegurar la utilización rápida y generalizada de las conclusiones.

8.2 Acopio y análisis de datos por edad y sexo

Si bien la edad y el sexo son determinantes críticos del estado de salud de los adolescentes, el acopio de datos específicos según la edad y el sexo no se lleva a cabo en muchos países. Eso quizá obedezca a la limitada capacidad para recoger datos básicos relacionados con la salud. Donde la capacidad sí existe, el acopio de información por edad y sexo puede no considerarse prioritario, y más adelante resulta imposible separar los datos resultantes.

La información específica según la edad y el sexo es vital, en efecto, para entender plenamente los problemas que experimentan de manera distinta varones y mujeres y que también varían según la edad. La mayoría de los amplios estudios nacionales que han incluido a todos los grupos de edad no han identificado, sin embargo, a los jóvenes como grupo especial en la presentación de los resultados, ni los han presentado dentro de márgenes de edad lo bastante reducidos como para que fuese posible extraer los datos para el grupo de edad comprendido entre los 10 y los 24 años. Un problema particular es la

falta de datos acerca de jóvenes entre las edades de 10 y 15 años. Semejante falta de información específica plantea problemas cuando se quiere entender, por ejemplo, el inicio de la actividad sexual y las tasas de embarazo, así como la información sobre asistencia a clases, niveles de empleo institucionalizado o no institucionalizado, etc. Se debe señalar que la ausencia de datos sobre salud sexual de adolescentes solteros o casados puede dar una imagen falsa de las necesidades en materia de salud reproductiva de los jóvenes.

En muchos estudios, los grupos de edad utilizados han sido 0–4, 5–14, 15–44 y de 45 en adelante. La utilización de esos grupos de edad normalizados (e incluso de grupos de cinco años) no es apropiada cuando se consideran acontecimientos entre los jóvenes. Así por ejemplo, cuando la razón de mortalidad materna en estudios extensos se divide en periodos de uno o dos años, se ha descubierto que la razón de mortalidad materna es muy elevada a los 13 y 14 años, sigue siendo alta para las jóvenes de 15 y 16 años y empieza a acercarse a la razón menor de las veinteañeras a partir de los 17. El diálogo entre investigadores e instancias normativas debe iniciarse de manera que la información precisa que se necesita se obtenga en encuestas y estudios y se agrupe de manera adecuada.

Las estadísticas de servicio, específicas de la edad, en clínicas de salud, también proporcionan datos valiosos, aunque representen sólo un pequeño porcentaje de todos los adolescentes, dado que la mayoría no utilizan esas instalaciones. Tales datos pueden identificar, sin embargo, la utilización del servicio, las necesidades de salud de los jóvenes e incluso los resultados sanitarios. Resultados sanitarios de tales registros se han obtenido, por ejemplo, en los Estados Unidos, Nigeria y Puerto Rico (68).

8.3 **Compilación de datos de diferentes sectores**

Es importante que los datos sobre adolescentes se obtengan de todos los sectores pertinentes porque ningún sector aislado se ocupa de todos los aspectos de la vida de los adolescentes. Conviene señalar aquí que el término «sectores» se divide no sólo en razón de la naturaleza del trabajo realizado por diferentes organismos — incluidos salud, educación y bienestar social — sino también por la responsabilidad en su funcionamiento, como en el caso de los sectores privado, no gubernamental y gubernamental. La información de los diferentes sectores se puede categorizar tal como se recoge en el recuadro 25, y es vital para entender la situación de los adolescentes en cualquier contexto. De manera característica, la limitación en cuanto a los datos disponibles es que a menudo omiten asociaciones

Recuadro 25

Diversos sectores con datos importantes

Los organismos gubernamentales son fuentes potenciales de información. Los ministerios de educación pueden disponer de datos de alfabetización y asistencia a clases (por edad y sexo), tasas de abandono escolar por embarazo y/o matrimonio, informes sobre disponibilidad de educación sanitaria y directrices y políticas en materia de educación. Los ministerios de salud a veces poseen datos sobre utilización de servicios de salud, morbilidad y mortalidad por edad y sexo y causa, así como datos sobre cuestiones de salud reproductiva como aborto (y políticas afines), prevalencia de anticonceptivos e ITS. En general, la oficina del censo dispone de datos de población por edad, sexo, distribución rural y urbana y estadísticas sobre tasas de fecundidad de adolescentes y sobre empleo de adolescentes. Otros organismos gubernamentales que pueden tener información vital (en algunos casos desagregada) son los ministerios de juventud y los de justicia, programas nacionales contra el SIDA, ministerios de economía y/o planificación o trabajo. Cuando toda esa información se examina de manera conjunta empieza a revelar la situación de los adolescentes en un país.

Organismos intergubernamentales como los organismos de las Naciones Unidas y donantes bilaterales disponen de información de importancia, con frecuencia en forma de voluminosas bases de datos.

Los organismos no gubernamentales, entre los que figura un amplio abanico de grupos internacionales y nacionales y asociaciones profesionales, también tienen importantes estadísticas de servicios de programas específicos, así como encuestas adicionales y, en algunos casos, información demográfica.

Las instituciones académicas disponen de bibliotecas de datos útiles obtenidos mediante la investigación, sobre todo en los sectores de las ciencias médicas y sociales.

Los medios de comunicación poseen material cualitativo indispensable sobre percepciones, mitos, actitudes acerca de creencias sexuales, función de los jóvenes en la sociedad, actos violentos cometidos por jóvenes, así como hechos cualitativos y cuantitativos sobre lectores y audiencia que son útiles en la planificación de intervenciones.

Familias y jóvenes tienen su propia perspectiva sobre la exactitud de las otras fuentes de datos, así como su propia aportación e información. La necesidad de contar con la aportación de esos grupos primarios quizá parezca evidente, pero con frecuencia se olvida, sin embargo, que es una parte esencial del sistema de recogida de datos (209).

importantes. Así por ejemplo, si bien es posible que exista información sobre empleo de los adolescentes y logros educacionales, quizá no se pueda determinar el nivel educacional de los adolescentes empleados o sin trabajo. Entre los diferentes tipos de datos necesarios para planear intervenciones de programación figuran:

- información sobre los principales problemas de salud y desarrollo en el grupo de edad de que se trate;
- información sobre cómo el estadio individual de desarrollo físico, psicológico y social interactúa con los resultados sanitarios en su grupo de edad del país;
- datos de los diferentes sectores que sirven a los jóvenes con el fin de entender la utilización de los distintos servicios prestados y el perfil de aquéllos a quienes se sirve; es importante la perspectiva tanto del dispensador como del usuario, además de un examen de los niveles de rendimiento de la instalación misma.

También es importante conocer la capacidad del personal y de la infraestructura en los diferentes sectores para emprender las actividades deseadas. Saber lo que es posible, dadas las competencias, la motivación y la disponibilidad de los diferentes sectores para emprender distintos tipos de actividades, es crucial a la hora de establecer las prioridades del programa para la acción.

La recogida de información procedente de toda la gama de sectores y contextos, tal como se analiza en el recuadro 25, requiere sin duda tiempo, esfuerzo y dinero. Fundamentalmente, ese acopio también requiere la visión de reconocer que la consolidación en un todo inteligible de las piezas de información, a partir de las diversas fuentes anotadas, es lo que ayuda a los planificadores a entender de verdad la situación de los jóvenes y a tomar decisiones de programación informadas.

8.4 Participación sistemática de los jóvenes en la valoración de prioridades

La participación directa de los jóvenes en programas pensados para su beneficio es uno de los principios más importantes en la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. La verdadera participación sólo se logra cuando a quienes participan se los informa, se los consulta y preferiblemente se los alienta para que decidan y gestionen. Los jóvenes no son sólo los principales interesados: son, además, un recurso clave. Su participación es necesaria para asegurar la pertinencia de los esfuerzos, potenciar el compromiso, mejorar la cobertura y la calidad, y resulta valiosa para su propio desarrollo. Deben participar desde el comienzo como

asociados plenos y activos en todas las etapas de conceptualización, diseño, aplicación, retroinformación y seguimiento. Una perspectiva juvenil es vital para el proceso de comprender cómo los jóvenes ven problemas y necesidades y, a menudo, prioridades. Los jóvenes quizá perciban y definan sus problemas de salud de manera diferente a como los interpretan los adultos basándose en los resultados de encuestas sobre estado de salud y comportamiento de riesgo. El adagio «lo que los adultos ven como problemas, a menudo lo ven los adolescentes como soluciones» (177) refuerza este punto.

Se están haciendo progresos en cuanto a incluir las opiniones de los jóvenes en el proceso de análisis de situación que se describe en el recuadro 26. Muchos sectores, incluidos las ONG y los gobiernos, parecen ver las ventajas de recurrir a grupos focales con los jóvenes, y de determinar sus puntos de vista por medio de encuestas. Existe, sin embargo, menos experiencia en la participación de los jóvenes en el proceso de valoración, y en el establecimiento de prioridades que le sigue. Son varias las razones que contribuyen a la falta de participación juvenil directa en esos procesos. Algunas son logísticas (como la no disponibilidad de jóvenes formados para tareas de ese tipo) y otras tienen que ver con actitudes (por ejemplo, la creencia de que formar para esos fines no es el mejor uso que se puede hacer de los recursos de formación, o el convencimiento de que ese tipo de participación no es adecuado para los jóvenes). Para ayudar a superar las barreras en materia de actitudes, es necesario reorientar las percepciones de los adultos sobre los adolescentes, así como un cambio en la imagen, centrada en los problemas, que dan los medios de comunicación sobre las cuestiones relacionadas con los adolescentes, proponiendo una visión más positiva de los jóvenes como recurso valioso. Los adultos necesitan ayuda para reconocer que los jóvenes están en condiciones de hacer aportaciones valiosas. Las intervenciones que se ocupen de las actitudes de los adultos que trabajan con jóvenes ayudarán, en consecuencia, a despejar el camino para una participación valiosa de estos últimos. Será inapreciable, por supuesto, disponer de más retroinformación sobre las experiencias de programas que hayan incorporado jóvenes en todos los estadios del proceso de programación.

Si bien los enfoques participativos con intervención de jóvenes han sido vigorosamente respaldados como eficaces por la comunidad científica, es mucho lo que falta por saber acerca de la mejor manera de llevarlos a la práctica en países que tienen necesidades, culturas e infraestructuras muy diferentes. La participación sistemática de los jóvenes sigue siendo la excepción más que la regla. En qué medida es posible que los jóvenes participen o intervengan activamente en

Recuadro 26**Participación de los jóvenes en el establecimiento de prioridades
— algunos ejemplos**

La West African Youth Initiative tiene un componente importante en Ghana y Nigeria, gracias a una asociación entre varias ONG y Advocates for Youth, en un intento de reforzar la capacidad institucional y programática de las ONG locales para ocuparse de la salud reproductiva de los adolescentes en sus comunidades. De igual importancia para mejorar la capacidad de organización es fortalecer las competencias de las ONG para atender de manera adecuada y apropiada las necesidades de los adolescentes. La experiencia de Advocates for Youth, uno de los copatrocinadores, ha sido que un enfoque didáctico, verticalista, por parte de los dispensadores adultos de servicios, tiene un impacto más bien negativo sobre los jóvenes. Los esfuerzos del proyecto en su conjunto se han centrado en gran medida en alentar a los programas participantes a ver a los jóvenes de otra manera: no como problemas que resolver, ni como receptores de orientación por parte de los adultos, sino como socios en un proceso de solución de problemas y de adquisición de aptitudes para la vida que tenga un efecto positivo sobre su salud. Parte del trabajo ha consistido en alentar a los adultos a que reorienten su manera de pensar acerca de los adolescentes, así como la búsqueda de maneras para apreciar y alentar a los jóvenes proporcionándoles información completa e imparcial sobre sexualidad y salud reproductiva, junto con el acceso a los servicios a medida que los necesiten. Por añadidura, se ha pedido a cada proyecto que encuentre formas para que los jóvenes participen de manera destacada en la planificación, aplicación y evaluación de programas por medio de la formación de educadores homólogos y la creación de un mecanismo de participación de los jóvenes, como los comités asesores juveniles.

La Organización Mundial del Movimiento Scout es un ejemplo de organización con miembros jóvenes que se propone ofrecer programas centrados en la juventud, y que ha hecho progresos en cuanto a ampliar el cometido de los jóvenes en la organización del proceso de toma de decisiones. La World Scout Bureau reconoce que la participación de los jóvenes es un reto para las organizaciones, incluso para aquellas con la misión de alentar tal participación. Es más fácil para los adultos pensar que tienen las respuestas, que «saben la verdad» y que sólo necesitan decir a los jóvenes qué es lo que hay que hacer. Es fácil sentir la necesidad de «inculcar a los jóvenes un conjunto de valores». El enfoque centrado en la juventud supone la participación de los jóvenes en el proceso de dirigir la organización y dar forma a sus orientaciones y actividades. En un enfoque de esas características se comparte responsabilidad con los jóvenes y se proporciona orientación. Para los scouts eso es un reto continuo, aunque se están realizando progresos importantes. Para aumentar la participación de los jóvenes en la gestión de organizaciones al servicio de la juventud, los scouts han establecido objetivos concretos mensurables para vigilar los progresos relacionados con ese objetivo, como, por ejemplo, el número de

Recuadro 26 (continuación)

participantes jóvenes que asisten, por región, a las conferencias internacionales. Esos esfuerzos han alentado a las asociaciones nacionales a conseguir dinero para enviar a jóvenes, en lugar de sólo a adultos, como delegados a importantes reuniones internacionales de los scouts. El formar a adultos acerca de cómo servirse de un enfoque centrado en los jóvenes es también un aspecto vital de la programación de los scouts.

La Fundación Mentor, un grupo establecido para formular, alentar, apoyar y sostener actividades originales para la prevención de problemas entre jóvenes, relativos a todos los tipos de uso de sustancias, decidió, en el momento de su creación, establecer el Grupo Asesor Juvenil de la Fundación Mentor. El objetivo del grupo es asesorar a la Fundación en sus esfuerzos a escala mundial para prevenir el abuso de sustancias por parte de los jóvenes. El grupo actúa como órgano asesor de expertos para que la Fundación y su consejo de administración refuerzen vínculos con su población destinataria. El plan de actuación para ese órgano asesor proporciona un ejemplo útil del uso de un órgano de esas características a nivel internacional. Merecería la pena que grupos similares a nivel nacional y local trataran de adquirir muchos de los rasgos de su funcionamiento. Son varios los aspectos dignos de mención en la manera en que ese órgano se ha establecido:

- Se presta una atención cuidadosa al proceso de composición y selección de los miembros jóvenes para que reflejen bien el grupo destinatario de la Fundación en lo relativo a nacionalidad, procedencia social y género.
- A los administradores de la Fundación se les pide que apoyen la participación de miembros concretos del órgano asesor juvenil, aceptando responsabilidad para la ayuda financiera, el apoyo y el aliento a su trabajo dentro del grupo.
- La orientación y adiestramiento de los miembros jóvenes se ofrece por espacio de cinco días y medio en un lugar central, haciéndose hincapié en una mayor comodidad y confianza para el cometido de asesor juvenil, adquisición de competencias en liderazgo básico, gestión de reuniones y redes de cooperación.
- Los deberes de los miembros jóvenes están claramente definidos y existe un plan para comunicar las aportaciones del grupo al consejo de administración.
- Se establece un plan para mantener un contacto regular con los miembros jóvenes.
- La evaluación de la orientación está incorporada al proceso.

El grupo se reúne dos veces al año, después de la orientación y el adiestramiento iniciales, para considerar cuestiones que les ha enviado el consejo de administración. Además, se alienta a los miembros del Grupo Asesor Juvenil para que presenten cuestiones para su consideración por el consejo.

programas de aplicación varía desde la completa abstención (casos en los que son sencillamente el objeto de la intervención) hasta situaciones en las que comparten con adultos la toma real de decisiones.

En principio, los métodos interactivos y participativos como los debates de grupos focales y las entrevistas individuales proporcionan oportunidades para provocar las observaciones y opiniones personales de los jóvenes. Sin embargo, tal como se ha analizado antes, donde existen barreras tanto culturales como políticas para esos debates abiertos, y normas muy enraizadas de respeto a los ancianos o dirigentes, quizá sea difícil poner en práctica esos métodos participativos. También se debe reconocer que tal vez los jóvenes se muestren reacios a facilitar información personal por temor a que a la larga sus familias o amigos acaben enterándose. El control social todavía es intenso en muchas zonas, y es probable que los jóvenes que no se ajustan a expectativas sociales muy estrictas no digan nada que los exponga a verse descubiertos. En consecuencia, es necesario tratar tanto las percepciones como la realidad de las actitudes y expectativas de participación de adultos y adolescentes.

Pese a esos obstáculos, cada vez se está más de acuerdo en que la programación mejora cuando se considera a los jóvenes como recursos y asesores, y sus aportaciones se integran de manera sistemática en el proceso de identificar acciones encaminadas a mejorar la salud de los adolescentes. Hacer eso, sin embargo, requiere un nuevo enfoque, una manera nueva de ver y de hacer las cosas. La prestación de formación y el apoyo continuo a las maneras eficaces de trabajar con los jóvenes puede asegurar que el cambio hacia la participación de los jóvenes sea bienvenido y no se convierta en fuente de preocupación para quienes no están acostumbrados a la idea. También hay que reconocer, sin embargo, que los jóvenes se convierten enseguida en adultos y su puesto habrán de ocuparlo otros. Si bien este cambio constante exige un esfuerzo especial, también ayudará a vigorizar y mantener la pertinencia y credibilidad del programa, y contribuirá en consecuencia a mantener la aplicación del programa — una cuestión que se analiza en la sección 9.

8.5 Determinación de los grupos destinatarios

Las intervenciones pueden ser generalizadas (dispensadas a todos), seleccionadas (ofrecidas a un subconjunto que se considera más expuesto) o dirigidas (para aquéllos cuyo riesgo es más alto). Todos los jóvenes no son iguales. Tienen diferentes necesidades y prioridades según la edad, fase de desarrollo, sexo y también vulnerabilidad, tanto personal como contextual. Por añadidura, las «ventanas para la oportunidad» (los momentos en los que los beneficios para la

salud que resultan de las intervenciones son óptimos) varían según la edad y el sexo. Entender las necesidades de grupos particulares de jóvenes y las edades clave para diferentes intervenciones es, en consecuencia, importante para utilizar bien los recursos y para establecer prioridades.

También es importante señalar que existe cierta fluidez en las circunstancias que colocan a los jóvenes en peligro, en especial cuando las condiciones cambian rápidamente. Así por ejemplo, algunos adolescentes quizá estén en la calle esforzándose por ganar algún dinero debido a dificultades económicas en el hogar. Pocas semanas después, si la situación financiera mejora, los mismos adolescentes pueden abandonar la calle y volver a la escuela. Otro grupo de jóvenes que acude a los centros docentes en una comunidad estable puede verse desplazado como resultado de una situación de conflicto.

Encontrar el equilibrio correcto entre promover la salud y el desarrollo de todos los adolescentes, en especial los más jóvenes, ayudar a grupos de riesgo elevado, y tratar con jóvenes que ya están enfermos o traumatizados es un reto importante. Diferentes filosofías de salud pública acerca de los beneficios sociales de llegar a jóvenes poco expuestos, o proponerse alcanzar a aquéllos a quienes se considera que corren importantes riesgos en cuanto a diferentes problemas de salud, tendrá una influencia decisiva sobre el establecimiento de prioridades. Las preocupaciones políticas y culturales influyen sobre quién recibe primero las intervenciones o sobre si las recibe en absoluto. Las actitudes hacia distintas poblaciones de adolescentes y las percepciones equivocadas pueden desembocar en falta de asignación de recursos, y esos problemas en materia de actitud quizá deban tratarse primero, antes de que se presenten razones para atender a un grupo determinado.

La consecuencia de un enfoque en favor del desarrollo de los jóvenes es que las comunidades deben dedicar la inmensa mayoría de sus recursos a desarrollar y fortalecer apoyos y oportunidades básicos que son, al fin y a la postre, cruciales para el desarrollo positivo de todos los jóvenes. Esos apoyos y oportunidades son parte de sus derechos básicos. Debe, sin embargo, prestarse atención adicional, inmediata y sostenida, a aquéllos que se hallan en situaciones y entornos vulnerables. Pensar en los jóvenes como personas con un riesgo alto, medio o bajo de padecer problemas de salud, y considerar después la necesidad de unas mismas intervenciones básicas para todos los grupos, e intervenciones adicionales concretas para grupos de riesgo alto y medio, puede ser de ayuda para el proceso de

programación. Un enfoque de esas características reconoce que algunas personas se hallan en circunstancias más difíciles que otras, pero al mismo tiempo amplía la meta para alcanzar igualmente a aquéllos cuyo riesgo es medio o bajo.

Desgraciadamente, se da una importante falta de datos sobre quiénes, y en qué número, se hallan expuestos a qué clases de riesgo y, en consecuencia, también faltan datos sobre dónde se necesitan intervenciones. Así, por ejemplo, ponerse en contacto con los jóvenes que no acuden a centros docentes es una necesidad crónicamente desatendida en muchos sitios. Con frecuencia la programación termina logrando la participación del mismo grupo de jóvenes que sí acuden a los centros docentes por medio de intervenciones múltiples en contextos diferentes como la escuela, las actividades en las que participan jóvenes que acuden a la iglesia y en reuniones de scouts y muchachas guías. La programación de esas características es muy beneficiosa para los jóvenes que participan, pero no alcanza, sin embargo, a muchos otros jóvenes que están necesitados de que se llegue hasta ellos. Una categorización cuidadosa ayuda a los planificadores a ver que quizá no se atiende en absoluto a los jóvenes más vulnerables, y que se requiere mayor atención para descubrir y apoyar actividades con las que llegar hasta adolescentes a los que no se ha tenido en cuenta.

Como en todos los sectores de programación para la salud, el costo y la rentabilidad son consideraciones importantes a la hora de decidir la estrategia para seleccionar el objetivo. También es necesario considerar no sólo qué se puede hacer a bajo costo, sino también qué costos de programación están justificados desde el punto de vista de los beneficios probables.

9. Mantenimiento de las actividades

9.1 Antecedentes

Son muchos los programas para jóvenes que comienzan, pero muy pocos los que superan los cinco primeros años. Una encuesta oficiosa realizada por la Fundación Internacional para la Juventud sugiere que menos del 20% de los proyectos experimentales duran más de cinco años (M. Alexandre, comunicación personal, 1997). A menudo la programación es demasiado ambiciosa en la fase de comienzo cuando se dispone de fondos y se establecen unas pautas de personal y unas actividades que no son sostenibles después del periodo experimental o de comienzo. Asentar un sistema de programación estable y sostenible tiene especial importancia en el caso de la salud de los

adolescentes porque se da un movimiento natural de renovación de la población atendida, y todavía es mucho lo que falta por saber acerca de segundas, terceras y ulteriores generaciones de programas con una fuerte participación juvenil. El modelo frecuente de repetición de proyectos iniciales y experimentales es contraproducente. Ese modelo puede también ser desmoralizador para los mismos adolescentes, para quienes las relaciones de confianza con adultos se cortan al cesar las actividades. Eso es especialmente difícil para quienes no tienen otras relaciones significativas con adultos o cuentan con una historia personal de abandono por parte de los adultos.

Debe señalarse la existencia de factores que contribuyen a la sostenibilidad organizativa y que son pertinentes para la sostenibilidad programática, lo que a su vez está determinado por un conjunto adicional de factores específicos. Algunos de esos factores se recogen en el cuadro 6. En ciertos casos, sin embargo, organizaciones y/o programas pueden perpetuarse sin mantener ni la pertinencia ni la eficacia.

La sección siguiente se ocupa de algunas de las cuestiones que crean problemas para la ejecución y sostenibilidad de las actividades.

9.2 Fomento de la asociación de adultos y jóvenes

Los adolescentes han dejado de ser niños sin ser todavía adultos. Ésa es la clave para entender tanto la importancia de los adultos en la vida de los adolescentes como su papel en la programación. Para su desarrollo sano los adolescentes requieren apoyo y oportunidades que les permitan asumir funciones y comportamiento de adultos. Las actividades del programa en las que participan jóvenes y adultos en asociación son de importancia crucial porque con ello:

- se desarrolla la capacidad local y los recursos futuros — la participación de los jóvenes con adultos en programas que afectan a la vida de los adolescentes y al bienestar de sus comunidades es un campo ideal para obtener conocimientos y competencias que benefician no sólo a los adolescentes sino también a sus familias, comunidades y vástagos futuros.
- se vigila la pertinencia — que los jóvenes intervengan en la planificación y operación del programa ayuda a los adultos, tanto en sus comunidades como en las organizaciones, a no perder contacto con las realidades cambiantes con las que los jóvenes se enfrentan y a las que se adaptan en esas circunstancias.
- se mantiene la legitimidad — el compromiso de los adultos con una participación positiva de los jóvenes demuestra respeto y aprecio por estos últimos. También asegura la credibilidad del programa

Cuadro 6
Algunos rasgos de programas sostenibles

Operacionales	Programáticos
<ul style="list-style-type: none"> • Visión y planificación a largo plazo — una dificultad común es que los programas limitan su planificación y visión en razón de las dificultades de financiación del momento o de los intereses de los donantes. Los programas con éxito tienden a tener una visión a largo plazo y hacen planes para lograr sus objetivos más allá de la financiación del momento. • Estilo inclusivo de liderazgo — con frecuencia dirigen los programas individuos carismáticos (a menudo los fundadores) que tienden a dominar la gestión y a convertirse en «indispensables». Si bien un estilo visionario de liderazgo es eficaz en la primera fase del programa, la sostenibilidad a largo plazo depende de una dirección descentralizada e inclusiva. Tampoco es necesario planificar la sucesión. • Sostenibilidad financiera y presupuestos realistas — desde el comienzo, los programas deben elaborar un plan a largo plazo y diversificado para la generación siguiente. El plan debe ser coherente con las metas del programa y evitar la dependencia de una fuente única de apoyo. • Desarrollo y reclutamiento del personal — «quemarse» es corriente en este campo porque a la mayoría de los agentes de salud que trabajan con jóvenes se les paga poco y realizan tareas muy estresantes y con gran carga emocional. Existe una necesidad crucial de proporcionar al personal oportunidades para el crecimiento, el desarrollo y la renovación. Al mismo tiempo se debe reclutar a jóvenes como recursos para el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de los jóvenes — los programas en cuya planificación, decisiones y aplicación intervienen los jóvenes mantienen su pertinencia, y la comunidad y las personas interesadas los consideran más legítimos. • Representatividad — el programa se debe iniciar en respuesta a las necesidades y deseos de la comunidad y los adolescentes a los que sirve. Debe incluir rasgos que alienten la retroinformación de los participantes y de otras personas interesadas y la flexibilidad para adaptarse a los cambios. • Estar basado en recursos locales — hasta donde sea posible, las actividades del programa deben utilizar infraestructuras existentes y asociarse con organizaciones complementarias. • Trabajar en contextos múltiples con múltiples actores — si se quiere proporcionar las mejores oportunidades para el desarrollo positivo de los jóvenes, es necesaria la coordinación entre los contextos clave y los actores que influyen en la salud de los adolescentes (hogar, centro docente, grupos juveniles, compañeros, servicios de salud, gobierno, etc.) Trabajar en contextos múltiples y con múltiples actores promueve la coordinación y evita la duplicación

Cuadro 6 (continuación)

Operacionales	Programáticos
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia eficaz — a la larga, los programas sólo se deben continuar si son eficaces y suponen una diferencia positiva en la vida de los adolescentes. Se deben elaborar métodos que permitan evaluar de manera continua su impacto y hacer los ajustes necesarios. • Tasa dosificada de crecimiento y expansión — a menudo se alienta a los programas eficaces para que se amplíen, lo que acarrea una serie de problemas nuevos. La experiencia ha puesto de manifiesto que la expansión o la repetición debe provocarlas la demanda, y que el ritmo deben marcarlo la capacidad y la infraestructura existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la capacidad local — las actividades del programa se deben planear a sabiendas de que la organización o el programa pueden extinguirse. Desde el primer momento, quienes apliquen el programa deben proponerse la transferencia de conocimientos y capacidades a individuos locales, familias y organizaciones comunitarias. • Formación — relacionada con el fortalecimiento de la capacidad local está la necesidad de formar a todas las personas que interactúan de manera regular con los adolescentes y sus iguales. Esas personas necesitan tanto conocimientos sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes como competencias para la comunicación interpersonal, sobre todo saber escuchar.

(M. Alexander, comunicación personal, 1997)

entre los jóvenes (el público destinatario) y su legitimidad en la comunidad.

De hecho, la participación de los jóvenes es clave para mantener programas y proyectos de salud adolescente, como cada vez reconocen más los gobiernos, los planificadores de programas y las comunidades mismas. No existe, sin embargo, suficiente experiencia documentada de adultos y jóvenes trabajando juntos en cada etapa del proceso de programación, sobre todo en los sectores de planificación y adopción de decisiones, establecimiento de prioridades y gestión de conjunto. Si bien es mucho lo que hay que aprender en este sector, algunos programas ya han convertido en prioridad de la programación la creación de cometidos de importancia para los jóvenes.

Un obstáculo destacado a la hora de desarrollar las asociaciones de adultos y jóvenes se presenta cuando los adolescentes se sienten tratados con condescendencia por adultos que se olvidan de su necesidad de ser «alguien». Los adolescentes señalan que a menudo se sienten tratados por los adultos de una manera que parece sugerir

que carecen de importancia. Se trata sobre todo de un problema de poder, dado que los adultos (incluidos los padres) buscan mantener el control. «Eso provoca resentimiento, porque los jóvenes quieren que se los tome en serio, en contra del sofocante clima político» (R. Rajani, comunicación personal, 1995). Además de eso, la Convención sobre los Derechos del Niño (véase el anexo 2), con todos sus artículos, no siempre es aceptada en algunos países, de la misma manera que aceptar cierto grado de autonomía entre los adolescentes es a menudo muy difícil para los adultos.

Quizá lo primero y más importante en la asociación entre jóvenes y adultos es asegurar un ambiente de confianza y respeto mutuo. Para lograr eso se requiere que mucha más gente sepa mejor lo que significa ser adolescente en la sociedad contemporánea, y esté al tanto además de las aportaciones positivas a la sociedad que los jóvenes pueden hacer y de hecho hacen. Al mismo tiempo, crear las condiciones de un «entorno de aprendizaje», tanto para los adultos como para los jóvenes, quizá sólo plantee cuestiones relativamente sencillas, como respeto básico, una voluntad de participación que fomente la confianza y el debate sincero, y ligeros cambios de actitud. Pedir a los adultos que piensen en sus experiencias personales a los catorce años y que recuerden cómo se sentían de jóvenes también puede ser beneficioso. ¿Cómo se relacionaban con ellos los adultos de entonces y cómo los trataban? ¿Qué era lo que resultaba útil y qué era lo que creaba dificultades? Si los jóvenes y los adultos intercambian papeles de esa manera, quizá consigan entender mejor la perspectiva de otros, así como sus problemas y preocupaciones. Hay que considerar cuáles son los mecanismos de los que se dispone para asegurar y vigilar la participación de la juventud. Alentar a los jóvenes a reconocer los beneficios potenciales de la asociación con los adultos, especialmente las experiencias de ser guiado y de recibir orientación. Alejarse de un liderazgo y una gestión verticalistas y un tanto autocráticos ayuda enormemente, y lo mismo sucede cuando se trata abiertamente cualquier ambivalencia de los adultos hacia los jóvenes.

Con el fin de preparar a los adultos para explorar temas, para proporcionar, a medida que se necesite, información sobre crecimiento y desarrollo humanos, y para respetar las decisiones de los jóvenes, también es necesario respetar sus sentimientos y preocupaciones, y ayudarles a entender mejor la posición de los jóvenes. Los adultos necesitan una formación básica sobre cómo escuchar, y practicarla antes de asumir funciones de facilitadores con jóvenes o de empezar a formar dirigentes o educadores entre compañeros. Esas características deseadas de los adultos en sus asociaciones con adolescentes

están ilustradas en los resultados de la evaluación de la Organización Mundial del Movimiento Scout que examinó las características de los dirigentes scouts, entre otras cuestiones, por medio de tres estudios de casos pormenorizados en diferentes países. Tal como lo expresaron los jóvenes, lo que ellos más aprecian y buscan es una relación basada en un escuchar más activo y en una comunicación más intensa y en pie de igualdad; una relación que a menudo no encuentran ni en la escuela ni en el hogar (185).

Un estudio realizado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer en el Caribe puso de manifiesto que si bien quienes aplican los programas recomiendan de ordinario la participación de los «clientes» o jóvenes en el proceso, raras veces lo hacen (48). Una explicación parcial de esa paradoja es la falta de experiencia y de conocimientos sobre cómo incluir con éxito a los jóvenes.

Se recogen a continuación mecanismos para fomentar las asociaciones entre adultos y jóvenes a nivel de programación:

- Explorar abiertamente lo que significará la participación de los jóvenes para el esfuerzo de programación en una situación determinada — dedicar tiempo durante la planificación del programa a aclarar por qué la participación de los jóvenes es importante y para considerar qué funciones desempeñarán los jóvenes.
- Evitar las concesiones simbólicas — dejar claro cuáles son los cometidos valiosos para los jóvenes, por ejemplo, en debates sobre planificación estratégica acerca de quién está mejor situado para contactar con otros a fin de conseguir apoyo para el programa. Tal vez convenga, por ejemplo, en ese caso, que, inicialmente, sean adultos quienes hablen con dirigentes religiosos.
- Al comienzo, identificar qué mecanismos se utilizarán para asegurar la aportación continua de los jóvenes al programa (si se recurre a métodos basados en la utilización de comités, hay que asegurarse de que los jóvenes sean miembros de pleno derecho), y elaborar una lista concertada de control para vigilar la participación de los jóvenes, y la satisfacción de adultos y jóvenes con el proceso.
- Incluir un lugar para que desde el comienzo los jóvenes se reúnan en grupos con el fin de superar las dificultades que (como todos los grupos con poco poder) tienen para hacerse oír.
- Explorar mecanismos para la responsabilización — incluir y tratar seriamente los indicadores de la participación de los jóvenes en el proceso y, al cabo de un año, examinar los progresos del proceso de participación.

- Considerar maneras de promover la participación de los jóvenes a todos los niveles. Si los planificadores nacionales tienen interés en fomentar la programación para la salud de los adolescentes, hay que elaborar modos de incluir la participación de los jóvenes en el proceso de planificación estratégica, y demostrar lo que eso significa en el proceso de programación.

Conseguir el apoyo de los padres y de la comunidad al comienzo, y lograr la participación de ambos grupos de alguna manera en el proceso, ayudará a evitar una reacción negativa más adelante. Si la comunidad pierde confianza en que los programas se ajustan a prácticas aceptables, recobrar su apoyo puede ser difícil y eso puede afectar a la continuación de los programas. La incorporación de procesos para aumentar la concienciación y de esa manera ganar apoyo, contribuye, consecuentemente, a la sostenibilidad.

El Proyecto Tanzania-Países Bajos para Apoyar la lucha contra el VIH/SIDA (TANESA), una ONG que trabaja en los distritos Mwanza y Mangu de la República Unida de Tanzania, contribuyó al restablecimiento de las asociaciones de apoyo adultos-adolescentes después del censurable colapso de una relación de confianza entre enseñantes y alumnas. Mediante investigación narrativa realizada por TANESA, y las quejas del comité escolar del SIDA en esos distritos, se señaló que profesores varones estaban teniendo relaciones sexuales con alumnas. Para reducir la vulnerabilidad de las alumnas se inició un programa de tutores femeninos por parte de las autoridades educacionales de la región de Mwanza. Se seleccionó a las tutoras, que eran profesoras, teniendo en cuenta la edad, la experiencia docente, la accesibilidad y la actitud y se las formó en competencias de orientación y en salud sexual y reproductiva. Una temprana evaluación realizada un año después de la iniciación del programa ha indicado que del 61% de las muchachas que acudieron a las tutoras, el acoso sexual por parte de muchachos fue la razón más frecuente (señalada por el 59%), seguida por el acoso sexual de varones (13%) y de maestros (9%). Por supuesto, entre los problemas adicionales debatidos figuraban el VIH/SIDA (35%), el embarazo (32%) y la prevención del embarazo (22%). Tanto enseñantes como muchachas consideraron satisfactorio el programa de tutoría y, si bien quizá los delitos sexuales en las escuelas no se persigan todavía judicialmente, la publicidad negativa que ha rodeado a tales sucesos se cree que ha hecho más difícil que en la actualidad se pueda acosar a las muchachas de esa manera. Esta estrategia de programa se ha adaptado ulteriormente para proporcionar tutores (profesores varones) también para los muchachos en los centros de enseñanza de esa región (210).

9.3 Reorientación y sostenimiento de las intervenciones existentes por medio de la formación

La orientación, adiestramiento, coordinación y desarrollo continuo de personas que se relacionan con los jóvenes es crucial en el caso de la programación para la salud de los adolescentes por varias razones clave:

- En primer lugar, las personas que trabajan directamente con adolescentes proporcionan modelos de conducta tanto para comportamientos positivos como negativos. De manera deliberada o involuntaria, esas personas pueden influir en la autoimagen de los jóvenes, en su percepción de los adultos, en sus decisiones relacionadas con la salud y en otras muchas convicciones duraderas.
- En segundo lugar, a lo largo del día muchas personas se relacionan con adolescentes en contextos muy diversos (hogar, escuela, grupos juveniles, servicios de salud, lugar de trabajo, cantina, etc.). Todos esos actores tienen en potencia una influencia importante sobre el desarrollo positivo de los adolescentes y deben entender las metas de la programación para la salud con el fin de asegurar la coordinación de los esfuerzos.
- En tercer lugar, la formación debe ser un componente importante del programa desde el comienzo con el fin de transmitir conocimientos y capacidades a individuos, familias y organizaciones comunitarias locales. Esto tendrá el beneficio añadido de asegurar la sostenibilidad del programa más allá de la vida del proyecto.
- En cuarto lugar, la formación y las oportunidades de desarrollo personal ayudan a evitar el agotamiento y la desilusión entre personal y voluntarios que trabajan con los jóvenes. Con demasiada frecuencia los programas corren peligro debido a la continua renovación o a que el personal no ha resuelto sus problemas y/o prejuicios personales. El trabajo con adolescentes se caracteriza, en general, por la remuneración escasa, las largas horas y la tensión emocional. Las personas que trabajan con adolescentes necesitan oportunidades para la renovación personal, el aprendizaje estimulante y el desarrollo profesional, así como el apoyo de sus colegas.

Para ser eficaces, las personas que se relacionan con adolescentes necesitan tener conocimientos sobre su salud y desarrollo, incluidos los delicados temas de la sexualidad y el uso y abuso de sustancias, y a esto deben añadirse las competencias para la comunicación interpersonal, sobre todo el escuchar de manera eficaz. Algunas personas necesitarán formación especializada (en orientación, por ejemplo), pero para muchas, un adiestramiento a corto plazo con técnicas basadas en la experiencia puede ayudar a crear la sensibilidad

requerida. Con frecuencia la formación, el seguimiento y la supervisión continua de las personas que trabajan con los jóvenes no se consideran prioridades del programa. En consecuencia, un obstáculo persistente ha sido la falta de conocimientos sobre la maduración de los adolescentes entre aquéllos que trabajan con los jóvenes, así como deficientes competencias interpersonales y de orientación, incluida la incapacidad para suspender el juicio cuando se enfrentan con adolescentes cuyo comportamiento desapruaban. También existe a menudo una incomodidad especial al tratar el tema delicado pero crucial de la sexualidad. Los esfuerzos para promover la salud de los adolescentes se ven debilitados con frecuencia por el mito perjudicial de que proporcionar a los jóvenes información y servicios relacionados con temas delicados — como el comportamiento sexual, y la prevención del embarazo y de las ITS — los hará promiscuos, un mito que persiste pese a las pruebas científicas en contra.

Existen, además, determinadas cuestiones de adiestramiento para reorientar el ámbito de las intervenciones del programa según las diferencias entre contextos. Un ejemplo es la resistencia de los profesores a incorporar a su trabajo los programas de educación para la vida de familia. Algunos enseñantes se resisten porque piensan que los planes de estudios están sobrecargados, se sienten incómodos con el tema, se consideran mal preparados para enseñar las materias o temen las críticas de los progenitores. Se necesita tiempo de formación que permita los debates sobre actitudes y sentimientos acerca de nuevas intervenciones. Es importante señalar que los profesores pueden ser educadores eficaces en materia de salud reproductiva cuando se los consulta, se los forma y se los apoya de la manera adecuada (211). También el personal de los dispensarios de salud necesita formación especial para tratar a sus clientes jóvenes dándoles apoyo, sin juzgarlos y ayudándolos a elegir métodos apropiados de anticoncepción y de protección contra las ITS. Otras clases de formación pueden ser necesarias para diferentes actores. Figuran entre ellas el adiestramiento en técnicas de investigación para realizar análisis de situación; formación para la gestión, incluidos enfoques multisectoriales y la participación de jóvenes; mejor conocimiento de métodos para lograr la sostenibilidad; y capacitación en técnicas de vigilancia y evaluación que son específicas para la salud de los adolescentes.

Varios programas de ámbito nacional han conseguido ya mantener sus actividades mientras realizaban estrategias de formación y de reorientación relacionadas con ella (recuadro 27). La capacidad técnica para elaborar intervenciones y para formar adolescentes y

Recuadro 27**La importancia de la formación en el sostenimiento de los programas**

En Jamaica, un programa de alcance nacional introdujo con éxito un plan de estudios para adolescentes en salud reproductiva, con intervenciones múltiples, dirigido por compañeros. La necesidad de una formación continua, a ritmo anual, de nuevos grupos de educadores entre iguales se encaró mediante la elaboración de un modelo de adiestramiento en dos escalones que prepara a los formadores para trabajar en equipo y dirigir la formación de educadores en las diferentes zonas de todo el país. Entre los rasgos diferenciales del proceso de programación figuran la cuidadosa elaboración y prueba sobre el terreno del plan de estudios básico dirigido por iguales, así como la elaboración y prueba sobre el terreno de los diseños de taller para formar a los educadores entre iguales y a los instructores principales. El estadio de elaboración llevó tiempo, pero para el tercer año, el rendimiento del programa en relación con la inversión inicial presentaba un crecimiento exponencial con 250 educadores entre iguales trabajando en equipo y dirigiendo reuniones interactivas múltiples con sus compañeros, captándolos por medio de información interactiva e intervenciones para la adquisición de competencias, y enviándolos a servicios de salud de acuerdo con sus necesidades en zonas urbanas y rurales. La evaluación del proceso era vital en cada etapa del desarrollo para asegurar que los materiales, los métodos de adiestramiento y los criterios de selección de los educadores entre iguales y los candidatos para formadores eran satisfactorios.

Un sistema de formación de esas características ofrece una manera de preparar instructores que puedan dirigir talleres y preparar a otros que apliquen las intervenciones indicadas a escala más amplia. Un rasgo esencial de la capacidad de este programa para ofrecer una cobertura muy extensa fue que la red de la Cruz Roja ya existía por todo el país y contaba con una activa participación de los jóvenes en muchos aspectos del trabajo de la organización. Sin embargo, las sesiones de formación para sensibilizar a los voluntarios adultos de la organización con respecto a las metas de participación de los jóvenes de la programación siguieron siendo críticas, con algunos adultos más capaces que otros de otorgar a los jóvenes una función importante en las etapas de planificación, aplicación y evaluación. Los materiales escritos y las guías de formación para cada nivel del sistema de adiestramiento, así como los planes para seleccionar educadores, son rasgos esenciales de un sistema de formación que no se apoya, para formar educadores entre iguales, en el mismo grupito de personas, a menudo obligado a trabajar desde una ubicación central. Esta programación es muy prometedora, pero necesitará funcionar durante más tiempo para que se pueda evaluar plenamente su capacidad de aplicación a la larga (Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995).

En Brasil, el Programa Nacional para la Salud de los Adolescentes sostiene que el éxito en la aplicación se basa en la orientación y

Recuadro 27 (continuación)

formación del personal a todos los niveles. El Programa elaboró una estrategia de formación que incluye tres etapas:

- Sensibilización — se trata de un taller de formación de 40 horas para orientar a los profesionales sobre la adolescencia, las necesidades y preocupaciones de los adolescentes, el marco del programa, las prioridades para la atención a los adolescentes, etc.;
- Adquisición de capacidades — implica sesiones de formación centradas en preocupaciones específicas de los adolescentes como las cuestiones de crecimiento y desarrollo, salud mental, salud reproductiva, etc.;
- Curso para facilitadores — esta sesión está diseñada para formar a profesionales especializados con el fin de que adiestren a otros y a menudo se lleva a cabo en cooperación con las universidades. En 1991, SASAD (Servicio de Asistencia a Saude do Adolescente) elaboró un manual de sensibilización y, en 1993, una guía técnica sobre grupos de adolescentes y técnicas de participación. Con el apoyo de la OPS y la ayuda de facilitadores titulados, SASAD ha establecido un equipo interdisciplinario de profesionales y dispone como mínimo de un núcleo que dispensa atención integral de salud para los adolescentes (con profesionales plenamente competentes) en cada Estado. El programa ha de continuar esforzándose activamente por la difusión de los métodos de adiestramiento, dado que, en relación con el número de adolescentes, todavía escasean los profesionales formados para atender a su salud (C. Hanson, datos inéditos, 1995).

adultos en cómo aplicarlas puede verse facilitada gracias a la vinculación del programa con otros organismos, incluidas universidades, que pueden ayudar en muchos lugares para la adquisición de capacidades y para el adiestramiento.

9.4 Coordinación de las actividades en contextos múltiples

Las experiencias estudiadas hasta el momento, con enfoques para potenciar la salud y el desarrollo de los adolescentes, muestran que se ha producido un florecimiento de proyectos relacionados con esas cuestiones. Son pocos, sin embargo, los casos en los que el abanico completo de intervenciones se ha aplicado en todos los contextos en los que tales intervenciones deben estar disponibles. Es un reto coordinar los esfuerzos existentes y seguir edificando a partir de ellos debido a su naturaleza multidimensional, a la diversidad de prioridades y a la desigual capacidad relativa de prestación y gestión en contextos distintos. La experiencia en materia de programación

deja bien claro que los esfuerzos de coordinación de tanta complejidad no son eficaces sin un mecanismo que reúna a los asociados clave de manera regular para definir y revisar el programa de aplicación, al tiempo que se comparten experiencias basadas en la realidad de la aplicación.

También el UNICEF (30) recomienda reunir un grupo representativo de personas interesadas para encabezar el proceso de aplicación. Tales grupos coordinadores deben incluir personal técnico y de gestión que represente los distintos contextos, ministerios interesados, asociados de investigación y ONG, así como organismos multilaterales y donantes bilaterales. Eso facilita que se alcance algún consenso entre todos sobre conceptos rectores, principios de programación y estrategias clave a nivel nacional, lo que a su vez sirve de ayuda para un proceso similar al nivel subnacional de aplicación. De manera general, esa coordinación se lleva a cabo por medio de mecanismos muy diversos, entre los que figuran: grupos especiales nacionales para la salud de los adolescentes, lo bastante amplios para incluir miembros con el fin de mejorar el sentido de pertenencia pero lo bastante reducidos para no resultar inmanejables; coaliciones nacionales de asociados que ya están trabajando en la aplicación de los programas, sobre todo ONG y otras organizaciones con base en la comunidad; comisiones nacionales que tienden a concentrarse en problemas concretos como los de población o maternidad sin riesgo; y grupos temáticos relativos a la salud y el desarrollo de los adolescentes, incluidos los ya existentes para el VIH/SIDA y cuestiones relacionadas con drogas ilícitas.

La reciente evaluación temática por parte del FNUAP de los programas de información y servicios para adolescentes pone de manifiesto que la mayoría de los gobiernos disponen de unidades de coordinación en el caso de la planificación de la familia y/o las actividades de población, con puntos focales recientemente identificados para las preocupaciones de los jóvenes (84).

La experiencia actual es que la coordinación tiene lugar a nivel nacional en varios países. A ello contribuye el convencimiento, por parte de los asociados en la aplicación de los programas, de la importancia de coordinar y aclarar cierto número de cuestiones, entre las que figuran:

- el perfil de actividades, asociados y colaboraciones en el momento presente y la amplitud de los esfuerzos;
- la identificación de mecanismos pragmáticos de coordinación eficaz a los niveles nacional y local;

- el consenso sobre prioridades, metas y estrategias de aplicación;
- los mecanismos viables para intercambiar experiencias de práctica eficaz y para reflexionar sobre lo que funciona y lo que no funciona;
- las oportunidades para centrar, complementar y compartir recursos técnicos, de gestión y financieros de diferentes intervenciones con intereses convergentes;
- los esfuerzos requeridos para llenar los vacíos comunes identificados gracias a utilizar al máximo el asesoramiento técnico existente vinculado a una red de apoyo técnico regional y, en caso necesario, internacional;
- las estrategias para la participación eficaz de jóvenes;
- rentabilidad y sostenibilidad de los programas.

En Malasia están en marcha varias iniciativas creativas relacionadas con la juventud. Esa diversidad de iniciativas ilustra de manera útil actividades en diferentes contextos que están interrelacionadas, pero que dependen de distintos sectores gubernamentales, lo que puede presentar problemas de coordinación. Así por ejemplo, una ambiciosa iniciativa nacional para la juventud llamada Rakan Muda (amistad juvenil) está dirigida por el Ministerio de la Juventud y el Deporte y se propone orientar las energías de los jóvenes hacia varios programas relacionados con modos de vida que tienen un fuerte atractivo para los jóvenes y desarrollar su voluntad de resistencia ante los muchos males sociales que existen en la actualidad (Sharifah Tahir, comunicación personal).

CHILDSHOPE ASIA — Families and Children for Empowerment and Development Foundation Incorporated, iniciado con el apoyo del UNICEF, es un ejemplo de organismo que actúa como punto focal de reunión de muchas ONG para colaborar en la mejora de las condiciones de vida, ayudar a las familias y modificar la actitud de las comunidades para que entiendan por qué los jóvenes están en la calle y cuáles son sus necesidades, incluidas las sanitarias. Mediante la colaboración con la OMS, gracias al proyecto para los niños de la calle de su Programa sobre Abuso de Sustancias, esta organización está ampliando su base de redes y de colaboración comunitarias para mejorar las intervenciones relacionadas con el uso de sustancias. La capacidad para ofrecer formación sobre cuestiones clave acerca de por qué los jóvenes usan sustancias, métodos rápidos de valoración para entender mejor las necesidades de los jóvenes y maneras de movilizar la acción de la comunidad para lograr la participación de otras ONG, es un vehículo importante para potenciar la colaboración (212).

9.5 Reclutamiento continuo de jóvenes como recursos humanos

Tal como se ha mantenido a lo largo del presente documento (véase la sección 6.2), la participación directa de los jóvenes es uno de los principios más importantes de la programación para la salud de los adolescentes. Y como ya se ha dicho, los jóvenes se convierten enseguida en adultos y es necesario que otros jóvenes ocupen su lugar. La participación sistemática de jóvenes presupone una renovación continua de este recurso tan importante para el desarrollo, eficacia y renovación del programa — requisito que sigue siendo uno de los mayores desafíos inherentes a la gestión de programas para la salud de los adolescentes. Si bien este cambio constante requiere un esfuerzo especial, también da vigor a los programas y ayuda a mantener su relevancia y credibilidad.

La iniciativa UMATI, a la que se ha hecho referencia anteriormente, ha estado esforzándose precisamente en esa cuestión en sus programas de educación entre iguales. Ha reconocido la importancia de repetir ciclos de formación para nuevos educadores entre compañeros y de ofrecer en el programa nuevas funciones y oportunidades para antiguos educadores entre iguales a medida que cambian sus intereses, es decir, a medida que se hacen mayores (N. B. Katunzi, datos inéditos, 1995).

Por otra parte, la educación entre iguales que se lleva a cabo en Kenyatta University, Nairobi, Kenya, utiliza con éxito materiales de prensa para aumentar el conocimiento de su programa y reclutar jóvenes como educadores entre iguales. El *KU Peer*, una revista dirigida por estudiantes, trata diversos temas de salud, como el uso y abuso de sustancias, la salud sexual y reproductiva, la reducción de la violencia y otras cuestiones sociales importantes en el campus. Artículos y editoriales informativos, escritos por estudiantes que son orientadores entre iguales, abordan cuestiones que afectan a los adolescentes de más edad y se proponen mejorar los conocimientos de los jóvenes sobre comportamientos sanos. La publicación sirve además para potenciar la categoría social de los orientadores entre iguales, destacando sus servicios y actividades, y contribuyendo en consecuencia a motivar a los estudiantes para que también ellos lleguen a ser orientadores entre iguales. Impreso en colaboración con Pathfinder International como parte del Proyecto de Kenyatta University para el Bienestar y Asesoramiento de la Familia, la revista llega a más de 20000 lectores en universidades y otros centros docentes en todo Kenya. La revista ha hecho que se conozca mejor el programa entre iguales, muy activo y respetado, señalando, por ejemplo, que sus coordinadores estaban estudiando 5000 solicitudes

de jóvenes que querían llegar a ser educadores entre iguales en la zona de Nairobi (213).

Una parte del proceso de mantener el interés de los jóvenes consiste en actualizar y flexibilizar las cuestiones tratadas, en respuesta a los intereses y necesidades cambiantes de los jóvenes. La programación está modelada para responder a la necesidad, dentro de un país, de operar con cierta flexibilidad, y de formar a enseñantes, dirigentes y voluntarios sobre cómo tener acceso a la información disponible. Personal especializado de la comunidad puede también ayudar a los dirigentes a sentirse preparados para responder a un abanico de cuestiones de salud dentro de los programas. El Ministerio tunecino de Educación ha establecido con éxito clubes que son escuelas de salud con una participación activa de los jóvenes que está basada en la filosofía de que las zonas de contenido que se abarcan han de responder a las cuestiones, temas y preocupaciones expresadas por los jóvenes participantes. A los profesores se les enseña cómo hacer participar a los alumnos de manera directa en la búsqueda de información. De esa manera, si los estudiantes quieren trabajar sobre un tema todavía no planificado, han de determinar dónde conseguir la información, los oradores a los que se ha de invitar, los emplazamientos comunitarios que se han de visitar y otros organismos o grupos que quizá estén en condiciones de ayudarlos. Se señala que ese enfoque ha ayudado a mantener el interés y la participación de los jóvenes en el programa (144).

9.6 Consecución de una programación a gran escala

Si bien existen por todo el mundo programas eficaces para la salud y el desarrollo de los adolescentes, sólo alcanzan a una mínima parte de quienes los necesitan. ¿Cómo lograr que esos programas se adapten, se amplíen y/o se repitan, de manera que más jóvenes se beneficien de ellos? Según la experiencia de la Fundación Internacional para la Juventud (análisis de 132 programas de más de 30 países), el ámbito de un programa se amplía en general de varias maneras: aumento del número de puntos de aplicación; aumento del número de jóvenes atendidos en un punto ya existente; y aumento del impacto del programa mediante interconexión, utilizando la infraestructura existente o vinculando varios programas independientes que ofrecen servicios similares o complementarios. Existen numerosos ejemplos de programas que han ampliado o repetido con éxito sus enfoques — a escala local, nacional e internacional.

En años recientes, gestores de programas y organismos de financiación se han preocupado cada vez más de lograr un impacto y una sostenibilidad a largo plazo, y han explorado la posibilidad de adaptar

las «prácticas más adecuadas» para facilitar esto. Como se ha mencionado anteriormente, el análisis de la Fundación Internacional para la Juventud puso de manifiesto que en 1990 alrededor del 80% de los fondos dedicados en todo el mundo a programas para la juventud se empleaban en innovar más que en repetir. Sólo el 20% de los «programas experimentales» sobrevivían al cabo de cinco años. Existe un consenso amplio en cuanto a que es razonable dejar de reinventar la rueda e invertir en cambio en repetir y/o ampliar programas de «prácticas más adecuadas» con la correspondiente adaptación. El término «repetición» es problemático, en parte porque pocos se ponen de acuerdo sobre cómo repetir y aún menos en la definición del término. En 1990, la fundación C. S. Mott dio a conocer un informe especial, *Repetición: siembra de semillas de esperanza*, que proporcionaba un análisis de cuatro estrategias corrientes de repetición de programas: el «molde para pastas» o franquicia, el enfoque adaptador, la difusión de un concepto y redes de cooperación o interconexión.

- «Molde para pastas» o franquicia — este enfoque está pensado para establecer programas idénticos en muchos puntos. En general, las repeticiones por franquicia están coordinadas por una organización central que mantiene un control estricto para asegurar la uniformidad y la calidad tanto de la prestación de servicios como de los resultados. Quizá más frecuente en el caso de los programas para jóvenes es una versión un poco menos rígida que permite la adaptación. Para la mayoría de los programas sociales, la clonación, la imitación y otras formas de reproducción «exacta» no son ni factibles ni deseables.
- Enfoque adaptador — con esta estrategia se mantiene la intención y la integridad del programa original, pero con flexibilidad para adaptarlo a diferentes necesidades, grupos de destinatarios u otros elementos culturales. Un programa de esas características es Youth as Resources, un modelo de servicio comunitario que se elaboró en los Estados Unidos, y que está siendo adaptado con éxito en Polonia. Otro ejemplo lo proporcionan las conclusiones de la evaluación de la Organización Mundial del Movimiento Scout, a lo que ya se ha hecho referencia antes en esta sección, que también revisó las repercusiones educacionales del escutismo sobre los adolescentes. En los tres estudios en profundidad de casos, llevados a cabo en diferentes países, los resultados indicaron que el beneficio educacional final dependía de la habilidad del dirigente local para adaptar el método scout de manera que satisficiera las necesidades de los jóvenes dentro del contexto en el que se relacionaba con ellos (185).

- Difusión del concepto — esta estrategia altamente flexible de repetición consiste en difundir un concepto y ejercer poco o ningún control sobre cómo se desarrollan programas concretos en diversos puntos. Un ejemplo de América Latina es el concepto de «educación en la calle» como manera de llegar a niños que viven y trabajan en ese contexto. La educación en la calle es un enfoque que se utiliza aislado o, con mayor frecuencia, en conjunción con programas de fases múltiples. Existen tantas maneras de llevar a cabo la educación en la calle como educadores. Sin embargo, la difusión de información, la asistencia técnica y la interconexión entre educadores de la calle ha sido crucial para mejorar la calidad del servicio.
- Interconexión — como en el caso de la difusión del concepto, se trata de un enfoque flexible que alienta la adaptación y repetición de buenos programas y prácticas. Por medio de la interconexión, se puede establecer vínculos entre organizaciones, lo que dan lugar a un rápido aprendizaje interactivo así como a la difusión de enfoques o modelos particulares. Un ejemplo de este enfoque fue el proceso de «grupo de apoyo técnico», un esfuerzo de colaboración interorganismos apoyado por el UNICEF desde 1993 a 1995 para acelerar el aprendizaje organizacional y mejorar así la respuesta del UNICEF en los sectores de salud y desarrollo de los adolescentes y del VIH/SIDA. La participación directa de asociados clave, inclusive los organismos de la Naciones Unidas, fundaciones y otras organizaciones técnicas, fue un elemento crucial sobre todo por tratarse de un sector de trabajo donde la eficacia sólo se podía lograr mediante un intercambio de conocimientos que trascendiera intereses y programas organizativos demasiado limitados. En lugares donde entre 1991 y 1992 ninguna oficina del UNICEF participaba en programas de apoyo sobre el VIH/SIDA para adolescentes, a finales del mandato del grupo de apoyo técnico en 1995 había al menos 35 informes anuales nacionales en los que figuraban iniciativas en curso para adolescentes, jóvenes y VIH/SIDA (214, 32). La Fundación Internacional para la Juventud ha hecho especial hincapié en la necesidad de alentar la interconexión y el intercambio de información sobre las prácticas más adecuadas para el desarrollo positivo de la juventud. En 1991, la Fundación inició en todo el mundo una red internacional de programas de servicio a la juventud muy satisfactorios. Dada la importancia del contexto cultural, la Fundación ha insistido en las ventajas del intercambio de estrategias de programación o prácticas más adecuadas frente a la estrategia de «modelos» de programa.

- Construir sobre una infraestructura de grandes dimensiones — esto incluye al sistema escolar como institución clave capaz de incorporar programas de conjunto de educación sanitaria y, tal como lo ha recomendado el Comité de Expertos de la OMS sobre Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas, potenciar la idea de un entorno escolar totalmente sano que proporcione un lugar seguro a los alumnos y promueva la salud durante todo el día. La participación del sistema escolar en un proyecto belga de nutrición empezó con 35 escuelas entre 1991 y 1992 y, sin grandes dificultades, se amplió hasta abarcar 300 centros docentes con 80000 alumnos para finales de 1995 (C. Vandoorne, A. Poumay y M.L. Nieuwenhuyse, datos inéditos, 1995). En Botswana, el programa de educación entre iguales PACT (citado anteriormente) se inició en 11 escuelas de Gabarone y, en el espacio de tres años, se extendió a centros de enseñanza de otras ciudades y pueblos, alcanzando a todos los escolares del país para finales de 1996. Los factores clave en cada caso fueron la plena colaboración de profesores y alumnos y el reconocimiento y apoyo del gobierno al atender una necesidad de los jóvenes que estaba identificada (YWCA, datos inéditos, 1995).

Algunos asociados posibles en los países que pueden ayudar a lograr la programación a gran escala a nivel nacional

La función del gobierno como asociado principal en los países quizá sea obvia, pero es crucial mencionar su cometido y capacidad para ampliar programas con éxito. Aunque es conveniente ejercitar cierta cautela para que un programa no llegue a depender en exceso de fondos gubernamentales (siempre mejor que si se trata de fondos de un donante externo), el sector público desempeña una función capital a la hora de incorporar los programas con éxito a la corriente principal. Entre otras infraestructuras nacionales figuran las de los ministerios interesados (salud, educación, bienestar social, mujer y desarrollo, entre otros). En varios países, y específicamente destinados a los jóvenes, existen programas de los ministerios de juventud y salud o de juventud y deportes. El Ministerio de Juventud y Deporte de Malasia y la Unión de la Juventud de Vietnam han proporcionado excelentes redes para lograr una programación a gran escala y con intensa participación de los jóvenes.

Además del sector público, existen varias ONG nacionales de importancia que operan a los niveles nacional y subnacional en todos los países, y que también serían asociadas lógicas e importantes debido a su presencia en las comunidades y su potencial para la interconexión local. Otros asociados podrían ser las organizaciones

internacionales, con participantes jóvenes, que tienen redes nacionales en todo el mundo; figuran entre ellas los movimientos Scout y de Muchachas Guías, la YMCA y la YWCA. Existen además organizaciones internacionales como la Cruz Roja y la Media Luna Roja que tienen la misión de entrar en contacto con los jóvenes de las comunidades, y también organismos multilaterales como el UNICEF. Otra ONG internacional que ofrece apoyo de programación a oficinas nacionales y sectores específicos de programación de salud reproductiva, incluidos los adolescentes, es la IPPF. La importancia de formar parte de una red internacional no sólo radica en la oportunidad de aprender, intercambiar información y trabajar con homólogos de otros países, sino también aprovechar las economías de escala al intercambiar prototipos de materiales y guías de programación para facilitar la formación y la asistencia técnica. Además, una destacada presencia internacional es a menudo beneficiosa para relacionarse con donantes interesados y puede, por tanto, ayudar en la financiación.

Factores que han contribuido a la expansión satisfactoria de proyectos y programas

Los ejemplos de proyectos y programas concretos que se citan a continuación ilustran los diversos factores que se considera han contribuido a la satisfactoria expansión de los programas. Se trata de ejemplos que ya han sido anteriormente descritos en el presente informe.

- El apoyo del gobierno ha sido un elemento importante en la mayoría de los proyectos, tanto para su expansión como para su sostenibilidad. El proyecto PACT de Bostwana, que comenzó como una actividad de la YMCA financiada por el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI), amplió más adelante su base de financiación a varios donantes internacionales y finalmente ha empezado a recibir fondos gubernamentales de los Ministerios de Educación y Salud así como del Consejo para el Desarrollo de la Población de Bostwana (YWCA, datos inéditos, 1995).
- La propaganda de los gestores del proyecto ante dirigentes nacionales ha desembocado en un mayor apoyo, tal como ponen de manifiesto varios esfuerzos, incluido el éxito de PACT al conseguir apoyo del gobierno nacional. Eso se debió a las estrategias de promoción dirigidas a políticos, destacadas instancias normativas, directores de centros docentes, profesores y departamentos gubernamentales interesados en población y desarrollo. Otros ejemplos son iniciativas como «Cities in Schools» en los Estados

Unidos, (8), «Butterflies» (8) y «Project Alternatives» (D. C. Kaminsky, datos inéditos, 1995).

- Las asociaciones multisectoriales entre el Gobierno de Uganda, el PNUAF y algunas ONG quedan ejemplificadas en las estrategias de aplicación del Programa para Potenciar la Vida Reproductiva de los Adolescentes (PEARL) (215), que se iniciaron entre 1995 y 1996 como esfuerzo experimental en cuatro distritos y ahora se están extendiendo a cuatro distritos más por año durante el periodo 1997-2000.
- Dirección y gestión firmes, combinadas con la confianza generada por el proyecto, quedan ilustradas por SERVOL (G. Robinson, datos inéditos, 1995b).
- El proyecto belga de nutrición ilustra la estabilidad financiera que garantiza la expansión (C. Vandoorne, A. Poumay y M.L. Nieuwenhuyse, datos inéditos, 1995).
- La adquisición de capacidades ha sido un rasgo común de la mayoría de los proyectos y en particular de UMATI (N. B. Katunzi, datos inéditos, 1995) que logró extender de manera progresiva un modelo de formación por varios distritos. Todos los proyectos elaboraron sus directrices y planes de estudios propios que se utilizaron en el proceso de expansión.
- La participación de la juventud y de la comunidad fue un rasgo común de todos esos proyectos, y los organizadores la consideraron un factor crucial para su éxito.
- La demanda de actividades por parte de clientes independientes se ha identificado como un factor importante a tener en cuenta dado que la expansión sólo tendrá éxito si las actividades de aplicación satisfacen una demanda real y unas necesidades auténticas.

Algunos ejemplos de programación a gran escala

Varios proyectos se han integrado en instituciones existentes a nivel nacional o en sistemas que se prestan a la expansión, una vez que la metodología se acepta y se confirma su utilidad. Algunos ejemplos son:

- Los medios de comunicación, como en el caso del proyecto *Dehleez* para la radio en la India, específicamente dirigido a los jóvenes, mediante un serial radiofónico dramático orientado a aumentar su sensibilización y conocimientos acerca de temas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva. Además de la participación interactiva de los oyentes, el programa es muy popular y satis-

factorio y está siendo muy difundido por Air India, que lo va a traducir a otros idiomas indios. La radio es una manera de llegar a todas las zonas rurales, y este proyecto confirma además el éxito de una ONG nacional que trabaja con el sector privado — la radio comercial — para lograr una cobertura más amplia de una programación importante para la salud de los jóvenes (G. Giridhar, datos inéditos, 1995a).

- Los clubes juveniles locales fueron creados por la Unión de la Juventud Vietnamita utilizando la estructura administrativa nacional descentralizada para abarcar todos los distritos del país. Se han creado más de 1000 clubes, cada uno de los cuales se expande de manera independiente dentro de su propia comunidad. Los factores más importantes son el firme apoyo del gobierno y un diseño de proyecto basado en la «participación de los jóvenes», una reconocida clave para el éxito (C. Serrano, datos inéditos, 1995).

Sostenimiento de la programación a gran escala

No existen soluciones fáciles a las cuestiones que se plantean con frecuencia acerca de cómo sostener un programa a lo largo del tiempo. Las preocupaciones sobre sostenibilidad están en el orden del día de la mayor parte de gobiernos, organizaciones, donantes y, desde luego, comunidades, y se necesita claridad operacional y algunos ejemplos de las prácticas más adecuadas. Existen, sin embargo, algunos componentes típicos de proyectos y programas que se cree contribuyen a su sostenibilidad. Figuran entre ellos factores financieros, contextuales (pertinencia, compromiso político, responder a necesidades locales), institucionales (capacidad, pericia técnica), recursos humanos (capacidad y gestión), ambientales (impacto).

La sostenibilidad financiera de los proyectos ha sido la primera cuestión, y la más evidente, en que se centraron los primeros estudios, y sigue siendo la preocupación más importante de los donantes. En general, dado que la sostenibilidad financiera se evalúa con frecuencia durante la vida del proyecto o programa, revisar su viabilidad es normalmente lanzar una mirada hacia el futuro, basándose en las tendencias del momento. A corto plazo, confiar en la sostenibilidad financiera no es realista para la mayoría de los proyectos y programas. Para ello se requiere desde el comienzo una orientación a minimizar la dependencia de donantes externos y, cuando menos, a «repartir» la base de la financiación entre varios donantes.

Un esfuerzo concreto para potenciar la sostenibilidad financiera es la compartición de costos, una tendencia relativamente nueva que ha desembocado en nuevas asociaciones para financiación, en las que

participan comunidades (216) y medios de comunicación así como el sector empresarial (119).

El sector de la capacidad institucional y de la adquisición de capacidades también ha recibido atención, aunque no es fácil describirlo analíticamente por cuanto los métodos e instrumentos para evaluarlo no se han explorado, identificado y desarrollado con eficacia. Los vacíos en este campo de trabajo se han de tratar por medio de actividades sistemáticas de cooperación e intercambio de experiencias entre todos los asociados: donantes, organismos multilaterales, gobiernos, ONG e instituciones de investigación. Existen, sin embargo, algunas pruebas provisionales de que la habilidad para lograr la sostenibilidad institucional quizá también esté ligada con frecuencia a la habilidad para lograr la sostenibilidad financiera (217).

10. Vigilancia y evaluación

10.1 Antecedentes

Muchos interesados quieren saber, cada vez con más frecuencia, qué es exactamente lo que se está logrando mediante el esfuerzo y los recursos invertidos en los programas. Las instancias normativas y quienes dispensan los servicios quieren saber lo que cuestan los programas, cómo están funcionando, cómo maximizar las aportaciones complementarias y reducir al mínimo la duplicación y quieren basar sus decisiones en datos y pruebas. La vigilancia y la evaluación son funciones cruciales precisamente para ese fin, para suministrar las pruebas de lo que está sucediendo basadas en datos de los que pueden hacer acopio todas las partes interesadas. La importancia de ambos procesos para cualquier desarrollo y aplicación sistemáticos de la estrategia del programa se está haciendo cada vez más palmaria. Por consiguiente, la buena vigilancia y evaluación no sólo aseguran que los programas rindan cuentas a todos los interesados — incluidos comunidades, personal del programa, gobiernos, organismos y donantes — sino que proporcionen también retroinformación operacional para asegurar la reorientación estratégica y la potenciación de intervenciones concretas. Por encima de todo, existe un urgente desafío de salud pública: el de entender las complejas interacciones de todos los diferentes factores que contribuyen a los resultados positivos en materia de salud y desarrollo de los adolescentes, de manera que sea posible revisar debidamente las estrategias programáticas, mejorando de esa manera la eficacia de la intervención. Por todas esas razones, es vital la vigilancia y evaluación de los programas.

La vigilancia y la evaluación se deben emprender para conseguir información que permita adoptar decisiones y actuar. Incluso cuando los datos se recogen de manera sistemática, con demasiada frecuencia se destinan recursos valiosos al proceso de acopio más que al de análisis, interpretación y uso de la información. Sólo se deben recoger datos que sean utilizables, para permitir otros usos alternativos de los escasos recursos del programa. También es importante averiguar no sólo lo que se está haciendo (y cómo) y qué es lo que se está consiguiendo, sino también qué es lo que no funciona y por qué. La vigilancia y la evaluación bien diseñadas nos permiten de ese modo conseguir resultados planeados y no planeados de actividades, tanto positivos como negativos, y sus razones. De igual importancia es aprender a partir de lo que no ha funcionado en lugar de concentrarse tan sólo en lo que sí, que es el enfoque habitual. Para que su valor sea máximo, la vigilancia y la evaluación deben incorporarse al desarrollo del programa desde el comienzo y ser parte integral del proceso de planificación. Cuanto más claros sean los objetivos, las estrategias y los destinatarios específicos del programa, más factibles y útiles serán la vigilancia y la evaluación. Además, la vigilancia continua del proceso y del resultado, junto con las evaluaciones periódicas, es más valiosa que una única evaluación después de completar el programa. Tanto la vigilancia como la evaluación se han definido de distintas maneras, dependiendo de los aspectos particulares de cada una que desean subrayar quienes trabajan con programas de salud pública (recuadro 28).

La vigilancia y la evaluación son necesarias a nivel internacional, nacional y local, dado que la información necesaria para comparaciones internacionales, promoción, establecimiento de metas nacionales y movilización pública con frecuencia no proporciona respuestas sobre qué tipo de intervenciones es necesario emprender a los niveles locales. En consecuencia, se debe considerar un conjunto más detallado y diversificado de cuestiones sobre todo a niveles subnacionales, con el fin de tratar metas y problemas concretos de desarrollo. Existe una necesidad cada vez mayor de igualdad de asociación y de diálogo entre donantes y países en desarrollo para definir conceptos emergentes de salud y desarrollo de los adolescentes al tiempo que se busca el consenso sobre cómo medir y documentar esfuerzos satisfactorios que estén centrados en la juventud, se orienten hacia el desarrollo positivo, fomenten relaciones positivas con adultos y aprovechen recursos locales ya existentes, entre otras iniciativas.

Cada vez más, la naturaleza cultural e interpretativa de muchos de los cambios deseados en los resultados de actitudes y comportamientos

Recuadro 28**Vigilancia y evaluación — algunas definiciones****Vigilancia**

La OMS define la vigilancia como el seguimiento continuo de actividades para asegurar que proceden de acuerdo con el plan establecido. Algunos programas especifican además la inclusión de «los procesos de medir qué servicios está dispensando un programa, qué cantidad de servicio está dispensando un programa, quién está dispensando los servicios y quién los está recibiendo» (218). Según el UNICEF (219), vigilancia es «la supervisión periódica de la aplicación de una actividad que se propone establecer la medida en que la prestación de aportaciones, los horarios de trabajo, otras acciones requeridas y los rendimientos previstos proceden de acuerdo con lo planeado, de manera que se puedan adoptar las medidas oportunas para corregir las deficiencias detectadas».

Evaluación

Evaluar significa «determinar el valor o valía de», de acuerdo con su raíz latina. Saber qué influencia tienen los programas motiva, para un esfuerzo renovado, a quienes trabajan en ellos y a quienes los apoyan. Aunque las evaluaciones pueden ser retrospectivas, por lo que se refiere a su finalidad miran esencialmente hacia adelante. La evaluación aplica las lecciones de la experiencia a las decisiones sobre programas presentes y futuros. La buena evaluación presenta alternativas a la consideración de las instancias decisorias. La evaluación puede ser un excelente instrumento de aprendizaje así como un medio para mejorar el rendimiento del programa y de comprobar una gestión responsable. Dicho de manera más formal, la evaluación es un proceso que trata de determinar de la manera más sistemática y objetiva posible la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de unas actividades a la luz de objetivos especificados. Es un instrumento de aprendizaje y de gestión orientada a la acción y un proceso organizativo para mejorar tanto las actividades presentes como la planificación, programación y toma de decisiones del futuro (219).

La evaluación de un programa se puede considerar como la valoración sistemática de la pertinencia, la adecuación, la eficacia, la eficiencia y el impacto de un programa. El Programa de la OMS sobre Abuso de Sustancias define la evaluación del proceso como la valoración del funcionamiento de un programa, con el propósito de responder a preguntas concretas sobre su operación (218). Dos de las preguntas más importantes son:

- ¿se están llevando a cabo las actividades planeadas?
- ¿satisface el programa las necesidades de la población destinataria?

La evaluación del resultado se emprende para descubrir si los objetivos a corto plazo del programa se están logrando. La mayoría de las evaluaciones de resultados se centran en determinar cambios en el comportamiento y/o en el estado de salud.

adolescentes requiere el uso de información cualitativa complementaria en apoyo de la información tradicional cuantitativa estadística que en general se ha venido recogiendo. Los datos cualitativos se deben recoger y analizar con rigor científico con el fin de evaluar mejor la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Esto tiene especial importancia cuando la salud y el bienestar, además de las estadísticas sobre mortalidad y morbilidad, pasan a ser el centro de atención. Se necesitan métodos cualitativos para valorar cuestiones programáticas como el grado de participación de los jóvenes, el grado en que se ha aplicado un enfoque multisectorial, cambios en las opiniones de personas influyentes de la comunidad así como de los mismos jóvenes, y cambios en las políticas que procedan de resultados de la programación. De esa manera los datos cualitativos pueden proporcionar información vital sobre valores, normas, conocimientos y principios de acción utilizados por los actores sociales, incluidos los adolescentes, para interpretar sus experiencias y dar sentido a sus prácticas e interacciones sociales (220). Entre las técnicas más utilizadas para el acopio de datos cualitativos figuran la observación, las entrevistas exhaustivas y los grupos focales. Conjuntamente, los datos cuantitativos y cualitativos proporcionan un cuadro más detallado y pertinente de lo que está sucediendo, por qué está sucediendo así y qué se puede hacer para mejorar la situación de los adolescentes y de sus comunidades.

En general, las encuestas a gran escala se han considerado como el mejor método para la evaluación oficial de un programa. Tales encuestas cuantitativas permiten el acopio de datos de un número muy elevado de personas de maneras normalizadas, lo que facilita las comparaciones entre comunidades, países y periodos de tiempo. Aislados, sin embargo, son con frecuencia insuficientes para proporcionar el tipo de información exhaustiva requerida para entender la complejidad del comportamiento humano, y para formular estrategias y programas de prevención y de control. Tal como se ha analizado en otro lugar (221), la información cualitativa ha de generarse sobre los mismos temas de manera que permita un entendimiento más detallado, más rápido y, con frecuencia, más preciso de las características sociales y culturales subyacentes que influyen en pautas concretas de comportamiento o están asociadas con ellas (222).

En ocasiones puede ser difícil conseguir que la gente entienda la utilidad de la vigilancia y la evaluación. porque cabe ver esas actividades como ejercicios académicos que llevan mucho tiempo, son costosos y requieren especialistas muy cualificados para realizarlos o interpretarlos. De hecho, funcionarios locales y grupos comunitarios

practican con frecuencia vigilancia y evaluación oficiosas, y el fortalecimiento de competencias y actividades que ya existen puede ser todo lo que se requiere para un componente eficaz de evaluación. Desmitificar el proceso de evaluación ha de potenciar probablemente su aceptabilidad y es el primer paso para la apropiación del proceso y de los resultados, de manera que las personas se convenzan de su propio valor y asuman la responsabilidad de la toma de decisiones. Adiestrar a dirigentes comunitarios en evaluación puede fortalecer su habilidad para planear y llevar a cabo actividades de desarrollo (223). Tales enfoques llevan de manera natural al desarrollo de la capacidad local, una cuestión que tiene consecuencias y repercusiones no sólo para la vigilancia y la evaluación sino para todos los aspectos de la aplicación de los programas. Una lección surgida de la experiencia directa ha sido que los resultados de la evaluación son mucho menos útiles si quienes los utilizan no participan en los estadios de planificación y aplicación de la evaluación (224).

Entre los obstáculos comunes para realizar evaluaciones figuran:

- fondos inadecuados para financiar el acopio y el análisis de los datos, el diseño de los sistemas de información, la asistencia técnica o la contratación de personal con pericia en evaluación;
- compromiso limitado o no institucional en la evaluación porque el personal no cree que la evaluación tenga valor, excepto para justificar gastos ante los donantes;
- falta de tiempo para que el personal diseñe y haga operacional un plan de evaluación;
- confusión sobre qué metodología utilizar (para medir ya sea el proceso o los resultados);
- falta de modelos adecuados de evaluación para adaptarlos a los programas propios;
- deficiente diseño y gestión del programa, lo que hace difícil definir qué se debe hacer y qué se debe vigilar y evaluar;
- indicadores inadecuados con que medir resultados en el caso de los adolescentes.

Se ha señalado (65) que el sector de la salud pública tiene a menudo expectativas ingenuas acerca de los efectos de la promoción a gran escala de la salud. En la industria, incluso un cambio del 1% en la participación en el mercado puede ser un éxito importante. En la salud pública, los instrumentos de medición sólo son capaces de detectar cambios importantes, por lo que muchas campañas de educación a gran escala se rechazan como fallidas aunque, a la larga, quizá tengan consecuencias importantes sobre la situación de la salud pública. Así por ejemplo, incluso una mínima reducción en la

proporción de fumadores representaría una inversión importante en prolongación de vidas y reducción de costos sanitarios. En países con recursos cada vez más limitados, nunca ha sido mayor la necesidad de una vigilancia y evaluación cada vez más precisa y matizada de programas diseñados para mejorar la calidad de la vida humana.

En el sector de la salud y el desarrollo de los adolescentes, donde los resultados comportamentales son con frecuencia para un contexto determinado, la vigilancia y la evaluación del programa pueden proporcionar un entendimiento más básico y sistemático de las preocupaciones de los jóvenes, así como de los asuntos y las situaciones con que han de enfrentarse. Aunque los problemas que experimentan los jóvenes — que surgen, por ejemplo, del comportamiento y las relaciones sexuales, la violencia y el uso del tabaco, del alcohol y otras drogas — comparten cierto número de antecedentes comunes, la frecuencia y la naturaleza de tales problemas se ven muy afectadas por influencias ambientales. La eficacia de las intervenciones para mitigar o potenciar esas influencias ambientales puede determinarse mediante la vigilancia y la evaluación. Esa información se puede luego utilizar para hacer cambios o proporcionar justificación que permita continuar realizando intervenciones eficaces.

La vigilancia y la evaluación se deben utilizar para diseñar intervenciones que respondan a las necesidades de diferentes grupos de jóvenes así como para demostrar el valor de la participación de los jóvenes en la planificación, aplicación y evaluación de esas intervenciones. También proporcionan retroinformación sobre las actitudes que prevalecen en la comunidad — enseñantes, padres y otras figuras destacadas — acerca de los programas: cómo se puede lograr un enfoque multisectorial; cómo obtener y sostener el apoyo de la comunidad; los éxitos de la comunidad y sus problemas. Esa información se puede utilizar para introducir cambios o justificar la continuación de intervenciones eficaces.

Es igualmente importante que la vigilancia y la evaluación adecuadas pueden proporcionar prueba documental de que un programa está llegando a los jóvenes (cobertura), que ellos lo valoran (calidad) y que es eficaz (porque tiene un impacto positivo sobre conocimientos, actitudes, comportamiento y salud). Esos resultados ayudan a conseguir el apoyo de una amplia diversidad de actores, inclusive el gobierno, las mismas comunidades y las organizaciones donantes.

Un ejemplo de un proyecto que tiene en cuenta la influencia del entorno para mediar en la violencia que experimentan los jóvenes y que cuenta con un marco de vigilancia y evaluación como compo-

nente integral de su plan de acción es el Proyecto Chicago para la Prevención de la Violencia. Ese proyecto utiliza, a la hora de resolver problemas, los puntos fuertes de los mismos jóvenes en estrecha asociación con sus comunidades (familias, policía, autoridades municipales, formación profesional y apoyo en el trabajo), el sistema de salud, el sistema educativo y el sistema judicial.

Se trata de un proyecto que tiene como destinatarios a los jóvenes infractores más expuestos, para proporcionarles sanciones graduadas, con vigilancia y control de la comunidad, y el apoyo de la policía, que también proporciona protección a víctimas anteriores y probables. Se proporcionan además oportunidades de formación profesional, así como programas supervisados, de desarrollo y recreativos, para después de las clases. A los jóvenes se les ofrecen oportunidades de participar desempeñando cometidos valiosos en sus comunidades así como apoyo en el empleo. También se hace mucho hincapié en promover y hacer respetar normas contra la violencia por medio de la educación pública de la comunidad.

Como ilustra el ejemplo de Chicago, la vigilancia y la evaluación en el sector de la programación para la salud de los adolescentes presenta retos muy especiales por diversas razones (véase el cuadro 7). Esos programas tratan distintos problemas, incluyen a menudo múltiples organismos y clientes y cambian a lo largo del tiempo para satisfacer necesidades en evolución. Por añadidura, trabajar con adolescentes que se hallan en una etapa crítica de desarrollo en torno a la pubertad puede implicar que surjan temas muy delicados, aptos para provocar controversia en el seno de las comunidades (G. Slutkin, comunicación personal, 1997).

Algunos de los métodos ensayados y probados de llevar a cabo evaluación con adultos no funcionan bien con jóvenes, y hace falta elaborar métodos nuevos y creativos de acopio de datos que sean interesantes para los jóvenes sin ser indiscretos. Además, es necesario que en los enfoques de vigilancia y evaluación utilizados intervengan los jóvenes de maneras participativas e interactivas, y eso, por sí solo, plantea problemas especiales de medición. De nuevo, si bien los resultados comportamentales de los adolescentes son a menudo específicos según el contexto, muchas metodologías establecidas para el acopio de datos no son con frecuencia fácilmente transferibles ni universalmente aplicables a todos los contextos culturales. El proceso de intercambiar experiencias entre los llamados países «en desarrollo» y «desarrollados» requiere una mayor facilitación, dado que existe una falta de documentación sobre intercambio de experiencias específicas en contextos de países en desarrollo. Entre

Cuadro 7

Violencia juvenil — ejemplo de evaluación del Proyecto Chicago, Estados Unidos

Metas	Estrategias→	Indicadores de estrategia→	Indicadores intermedios→	Indicadores de resultado
Seguridad	*Red para crisis *Reducción de las armas de fuego *Libertad condicional/control *Ubicaciones vulnerables	*Notificación y respuestas *Eficacia *Vigilancia de puntos conflictivos	*Situaciones evitadas *Llevar armas de fuego	
Oportunidad	*Programas después de clase *Vínculos y apoyo en el trabajo	*Disponibilidad de programas para jóvenes — después de clase — apoyo en el trabajo	*Jóvenes en actividades productivas u orientados hacia ellas	✓Lugares, periodos seguros ✓Sentimiento de seguridad
Normas	*Educación pública — no violencia --- acciones alternativas concretas	*Mensajes distribuidos y recibidos	*Comportamiento en circunstancias concretas	✓Cifra de agresiones ✓Cifra de asesinatos
Atención	*Relaciones de asesoramiento		*Joven con adulto comprensivo	

(G. Slutkin, comunicación personal, 1997)

los obstáculos para este proceso figuran las diferencias de lenguaje y una falta de apreciación de la diversidad cultural y de las opiniones contrapuestas sobre la adolescencia. Algunas de las cuestiones relacionadas con el programa que plantean retos para la evaluación de los programas para la salud y el desarrollo de los adolescentes son las siguientes (225):

- Definir la participación en el programa y la unidad de análisis — la participación en los programas para la juventud es difícil de definir dado que muchos programas tienen puntos flexibles de acceso y de salida. Además no está claro si deben evaluarse las ventajas logradas por beneficiarios indirectos del programa como padres, novios y novias. La experiencia ha mostrado que se debe seguir a los participantes desde el punto de acceso y realizar el seguimiento de todas las actividades importantes de los programas.
- Evaluar la relación entre participación y resultados — en muchos programas la atribución a grupos de tratamiento está basada en necesidades individuales y no es aleatoria, siendo los adolescentes que tienen problemas mayores quienes reciben los servicios más intensivos. Ello hace inadecuadas las comparaciones de resultados en el caso de no usuarios o de quienes usan los servicios con menos frecuencia. Los datos sobre riesgos y necesidades de participantes, en consecuencia, deben reunirse en el momento de la incorporación para utilizarlos luego en un diseño «pre-post».
- Determinación de los servicios recibidos por los participantes — con el fin de averiguar la integración eficaz de los servicios, es esencial la documentación de clientes enviados a otros centros, pero lleva mucho tiempo y es difícil, y requiere acuerdos escritos sobre intercambio de información.
- Desarrollar acuerdos comunes entre organizaciones sobre las metas del programa — es esencial generar consenso entre los organismos sobre metas y estrategias del programa con anterioridad a su iniciación.
- Documentar la prestación de servicios por organismos múltiples — se necesita elaborar pronto en el proceso de planificación un sistema para recoger datos sobre quién recibió qué tipo y qué volumen de servicios.
- Medir los efectos del sistema de prestación de servicios — las evaluaciones han de estar en condiciones de medir hasta qué punto se han integrado los servicios.

Debido a la etapa del ciclo vital en el que se encuentran los adolescentes, los beneficios de intervenciones diseñadas para ellos quizá sólo aparezcan decenios más tarde. Puesto que sólo una evaluación a largo plazo determinaría el impacto de las inter-

venciones, eso requeriría una inversión de tiempo y dinero que algunos quizá prefieran destinar a necesidades y problemas más apremiantes, que exigen atención y recursos inmediatos.

Un programa innovador para adolescentes que ha contado con una reciente evaluación formativa al cabo de un año de operación es el Programa del Gobierno de Uganda para Potenciar la Vida Reproductiva de los Adolescentes (PEARL), apoyado por la oficina nacional del PNUAF (226). PEARL se propone potenciar la salud reproductiva de los jóvenes ugandeses (de 10 a 24 años) proporcionándoles servicios adecuados de salud y orientación y alentado a los dirigentes de distrito y comunitarios a desempeñar un papel activo en la ejecución de las actividades. Hasta diciembre de 1996 el programa se había aplicado de manera experimental en cuatro de los 39 distritos de Uganda, y se planea una ampliación progresiva a cuatro distritos más por año durante el periodo 1997–2000. Los cuatro sectores amplios en los que interviene el PEARL son:

- el medio sociocultural y político;
- los adolescentes mismos;
- la prestación de servicios de orientación sobre salud reproductiva;
- la coordinación y adquisición de capacidades.

PEARL se propone crear un centro comunitario polivalente para adolescentes que facilite el proceso de crecer si se cultiva un medio sociocultural y político acogedor y de apoyo; si los adolescentes están equipados con competencias e instrumentos para la orientación entre iguales; si se dispone de información y orientación de calidad sobre salud reproductiva por parte de personal bien formado; y si se desarrolla una capacidad sostenible y coordinada de prestación de servicios de salud reproductiva fáciles de usar para los jóvenes.

Se debe señalar que la evaluación temprana del programa PEARL, tan sólo un año después de que comenzara a funcionar, no ha permitido disponer de tiempo suficiente para ver resultados importantes o sostenibles. Sería mejor repetir la evaluación al menos dos años después para confirmar si las tendencias persisten en la dirección que se indica seguidamente:

- Existe una demanda creciente de orientación y de servicios de salud. A los adolescentes se les permite debatir libremente temas anteriormente tabúes como embarazos no planificados y complicaciones post-aborto.
- Se han reducido los problemas de salud reproductiva y sus ramificaciones, y se han producido cambios en las actitudes y los comportamientos de búsqueda de la salud, así como una mejor

percepción de los riesgos por parte de los adolescentes, sobre todo los relacionados con embarazos no deseados, abortos incompletos, ITS y VIH/SIDA.

- El enfoque inclusivo y participatorio, orientado hacia las tareas (el concepto PEARL) y adoptado en todas las etapas de aplicación del programa, ha facilitado una comprensión más pormenorizada de las preocupaciones reproductivas de los adolescentes y su integración en el sistema de prestación de servicios existente en la comunidad.
- La participación de los adolescentes como ejecutores y la potenciación al máximo de los recursos comunitarios y de los servicios de salud existentes ha demostrado ser rentable.
- El desarrollo de los recursos humanos y la adquisición institucional de capacidades ha tenido lugar a nivel central, distrital y de subcondado.
- La red institucional ha facilitado una rápida difusión de las actividades del programa a una considerable proporción de la comunidad en los distritos experimentales. El enfoque PEARL ha tenido un efecto multiplicador y se ha introducido en otros distritos por medio de la colaboración con otros programas como Educación para la Vida de Familia y la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos.

En un informe mundial del FNUAP sobre programas de salud reproductiva para los adolescentes (84) se ha recomendado que los esfuerzos de investigación en colaboración sean parte intrínseca del programa de vigilancia y evaluación. Tales colaboraciones pueden realizarse entre programadores e institutos académicos «exteriores» y otros organismos que están en condiciones de investigar. El informe — sobre salud reproductiva de los adolescentes en ocho países — descubrió que cuando intervenía la universidad o se contaba con el patrocinio de ONG importantes, las evaluaciones tendían a ser de calidad elevada, mientras que cuando el proyecto funcionaba por su cuenta, se hacían valoraciones muy superficiales. En el informe se identifican también tres deficiencias importantes que perduran en la vigilancia y evaluación de los programas para la salud reproductiva de los adolescentes:

- Persisten vacíos cruciales en los temas cubiertos.
- En el acopio y presentación de datos no se ha conseguido hacer el desglose por grupos de edad, lo que enmascara diferencias importantes en comportamiento y necesidades.
- Las conclusiones no están disponibles para utilizarlas en la elaboración de programas y políticas.

En el informe se señala que esas deficiencias se pueden reducir al mínimo mediante la participación de un organismo solvente que supervise el programa de investigación. Por añadidura, los métodos de acopio de datos deben incluir el desglose por sexos y grupos de edad — incluso el grupo de edad de 15 a 19 es demasiado amplio, de la misma manera que las experiencias de los jóvenes de 15 años son muy distintas de las de quienes tienen 19. Por último, los resultados de la investigación se deben difundir de manera amplia, y una manera de hacerlo es crear un centro de intercambio de información para la difusión de las conclusiones así como para la realización de investigaciones.

10.2 Establecimiento y utilización de indicadores

Con el fin de facilitar la vigilancia y la evaluación sistemáticas es necesario hacer que los indicadores sean parte del diseño del programa desde sus fases de iniciación y planificación, tal como se ha mencionado antes. Eso se hace operacional generalmente por medio de un análisis o valoración de situación con el fin de determinar la situación existente (valores de base) para los adolescentes y los problemas que requieren intervenciones. Eso lleva al desarrollo de un plan de programa, en el que se definen los objetivos que se desea alcanzar, de un plan de aplicación con iniciativas concretas de intervención, y de un plan de vigilancia y evaluación tal como se indica en el recuadro 29. Los indicadores son una parte crítica de este proceso y su especificación debe proceder de los objetivos y actividades planeados, prestando atención a cómo se medirán. El proceso de medición depende, por tanto, de manera central, de la definición y selección de indicadores, a partir de la base de qué resultados de acciones son los que se miden. La medición tiene un cuenta tanto el proceso como el resultado de los esfuerzos.

«Los indicadores son descriptores de resultados, productos o cambios proyectados que se utilizan como prueba observable para medir el impacto de intervenciones ... Los indicadores son hechos, opiniones, sucesos, etc. que definen el rendimiento estándar, o que se deben alcanzar para obtener los resultados planeados» (227). Los indicadores son más eficaces cuando se los define desde la etapa de planificación, de manera que los objetivos puedan definirse para ser mensurables. Cuando eso no es posible, pero se considera que el indicador es importante, hay que elaborar un método para su medición. Un indicador contiene los siguientes elementos (212):

- los participantes o beneficiarios escogidos para la intervención (¿quién?);
- las cualidades/comportamiento/condiciones/competencias que cambian/ocurren/se desarrollan (¿qué?);

Recuadro 29

El curso de la vigilancia y la evaluación

Para que la vigilancia y la evaluación sean eficaces, es necesario establecer primero una base de información, esencial para identificar cambios. Idealmente, los resultados de un análisis situacional completo deben estar disponibles como resultado del proceso de valorar prioridades para la acción, tal como se describe en la sección 8. Al mismo tiempo, han de instalarse sistemas para vigilar y anotar la información conseguida, y se han de tomar decisiones sobre qué información de salud se vigilará. Ha de tenerse constancia de la utilidad de la información que los programas han de proporcionar de manera sistemática, así como que merece el tiempo y el dinero necesarios para recogerla. También deben concretarse desde el comienzo las maneras en que esa información se va a utilizar. Todo ello representa un reto importante porque a menudo no existe consenso sobre qué información se debe recoger. La secuencia que sigue resume éstos y otros pasos ulteriores en el proceso de conjunto de vigilancia y evaluación, y representa una versión generalizada y abreviada del enfoque actualmente adoptado por el UNICEF (222).

Las tareas, durante la etapa de análisis situacional, se ocupan de:

- la identificación de los datos de base o medios para recopilarlos;
- la agregación y el desglose de datos y análisis de tendencias y perspectivas;
- el análisis de necesidades y la identificación de obstáculos y posibilidades de acción.

Las tareas, durante la preparación del programa, tienen que ver con:

- asegurar que los objetivos son lo más concretos posible;
- elaborar indicadores para definir el éxito o el progreso;
- planear la vigilancia y la evaluación;
- valorar la capacidad nacional para los programas de vigilancia y evaluación;
- proporcionar oportunidades para el intercambio, el análisis y la utilización de los resultados.

Entre las tareas que se han de realizar durante la ejecución del programa figuran:

- asegurar que el acopio de datos procede de acuerdo con el plan de vigilancia;
- examinar los informes ordinarios sobre los progresos, comparando los reales con los previstos;
- identificar formación adicional, asistencia técnica y otros recursos que sean necesarios;
- suministrar retroinformación a las partes interesadas.

Las tareas durante la evaluación del programa implican:

- evaluación de resultados;
- debatir la evaluación con los ministerios correspondientes y otros asociados en el programa;

Recuadro 29 (continuación)

- alcanzar un acuerdo sobre la audiencia y los propósitos de la evaluación;
- obtener acuerdo sobre los términos de referencia;
- asegurar la aplicación de las recomendaciones, y utilizar los resultados de la evaluación en el programa presente y en los programas futuros.

El «Resultado» se ha definido (226) como los cambios observados a nivel de población entre miembros de la población destinataria a consecuencia de un programa o intervención determinados. Existen dos clases de resultado:

- Efectos — se trata de cambios a corto o medio plazo (2–5 años) en un comportamiento promovido por el programa.
- Repercusiones — se trata de cambios que se producen a plazo más largo en las tasas de fecundidad, morbilidad o mortalidad — o «efecto de conjunto sobre el estado de salud y el desarrollo socioeconómico» (glosario de la OMS).

- cuantificación o cuánto cambio se producirá o a cuántos (¿cuánto?);
- el periodo de tiempo durante el cual ocurrirá el cambio (¿cuándo?);
- la ubicación de la población destinataria (¿dónde?).

Por ejemplo: la cifra (cuantificación) de mujeres jóvenes entre los 15 y 24 años de bajos ingresos (beneficiarias) que participan en programas de créditos rotatorios (cualidades) en la ciudad de Machala (dónde) al final de un periodo de 12 meses (tiempo); número de reuniones mantenidas (cuantitativa); sentimiento de autoestima (cualitativo). Esos indicadores proporcionan un punto de referencia para la vigilancia continua durante un periodo de 12 meses, así como para la evaluación (al final de 12 meses, sobre si se han alcanzado las metas propuestas y por qué, o en caso contrario, por qué no).

Todavía no se ha conseguido un consenso definitivo sobre cuál debe ser el conjunto de indicadores de base que se han de usar para evaluar y vigilar la salud y el desarrollo de los jóvenes. Eso ha dificultado las comparaciones entre países y dentro de un mismo país. Existe acuerdo, sin embargo, en que los indicadores elegidos deben ser viables, válidos en culturas diferentes, repetibles y, preferiblemente, sencillos y baratos (25). La capacidad para vigilar indicadores es sin duda un problema en muchos países. Mejor que obtener una información escasa sobre un amplio abanico de indicadores, será más

provechoso a la larga centrarse en un número reducido, relacionado con las prioridades nacionales para la salud de los adolescentes, y para los que sea posible obtener datos precisos.

Tradicionalmente, el principal indicador de «salud» utilizado por los planificadores sanitarios, instancias normativas, investigadores y personal de los programas ha sido la mortalidad. Aunque el acopio de datos sobre niveles de mortalidad y morbilidad es muy importante, existen claras limitaciones para su uso como indicadores principales de la salud de los adolescentes. La importancia de la salud y del comportamiento relacionado con la salud de los jóvenes se subestima terriblemente si el único criterio utilizado son los niveles presentes de mortalidad y morbilidad. Además de tales mediciones, será necesario emplear, al máximo posible, indicadores de salud y comportamiento positivos y de desarrollo adolescente, y todos ellos desglosados, siempre que sea posible, por edad y sexo.

Son necesarios indicadores en los sectores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, uso de tabaco, alcohol y otras drogas, hábitos alimentarios, higiene bucodental, estado nutricional, suicidio y agresión, entre otros. La elaboración de indicadores positivos de bienestar, salud y desarrollo es un reto especial, y el acopio sistemático de información sobre el comportamiento relacionado con la salud de los jóvenes será un paso crucial en esa dirección. De hecho, no es posible elaborar programas adecuados de investigación y de intervención hasta que, por lo menos, se hayan obtenido cuatro categorías de datos sobre los jóvenes:

- los relacionados con la salud, como mortalidad, morbilidad y discapacidad;
- los subjetivos, como las percepciones de enfermedad y de riesgo personal manifestadas por los mismos jóvenes;
- los comportamentales, como abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias, prácticas sexuales, higiene general y bucodental, dieta, ejercicio, uso de dispositivos de protección, competencias interpersonales, gestión del estrés;
- los indicadores positivos de bienestar, resultados y desarrollo sano.

También es necesario saber no sólo cuáles son los principales problemas de salud y desarrollo de ese grupo de edad sino también cómo cada etapa individual de desarrollo físico, psicológico y social interactúa con la salud y la enfermedad en ese mismo grupo. Para ese fin han sido útiles las encuestas en gran escala con base en la población para recopilar información y saber más sobre cuestiones relacionadas con la salud de los adolescentes en muchos países

desarrollados. En algunos países eso se ha hecho mediante el estudio de la asociación entre comportamientos de riesgo, modos de vida emergentes y las morbilidades más importantes de la adolescencia y la edad adulta (228). Sin embargo, cuando se aplican de manera específica a los jóvenes, se han puesto de manifiesto las limitaciones de tales encuestas, entre las que hay que incluir:

- la dependencia de fuentes secundarias o de representantes para obtener información sobre la salud de los adolescentes (de ordinario progenitores, que pueden tener conocimientos que no son de primera mano);
- el fracaso a la hora de abarcar el abanico completo de edades de los jóvenes (desacuerdo sobre lo que significa «adolescencia»; cohortes de edades diferentes y no comparables que se agregan a veces pese a diferencias importantes entre adolescencia temprana y tardía);
- las encuestas que no se distribuyen entre una muestra representativa de adolescentes (por ejemplo, una encuesta sobre drogas realizada en la escuela no llega a la población de riesgo elevado que ya ha abandonado los centros de enseñanza);
- las dificultades inherentes a la medición de la salud de los adolescentes — ¿cómo se define/conceptualiza la «salud» en la adolescencia? Algunos investigadores (229) han llegado a la conclusión de que, en la adolescencia, no cabe esperar la autosuficiencia completa y son consideraciones más importantes el desarrollo cognitivo, psicológico, social y físico, adecuado a la edad.

También es necesario trabajar sobre indicadores del proceso de programación. Es vital que los jóvenes participen en el proceso de toma de decisiones, y que esa participación se convierta en uno de los indicadores clave del proceso de programación que se vigilan de manera sistemática. Si están claramente vinculados a un marco programático, esos y otros indicadores pueden llegar a utilizarse sin dificultad para establecer prioridades. La meta por la que hay que esforzarse es la vigilancia y evaluación sistemática de las actividades por medio de mediciones/indicadores sensibles y viables, de manera que lo que se averigüe se pueda intercambiar con otros programas y utilizar para esfuerzos programáticos que respondan de manera óptima a las necesidades y sean rentables.

Tal como los describe el proyecto de evaluación del Carolina Population Center (226), los buenos indicadores deben:

- sugerir no sólo la amplitud del problema sino también su naturaleza siempre que sea posible;

- incluir las causas de mortalidad; sin embargo, también se deben incluir mediciones de salud y de bienestar;
- ser relativamente fáciles o baratos de obtener;
- incluir mediciones de riesgo y daño;
- ser al mismo tiempo medidas directas (las asociadas con metas a largo plazo) e indirectas (objetivos que se necesitan para lograr las metas a largo plazo).

Por añadidura, todos los indicadores deben:

- medir realmente los fenómenos que se quiere que midan (válidos);
- producir los mismos resultados cuando se utilizan más de una vez para medir precisamente el mismo fenómeno (fiabiles);
- medir sólo el fenómeno que se quiere que midan (específicos);
- reflejar cambios en el estado del fenómeno sometido a estudio (sensibles);
- ser mensurables o cuantificables con definiciones y normas de referencia desarrolladas y puestas a prueba (operacionales).

Para medir indicadores es necesario emplear métodos específicos para los adolescentes, relativamente rápidos y de uso sencillo. A medida que esos métodos llegan a estar disponibles gracias a los avances científicos, pueden incorporarse como parte del adiestramiento de los responsables de la evaluación de programas. Se han elaborado algunos instrumentos que miden indicadores de salud y de comportamientos relacionados con la salud que son específicos para los adolescentes. Un ejemplo de un instrumento que mide un comportamiento adolescente relacionado con la salud a escala nacional es el Sistema de Vigilancia del Comportamiento de Riesgo de los Jóvenes (230), elaborado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

En términos de mediciones de mortalidad y morbilidad de determinados problemas de salud, los indicadores potenciales incluyen (25):

Salud reproductiva

- razón de mortalidad materna entre adolescentes menores de 17 años;
- porcentaje de primíparas menores de 20 años;
- conocimientos de los jóvenes sobre sexualidad humana, anti-concepción e ITS;
- porcentaje de jóvenes sexualmente activos que utilizan anti-concepción/preservativos;

- porcentaje de embarazos entre menores de 20 años que acaban en aborto;
- porcentaje de personas de edades comprendidas entre 10–15 años, 15–19 y 20–24 que padecen las ITS clásicas;
- porcentaje de personas con edades comprendidas entre 10–15 años, 15–19 y 20–24 con infección por el VIH;

Enfermedades endémicas (tuberculosis)

- incidencia de casos de baciloscopia positiva en el esputo entre jóvenes (10–24 años);
- proporción de casos diagnosticados entre jóvenes que completan el tratamiento;
- fallecimientos relacionados con la tuberculosis entre jóvenes;

Salud mental

- incidencia de psicosis agudas entre jóvenes;
- porcentaje de jóvenes con trastornos «psicosomáticos» que acuden a instalaciones de salud;
- tasa de intentos de suicidio entre jóvenes;
- tasa de suicidios consumados entre jóvenes;

Uso de tabaco:

- porcentaje de jóvenes, por edad, que han fumado alguna vez;
- porcentaje de jóvenes, por edad, que son fumadores habituales;
- edad en que empezaron a fumar quienes tienen entre 20 y 24 años de edad;
- actitudes y conocimientos sobre el tabaquismo entre jóvenes.

Lo que se necesita a la larga, sin embargo, es una serie de indicadores del estado de salud de los adolescentes que, conjuntamente, permitan no sólo la vigilancia de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad sino que un país se centre además en la salud y el bienestar de sus jóvenes. Entre los ejemplos de indicadores de bienestar pueden incluirse comportamientos como el uso de cinturones de seguridad o de preservativos, o mediciones de alfabetización y de solicitud o vinculación (en qué medida un joven se siente vinculado al menos con un adulto; véase el recuadro 30).

Quizá sea necesario analizar factores más específicos con el fin de vigilar programas — como algo distinto de la identificación y vigilancia del estado de salud. El ejemplo siguiente proporciona un cuadro general de un ensayo de intervención aleatoria, controlada, que vigila y evalúa indicadores del impacto (salud y cambio de comportamiento) así como indicadores del proceso del programa (la prestación de intervenciones clave y la función de actores clave en ese proceso).

Recuadro 30

Algunos indicadores para la salud de los adolescentes

Indicadores positivos

- adquisición de aptitudes para la vida (autoestima/ sentimiento de pertenencia/ autovaloración/ conocimientos para tomar decisiones sanas, solicitud o vinculación, es decir, la medida en que el joven se siente vinculado al menos con un adulto);
- uso del cinturón de seguridad;
- utilización de preservativos;
- conocimientos reproductivos/sexuales entre adolescentes;
- adolescentes que pueden pagar servicios;
- pertenencia a un grupo de homólogos adecuado;
- número/tipo de organismos al servicio de los adolescentes;
- adolescentes orientados por personal cualificado sobre salud reproductiva;
- tasas de logros educacionales.

Indicadores negativos

- prevalencia del VIH/SIDA entre adolescentes;
- tasas de aborto entre adolescentes;
- prevalencia del uso de sustancias;
- porcentaje de hogares a cargo de adolescentes.

Además de esas mediciones directas, existen importantes indicadores sustitutivos como las cifras de matriculación, el empleo, la situación en materia de vivienda y las estructuras familiares, así como las condiciones ambientales que pueden estar sujetas a cambios resultantes de las políticas y la programación.

Un ensayo de intervención comunitaria múltiple y aleatoria para reducir el comportamiento sexual de riesgo y la incidencia del VIH y otras ITS en adolescentes se está emprendiendo en comunidades rurales de la región Mwanza, de la República Unida de Tanzania, basado en la selección aleatoria de comunidades de intervención y de control y comparaciones antes y después de la intervención. El diseño de investigación para este ensayo es la selección de comunidades similares de manera aleatoria para recibir intervenciones o no recibirlas (comunidades de control). Las comunidades en las que se produzcan intervenciones se comparan con las de control. Además se encuesta a todas las comunidades antes y después de la fase de aplicación. Se trata de uno de los pocos programas de prevención de VIH/ITS/embarazo adolescente destinados específicamente a adolescentes del mundo en desarrollo (148).

El valor específico de este ensayo «patrón de oro» es que incluye una evaluación rigurosa del impacto sobre la salud que ningún otro

programa ha emprendido hasta la fecha. Todos los otros programas relacionados han informado a veces sobre mejoras en conocimientos y comportamiento, pero no han medido las repercusiones en la salud, y ello por una buena razón, dado que, como se sabe, la medición de las repercusiones en la salud consume mucho tiempo y recursos. El establecimiento de la causalidad requiere mediciones en una cohorte con un grupo de comparación cuidadosamente seleccionado, lo que duplica el tamaño de la muestra para la encuesta. Además, la medición de cambios en el estado de salud, sobre todo las reducciones en la incidencia y prevalencia del VIH (que se espera sea de un 2,5% en el grupo de comparación dentro de tres años), conlleva algunos requisitos rigurosos en cuanto al tamaño mínimo de la muestra para cohortes y comparaciones. A esto hay que añadir que, como es habitual para estudios de seguimiento de cohortes, las tasas típicas de abandono (en este caso se calcula que se sitúan entre un 20% o un 30% en tres años) hacen necesario que la muestra inicial sea de mayor tamaño.

Sin embargo, una vez que un ensayo como el de Mwanza establece el vínculo entre intervenciones, el cambio ulterior de comportamiento y, finalmente, las repercusiones sobre la salud, queda establecido el nexo de causalidad para otros programas de intervención. En principio ya no es necesario a partir de ese momento demostrar de nuevo que tales intervenciones son beneficiosas para el bienestar y la salud de los adolescentes, lo que supone un gran beneficio para otros esfuerzos de intervención. En consecuencia, ese ensayo es muy oportuno, dado que la información que proporcione al término del programa (planeado para una duración de cinco años a partir de la encuesta de base con un periodo de seguimiento de tres años después de realizadas las intervenciones) será inapreciable para otros que estén aplicando esfuerzos similares. Las tres intervenciones principales son:

- educación sanitaria escolar sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva como parte del plan de estudios de preparación para la vida activa;
- adiestramiento en competencias para ayudar a los adolescentes a dar el paso del cambio de actitud al cambio comportamental;
- prestación de servicios de salud de fácil utilización por los jóvenes, incluido el tratamiento de ITS, planificación familiar y orientación, basados en la estructura existente de atención primaria de salud.

Se movilizará a la comunidad circundante en apoyo de esas intervenciones y, de manera específica, se reclutarán educadores entre compañeros dentro del sistema docente para facilitar información y el

desarrollo de competencias para adolescentes, incluidos ellos mismos. La medición del impacto se centrará en la prevalencia e incidencia del VIH, otras ITS y embarazos adolescentes en una cohorte de adolescentes empezando a los 14-15 años, a los que después se hará el seguimiento por espacio de tres años antes de la medición final. Por añadidura, también se medirán los siguientes objetivos comportamentales básicos:

- demora en el comienzo de las relaciones sexuales;
- práctica de relaciones sexuales más seguras por parte de quienes ya han comenzado la actividad sexual;
- detección precoz de síntomas de ITS y mejora del comportamiento en materia de ITS y de embarazo.

Se evaluará la rentabilidad de los medios combinados de intervención, basándose en métodos similares a los utilizados en el anterior ensayo de intervención VIH/ITS en la región de Mwanza. Se estimarán los costos adicionales de las intervenciones (separando los costos de intervención de los de investigación). La medición de las repercusiones sólo se efectuará desde la cohorte inicial aleatoria de adolescentes escolarizados y no se medirá ningún beneficio para el grupo inicialmente no escolarizado. Por consiguiente, las estimaciones de rentabilidad serán conservadoras.

La «medición del proceso» es una tarea compleja en un ensayo como éste que incluye múltiples intervenciones realizadas en contextos múltiples, y donde el proceso, en consecuencia, debe vigilarse en cuanto a las combinaciones de esas intervenciones y contextos con los benefactores intermedios deseados (agentes de salud, profesores, educadores entre iguales) y los beneficiarios últimos (adolescentes). Por tanto, entre las mediciones del proceso figuran las que contribuyen a la mejora de la gestión del programa y cuestiones epidemiológicas vinculadas a la población de adolescentes y a sus interacciones con las intervenciones y los contextos en los que se están prestando.

Entre los factores de gestión del programa figuran la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad y la oportunidad de las intervenciones que se están realizando. Entre los epidemiológicos figuran el perfil de la utilización de servicios por los adolescentes y en qué medida se está llegando a alcanzar a los subgrupos deseados (extensión de la cobertura y amplitud de las actividades). Esas mediciones complementarias del proceso son importantes revisiones intermedias sobre si se están logrando las condiciones necesarias para conseguir un impacto sobre el comportamiento y la salud sexual de los

adolescentes. Los indicadores de proceso que es necesario medir se basarán en:

- los actores principales y sus cometidos (formadores, agentes de salud, educadores entre iguales, enseñantes);
- grupos destinatarios a los que se ha de llegar mediante las actividades de los actores principales;
- los rasgos esenciales de las actividades mismas (formación, adquisición de competencias, prestación de servicios);
- la calidad de las actividades (contenido, contexto y métodos para emprender esas actividades);
- la sucesión y oportunidad de las actividades, incluido el adiestramiento combinado, los materiales complementarios, así como las transferencias entre ellos, son los factores clave en la integración de esfuerzos.

10.3 Seguimiento de la calidad y cobertura en diferentes contextos

Las dificultades para aprender a partir de programas eficaces para la salud y el desarrollo de los adolescentes provienen de su inherente complejidad, por cuanto tratan múltiples problemas de salud al tiempo que combinan intervenciones en diferentes contextos, con los jóvenes como centro de todos los esfuerzos. Sin embargo, el seguimiento de la calidad y cobertura de cada intervención asegurará que se preste atención a la necesidad de llegar a un acuerdo sobre algunas normas mínimas para los servicios que se dispensan en diversos contextos (escuelas, centros de salud, centros comunitarios) y que deben alcanzar a un número suficiente de jóvenes. Ello proporcionará un entendimiento común sobre qué aportaciones son necesarias, los actores principales cuya participación es necesaria, los procesos que se debe vigilar, qué resultados cabe esperar y, preferiblemente, a qué costo.

Inicialmente, sin embargo, debe alcanzarse un consenso sobre los criterios para la calidad de los servicios prestados a adolescentes y sobre si pueden definirse unas normas mínimas aceptables. Entre los servicios para adolescentes figuran salud, educación, información, orientación, adiestramiento recreativo y profesional, que se dispensan en los diversos contextos antes mencionados. El consenso sobre lo que determina la calidad de los servicios necesita ser definido para cada uno de esos sectores y contextos de servicios, tomando como base algún campo conceptual común (disponibilidad, asequibilidad, accesibilidad, aceptabilidad). Se debe señalar que cada uno de esos factores puede categorizarse más, dependiendo de si se trata de la calidad de los servicios de salud o, por ejemplo, si lo que se

está proporcionando es educación en aptitudes para la vida. Así, la confidencialidad puede ser un elemento importante de aceptabilidad en el caso de los servicios de salud, pero quizá los métodos interactivos sean el elemento importante de aceptabilidad en el caso de las aptitudes para la vida.

En el pasado ha existido considerable confusión sobre la medición de la calidad, que ha incluido mediciones tan diversas como el nivel de sofisticación técnica de servicios o incluso el potencial impacto demográfico de los servicios. Para los servicios de planificación familiar y de atención a la salud reproductiva, Bruce (231) ha proporcionado un marco, basado en un modelo de servicio de salud, derivado de lo que los clientes consideraban crucial (elección de métodos, información dada a los clientes, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de seguimiento y continuidad y la apropiada constelación de servicios). Ese marco, y otros aspectos de lo que constituye unos servicios fáciles de utilizar para los jóvenes, han de conciliarse, sobre todo con el objeto de definir algunas «normas mínimas» de calidad que sean alcanzables y mensurables. Será importante reunir a dispensadores de servicios y adolescentes, así como a gestores de programas e investigadores, en torno a una mesa para ponerse de acuerdo sobre los criterios de calidad, indicadores adecuados para valorar esos criterios y todo lo que sea necesario para facilitar su medición.

Como es lógico, la cobertura está ligada a la calidad, a una utilización mejorada de los servicios y, en consecuencia, a la expectativa de una mayor cobertura porque existe una mejora en la calidad. Sin embargo, se requiere acuerdo sobre qué se debe medir, por cuanto tampoco la cobertura es una cosa sencilla. Cobertura potencial es la proporción de la población que puede recibir los servicios, mientras que cobertura real es la proporción que de hecho ha recibido los servicios (232). Dado que la interacción entre servicios prestados y adolescentes que reciben/usan esos servicios es compleja, puede haber varias mediciones para la cobertura: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y eficacia. Más aún, la medición de la cobertura de prevención, promoción o servicios relacionados con la atención implicaría el uso de diferentes denominaciones, en razón de los grupos destinatarios (para intervenciones de prevención, todos los adolescentes; para intervenciones de atención, adolescentes con necesidades específicas como la rehabilitación por uso de sustancias, o tratamiento de ITS). Los servicios orientados a la prevención se centrarán en personas o familias (características demográficas), como unidad de consideración, mientras los servicios orientados hacia los casos tendrán que incluir la consideración de características

demográficas y epidemiológicas, según cuál sea el «caso» (embarazos, ITS). Finalmente, la naturaleza de los mismos servicios definirá el grupo específico de cobertura (relacionados con el embarazo sobre todo para mujeres, mientras que las relacionadas con ITS tanto para varones como para mujeres).

A medida que se recoge información sobre la amplitud de cobertura de intervenciones de calidad dentro de una definida población de jóvenes, la cuestión de la integración de esfuerzos se irá aclarando. Por supuesto, los indicadores para la integración de intervenciones también requieren que se llegue a un acuerdo, incluidos los envíos mutuos entre servicios, intercambio de recursos, como dispensadores de servicios y formación de personal, al igual que materiales, mensajes complementarios y la naturaleza de las asociaciones entre organizaciones.

La identificación de programas que se consideren buenos ejemplos de prestación de intervenciones integradas en contextos múltiples para adolescentes será un paso importante para documentar ejemplos pragmáticos de qué intervenciones se están llevando a cabo, cómo se hace eso, qué es lo que se determina con vistas a la responsabilización, y qué factores se considera que son logros, tanto mensurables como no. Esa documentación y análisis sistemáticos proporcionan la base con que elaborar un marco para programación, vigilancia y evaluación de programas para la salud y el desarrollo de los adolescentes. El ensayo de Mwanza proporciona esa oportunidad para el seguimiento, incluso con su sofisticado diseño experimental con selección aleatoria de comunidades de intervención y de control y comparaciones antes y después de la intervención.

Un ejemplo de un programa de intervención para mejorar la salud y el desarrollo de los adolescentes es el programa de Educación Básica, Atención Infantil y Desarrollo Adolescente (BECCAD) del Gobierno de Uganda, apoyado por varios socios, incluido UNICEF Uganda. El rasgo importante de este programa es su insistencia en aplicar un enfoque de ciclo vital al crecimiento del niño ugandés desde el nacimiento hasta la adolescencia, centrándose de manera específica en las necesidades sociales, emocionales y cognitivas de desarrollo, en continuo cambio. Este programa combina un núcleo central de política nacional de desarrollo y promoción con intervenciones operacionales en asociación con ONG que están en contacto directo con adolescentes. Dada la insistencia actual en descentralización, se proporciona apoyo directo técnico y financiero a nivel de distrito para el desarrollo y aplicación de programas centrados en adolescentes, sobre todo para los que no acuden a los centros de enseñanza.

En un reciente examen parcial del programa BECCAD en Kampala (233), en el que estaban presentes un grupo de personal del programa del gobierno de Uganda para los distritos, así como ONG, instituciones locales de investigación y otros asociados de las Naciones Unidas, se emprendió un ejercicio de grupo para identificar factores que se pudieran vigilar y evaluar con vistas al seguimiento de los progresos del programa. Los tres sectores de intervención que se eligieron para debate fueron servicios amigos de los adolescentes, educación en materia de aptitudes para la vida y medios de comunicación. Para cada sector, el resultado fue un conjunto de cuestiones a considerar para vigilancia y evaluación en términos de calidad, cobertura y repercusiones. Se expresaron reservas respecto a las consecuencias del efecto de medición, al reconocerse como una actividad que se debe emprender de manera selectiva, dado que requiere destacados recursos financieros y técnicos, que no siempre es factible comprometer (véase el cuadro 8).

Existen varios ejemplos de buenos proyectos y programas que parecen estar mejorando la vida de los adolescentes pero carecen de un marco de evaluación sobre el que puedan basarse decisiones o facilitar su adaptación para futuras repeticiones. Uno de tales proyectos es el Youth Advisory Center (YAC) en Malasia. Se trata de una ONG que trabaja para proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva y educación para la vida de familia, y para formar jóvenes con el fin de que adquieran cualidades de liderazgo. YAC funciona en muchos contextos, incluidos centros de enseñanza, lugares de trabajo y la comunidad. Aunque no se ha llevado a cabo una evaluación detallada, un sentimiento general de éxito domina a los miembros de esta ONG. Se tiene la impresión de que la mayoría de los jóvenes a los que se ha llegado con las actividades del YAC se ha beneficiado con su participación (234). Esas observaciones se pueden fortalecer y apoyar incluso mediante análisis sencillos, pero estratégicamente cualitativos, que identificarían:

- lo que los miembros definen como éxito;
- cómo se ha logrado eso;
- qué beneficios han recibido los jóvenes participantes;
- cómo se lograron esos beneficios;
- qué factores adicionales de éxito se pueden identificar y medir;
- qué beneficios adicionales pueden recibir los jóvenes participantes que sean mensurables;
- qué lagunas pueden existir al definir y/o medir el éxito y los beneficios y cómo es posible superarlas;
- qué lagunas pueden existir al describir cómo se lograron el éxito y los beneficios y cómo es posible superarlas;

Cuadro 8

Determinación de la calidad, la cobertura y las repercusiones — el ejemplo de Educación Básica, Atención Infantil y Desarrollo Adolescente, Uganda (233)

Intervenciones	Calidad	Cobertura	Repercusiones
Servicios amigos de los adolescentes	*Satisfacción del usuario	Número de puntos de servicios (por base de población)	Prevalencia de problemas de salud (ITS, embarazos no deseados)
	*Disponibilidad (servicios, medicamentos y productos)	Número de adolescentes que acuden y proporción entre los que deben/pueden acudir	Comportamiento observado (demostración de aptitudes para la vida)
	*Aceptación (interacción por empatía)		Nivel de apoyo comunitario
	*Confidencialidad		
Aptitudes para la vida	*Envío de casos		
	*Enfoques interactivos de la enseñanza	Cifra de materiales en distintos idiomas	Adopción de prácticas sexuales seguras
	*Nivel de interés de los jóvenes	Cifra de formadores adiestrados	Incidencia del VIH/SIDA
	*Participación de los jóvenes	Cifra de jóvenes adiestrados	Desarrollo adolescente (capacidad de recuperación, resistencia a la intimidación)
Comunicación	*Demanda (circulación, audiencia)	Porcentaje de público destinatario contactado por distribución geográfica/edad/sexo	Cambio comportamental constatado
	*Respuesta (cartas al director)		Nivel de conocimientos

— qué se debe evitar al adaptar este proyecto para futuras repeticiones.

10.4 **Entender las repercusiones de la participación de los jóvenes en toda la programación**

En la sección 8.4 se analizaron los obstáculos que impedían la plena participación positiva de los jóvenes en todo el abanico de actividades del programa. La realidad técnica es que las barreras socioculturales para la participación eficaz de los jóvenes han creado un vacío incluso en cuanto a definir la participación positiva en términos mensurables, y más aún en lo que se refiere al seguimiento para vigilar y evaluar los efectos de tal participación. En consecuencia, existe una clara necesidad de instrumentos de vigilancia de todos los aspectos de la participación de los jóvenes incluidos en la valoración, la planificación y el desarrollo, la vigilancia y la evaluación del programa y sus resultados, tanto por lo que respecta a los mismos jóvenes como a la viabilidad, la pertinencia, la eficacia y la sostenibilidad de tales programas.

Un primer paso es definir la participación de los jóvenes. Se necesita elaborar después medidas o indicadores de participación, prestando mucha atención a su validez: ¿miden realmente la participación de los jóvenes? Se trata de una tarea de considerable envergadura, algunos de cuyos aspectos ya están en marcha, si no de manera sistemática, al menos por medio de varios modelos programáticos (en su mayoría aplicados por ONG) y mediante la vigilancia de la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño a nivel nacional. El paso siguiente será acordar criterios de eficacia, repercusiones o éxito atribuibles al resultado de la participación de los jóvenes en esfuerzos de programación. Ésta es, por supuesto, una tarea todavía más delicada, porque el acuerdo sobre la medición programada de las repercusiones del programa es un reto en sí mismo, sin la complejidad añadida de atribuir algunos aspectos de todo ello a la participación de los jóvenes mismos.

Por lo que se refiere a la participación en la vigilancia, este primer paso puede ser un fin en sí mismo para varios esfuerzos programáticos, con tal de que lo que se esté midiendo no sea una participación simbólica. Quizá la participación no sea bien vista en muchos contextos socioculturales, por lo que facilitarla es una importante medición del proceso, anterior a la medición de cualquier efecto ulterior consecuencia de esa participación. El hecho de participar tiene un efecto inmediato en el sentimiento de realización personal y de desarrollo de competencias de los jóvenes participantes. De manera simultánea se producirá un efecto sobre las percepciones,

las creencias y el comportamiento de los adultos en torno a esos jóvenes que participan y que debe también ser objeto de medición en tanto que resultado.

Proporciona una oportunidad adicional la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño a nivel de país, tanto nacionalmente como en el caso de que los países informen al Comité sobre los Derechos del Niño. Este proceso implica la identificación de varios indicadores, incluidos los del Artículo 12 de la Convención, que trata específicamente de la participación de los jóvenes. En el anexo 2 se recogen los artículos de la Convención relacionados con la situación de los adolescentes. Los artículos también se han clasificado de acuerdo con distintas cuestiones, incluidas las que se ocupan del «Derecho de Participación». Se ha preparado una directriz (235) de aplicación a nivel de país para ayudar a los gobiernos, ONG y otros asociados a entender cómo el Comité sobre los Derechos del Niño interpreta la Convención, y qué se espera en materia de vigilancia y notificación de la aplicación (también anexo 2) para cada artículo. Si bien el enfoque es necesariamente legislativo y jurídico, la lista de control que se ha preparado para el Artículo 12 incluye varias cuestiones pertinentes a la vigilancia de la participación de los adolescentes, sobre todo en relación con su interacción con la sociedad circundante.

Las repercusiones programáticas a más largo plazo de la participación de los jóvenes dependen de que se alcancen los objetivos específicos del programa (cambio en el comportamiento y en el estado de salud, responsabilización) así como de las metas subyacentes de demostrar la viabilidad, pertinencia, eficacia y sostenibilidad de tales programas. Discernir el impacto causal de la participación de los jóvenes es otro reto más, que no debe tener que establecerse todas las veces en esos programas, al aceptar las lecciones bien defendidas de algunos ejemplos de «prácticas más adecuadas».

Es necesario diseñar y llevar a cabo investigación operacional que mida además el impacto de los jóvenes en sectores específicos de programación, a saber: planificación estratégica, ejecución de intervenciones y actividades de vigilancia y evaluación. Entre las cuestiones que se han de tratar figuran las diferencias entre información orientada a los jóvenes y a los adultos, intervenciones en materia de competencias y de orientación; y el impacto sobre los niveles futuros de participación en el programa, longevidad y resultados comportamentales cuando los jóvenes participan en el proyecto desde el estadio de planificación. Además, los estudios sobre cómo las asociaciones jóvenes-adultos han tenido éxito en todos los

sectores de la programación ampliará los conocimientos sobre la manera de potenciar la eficacia de las intervenciones y determinar igualmente indicadores útiles del proceso.

También se han realizado investigaciones limitadas sobre el impacto de la participación de los jóvenes en el éxito del programa. Un ejemplo es la iniciativa Youth as Resources del Consejo Nacional para la Prevención del Delito, en los Estados Unidos, que tiene por objeto proporcionar a los jóvenes oportunidades para planificar y aplicar proyectos comunitarios, y para promover la idea de los adolescentes como recurso para la comunidad. Como parte de la evaluación del proyecto, Youth as Resources utilizó entrevistas estructuradas que indicaban que cuanto mayor era el papel de los jóvenes en el desarrollo y gestión reales del proyecto, mayor era el beneficio y más destacado el éxito del proyecto (194).

También se ha llevado a cabo investigación interesante sobre el impacto de intervenciones dirigidas por compañeros en los programas de promoción de la salud. Un examen de las publicaciones sobre tales programas indica que el uso de compañeros consejeros y educadores ha demostrado ser más eficaz como componente de una intervención que la utilización de adultos como profesores o enfermeras para transmitir información, competencias y normas (51). Los dirigentes entre iguales señalan resultados comportamentales positivos en lo relativo a su práctica sexual y aumento en el sentimiento de autovaloración (YWCA, datos inéditos, 1995; Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995). En Tailandia se ha comprobado que ser educadora entre compañeras es beneficioso para las muchachas porque proporciona una oportunidad de debatir cuestiones sexuales sin el riesgo de ser socialmente estigmatizadas como promiscuas (111). La West African Youth Initiative es un ejemplo de programa que tiene un plan conciso para vigilancia y evaluación del proceso, y que puede ya señalar un progreso mensurable (recuadro 31). Es necesario que los jóvenes participen en la planificación, aplicación y valoración de las actividades del proyecto no sólo para asegurar la eficacia del programa, sino también porque es su derecho (94).

11. Conclusiones

Sin ser ya niños, ni todavía adultos, los adolescentes se hallan en una etapa de desarrollo rápido en la que adquieren nuevas capacidades y se enfrentan a muchas situaciones nuevas. Ante los retos del segundo decenio de la vida, un mínimo de ayuda puede contribuir en gran

Recuadro 31**Ejemplo de vigilancia de la participación de los jóvenes****La West African Youth Initiative**

La West African Youth Initiative es un ejemplo de programa que vigila la participación de los jóvenes; se trata de un proyecto diseñado para comprobar las repercusiones de programas de educación entre compañeros que tratan cuestiones relacionadas con la salud reproductiva de los adolescentes. El proyecto elaboró un plan para vigilar y evaluar la participación de los jóvenes en la gestión del programa (C. Lane, datos inéditos, 1995); para alcanzar este objetivo se necesitan los siguientes indicadores:

Indicador

- cifra de jóvenes adiestrados;
- cifra de empleados que trabajan como voluntarios;
- deberes y funciones asumidos por los jóvenes;
- tiempo que los jóvenes dedican a la organización;
- presencia de jóvenes en los comités asesores;
- asistencia de jóvenes a las reuniones de planificación y organización;
- participación activa de los jóvenes en las reuniones;
- opiniones de los jóvenes sobre su participación;
- opiniones de los miembros de la comunidad sobre el nivel de participación de los jóvenes.

Entre los métodos para valorar esos indicadores figuran:

- registros de adiestramiento;
- actas de las reuniones;
- descripción de empleos (incluso para voluntarios);
- informes de trabajo;
- entrevistas con jóvenes, personal, miembros de la comunidad, clientes;
- observación en el lugar del proyecto.

medida a canalizar la energía de los adolescentes hacia senderos positivos y productivos. Abandonarlos puede desembocar en problemas, tanto a corto plazo como en años futuros. Uno de los compromisos más importantes que puede contraer un país para la estabilidad y el progreso económico, social y político del futuro es ocuparse de las necesidades de salud y desarrollo de los adolescentes.

El mundo de hoy ofrece a los adolescentes notables oportunidades y riesgos para la salud. Están, más que nunca, en condiciones de estudiar y de beneficiarse del progreso tecnológico. Sin embargo, la vida de millones de entre ellos se ve entorpecida por la pobreza, las inadecuadas oportunidades para la educación y el trabajo, la

explotación, la guerra, el malestar social y la discriminación étnica y en razón del sexo. La rápida urbanización, las telecomunicaciones, los viajes y las migraciones aportan a los jóvenes nuevas posibilidades y nuevos riesgos. Esas condiciones pueden poner directamente en peligro la salud y socavar el apoyo social tradicional que ayuda a los jóvenes a prepararse para abordar y explorar las oportunidades y exigencias de su paso a la edad adulta. Las expectativas de la sociedad sobre comportamiento, funciones, acceso a recursos y perspectivas de desarrollo varía si los adolescentes son varones o muchachas. La decreciente influencia de familia y cultura, la pubertad precoz y el matrimonio tardío amplían los riesgos de las relaciones sexuales sin protección entre adolescentes célibes en muchas partes del mundo. En algunos países, el matrimonio y la maternidad tempranos se traducen en tasas elevadas de mortalidad maternoinfantil. En otros, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, plantean enormes riesgos de salud para los adolescentes. Sustancias potencialmente nocivas — tabaco, alcohol y otras drogas — están ahora a su disposición con mayor facilidad y amenazan su salud a corto y a largo plazo. La violencia infligida por los jóvenes y a los jóvenes es un fenómeno cada vez más frecuente. Los varones jóvenes toman parte con frecuencia en actos de violencia, incluidas las guerras. Los intentos de suicidio parecen aumentar entre los jóvenes y muchos son víctimas de la violencia, incluido el abuso sexual, a menudo perpetrado por adultos.

La adolescencia es una puerta para la promoción de la salud. Muchas de las pautas comportamentales adquiridas durante la adolescencia (como las relaciones sociosexuales, la conducta sexual, el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, hábitos alimentarios y la manera de enfrentarse con conflictos y riesgos) persistirán toda la vida y afectarán a la salud y el bienestar de generaciones futuras. La adolescencia proporciona oportunidades para prevenir el inicio de comportamientos perjudiciales para la salud y sus repercusiones potenciales. Afortunadamente, los adolescentes son receptivos a las ideas nuevas; están deseosos de aprovechar al máximo su creciente capacidad para tomar decisiones. La curiosidad y el interés proporcionan una excelente oportunidad para fomentar la responsabilidad personal en materia de salud. Por añadidura, emprender actividades positivas y constructivas proporciona ocasiones de forjar relaciones con adultos y compañeros así como de aprender comportamientos que son cruciales para la salud.

Los problemas de salud de los adolescentes están interrelacionados. Muchos de los factores en la base del desarrollo insalubre de los adolescentes proceden del entorno social. Figuran entre ellos la

pobreza y el paro, la discriminación étnica y en razón del sexo y las repercusiones del cambio social en la familia y las comunidades. Si bien los esfuerzos de los programas para la salud de los adolescentes no se pueden centrar directamente en las desigualdades e injusticias de la sociedad, pueden tener en cuenta el hecho de que esas condiciones son obstáculos reales para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes. Las actitudes y comportamientos sobre los que los programas tratan de influir (comportamiento sexual y relaciones sociosexuales, uso de sustancias, reacción ante conflictos y riesgos) surgen a menudo unos de otros y se alimentan mutuamente. Así por ejemplo, la utilización de sustancias psicoactivas altera la capacidad de juicio y hace más probables los actos agresivos, las relaciones sexuales sin protección y los accidentes. Por añadidura, las intervenciones preventivas para tales comportamientos son las mismas y todas contribuyen al crecimiento y desarrollo personal positivo.

Los programas satisfactorios requieren apoyo para ampliar su alcance. Si bien las intervenciones todavía necesitan mejorar, se sabe lo suficiente para actuar ya. Los programas han de proporcionar a los adolescentes apoyo y oportunidades para:

- adquirir información precisa;
- adquirir competencias;
- recibir orientación (de manera especial en momentos de crisis);
- tener acceso a servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva;
- vivir en un entorno seguro y de apoyo.

El entorno social debe promover el desarrollo personal, alentar a los jóvenes a adoptar comportamientos sanos y permitirles aceptar gradualmente responsabilidades adultas por medio de la participación en decisiones que afectan a sus vidas y de hacer aportaciones a sus familias y comunidades. Las políticas y los medios de comunicación deben fortalecer y transmitir normas positivas para el comportamiento adulto y adolescente, como las relacionadas con la igualdad y la equidad entre los sexos. La atención para satisfacer necesidades básicas de seguridad, el sentimiento de pertenencia y de autoestima, así como el dominio de competencias clave para la vida, mejora el desarrollo de conjunto de los adolescentes. Todo ello les permite evitar riesgos para la salud y los motiva para comportarse de manera sana. Los esfuerzos de los programas han de tener en cuenta el hecho de que los adolescentes no son iguales y que las intervenciones y la manera en que se presten variarán de acuerdo con diferentes necesidades y circunstancias.

El impulso y la dirección para una mayor acción en pro de la salud de los adolescentes provienen de muchas fuentes. Los derechos y obligaciones básicos relativos a la promoción y protección de la salud de los adolescentes están expresados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, y en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recientes conferencias y declaraciones internacionales como la de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 y el Programa de Acción Mundial de las Naciones Unidas para los Jóvenes hasta el año 2000 y Años Subsiguientes refuerzan y apoyan todavía más esos derechos y obligaciones. Por añadidura, medidas explícitas para apoyar, estimular y fortalecer leyes, políticas y programaciones nacionales han sido adoptadas por la OMS, el FNUAP y el UNICEF.

12. Recomendaciones

12.1 Recomendaciones a la OMS, el FNUAP y el UNICEF

1. La OMS, el FNUAP y el UNICEF deben promover el uso del marco para la programación nacional en materia de salud de los adolescentes (véase figura 1, pág. 3). El marco es un sumario gráfico de los elementos que los países necesitan considerar al programar para la salud de los adolescentes. También subraya los retos clave de la programación.
2. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben elaborar metas claramente definidas para las actividades de los organismos en apoyo de la aceleración de la programación nacional para la salud de los adolescentes, así como los sistemas para vigilar la colaboración de los organismos.
3. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben fortalecer y ampliar la colaboración a nivel de país con otras organizaciones y organismos de las Naciones Unidas (el PNUD, el UNDCP, la UNESCO, el ACNUR y el Banco Mundial, por ejemplo) y asociados pertinentes, incluidos donantes bilaterales y multilaterales, ONG y el sector privado, en apoyo de las actividades para la salud de los adolescentes.
4. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben apoyar la programación nacional de acuerdo con las prioridades y situaciones de cada país concreto, y deben utilizar los procesos existentes para coordinar actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas.

5. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben informar de estas conclusiones y recomendaciones, y cuestiones relacionadas, a sus órganos de gobierno, y cumplir las recomendaciones, teniendo en consideración el mandato respectivo de cada organización, así como su estructura y ventajas comparativas.

Acciones mundiales para ampliar la calidad y alcance de la programación

6. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben reforzar, a nivel mundial, las razones en pro de la salud de los adolescentes fortaleciendo las pruebas y argumentos de salud pública y beneficios económicos que se derivan de esa programación y ayudar de ese modo a incrementar la inversión de recursos en actividades de programación.
7. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben elaborar, a nivel mundial, indicadores apropiados, y enfoques para la medición de tales indicadores, que se utilizarán en la planificación, vigilancia y evaluación de los programas nacionales.
8. Con el fin de centrar la atención de manera oportuna sobre la urgente necesidad de información acerca de cómo es posible ampliar la programación de maneras rentables y sostenibles, la OMS, el PNUAF y el UNICEF deben hacer un esfuerzo coordinado para apoyar y estudiar las experiencias de países individuales que indican su buena disposición para ampliar considerablemente aspectos cruciales de su programación para la salud de los adolescentes en los próximos años.
9. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben sintetizar información y dar ejemplos de las prácticas más adecuadas en materia de programación para la salud de los adolescentes: apoyar la investigación para identificar enfoques rentables y sostenibles para ampliar la programación; y elaborar instrumentos prácticos para ayudar al desarrollo y aplicación de los programas.
10. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben controlar la información necesaria para la aceleración de los programas, inclusive mediante la utilización de nuevas tecnologías como CD-ROM e Internet, y establecer un sistema para vigilar el estado de salud de los adolescentes para su posible publicación ulterior.

Acciones regionales para fortalecer los esfuerzos nacionales

11. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben copatrocinar y apoyar redes regionales para la formación y para el intercambio de ideas e información sobre salud de los adolescentes.

12. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben recopilar y analizar información sobre el estado de salud de los adolescentes y sobre la programación para la salud de los adolescentes a nivel nacional. También deben apoyar las investigaciones aplicadas relacionadas con la programación con el fin de sacar a la luz las prácticas más adecuadas.
13. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben alentar el intercambio de conocimientos organizando y facilitando visitas de estudio de instancias normativas, dirigentes religiosos y gestores de programas a programas con éxito, sobre todo aquéllos que pongan de manifiesto una participación positiva de los jóvenes. Esos organismos deben producir directrices de programación, aumentar la difusión y disponibilidad de material especializado para programas que hayan tenido éxito y proporcionar apoyo para su adaptación.
14. La OMS, el PNUAF y el UNICEF deben acrecentar la capacidad y el compromiso mediante la organización de reuniones inter-institucionales de personal para información y movilización, ampliar el consenso, identificar prioridades para la acción dentro de los organismos y entre ellos, y facilitar el acceso a especialistas regionales.

12.2 Recomendaciones a los países

1. Los países deben promover la causa de la salud de los adolescentes preconizando la necesidad de políticas y programas para la salud de los adolescentes, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, sobre la base de las ventajas para la salud pública y los beneficios económicos que produce la inversión en la salud y el desarrollo de los jóvenes.
2. Los países deben describir las necesidades en materia de salud de los adolescentes y suscitar el compromiso de atenderlas copatrocinando análisis de situación y planeando actividades, con la participación positiva de los jóvenes, como las de crear grupos especiales nacionales multisectoriales o convocar talleres nacionales, con el fin de fraguar coaliciones con organizaciones interesadas y elaborar planes comunes de acción.
3. Los países deben capacitarse iniciando adiestramiento en colaboración y sensibilizando a la población (incluidos los jóvenes) para mejorar y sostener la programación para la salud de los adolescentes.
4. Los países deben apoyar la aplicación de planes nacionales de acción y otras actividades claramente centradas en la salud de los

adolescentes, movilizando recursos locales y utilizando las infraestructuras existentes dentro de los sectores público, no gubernamental y privado.

5. Los países deben apoyar enfoques que tengan posibilidades de ampliación de maneras rentables y sostenibles. Con el fin de estudiar las lecciones aprendidas, los países deben realizar conjuntamente exámenes de los programas, de manera complementaria a los procesos de programación.
6. Los países deben reforzar los medios utilizados para intercambiar información centrada en el estado de salud de los adolescentes y en experiencias de programación con éxito.
7. Los países deben apoyar la vigilancia, evaluación e investigación sobre la operación de los programas, incluido el uso de indicadores apropiados, utilizando esos resultados para informar a la comunidad y mejorar la calidad y cobertura de los programas.

Nota de agradecimiento

Los miembros del Grupo de Estudio agradecen las aportaciones realizadas por las siguientes ponencias, que se solicitaron para su trabajo:

Barton T., Wamai G. *Indicators for adolescent health.*

Berman S.M., Herrera G. *Interventions related to reproductive health of adolescents.*

Brabin L. *Preventive and curative care for adolescents: the role of the health sector.*

Brew-Graves S.H. *Adolescent health in Ghana: a selected country study of school health services.*

Florenzano Urzua R. *Mental health interventions addressed to young people: a review.*

Hanson C. *Role of policy in the context of national adolescent health programs.*

Howard J. *Health sector interventions in reducing harmful use of tobacco, alcohol and other psychoactive substances.*

Khalakadina M. *Eastern Mediterranean regional report on adolescent health: a review and analysis of information on the health of female adolescents in the Eastern Mediterranean Region.*

Kusuma Buana Foundation. *South-east Asia regional report on adolescent health programmes — an overview of the adolescent health situation in SEARO regional countries: an input for the WHO Study Group on Programming for Adolescent Health.*

MacFarlane A., Peckham S. *Report to the World Health Organization on adolescent health in Europe survey.*

Monroy A. *Provision of counselling to adolescents in developing countries.*

Monroy A., Valesco L. *The quality and nature of counselling for adolescent sexuality and reproductive health in developing countries in Latin America and the Spanish Caribbean.*

Montsi M.R. *The quality and nature of counselling in adolescent sexuality and reproductive health.*

Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. *Western Pacific regional report on adolescent health programmes — case studies on adolescent health: Philippines, Malaysia, Republic of Korea and Australia.*

Organización Panamericana de la Salud. *American regional report on adolescent health programmes: toward the development of a regional programme for addressing adolescent and youth health.*

Rasolofomanana R. *African regional report on adolescent health programmes — la programmation en santé des adolescents: revue de quelques expériences de la région africaine.*

Samarasinghe D. *Counselling for adolescents: Services in south and south-east Asia.*

Simon M., Monahan K., Slutkin G. *Selected studies of intentional injury/violence prevention and victim intervention.*

Sleet D.A., Seay A. *Unintentional injury prevention in international settings.*

Wastell C.A. *Effectiveness of counselling in adolescence.*

Además, los siguientes estudios de casos se prepararon para su consideración por el Grupo de Estudio:

Bunsanneh I. *Youth Front Against Drug and Alcohol Abuse.*

Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana. *Jamaican Island-wide HIV/STD Prevention Project.*

Dey D. *The Tata Iron and Steel Co. Ltd.: family initiatives and social services.*

Giridhar G. *Dehleez, radio serial drama. India: management and financial review of Dehleez. India — Prerana Associate CEDPA: management and financial review.*

Hickey P. *Botswana social marketing programme.*

Holzer M. *The Vistula Civic Foundation.*

Kaur J. *Newspaper-in-education: a model for dynamic education.*

Kaminsky D.C. *Project alternatives, Tegucigalpa, Honduras.*

Katunzi N.B. *UMATI — Family Planning Association of Tanzania.*

Lane C. *Nigeria and Ghana: the West African Youth Initiative.*

Maddaleno M., Gattini C. *Programming for adolescent health in Chile.*

Meshesha B. *Ethiopian Youth Project.*

Robinson G. *Management and financial review: Chile adolescent health programme. Trinidad and Tobago — Servol Limited: management and financial review.*

Serrano C. *Vietnamese Youth Union.*

Vandoorne C., Poumay A., Nieuwenhuyse M.L. *Je mange bien à l'école.*

YWCA. *Peer approach to counselling by teens (PACT).*

Estas ponencias figuraron entre las que se analizaron en las reuniones preparatorias del Grupo de Estudio, amablemente patrocinadas por la Fundación Rockefeller en el Centro Internacional Bellagio, en julio de 1995, y en la reunión del Grupo de Estudio en diciembre de 1995. Los miembros del Grupo de Estudio y los organizadores desean reconocer el apoyo prestado por la Fundación Rockefeller durante la preparación de la reunión del Grupo de Estudio así como para la terminación de los productos de la reunión, incluido el presente informe. Es de justicia igualmente hacer una mención especial de la inapreciable aportación técnica de Jane Hughes, de la Fundación Rockefeller, durante la preparación de la reunión y de los informes.

Los miembros del Grupo de Estudio también desean manifestar su agradecimiento a las siguientes personas por sus aportaciones técnicas: Dr. S. Acharya, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, Nueva Delhi, India; Dr. A. Ajayi, Consejo de Población, Nairobi, Kenya; Sra. A. Amana, Equipo de Apoyo a los Países del FNUAP para África Oriental y Central, Adis Abeba, Etiopía; Dr. R. Amin Al-Ali Jabal Al-Hussein, Ammán, Jordania (en representación de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Alejandría, Egipto); Sr. G. Barker, El Centro Chapin Hall para Niños de la Universidad de Chicago, Chicago, IL, EUA; Dr. A. Ball, Programa sobre Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra, Suiza; Sra. C. Benbow-Ross, División Técnica y de Evaluación, FNUAP, Nueva York, NY, EUA; Sra. R. Birrell-Weisen, Programa de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza; Sr. R. Brown, Pharos Corporation, Bélgica; Dr. S. Campbell-Forester, Western Health Area Administration, Montego Bay, Jamaica; Sra. S. Chauhan, Proyecto para una Vida Mejor, Centro para Desarrollo y Actividades de Poblaciones, Washington, D.C., EUA; Sra. Y. Clark, Cruz Roja de Jamaica, Jamaica; Sr. S. Colunga, Servicios Empresariales Integrados, México; Sr. M. Connolly, Departamento de Política, Estrategia e Investigación, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, Suiza; Dr. H.A. Corvalán, Gestión de Programas de Población, FNUAP, Santiago, Chile; Dr. J. de Codes, Salud y Desarrollo de los Adolescentes, OMS, Ginebra, Suiza; Dr. K. Cravero, UNICEF, Kampala, Uganda; Dr. M.A.C. Dowling, Ginebra, Suiza; Sra. N. Fee, Londres, Reino Unido; Dr. J-Y. Frappier, Pediatría, Universidad de Montreal, Montreal, Canadá; Sra. L. Frieiro, División de América Latina y el Caribe, FNUAP, Nueva York, NY, EUA; Sra. M. Fugelsang, Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes, Departamento de Salud Internacional y Medicina Social, Unidad de Investigación para la Atención de la Salud Internacional, Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia; Sr. J. Geoghagan, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, Suiza; Sra. Françoise Globa, Ginebra, Suiza; Sr. A. Gullet, Departamento de la Juventud, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, Suiza; Sra. S. Hall, Oficina Mundial Scout, Ginebra, Suiza; Sra. L. Hue, Proyecto de Prevención del VIH/SIDA para toda la isla, Cruz Roja de Jamaica, Jamaica; Sra. I. Irby, Fundación Internacional para la Juventud, Baltimore, MD, EUA; Sr. J. Jones, División de Fomento para la Salud, y de Educación y Comunicación para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza; Sra. M. Kabana, The AIDS Service Organization, Kampala, Uganda; Dr. S. Kalibala, Departamento de Política, Estrategia e Investigación, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, Suiza; Dr. D. Kaseje, Salud Comunitaria, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, Suiza; Sra. C. Kauffman, Policy and Planning Health and Safety Service, Cruz Roja Americana, VA, EUA; Profesor S. Koetsawang, Centro Siriraj de Investigación sobre la Salud de la Familia, Facultad de Medicina, Hospital Siriraj, Bangkok, Tailandia; Dr. F. Kwekeke, Gaborone, Botswana; Dr. M. Ladjali, Salud Familiar y Reproductiva, OMS, Ginebra, Suiza; Sr. A. Leelavathy, The Tata Iron and Steel Co. Ltd., Jamshedpur, India; Sra. J. Lockwood, Ann Arbor, MI, EUA; Sr. C. Lowry, Street Kids International, Toronto, Canadá; Sra. E. Lustig, Salud y Desarrollo de los Adolescentes, OMS, Ginebra,

Suiza; Dr. C.D. Maendaenda, Asociación para la Planificación Familiar de Tanzania, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania; Sra. I. McCobb, AngloPhone, Ginebra, Suiza; Sr. A. Mehta, Educación en los Periódicos, RMD, Times of India, Nueva Delhi, India; Sra. C. Michaels O'Laughlin, Fundación Internacional para la Juventud, Battle Creek, MI, EUA; Sra. L. Miller, UNICEF, Ginebra, Suiza; Sra. R.O. Ogutu, Oficial de Comunicaciones, UNICEF, Nairobi, Kenya; Sra. B. Olowo-Frere, UNICEF, Kampala, Uganda; Sra. Mette Ostergaard Strandlod, Rama de Salud Reproductiva, FNUAP, Nueva York, NY, EUA; Padre G. Pantin, Servol Limited, Trinidad; Dr. H. Peimani, Versoix, Suiza; Dr. R. J. Peña Melo, Representante de la OMS, Santiago, Chile; Dr. A. Petitgirard, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, Suiza; Sr. P. Pijollet, World Scout Bureau, Ginebra, Suiza; Sra. K. Pittman, Fundación Internacional para la Juventud, Baltimore, MD, EUA; Sra. S. Rao, Fundación para la Población de la India, Nueva Delhi, India; Dr. P. Poore, Unidad de Desarrollo de Políticas, Save The Children Fund, Londres, Reino Unido; Sra. M. Rice, Planificación Familiar y Población, OMS, Ginebra, Suiza; Sra. L. Riley, Programa sobre Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra, Suiza; Dr. M.H. Ruzany, Oficina Regional de la OMS para las Américas/ Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., EUA; Profesor J. Satia, Consejo Internacional sobre Gestión de Programas de Población, Kuala Lumpur, Malasia; Dr. J. Sepúlveda, Jefe, Departamento de Programas, Ministerio de Salud, Santiago, Chile; Dr. J. Sherry, UNICEF, Nueva York, NY, EUA; Dr. K. Srinivasan, Fundación para la Población de la India, Nueva Delhi, India; Sra. S. Tahir, Consejo Internacional sobre Gestión de programas de Población, Kuala Lumpur, Malasia; Sr. R. Thomson, Equipo FNUAP de Apoyo a los Países para África Occidental y Central, Dakar, Senegal; Sra. M. Vanqa, Alianza Mundial de Asociaciones Cristinas Femeninas, Gaborone, Botswana; Sra. M. Youssef, Ginebra, Suiza.

Se agradecen igualmente las destacadas aportaciones técnicas para la preparación del presente informe de las siguientes personas: Sra. M. Alexander, Battle Creek, MI, EUA; Sr. P. Bloem, Programa para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes, OMS, Ginebra, Suiza; Dr. K. Bose, Programa para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes, OMS, Ginebra, Suiza; Dr. V. Chandra-Mouli, Programa para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes, OMS, Ginebra, Suiza; Dr. H. L. Friedman, Londres, Inglaterra; Dr. A. Kaya, Ginebra, Suiza; y Sra. D. Widdus, Programa sobre Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra, Suiza. La Secretaría desea expresar su reconocimiento por la crucial ayuda editorial del Dr. A. Waddell, Wantage, Reino Unido y el apoyo continuo del Dr. T. Türmen, Director Ejecutivo, Familia y Salud Reproductiva, OMS, Ginebra, Suiza. El apoyo de secretaria fue concienzudamente suministrado por la Sra. S. Cummins y el Sr. V. Unikkadath, Programa para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes, OMS, Ginebra, Suiza.

Referencias

1. *Actividades a favor de la salud de los adolescentes. Hacia un programa común. Recomendaciones de un grupo de estudio conjunto.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento inédito WHO/FRH/ADH/97.9; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
2. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*, Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1996.

3. *First call for children: world declaration and plan of action from the World Summit for Children — Convention on the Rights of the Child*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1990.
4. **Pittman K.** Changing conditions, changing odds, changing lives. *Perspectives on children and youth*, 1995.
5. **Cohen RN.** *Shaping tomorrow: the Servol programme in Trinidad and Tobago*. La Haya, Bernard van Leer Foundation, 1991.
6. *Great transitions: preparing adolescents for a new century*. Nueva York, NY, Carnegie Corporation of New York, 1995.
7. *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (documento inédito WHO/MNH/PSF/93.7A; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
8. **Pittman K., Irby M.** *Challenging assumptions: an advocate guide to promoting youth development*. Baltimore, MA, International Youth Foundation, 1994.
9. *World urbanization prospects: the 1994 revision*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1995.
10. *Statistical yearbook 1995*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1995.
11. *Anuario de Estadísticas del Trabajo*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1995.
12. *El UNICEF y la OIT aúnan fuerzas para luchar contra el trabajo infantil*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. 8 de octubre de 1996 (comunicado de prensa de la OIT).
13. *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.
14. **Gittelsohn J.** Opening the box: intra household food allocation in rural Nepal. *Social science and medicine*. 1991. 33(10):1141–1154.
15. **Senderowitz J.** *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington, DC, Banco Mundial, 1995 (World Bank Discussion Paper, No. 272).
16. **Friedman H.L.** Reproductive health and adolescent sexuality: a global perspective on the patient as person. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994. 2(2):359–370.
17. **Chen L.C. et al.** Maternal mortality in rural Bangladesh. *Student family planning*, 1974, 5(11):334–341.
18. **Harrison K.A.** Childbearing, health and social priorities: a survey of 22 774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 1985. 92(Suppl. 5):1–119.
19. *World population prospects — 1994 revision*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1995.

20. *Marriage and entry into parenthood*. Calverton, MD, Macro International, 1994 (Comparative Studies, No. 10).
21. *Facts at a glance*. Nueva York, NY, Oficina de Referencias Demográficas y Center for Population Options, 1994.
22. *Comité de Expertos de la OMS en Enfermedades Venéreas y Treponematosis*. Sexto informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N°. 736).
23. Sexually transmitted diseases: three hundred and thirty-three million new, curable cases in 1995. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1995 (comunicado de prensa de la OMS, WHO/64 1995).
24. *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA*. Ginebra, ONUSIDA, 1997.
25. *A picture of health? A review of health and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento inédito WHO/FHE/ADH/95.14; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
26. *Salud Mundial. Prevenir la toxicomanía es promover la salud*. (número especial). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.
27. *World health statistics annual — Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales 1994*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.
28. *World health report 1995: bridging the gaps*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.
29. Murray C., Michaud C. *Estimates of the burden of disease among adolescents, youth and young people: a reanalysis of GBD version 5.5 result*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
30. *Youth health for a change: a UNICEF notebook on programming for young people's health and development*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
31. Heaven P.C.L. *Adolescent health: the role of individual differences*. Londres, Routledge, 1996.
32. Sobal J. Health concerns of young adolescents. *Adolescence*, 1987, 22:739-750.
33. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 1993, 14:626-631.
34. Dryfoos J.G. *Adolescents at risk: prevalence and prevention*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1990.
35. Kirby D. *No easy answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1997.

36. Flisher A.J. et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high school students — part IX: evidence for a syndrome of adolescent risk behaviour. *South African medical journal*, 1996, **86**(9):1090–1093.
37. Buttrum K. *Juvenile justice: working effectively with young offenders*. Trabajo presentado en la segunda conferencia de la Cuenca del Pacífico sobre salud de los adolescentes organizada por la Asociación Internacional de Salud de los Adolescentes, Sidney, 12–14 Nov 1997.
38. Resnick et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of American Medical Association*, 1997, **279**(10):823–832.
39. Maslen S. *The reintegration of war-affected youth: the experience of Mozambique*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1997.
40. Saad El-Deen Mahmoud Zidan M. Discrimination from birth. En: 1996 UNFPA International youth essay contest — *Promoting responsible reproductive health behaviour: the youth perspective*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1996.
41. Bhende A.A. *Evolving a model for AIDS prevention education among under-privileged adolescent girls in urban India: Women and AIDS Research Program*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995 (Research Report Series, No. 5).
42. Weiss E., Whelan D., Gupta G.R. *Vulnerability and opportunity: adolescents and HIV/AIDS in the developing world*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1996.
43. Heise L. Violence against women. *World health statistics quarterly — Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales*, 1993, **46**:78–85.
44. Yunes J., Rajs D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de las región de las Américas. *Caderno de Saúde Publica*, 1994, **10**(Supl. 1):88–125.
45. Kurz K.M., Johnson-Welch C. *The nutrition and lives of adolescents in developing countries: findings from the Nutrition of Adolescent Girls Research Program*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1994.
46. Barker G. *The health needs of adolescent males: emerging research and implications for health promotion*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
47. Friedman H. *Adolescent health and development: the key to the future*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994 (documento inédito WHO/ADH/94.3; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
48. Kurz K.M. et al. *Adolescent fertility and reproductive health: a needs assessment in the English-speaking Caribbean for the Pew Charitable Trusts*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995.

49. Barker G., Fontes M. *Review and analysis of international experience with programs targeted on at-risk youth*. Washington, DC, Banco Mundial, 1996.
50. Howard M., Blamey McCabe J. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family planning perspectives*, 1990, 22(1):21-26.
51. Perry C.L., Sieving R. Peer involvement in global AIDS: prevention among adolescents. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
52. Blum R.W. *Successful programmes for youth with disabilities and chronic illness*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
53. Martin H.P. Parental response to handicapped children. *Developmental medicine and child neurology*, 1975, 17:251-252.
54. Friedman R.S. *Modelling behaviour of nondisabled and disabled adolescents based upon social preference for and similarity to nondisabled and disabled models* [Tesis]. Hempstead, NY, Hofstra University, 1974.
55. Richmond J.B. The family and the handicapped child. *Clinical proceedings: Children's Hospital National Medical Centre*, 1973, 25:156-164.
56. Waldhorn H.K. *Rehabilitation of the physically handicapped adolescent*. Nueva York, NY, John Day, 1972.
57. Blum R. Sexual health needs of physically and intellectually impaired adolescents. En: Blum R., ed. *Chronic illness and disabilities in childhood and adolescence*. Orlando, FL, Grune and Stratton, Inc., 1984:127-142.
58. *Substance use among street children and other children and youth in especially difficult circumstances*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (WHO fact sheet, No. 151).
59. *A one-way street? Report on phase I of the Street Children Project*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (documento inédito WHO/PSA/93.7; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
60. *Estado Mundial de la Infancia 1997*. Nueva York, NY, UNICEF, 1996.
61. *Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños*. Informe de la Sra. Graça Machel, experta nombrada por el Secretario General, presentado de conformidad con la resolución 48/157 de la Asamblea General. Nueva York, Naciones Unidas, 26 de agosto de 1996 (A/51/306).
62. Rhodes J., Jason L. *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York, NY, Pergamon Press, 1988.
63. *Street children, substance use and health: training for street educators*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento inédito).

WHO/PSA/95.12/Revised; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

64. **Tolan P.H. et al.** A developmental-ecological perspective on antisocial behaviour in children and adolescents: towards a unified risk and intervention framework. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995, 63(4):579–584.
65. **Hornik R.** *Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour*. Filadelfia, PA, Universidad de Pensilvania, 1995.
66. **Steinberg L.** Latchkey children and susceptibility to peer pressure: an ecological analysis. *Developmental psychology*, 1986, 22:433–439. Citado en: Perry et al. The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. En: Millstein S. et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. Nueva York, Oxford University Press, 1993:73–96.
67. **Ferguson J.** *Valoriser les relations entre adolescents et parents: rapport final*. Séminaire des toxicomanies — le rôle des familles et de la société. Berna, Commission fédérale de la santé publique, 1995.
68. **McCauley A.P., Salter C.** Meeting the needs of young adults. *Population reports*, 1995, Series J. 41.
69. *Youth suicide prevention: a parent's guide*. Sidney, Scout Association of Australia, 1996.
70. **Sanger M.** *Working with parents: trainers' manual on human sexuality*. Nueva York, NY, Planned Parenthood of New York City, 1988.
71. **Compas B.** Promoting positive mental health during adolescence. En: Millstein S. et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. Nueva York, NY. Oxford University Press, 1993:159–179.
72. **Felner R.D., Adan A.M.** The school transition environment project: an ecological intervention and evaluation. En: Price R.H. et al., eds. *Fourteen ounces of prevention: a casebook of exemplary primary prevention programs*. Washington, DC, American Psychological Association, 1988.
73. **Felner R.D., Felner T.Y.** Primary prevention programs in the educational context: a transactional-ecological framework and analysis. En: Bond LA, Compas BE, eds. *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA, Sage, 1989:13–49.
74. **Cauce A.M., Comer J.P., Schwartz D.** Long term effects of a systems-oriented school prevention program. *American journal of orthopsychiatry*, 1987, 57:127–131.
75. **Comer J.P.** *School power: implications of an intervention project*. Nueva York, NY, Free Press, 1980.
76. **Comer J.P.** Educating poor minority children. *Scientific American*, 1988, 259:42–48.

77. *Sara communication initiative: the adolescent girl in Africa*. Nairobi, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1996.
78. Millstein S., Petersen A.C., Nightingale E.O. Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives. En: Millstein S. et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1993:3–10.
79. McGovern et al. Trends in mortality, morbidity, and risk factor levels for stroke from 1960 through 1990: the Minnesota heart survey. *Journal of American Medical Association*, 1992, **268**(6):753–759. Citado en: Hornik R. *Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour*. Filadelfia, PA, Universidad de Pensilvania, 1995.
80. *Final report — Liberia project: a film, a future for our children*. Baltimore, M.D., Johns Hopkins University, 1986.
81. Everett K. The development of an AIDS photo-comic for South African teenagers. *AIDS bulletin*, 1992, **1**(2):7–9.
82. Khaled G.S. et al. *Mobilizing rural youth for safe motherhood*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
83. Hauser D., Michaud P. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP AIDS Campaign) modify sexual behaviour among adolescents? *Pediatrics*, 1994, **93**:580–585.
84. *Thematic evaluation of adolescent reproductive health programmes*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1997 (Evaluation Report, No. 13).
85. *Laws and policies affecting adolescents' access to information and services*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 1997 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
86. *Sistematización de la reforma penal juvenil en Costa Rica y aportes para su ejecución*. San José, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
87. Carnegie R. et al. *Making change possible: creating an enabling environment*. En Mckee N., ed. *Involving people, evolving behaviour*. Penang, Southbound, 1998.
88. Where have all the fathers gone? *Bernard van Leer Foundation Newsletter*, 1992, **65**:1–9.
89. Targeting teenagers. *Bernard van Leer Foundation Newsletter*, 1995, **77**:1–13.
90. Zimbardo P.G. et al. *Influencing attitudes and changing behaviour*. Reading, MA, Addison Wesley, 1979.
91. Coates T.J. et al. *Promoting adolescent health: a dialog in research and practice*. San Diego, CA, Academic Press, 1982.

92. **Rajani R., Kudrati M.** *The varieties of sexual experience of the street children of Mwanza, Tanzania: notes on the possibilities of HVI/STD prevention — draft 1995.* Preparado para el Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre programación para la salud de los adolescentes, Hotel des Bains de Saillon, Saillon, Suiza, 28 de noviembre–4 de diciembre de 1995 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
93. OMS/UNESCO. *School health education to prevent AIDS and STD: a resource package for curriculum planners — teachers' guide.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994.
94. **Fee N., Youssef M.** *Young people, AIDS and STD prevention: experiences of peer approaches in developing countries.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
95. **Yao F.** Youth and AIDS — a priority for prevention education: AIDS health exchange. En: *Youth, HIV infection and development in Africa.* Documento técnico preparado por la Unidad de Prevención del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA para la Conferencia panafricana sobre la juventud y el desarrollo, Túnez, marzo de 1995.
96. **Kirby D. et al.** Programmes to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports*, 1994, 109(3):339–360.
97. **Djaelani J.S.H. et al.** *A survey on adolescent reproductive health services provision.* Jakarta, Indonesian Planned Parenthood Association and Samahat Remaja, 1994.
98. **Danguilan M. et al.** *A survey on adolescent reproductive health services provision.* Manila, WOMANHEALTH, 1994.
99. **Barker G. et al.** *Serving the future: an update on adolescent pregnancy prevention programs in developing countries.* Washington, DC, Center for Population Options, 1990.
100. **Hubley J.** *Communicating health: an action guide to health education and health promotion.* Londres, Macmillan Press Ltd., 1993.
101. *Resource pack on sexual health and AIDS prevention for socially apart youth.* Londres, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group Ltd. y Centro Brasileño de Defensa de los Derechos del Niño y del Adolescente, 1993.
102. *Report on youth workshop on peer education, reproductive health, and HIV/AIDS.* Jakarta, Asian Red Cross and Red Crescent Task Force, 1995.
103. **Rimon Il J.** Sing and the world sings with you. *Development communication report*, 1990, 71:8–9.
104. **Brown J.E., Ayowa O.B., Brown R.C.** Dry and tight: sexual practices and potential AIDS risk in Zaire. *Social science and medicine*, 1993, 37(8):989–994.
105. *Scenarios from the Sahel, interim report.* Dakar, the Global Dialogues Trust, 1997.

106. Hawkins K., Ojaka D. *Review of the youth programme of the Family Guidance Association of Kenya*. Nairobi, Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1992.
107. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington, DC, Banco Mundial, 1993.
108. Ndlovu R.J., Sihlangu R.H. Preferred sources of information on AIDS among high school students from selected schools in Zimbabwe. *Journal of advanced nursing*, 1992, 17(4):507-513.
109. Odujinrin O.M., Akinkuade F.O. Adolescents' AIDS knowledge, attitude and beliefs about preventive practices in Nigeria. *European journal of epidemiology*, 1991, 7(2):127-133.
110. Muriuki P.W. *Growing up and responsible living*. Nairobi, Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1985.
111. Cash K., Anasuchatkul B. *Experimental educational interventions for AIDS prevention among northern Thai single female migratory adolescents*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995 (Women and AIDS Program Research Report Series).
112. Varusay F. Radio host breaks new ground in Shanghai. *Youth link*, 1995, 2(4):21-22.
113. Renne E.P. Condom use and the popular press in Nigeria. *Health transition review*, 1993, 3(1):41-56.
114. Aggleton P. *Health promotion and young people*. Londres, Universidad de Londres, 1995.
115. Botvin G., Botvin E. Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: prevention strategies, empirical findings and assessment issues. *Developmental and behavioral paediatrics*, 1992, 13(4):290-301. Citado en: Aggleton P. *Health promotion and young people*, Londres, Universidad de Londres, 1995.
116. Kincaid D.L. et al. *Getting the message: the communication for young people project*. Washington, DC, United States Agency for International Development, 1988 (AIS Evaluation Special Study, No. 56).
117. Kincaid D.L. et al. *Popular music and sexual responsibility: evaluation of the communication for young people project*. Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, New Orleans, LA, Oct 18-22, 1987.
118. *High impact: using entertainment to promote health in developing countries*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1995 (Draft Working Paper).
119. Rimon II J.G. et al. *Promoting sexual responsibility in the Philippines through music: an enter-educate approach*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1994 (Occasional Paper Series, No. 3).
120. *Let the sky be the limit: Soul City evaluation report*. Bergevelei, Institute of Urban Primary Health Care and Community Agency for Social Enquiry, 1995.

121. **Bangert-Drowns R.** The effects of school-based substance abuse education — a meta-analysis. *Journal of drug education*, 1988, **18**(3):243–264.
122. **Perry C.** Results of prevention programs with adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 1987, **20**:13–19.
123. United States Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1994.
124. WHO/UNICEF. *The development and dissemination of life skills education: an overview*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994 (documento inédito WHO/MNH/PSF/94.7; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
125. *Life skill for young Ugandans — secondary teachers' training manual*. Kampala, Government of Uganda and Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
126. *Life skills education: planning for research*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/MNH/PSF/96.2; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
127. **Peters L.W.H., Paulussen T.G.W.M.** *School health: a review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht, Dutch Center for Health Promotion and Health Education, 1994.
128. **Spooner C., Mattick R., Howard J.** *The nature and treatment of adolescent substance abuse: final report of the Adolescent Treatment Research Project*. Nueva Gales del Sur, Universidad de Nueva Gales del Sur, 1996 (Monograph, No. 26).
129. **Brady M.** *Improving the odds for healthy futures: the role of sport in girls' lives*. Executive summary prepared for the Consultative Meeting, 4 June 1996. Nueva York, Population Council, 1996.
130. *Action for youth: reaching working youth with HIV/AIDS prevention*. Accra, Cruz Roja de Ghana, 1995.
131. *WHO counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: a facilitator's guide*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (documento inédito WHO/ADH/93.3; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
132. Counselling makes a difference. *Population reports*, 1987, Series J, 35.
133. **Marcy S.A. et al.** Contraceptive use by adolescent females in relation to knowledge, and to time and method of contraceptive counselling: research. *Nursing and health*, 1983, **6**(4):175–182.
134. *Workshop proceedings on family planning counselling, Addis Ababa, 24–26 April 1995*. Compiled by Youth Counselling and Family Planning Education Project, Addis Ababa.

135. *TASO Uganda: the inside story — participatory evaluation of HIV/AIDS counselling, medical and social services, 1993–1994*. Ginebra, AIDS Support Organization y Organización Mundial de la Salud, 1995.
136. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1994, **35**(7):1171–1190.
137. *Childhope Asia newsletter*, 1995, 5(2).
138. Casey R.J., Berman J.S. The outcome of psychotherapy with children. *Psychological bulletin*, 1985, **98**(2):388–400.
139. Weisz J.R. et al. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1987, **55**(4):542–549.
140. Catalano R. et al. Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risk for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International journal of addictions*, 1990–91, **25**(9A and 10A):1085–1140.
141. Henggler S., Cunningham P.B., Pickrel S.G. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of adolescence*, 1996, **19**:47–61.
142. American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Confidential health services for adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 1993, **269**(11):1420–1424.
143. Cheng T.L., Klein T.D. The adolescent viewpoint: implications for access and prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, **273**(24):1958–1959.
144. Zarouk A.M. *Examens des services de santé scolaire en Tunisie*. Túnez, Ministerio de Salud Pública, 1995 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
145. *Report of the WHO commissioned studies on school health services in three West African countries — Côte d'Ivoire, Ghana and Togo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
146. Brabin L. Providing accessible health care for adolescents with STD. *Acta tropica*, 1996, **62**:209–216.
147. Van Praag E., Knippenberg R. Issues in integration of STD programs into health care systems. En: Dallabetta G., Laga M., Lamprey P., eds. *Control of STDs: a handbook for the design and management of programs*. Arlington, VA, Family Health International, 1996:43–56.
148. *Strategies for the prevention of HIV infection and the enhancement of reproductive health among adolescents in rural Tanzania*. Mwanza, National Institute for Medical Research (NIMR), African Medical Research and Educational Foundation (AMREF) y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM), 1997 (documento inédito NIMR/AMREF/LSHTM; a disposición de los interesados que lo soliciten a la African

Medical Research and Educational Foundation, B.O.T. Building, Mwanza, República Unida de Tanzania).

149. **Albonico M. et al.** A randomized controlled trial comparing mebendazole 500 mg and albendazole 400 mg against *Ascaris*, *Trichuris* and the hookworms: 4 and 6 months follow-up. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, **88**:585–589.
150. *Strengthening interventions to reduce helminth infections as an entry point for the development of health promoting school*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento inédito WHO/HPR/HEP/96.10; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Fomento de la Salud y de Educación y Comunicación para la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
151. **Zabin L.S., Hirsch M.B., Smith E.A.** Evaluation of a pregnancy prevention programme for urban teenagers. *Family planning perspectives*, 1986, **18**(3):119–126.
152. **Kirby D., Waszak C., Ziegler J.** Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behaviour. *Family planning perspectives*, 1991, **23**(1):6–16.
153. **Koo H. et al.** Reducing adolescent pregnancy through a school and community based intervention: Denmark, South Carolina, revisited. *Family planning perspectives*, 1994, **26**(5):206–217.
154. **Scholl T.O., Hediger M.L., Belsky D.H.** Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *Journal of adolescent health*, 1994, **15**:444–456.
155. **Harrison K.A. et al.** Growth during early teenage pregnancy. *Lancet*, 1988, **1**(8596):1226–1227.
156. **Piechnik S., Corbett M.A.** Reducing low birth weight among socioeconomically high risk adolescent pregnancies. *Journal of nurse midwifery*, 1985, **30**(2). Citado en: Senderowitz J. *Health facility programs on reproductive health for young adults*. Washington, DC, Focus on Young Adults, 1997.
157. **Martin A. et al.** A sustainable education program for post-partum adolescent mothers. Mexico. Citado en: Senderowitz J. *Health facility programs on reproductive health for young adults*. Washington, DC, Focus on Young Adults, 1997.
158. **Grosskurth H. et al.** Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised control trial. *Lancet*, 1995, **346**:530–536.
159. **Oh M.K. et al.** Population specific targeted STD program for high-risk adolescents: why did it work? *Sexually transmitted diseases*, 1994, **21**(2 Suppl. S):139.
160. **Elster A., Kuznets N.** *Guidelines for adolescent preventive services*. Chicago. IL. American Medical Association, 1992.
161. **Bennett D.L., Williams M.** Adolescent health care: the international context. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, **2**(2):247–261.

162. **Commonwealth Medical Association.** *Health of adolescent girls.* Informe de un taller celebrado durante la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Huairou, China, Sept 1995.
163. *Newsletter of the Association Suisse pour la santé des adolescents*, 1996, 1:5.
164. **Bull N.** *Youth friendly health services in Lusaka urban district, Zambia.* Presentation at HIV/AIDS Network meeting of UNICEF ESARO, Zambia. Lusaka, Sept 1997.
165. **Zubarew T. et al.** *Evaluation of outpatient health services for adolescents: determining complexity and conditions of efficiency.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1996.
166. **Zubarew T. et al.** *Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1996.
167. **F. Simini, S. Franco y D. Pasqualini.** *Sistema Informático del Adolescente.* Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano y Organización Panamericana de la Salud, 1995.
168. **Aitken I., Reichenbach L.** Reproductive and sexual health services: expanding access and enhancing quality. En: Sen G, Germain A, Chen LC, eds. *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights.* Boston, MA, Harvard University Press, 1994.
169. **Townsend J. et al.** Sex education and family planning services for young adults: alternative urban strategies in Mexico. *Studies in family planning*, 1979, 18(2):103-108.
170. **Perry et al.** The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. En: Millstein S et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century.* Nueva York, NY, Oxford University Press, 1993:73-96.
171. **Olukoya A.** *A survey on adolescent reproductive health services provision.* Lagos, Institute of Child Health and Primary Care, 1994.
172. **Education Development Center, Inc., ed.** *The status of school health: annex 1 to the working paper of the WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/HPR/HEP/96.1; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Fomento de la Salud y de Educación y Comunicación para la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
173. **Kay J.** Don't wait until it's too late. *International journal of drug policy*, 1994, 5(3):166-176.
174. **Katsha S.E., Watts S.J.** School-based summer clubs: venues for health education using a partnership model in Egypt. *Promotion and education*, 1994, 1(2):24-28.
175. *Fomento de la salud a través de la escuela. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 870).

176. **Council of University Teaching Hospitals.** The role of Vancouver hospitals in meeting youth health needs. *Proteen*, Mayo de 1997, 6(2):5-18.
177. **Mackenzie R.G.** Considerations in developing a system of health care for adolescents. En: Tonkin RS, guest ed., Current issues in the adolescent patient. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):215-226.
178. **Bygdeman M., Lindahl K.** *Sex education and reproductive health in Sweden in the twentieth century: report for the International Conference on Population and Development*. Estocolmo, Informes oficiales del Gobierno de Suecia, 1994.
179. **Peplinsky N.L.** *Addressing needs and opportunities: a survey of programmes for adolescents*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1994.
180. *Youth friendly health services: a review of programmes and lessons learned*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento inédito; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
181. **Israel R.C., Nagano R.** *Communications and social marketing strategies for adolescent reproductive health: a review of trends and practices*. Washington, DC, FOCUS on Young Adults' Pathfinder International, The Futures Group International, Tulane University Medical School, 1997.
182. **Fuglesang M.** *Red card or yellow: are you still in the game? — being young and coping with sexual and reproductive health in Tanzania: reports on sexuality and education*. Estocolmo, Swedish Association for Sex Education, 1995.
183. *Two-way street? Report on phase II of the WHO Street Children Project*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1998 (documento inédito WHO/PSA/96.14; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
184. **Hanenberg R.S. et al.** Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 344:243-245; Mason C.J. et al. Declining prevalence of HIV-1 infection in young Thai men. *AIDS*, 1995, 9:1061-1065.
185. *Educational impact of scouting: three case studies on adolescence — a research report*. Ginebra, Comité de Investigación y Desarrollo de la Organización Mundial del Movimiento Scout, 1995.
186. *Egypt: country program — mid term review: 1997-98*. Cairo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1997.
187. **Elliot D.S.** Health-enhancing and health compromising lifestyles. En: Millstein et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1993:119-145.
188. **Mahabir D.** *Servol pre-school and adolescent training programmes in Trinidad and Tobago*. París, Instituto Internacional de Planeamiento de la

Educación, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1993 (Monografía, N°. 10).

189. *Karate kids*. Ginebra, Street Kids International, National Film Board of Canada, Kinderpostzegels Netherlands, Organización Mundial de la Salud, 1990.
190. **Feek W., Iqbal S.** *Healthy communication and HIV/AIDS*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
191. **Sweanor D.T., Martial L.R., Dossetor J.B.** *The Canadian tobacco tax experience: a case study*. The Non-smokers' Rights Association and the Smoking and Health Action Foundation, 1993.
192. **Blum R.W.** Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Journal of adolescent health*, 1998, **22**:368–375.
193. *Changing perspectives: youth as resources*. Washington, DC, National Crime Prevention Council, 1990.
194. *Youth programme: a guide to programme development: overview*. Ginebra, Oficina Mundial de los Boy Scouts, 1997.
195. **Pittman et al.** *Youth development and resiliency research: making the connections to substance abuse prevention*. Paper presented to the Issue Forum on Successful Youth Development: building resiliency, Baltimore, MD, International Youth Foundation, 1993.
196. *Prevention plus iii: assessing alcohol and other drug prevention programs at the school and community*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, 1988.
197. **McDonald M., Green W.** Health promotion and adolescent health. En: Tonkin RS, guest ed., Current issues in the adolescent patient. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, **2**(2):227–246.
198. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, United States Department of Health and Human Services, 1994.
199. **Orlandi M.A., ed.** *Cultural competence for evaluators: a guide for alcohol and other drug abuse prevention for practitioners working with ethnic/racial communities*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Service, 1992 (OASP Cultural Competence Series, No. 1).
200. **Kiragu K.** Female genital mutilation: a reproductive health concern. *Population reports*, 1995, Series J, **41**(23 Suppl.):1–4.
201. *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.
202. **Crepin R.** Breaking into the formal system of education. *Servol news*, 1993, **10**(39):27–30.
203. *Evaluation report on SERVOL's "Development of a non-formal programme of early childhood education and care in high risk areas."* Utrecht, Personnel Management Services, Ltd., 1990.

204. WHO/UNFPA/UNICEF. *The reproductive health of adolescents: a strategy for action — a joint WHO/UNFPA/UNICEF statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
205. *El método de investigación narrativa. Estudios de la conducta juvenil realizados por jóvenes. Guía práctica*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (documento inédito WHO/ADH/93.4; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
206. *A study of the sexual experience of young people in eleven African countries: the narrative research method*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992 (documento inédito WHO/ADH/92.5; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
207. *Situation analysis of street children and street youth in the Philippines*. Makati City, Philippines for UNICEF, 1996.
208. Graham W.J., Campbell OMR. Maternal health and the measurement trap. *Social science and medicine*, 35:967–977. Citado en: WHO/UNICEF. *A picture of health? A review of health and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (Ref. 25).
209. *Coming of age: from facts to action for adolescent sexual and reproductive health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento inédito WHO/FRH/ADH/97.18; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
210. Mgalla Z. et al. *Sexual exploitation of school girls in Africa: findings from operational research in Tanzania*. Mwanza, Tanzania-Netherlands Project to support HIV/AIDS Control in Mwanza Region, 1997 (Working Paper, No. 17).
211. Turner R. Sex education gains strength in Mexican public schools. *International family perspectives*. 1994, 20(2):73–74.
212. *Life after the streets: ten former street children tell their stories*. Manila, Childhope Asia, 1995 (Research Series. No. 7).
213. *KU peer: a peer counselling magazine*. Nairobi, Kenyatta University, Pathfinder International, 1995.
214. Stein-Erik K., Hertzberg A. *Strengthening programming through organizational learning: UNICEF's Technical Support Group on HIV/AIDS and youth health and development — an evaluative study*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
215. Farah F.M., Nalwadda R. Uganda: programme for enhancing adolescent reproductive life (PEARL). En: Tahir S, Satia J, eds. *Population manager*, 1996, 4:46–65.
216. *Revitalización de la atención primaria de salud y de la salud materno-infantil. La iniciativa de Bamako*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1990 (E/ICEF/1990/L.3).

217. Kruse S.E. et al. *Searching for impact and methods: NGO evaluation synthesis study*. París, OECD/DAC Expert Group on Evaluation, 1997 (documento inédito OECD/DAC; a disposición de los interesados que lo soliciten a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2, rue André Pascal, 75775 París CEDEX 16, Francia).
218. *Street children, substance use and health: monitoring and evaluation of street children projects — draft for field testing*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento inédito WHO/PSA/95.13; a disposición de los interesados que lo soliciten a la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
219. *Making a difference? A UNICEF guide for monitoring and evaluation*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1991.
220. Brunner J.J., Barrios A., Catalan C. *Chile: transformaciones culturales en la modernidad*. Santiago, Flacso, 1989. Citado en: Boyson J. *Measuring the effectiveness of children and youth programs: systematizing the process of evaluation*. Medellín, International Youth Foundation, 1995.
221. Scrimshaw S.C.M. Combining quantitative and qualitative methods in the study of intra-household resource allocation. En: Rogers B.L., Schlossman N.P., eds. Intra-household resource allocation. *Food and nutrition bulletin*. Tokio, Dependencia de publicaciones de la Universidad de las Naciones Unidas, 1990:186–198 (Suppl. 15).
222. Scrimshaw S.C.M. Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. En: Scrimshaw NS, Gleason GR, eds. *RAP: rapid assessment procedures — qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programmes*. Boston, MA, International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992:25–38.
223. Feuerstein M.T. *Partner in evaluation: evaluating development and community programmes with participants*. Londres, Macmillan, 1986.
224. Patton M.Q. *Utilization-focused evaluation*. Beverley Hills, CA, Sage Publications, 1978.
225. Schneidman M. *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, DC, Banco Mundial, 1996.
226. Bertrand J., Tsui A. *Indicators for reproductive health program evaluation: introduction*. Chapel Hill, NC, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, 1995.
227. *Indicadores de impacto de las políticas sociales*. Santiago, CIENES, 1995.
228. Irwin C.E., Ryan S.A. Problem behaviors of adolescents. *Pediatric review*, 1989, 10:235–242. Citado en: Peters L, Tonkin RS. Measuring adolescent health status. En: Tonkin RS, guest ed., Current issues in the adolescent patient. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):385–407.
229. Starfield B. et al. Adolescent child health and illness profile: a population-based measure of health. *Medical care*, 1995, 33(5):355–366.

230. Kolbe L. An epidemiological surveillance system to monitor the prevalence of youth behaviors that most affect health. *Health education*, 1990, 21(6):44–48.
231. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in family planning*, 1990, 21(2):61–89.
232. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization — Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1978, 56(2):295–303.
233. *Objective of the meeting — Government of Uganda/UNICEF country programme mid-term review: Adolescent Development Technical Review Meeting, Kampala, Uganda, 19–21 September 1997*. Kampala, UNICEF, 1997.
234. *Report of the workshop on Innovative Approaches in Youth Reproductive Health Programmes, Melka, Malaysia, 1–4 June 1995*. Kuala Lumpur, organized by the International Council on Management of Population Programmes, sponsored by Swedish International Development Authority.
235. Hodgkin R., Newell P. *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1998.

Anexo 1

Carta de Ottawa para la promoción de la salud¹

Promocionar la salud

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

Prerequisitos para la salud

Las condiciones y requisitos para la salud son:

- la paz,
- la vivienda,
- la educación,
- la alimentación,
- la renta,
- un ecosistema estable,
- recursos sostenibles,
- la justicia social, y
- la equidad.

Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Promocionar el concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder **promocionar** la salud.

¹ Fuente: *Health promotion*, 1986, 1:iii-v. Reproducido con autorización.

Proporcionar los medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

Actuar como mediador

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

La participación activa en la promoción de la salud implica:

La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política

sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz

de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los

cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

Irrumpir en el futuro

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

El compromiso a favor de la promoción de la salud

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo, se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores,

- con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida.

La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

Llamada a la acción internacional

La Conferencia llama a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo “Salud para Todos en el año 2.000” se hará realidad.

La carta se adoptó en una conferencia internacional sobre promoción de la salud «La iniciativa para una nueva salud pública», 17-21 de noviembre de 1986, en Ottawa, Ontario, Canadá. La conferencia fue copatronizada por la Asociación Canadiense de Salud Pública, Health and Welfare Canada y la Organización Mundial de la Salud.

Anexo 2

Artículos clave de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño

Considerando que la meta es proteger y satisfacer todos los derechos de todos los niños, los derechos que se recogen a continuación son de importancia particular desde el punto de vista de las necesidades básicas de los jóvenes en materia de salud y desarrollo: información y competencias para la vida; acceso a servicios como educación, salud, esparcimiento y justicia; un entorno seguro y de apoyo; y oportunidades para participar.

Derechos generales

Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2

- *Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.*
- *Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.*

Artículo 3

1. *En todas las medidas concernientes a los niños, que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.*

Artículo 6

1. *Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.*

2. *Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.*

Derecho a la información y a las competencias

Artículo 17

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental.

Artículo 29

1. *Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:*
 - a) *Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;*
 - b) *Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;*
 - c) *Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;*
 - d) *Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;*
 - e) *Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.*

Derecho a la educación y a los servicios de salud

Artículo 23

1. *Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.*
4. *Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios*

de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.*
- 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*
 - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños,, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud;*
 - c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;*
 - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;*
 - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;*
 - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia;*

Artículo 28

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:*
 - a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;*
 - b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer*

que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella, y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad.

Artículo 31

- 2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística, y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.*

Derecho a un entorno seguro y de apoyo

Artículo 2

- 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.*

Artículo 3

- 1. En todas las medidas concernientes a los niños, que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.*
- 2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.*
- 3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.*

Artículo 4

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos

reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

Artículo 5

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 16

- 1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.*
- 2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.*

Artículo 18

- 1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.*
- 2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.*

Artículo 19

- 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el*

abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Artículo 22

- 1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en la presente Convención y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.*

Artículo 24

- 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.*

Artículo 25

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental, a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internamiento.*

Artículo 27

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.*
- 3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables del niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.*

Artículo 32

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier*

trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

Artículo 33

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

Artículo 34

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;*
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;*
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.*

Artículo 35

Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

Artículo 36

Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

Artículo 38

- 2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los quince años de edad no participen directamente en las hostilidades.*

Derecho a participar

Artículo 12

- 1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.*
- 2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.*

Artículo 13

- 1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por él.*

Artículo 14

- 1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.*
- 2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.*

Artículo 15

- 1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.*

Artículo 23

- 1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.*

Anexo 3

Coordinándolo todo: combinación de intervenciones en diferentes contextos

En los programas y en los proyectos para adolescentes, como en el caso de los que se destinan a cualquier otro grupo de población, es necesario considerar las cuestiones de «qué», «a quién» y «dónde se dispensan» las prestaciones. «Qué» implica qué es lo que se dispensa (es decir, qué información, qué competencias, qué tipo de servicios). El elemento «a quién» requiere que se considere la segmentación de las poblaciones, según, por ejemplo, las diferentes edades y la distribución social (miembros de pandillas, niños de la calle, varones, mujeres, etc.). El «dónde» es la cuestión que define la prestación para la mayoría de las personas.

Con fines operacionales, las experiencias con éxito en la programación para adolescentes se pueden categorizar como:

- con base en la familia y el hogar;
- con base en centros de enseñanza;
- con base en los servicios de salud;
- con base en la comunidad;
- con base en el lugar de trabajo.

Las experiencias con éxito en materia de salud de los adolescentes han combinado más de una intervención, como suministro de información, adiestramiento para la adquisición de competencias, orientación y servicios de salud, así como abordar aspectos del entorno social que amenazan salud y bienestar. Muchas experiencias satisfactorias parecen haber combinado enfoques que se dirigen a más de un comportamiento de riesgo, al tiempo que algunas también han considerado necesidades más centrales y de desarrollo. Aunque muchas no han enfocado las cuestiones de manera tan integral, es evidente que existen oportunidades para hacerlo. Por añadidura, las experiencias con éxito proporcionan además la oportunidad de comprobar que prevención y atención van de la mano y que a veces no es posible separarlas.

Los ejemplos de experiencias con éxito que se recogen a continuación se han seleccionado porque existen buenas razones para considerarlas satisfactorias, en particular debido a que se han conseguido resultados, o se han producido cambios en uno o más sectores del programa. Existe información suficiente sobre los métodos de prestación y hay razones para creer que esas intervenciones pueden dispensarse a escala y son viables en otros contextos debido a las actuales cobertura, duración o expansión satisfactoria.

1. **Intervenciones con base en la familia y en el hogar**

1.1 ***Posibles destinatarios entre los grupos de población***

Primera infancia, adolescentes, progenitores con inclusión de los progenitores adolescentes.

1.2 ***Justificación***

Las intervenciones consisten en adiestramiento para la adquisición de competencias para hijos y padres, apoyo psicosocial para padres y terapia familiar mediante orientación. El hogar es a menudo el único sitio donde es posible ponerse en contacto con algunas madres e hijos especialmente aislados, y muchos problemas existen o comienzan allí. Por añadidura, es posible llegar simultáneamente a más de un grupo de edad. Cabe que sea posible superar importantes problemas de comunicación. El hogar es un buen punto para el diagnóstico. Proporciona una oportunidad para la participación de la familia extensa y para la ayuda cuando ni la familia extensa ni el apoyo familiar están disponibles (en casos, por ejemplo, de migración reciente a centros urbanos).

1.3 ***Análisis***

Es escasa la experiencia de intervenciones tan institucionalizadas en países en desarrollo. Cabe que ese apoyo lo proporcionen relaciones y actividades en conexión con la familia extensa. El vacío, sin embargo, es evidente donde se da una rápida urbanización. Así por ejemplo, muchos niños y adolescentes de la calle mencionan la violencia familiar como razón principal para su abandono del hogar.

1.4 ***Logros posibles***

Reducción del maltrato a niños por medio de visitas a domicilio

Ejemplo: visitas a domicilio

Muchos de los problemas más frecuentes y costosos con que se enfrentan las mujeres muy expuestas y sus hijos de corta edad son una consecuencia de comportamientos maternos negativos en relación con la salud (tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas y uso de drogas durante el embarazo), atención disfuncional a lactantes y condiciones ambientales estresantes que interfieren con el funcionamiento individual y familiar. Entre esos problemas figuran insuficiencia ponderal al nacer, maltrato y desatención infantil, traumatismos infantiles, embarazos no deseados y demasiado próximos y reducida autosuficiencia económica por parte de los progenitores. Cada vez hay más pruebas de que esos problemas se pueden reducir con programas integrales de visitas a domicilio prenatales y en la infancia de

los hijos, realizadas por enfermeras. Las visitas a domicilio son una estrategia prometedora, pero sólo si incluyen: estar centradas en familias con máxima necesidad del servicio; la programación de las visitas de las enfermeras para que comiencen durante el embarazo y continúen al menos hasta que termine el segundo año de la vida del niño; la promoción de comportamientos positivos relacionados con la salud y de cualidades igualmente positivas en materia de atención infantil; y las medidas para reducir el estrés de la familia mediante la mejora del entorno social y físico en que vive. Entre las intervenciones dispensadas figuran suministro de información, adquisición de competencias y orientación.

En una evaluación (1) de intervenciones dispensadas a madres adolescentes y/o solteras de escasa categoría socioeconómica por medio de visitas a domicilio, el grupo de intervención, comparado con el grupo de control:

- estaba mejor enterado de los servicios comunitarios;
- atendía con mayor frecuencia clases de preparación para el parto;
- indicaba que los padres de sus bebés mostraban mayor interés por sus hijos;
- tenía menos infecciones renales;
- mejoraba más su dieta;
- reducían más el consumo de tabaco;
- tenían hijos lactantes que pesaban más;
- tenían periodos de gestación más prolongados;
- maltrataban menos a sus hijos;
- señalaban que sus hijos lactantes estaban más contentos;
- hacían menos visitas a los servicios de urgencia;
- conseguían trabajo con mayor frecuencia;
- tenían menos embarazos más adelante.

Estas conclusiones se tradujeron en los siguientes resultados concretos:

- reducción del maltrato a niños (80%);
- menos visitas para atención hospitalaria de urgencia (38%);
- menos visitas al médico por traumatismos o ingestión de sustancias nocivas (87%);
- más meses con empleo en el caso de las madres a las que se visitaba a domicilio (82);
- 395 gramos más en el peso medio de los recién nacidos;
- reducción en el número de partos prematuros (75%).

*Aumentos en la finalización escolar ulterior y en el empleo, y
disminución en el número de detenciones*

Ejemplo: visitas a domicilio y educación preescolar

El Programa Preescolar Perry (2) en los Estados Unidos estaba dirigido a niños afroamericanos, entre 3 y 4 años de edad, de bajo nivel socioeconómico y escaso rendimiento intelectual, y a los que se valoraba como muy expuestos al fracaso escolar. La mitad de los niños procedían de familias con un solo progenitor y los padres de todos ellos tenían un coeficiente intelectual bajo, escaso nivel de instrucción y una trayectoria poco satisfactoria en materia de empleo.

El programa estaba basado en programas de enseñanza preescolar para niños con carencias, cuyo objetivo es potenciar el desarrollo del conocimiento, el pensamiento y las competencias sociales y la disposición para aprender de los niños participantes. El programa incluía diariamente sesiones de clases de dos horas y media durante las mañanas de los días de entre semana, así como hora y media semanal de visita a domicilio para cada madre e hijo en una tarde de entre semana. Las intervenciones se centraban en el adiestramiento para la adquisición de competencias, el apoyo y la orientación. Entre los rasgos importantes de este programa figuraban: planes de estudios para el aprendizaje activo apropiados desde el punto de vista del desarrollo; reducido número –10 a 1- de niños por enseñante; el personal consideraba a los padres como asociados, por lo que trabajaban en estrecha colaboración con ellos en el aula y en el hogar (se hacían visitas mensuales) para aprender de ellos y ayudarles a no perder el contacto y a entender el plan de estudios preescolar y el desarrollo de sus hijos; y administradores del programa que proporcionaban cursos de capacitación y apoyo de supervisión al personal.

La evaluación de los progresos de los niños participantes durante 20 años indica:

- disminución del 40% de detenciones hasta los 19 años;
- aumento del 35% de graduados de enseñanza secundaria;
- aumento del 55% en el empleo;
- disminución del 50% en embarazos durante la adolescencia en comparación con en el grupo de control;
- hasta los 27 años, uno de cada tres integrantes del grupo de control había sido detenido cinco o más veces en comparación con uno por cada 14 de los niños del Programa Preescolar Perry.

Reducción en detenciones ulteriores después de la terapia en el hogar y con la familia

Ejemplo: terapia multisistema para adolescentes y familias

A los adolescentes considerados en riesgo inminente de ser encarcelados -y a sus familias- se les proporcionaba orientación intensiva por orientadores diplomados, cada uno de ellos responsable de cuatro familias. Los orientadores estaban a disposición de las familias las 24 horas del día. La terapia multisistema está basada en una consideración de la reciprocidad de las relaciones interpersonales y postula que los problemas comportamentales de los adolescentes reflejan en general unas relaciones de familia disfuncionales. La orientación abarcaba necesidades psicológicas, sociales, educativas y materiales de todos los miembros de la familia con el propósito general de mantener la unidad familiar.

En un estudio, la terapia multisistema dispensada por un centro comunitario de salud mental se comparó a los servicios de prevención de la violencia prestados por el Departamento de la Juventud. El tiempo medio de tratamiento era de 13,4 semanas, con un seguimiento de 59 semanas (3). Los resultados indicaron:

- El número de delitos reconocidos por los propios adolescentes receptores de servicios del Departamento de la Juventud era superior al de los adolescentes que se beneficiaban de la terapia multisistema (8,6 frente a 2,9).
- Los adolescentes que recibían servicios del Departamento de la Juventud eran detenidos más veces que los que recibían terapia multisistema (1,52 frente a 0,87).
- El cincuenta y ocho por ciento de los adolescentes que recibían terapia multisistema no volvían a ser detenidos frente al 38% de los receptores de servicios del Departamento de la Juventud.
- Los adolescentes que recibían servicios del Departamento de la Juventud pasaban más tiempo en colocaciones fuera del domicilio que los sometidos a la terapia multisistema (16,2 semanas frente a 5,8).
- Los adolescentes que recibían terapia multisistema pasaban, por término medio, 10 semanas menos en la cárcel.
- Al ochenta por ciento de los receptores de terapia multisistema no se los encarcelaba, frente al 32% de los que recibían servicios del Departamento de la Juventud.
- La tasa de recidivas durante un periodo de cuatro años en el caso de los adolescentes en terapia multisistema era de 22% en comparación con el 72% de quienes recibían servicios del Departamento de la Juventud.
- Los costos del departamento de servicios para la juventud eran de US\$ 16300, en comparación con US\$ 2800 en el caso de la terapia multisistema.

2. **Intervenciones con base en centros de enseñanza**

2.1 ***Posibles destinatarios entre los grupos de población***

Niños en edad escolar, adolescentes.

2.2 ***Justificación***

Un número cada vez mayor de niños acude a los centros de enseñanza de todo el mundo, y esos centros proporcionan un lugar conveniente para dispensar intervenciones (aunque en algunos países se den importantes diferencias en la asistencia a la escuela entre varones y mujeres, en el nivel real de terminación de los estudios y en el abandono escolar durante la adolescencia). El carácter estructurado de los planes de estudio de los centros de enseñanza proporciona oportunidades para incluir la información y el adiestramiento en competencias apropiados desde el punto de vista del desarrollo. La prestación óptima de una educación basada en las competencias puede también mejorar el conocimiento de los profesores sobre problemas de salud y su capacidad de enseñar competencias. El contexto escolar proporciona igualmente oportunidades para enfoques basados en la camaradería.

2.3 ***Logros posibles***

Disminución de los embarazos durante la adolescencia gracias a un programa combinado para reducir el embarazo y la infección por el VIH, así como otras ITS

Ejemplo: educación entre iguales para adolescentes en centros de enseñanza

En Botswana, el programa de orientación por adolescentes, con un enfoque basado en la camaradería, (PACT), se propone llegar a jóvenes de 13 a 19 años tanto dentro como fuera de los centros de enseñanza, dispensándoles información, adquisición de competencias y orientación. La finalidad del programa es permitir a los jóvenes que tomen decisiones sanas sobre su propia sexualidad, que eviten embarazos no deseados, la infección por el VIH y otras ITS y, en especial, que potencien su propia confianza y autoestima. Otro objetivo importante del programa es mejorar la aceptación social y conseguir apoyo de las autoridades educativas y sanitarias, centros de enseñanza, padres y comunidad.

En cada centro se seleccionó y se adiestró a diez adolescentes para realizar sesiones con el fin de aumentar el conocimiento de sus iguales sobre sexualidad humana y salud reproductiva, desarrollar su capacidad para valorar los entornos sociales que puedan comprometer su salud y su desarrollo, y aumentar su habilidad para comunicarse con

adultos e iguales en lo relativo a los comportamientos que aumentan el riesgo de embarazo y de contraer el VIH y demás ITS. Entre otros medios de suministrar información a los adolescentes figuraban el teatro, las canciones, los grupos de discusión, los concursos de carteles, los debates públicos y los puestos de información en ferias y celebraciones religiosas.

Este programa es un ejemplo de eficaz participación directa del grupo destinatario. El éxito de la intervención depende de la acción de los jóvenes mismos. La motivación de los estudiantes se pone de manifiesto no sólo por su disposición para trabajar durante sus vacaciones escolares, sino también por sus otras iniciativas. Los educadores entre compañeros participan directamente en el diseño y ejecución de actividades educacionales del programa y han desempeñado un papel activo en la elaboración de planes de estudios y guías para educadores entre iguales, y también de folletos. Las actividades de los educadores entre iguales han influido no sólo en los compañeros participantes del centro de enseñanza sino también en las familias y miembros de la comunidad.

La evaluación del programa (YWCA, datos inéditos, 1995) señaló una reducción del número de alumnas que abandonaron los estudios debido a embarazos en los centros de enseñanza donde las actividades de PACT funcionaban bien. El programa, iniciado y gestionado por una ONG dedicada a los jóvenes (la YWCA de Botswana) también ha sido muy elogiado por la comunidad, el gobierno y los donantes internacionales por su atención cada vez más marcada hacia la salud de los adolescentes.

3. Intervenciones con base en los servicios de salud

3.1 Posibles destinatarios entre los grupos de población

Niños, adolescentes, adultos

3.2 Justificación

En los centros de salud se pueden prestar con eficacia servicios de diagnóstico y tratamiento para problemas específicos de salud, así como suministrar información sobre comportamientos relacionados con la salud. En el caso de algunos grupos de población, sobre todo adolescentes que tienden a no utilizar los servicios de salud, son importantes las características de la prestación de los servicios: valoración, confidencialidad, flexibilidad in situ y conocimientos teóricos y prácticos del dispensador de la asistencia.

3.3 **Logros posibles**

Reducción de la infección por el VIH y demás ITS

Ejemplo: tratamiento de las ITS en adolescentes y adultos sexualmente activos

El programa de la República Unida de Tanzania consistió en el establecimiento de una clínica de referencia y un laboratorio para las ITS, formación de personal en el diagnóstico y tratamiento de las ITS, con algoritmos de tratamiento por síndromes, educación sanitaria, preservativos gratuitos y suministro habitual de medicamentos. Se organizó un sistema especial de prestación de asistencia, así como visitas sistemáticas de supervisión a las instalaciones sanitarias por un oficial del programa para dispensar cursos de perfeccionamiento, y visitas periódicas de un equipo de educadores sanitarios a los pueblos atendidos por cada instalación sanitaria para proporcionar información sobre las ITS. Dado que la epidemia de VIH y las tasas de incidencia de las ITS en el mundo en desarrollo están aumentando y que su tratamiento es deficiente, este ensayo de intervención proporcionó un modelo importante que demostraba la importancia de complementar las intervenciones educativas dirigidas a modificar comportamientos de riesgo por medio de mejoras en los servicios de tratamiento de las ITS.

Los resultados del ensayo pusieron de manifiesto, entre adolescentes de ambos sexos, una reducción de conjunto del 42% en la incidencia del VIH durante un periodo de seguimiento de dos años, reducción que era sistemáticamente evidente en todos los emparejamientos equiparados de comunidades objeto de estudio. A los dos años de seguimiento, la prevalencia de la sífilis activa era 10,4% en el grupo de intervención y 11,4% en el grupo de control. Los registros de pacientes indican que sólo el 0,9% de los pacientes utilizaron preservativos. Se llevaron a cabo encuestas sobre cambio comportamental en el momento inicial y después del seguimiento, y esos datos no indican cambio alguno en el comportamiento durante el periodo de dos años. Por tanto, en ausencia de cambio en el comportamiento sexual, la explicación más plausible para la disminución en la incidencia del VIH es que la intervención haya acortado la duración media de las ITS, reduciendo de ese modo eficazmente la probabilidad de transmisión del VIH.

4. **Intervenciones con base en la comunidad**

4.1 ***Posibles destinatarios entre los grupos de población***

Muchos.

4.2 **Justificación**

El carácter diverso, multidisciplinario, de estos contextos proporciona considerable flexibilidad para atender las necesidades de los adolescentes. La innovación en la prestación de intervenciones es un rasgo común. Sin embargo, la cobertura con frecuencia es limitada y la sostenibilidad, incierta.

4.3 **Logros posibles**

Programación integral para el desarrollo de los adolescentes y reducción de comportamientos de riesgo, incluidas las relaciones sexuales peligrosas y el abuso de sustancias

Ejemplo: programa para el desarrollo de los adolescentes

Este programa para adolescentes en Trinidad es parte de los esfuerzos de SERVOL (4) para unir a los miembros de las comunidades a fin de encarar necesidades comunes de manera que, a la larga, comunidades enteras adquieran confianza en su habilidad para obtener resultados. La clave de este enfoque es el autodesarrollo, lo cual significa que se utilizan principios con los que se capacita a las comunidades para desarrollarse a su propio ritmo, de acuerdo con sus propias necesidades y al nivel que puedan permitirse. Se han fundado cuarenta «centros de vida» donde los adolescentes adquieren una conciencia de apoyo y de estructura por parte de los componentes del personal y de sus compañeros participantes. En la mayoría de los centros, de seis a doce adolescentes (de edades entre 16 y 19 años) participan en el programa de tres meses y medio de duración, cinco días a la semana y ocho horas diarias, para recibir cursos de alfabetización y aprender autoconciencia y autoestima. Se ofrece información y adiestramiento en competencias relacionadas con el uso de sustancias, la sexualidad y la prevención de problemas de salud asociados con el comportamiento sexual. Los meses que siguen, de seis a ocho, se centran en competencias profesionales relacionadas con oficios concretos. Los adolescentes de ambos sexos adquieren conocimientos básicos sobre desarrollo y nutrición infantil, y sobre crianza de los hijos. El programa cuesta nueve dólares al mes y un total de 3000 adolescentes lo siguen todos los años.

Durante los más de 20 años de experiencia de SERVOL se han aprendido lecciones importantes. La flexibilidad y adaptabilidad de los programas a las necesidades de las comunidades en las que operan, con una participación mínima de funcionarios gubernamentales, han ayudado a padres, adolescentes y niños gracias a una atención activa y receptiva. El desempleo entre los adolescentes de comunidades con centros se ha reducido en conjunto al 24% (47% para personas entre 15 y 19 años y 38% para los comprendidos entre

20 y 24 años); el 10% de los adolescentes que siguen el programa terminan después su educación secundaria. El setenta y cinco por ciento encuentran trabajo. La tasa de abandonos de SERVOL es del 5% (frente a una tasa del 40% en el Programa de Asociación para la Formación y el Empleo de los Jóvenes, iniciado por el gobierno en 1988).

Reducción del comportamiento violento en bares y barriadas

Ejemplo: Julakari/Patrulla Nocturna Aborigen

La comunidad de Tennant Creek, una comunidad aborigen australiana, es una población aislada geográfica y socialmente en la que la excesiva ingestión de alcohol es la forma habitual de distracción social. Un estudio puso de manifiesto que la proporción del gasto en alcohol en algunas comunidades aborígenes oscilaba entre el 27% y el 55%, en comparación con el 6,37% en el caso de australianos no aborígenes. Entre los problemas asociados con el consumo de bebidas alcohólicas (tanto por adolescentes como por adultos) figuran las peleas y sus consecuencias físicas y sociales. El programa proporciona «patrullas» de voluntarios de la comunidad de edad avanzada (de ordinario mujeres) que trabajan de manera conjunta con la policía local para trasladar a las personas que están embriagadas y que provocan alborotos a un refugio donde recobran la sobriedad, sin necesidad de entrar en contacto con la policía. Todas las mañanas se celebra una reunión de la comunidad para mediar en las disputas y advertir al infractor. El «castigo» es, de ordinario, un buen rapapolvo. Habitualmente esto avergüenza lo suficiente a quienes lo reciben como para disuadirlos de repetir la falta. Un importante resultado de estas reuniones ha sido la creación oficiosa de reglas comunitarias que definen comportamientos inaceptables. Además, de 1990 a 1992, los delitos relacionados con el alcohol han disminuido en un 43% (de 352 a 201 casos). Las personas embriagadas cada vez acuden al refugio en mayor número de manera espontánea.

5. Intervenciones con base en el lugar de trabajo

5.1 Posibles destinatarios entre los grupos de población

Quienes trabajan en emplazamientos concretos

5.2 Justificación

Las necesidades de los adolescentes (y de los adultos) para sobrevivir económicamente ponen con frecuencia en peligro su salud y su desarrollo, debido a los tipos de trabajos que llevan a cabo y/o el entorno físico y social en el que los realizan.

5.3 Logros posibles

Reducciones sustanciales en la infección por el VIH y otras ITS

Ejemplo: promoción del uso de preservativos entre trabajadoras sexuales

Se considera que, en Tailandia, las personas más vulnerables a la infección por el VIH son las trabajadoras sexuales (hay más de 100 000) y sus clientes varones. Se iniciaron proyectos experimentales para imponer un 100% de utilización de preservativos mediante el suministro intensivo de información y la disponibilidad de preservativos. En todas las zonas donde se iniciaron estos proyectos se informó a las trabajadoras sexuales y a los propietarios de los establecimientos sobre las metas del proyecto y sus beneficios, y se les aseguró que su aplicación no perjudicaría sus ingresos. Si los propietarios incumplían la norma, se exponían a ser multados y a tener que cerrar su negocio.

En 1990, la tasa media de utilización de preservativos entre trabajadoras sexuales oscilaba entre 60% y 70% y la de visitas de clientes a las clínicas para el tratamiento de las ITS se situaba por debajo del 50%. En dos provincias de Tailandia, Samut Sakhon y Pitsanuloke, la cifra de preservativos utilizados por trabajadoras sexuales aumentó de poco más de 15 000 a más de 50 000 mensuales después de la iniciación del proyecto. La incidencia mensual de las ITS entre trabajadoras sexuales pasó del 13% antes del comienzo del proyecto al 0,3%–0,5% después de la aplicación. Según la información disponible, sesenta y seis de las 73 provincias de Tailandia se hallaban en el proceso de aplicar proyectos similares (5).

Referencias

1. Olds D.L., Henderson C.R., Tatelbaum R. Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: a randomized trial of nurse home visitation. *American journal of public health*. 1988, 78:1436–1445.
2. Schweinhart T.J., Barnes H.V., Weikart D.P. *Significant benefits: the Highscope Perry preschool study through age 27*, Ypsilanti, MI, High/Scope Press, 1993.
3. Henggler S., Cunningham P.B., Pickrel S.G. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of adolescence*, 1996, 19:47–61.
4. *Evaluation report on SERVOL's "Development of a non-formal programme of early childhood education and care in high risk areas"*. Utrecht, Personnel Management Services, Ltd., 1990.
5. Rojanapithayakorn W., Hanenberg R. The 100% condom program in Thailand. *AIDS*, 1996, 10(1):1–7.