

Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes

**Servicios de salud amigables en
Bolivia, Ecuador y Perú**



2003

Instituto de Educación y Salud-IES

República de Chile 641

Lima 11-Perú

Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes

Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú

Esta publicación fue realizada como parte del proyecto "Acceso joven: fortaleciendo capacidades para brindar servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes en América Latina", llevado a cabo por el IES en Bolivia, Ecuador y Perú con el apoyo técnico y financiero de Advocates for Youth y en alianza con Pathfinder International-Bolivia y con la Red Intersectorial Adolescencia y Juventudes (RIAS) de Ecuador, entre agosto de 2001 y mayo de 2003

Directora de IES

Carmen Murguía Pardo

Autoras

Alicia Quintana Sánchez, responsable del proyecto

Catalina Hidalgo Henríquez

Corrección de estilo: Rocío Moscoso

Diseño y diagramación de carátula: Paco San Martín

Diseño y diagramación de texto: Teresa Serpa y Rosa Segura

Fotografías: Archivo Instituto de Educación y Salud

Impresión: Enrique Bracamonte Vera S. A.

Depósito legal N.º 1501342003 - 2407

Publicado gracias al aporte de Advocates for Youth

Quintana S., Alicia e Hidalgo H., Catalina

Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes

Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú

Lima: IES y Washington D.C.: Advocates For Youth, 2003

Servicios de salud amigables, salud sexual y reproductiva, adolescentes y jóvenes, enfoque de desarrollo, promoción de la salud, involucramiento de la participación comunitaria y juvenil

Serie: Estrategias y metodologías innovadoras



Agradecimientos


Agradecemos, en primer lugar, a los y las proveedores/as de salud de Bolivia, Ecuador y Perú que participaron en el proyecto "Acceso joven: fortaleciendo capacidades para brindar servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes en América Latina". Ellos y ellas mostraron gran motivación por acortar la distancia que los y las separa de los y las adolescentes, realizando un trabajo de calidad como parte de sus planes de acción.

A Advocates for Youth, por confiar en el IES y en el equipo que estuvo a cargo del proyecto; sin su apoyo, no habría sido posible realizar esta publicación. En especial a Nicole Cheetham, quien nos acompañó y brindó su asesoría en todas las etapas del proyecto, y con sus valiosos aportes nos ayudó a plasmar en palabras la riqueza de la experiencia.

A Marjorie Macieira, consultora de Advocates for Youth, por su acompañamiento en la elaboración del programa de capacitación aplicado como parte del proyecto, y también por contagiarnos su gran entusiasmo en el trabajo con los y las proveedores/as de salud.

Agradecemos de forma especial a Gladys Pozo, representante de Pathfinder International-Bolivia, y a Lucía Narváez, coordinadora de la Red Intersectorial Adolescencia y Juventudes (RIAS) de Ecuador, quienes demostraron su compromiso con los y las adolescentes y jóvenes al aceptar ser nuestras aliadas en el proyecto. Ellas, conjuntamente con sus equipos de trabajo, asumieron con mucho profesionalismo las coordinaciones y acciones necesarias para realizar las capacitaciones, así como la asesoría y el seguimiento a los y las proveedores/as de salud capacitados/as en Bolivia y Ecuador, respectivamente.

Agradecemos también al Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, al Ministerio de Salud del Ecuador, al Municipio Metropolitano de Quito, al Proyecto Salud Reproductiva del Adolescente de la GTZ-Ministerio de Salud del Perú —especialmente a Guillermo Diller, coordinador del proyecto, y a Zilda Cárcamo—, a la Dirección de Salud Lima V y a la Unidad de Servicios Básicos de Salud (SBS) de San Juan de Lurigancho, instituciones que, conocedoras de que los y las proveedores/as de salud juegan un papel protagónico en la tarea de lograr que los servicios de salud sean amigables con los y las adolescentes y jóvenes, consideraron importante que aquellos/as que trabajan en los servicios públicos fortalecieran sus habilidades en este ámbito.



Queremos ofrecer un particular agradecimiento a los y las adolescentes de Bolivia, Ecuador y Perú, quienes al brindarnos sus testimonios respecto a las expectativas que tienen sobre un servicio de salud amigable, contribuyeron a acortar las distancias entre jóvenes y proveedores/as de salud.

A Deborah Laporta, compañera de IES cuyos aportes, experiencia y profesionalismo nos ayudaron a consolidar la propuesta educativa que estuvo en la base de los talleres de capacitación.

A Carmen Murguía y Rocío Zumaeta, quienes nos brindaron valiosos comentarios y sugerencias que contribuyeron a mejorar los contenidos de la publicación.

A Elena Telles, nuestra amiga y compañera de trabajo, quien siempre está presente para darnos ánimo y mostrarnos su apoyo incondicional.

A Juan José Montero por su amistad y colaboración.

A Rocío Moscoso, por su acucioso trabajo de corrección de estilo.

A Teresa Serpa por su paciencia, dedicación y creatividad.

Finalmente, queremos agradecer de manera muy personal a nuestras familias. A Darío, compañero de búsquedas, por su presencia constante; y a Lucía y Mariana, quienes representan el impulso permanente que nos lleva a confiar en que es posible lograr cambios. A Henry, quien además de demostrar comprensión y complicidad, comparte la apuesta por un Perú feliz; y a Narda, ejemplo de profesional y de mujer y madre capaz de transmitir su sensibilidad social.

Índice

Presentación	9
Introducción	11
Sección 1	
La salud de los y las adolescentes y jóvenes en la región andina	17
1.1. La promoción de entornos saludables y el desarrollo	17
1.2. ¿Por qué enfocar la salud sexual y reproductiva cuando de adolescentes y jóvenes se trata?	20
1.3. El rol de los servicios de salud en la promoción de entornos saludables para los y las adolescentes y jóvenes	23
Sección 2	
Servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes	29
2.1. ¿Cómo entendemos los servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes?	29
2.2. ¿Qué componentes debería tener un servicio de salud amigable?	33
2.3. ¿Podemos hablar de diferentes modalidades de servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes?	34
2.4. Elementos centrales para acortar las distancias entre los servicios de salud y los y las adolescentes y jóvenes	36
Sección 3	
De la teoría a la práctica:	
Herramientas útiles para lograr servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes	39
3.1. Profesionales de salud dispuestos a trabajar con adolescentes y jóvenes	41
3.1.1. Construyendo una nueva mirada de la adolescencia y la sexualidad	41
3.1.2. Identificando situaciones en las que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes	46
3.1.3. Los y las profesionales de salud se comprometen con la promoción de una sexualidad saludable y placentera	52
3.2. Los y las adolescentes y jóvenes como socios/as o aliados/as en la construcción de servicios de salud amigables	57
3.2.1. Escuchando las voces de los y las adolescentes y jóvenes	57

3.2.2. Jóvenes y adolescentes como socios/as o aliados/as	63
3.2.3. Escalera de la participación	68
3.3. Una mirada al interior de nuestros servicios de salud	75
3.3.1. Estado general del establecimiento de salud	77
3.3.2. ¿Cómo evaluamos cuán amigable es el servicio de salud?	86
3.3.3. Identificando nuestro flujograma de atención al adolescente	97
3.3.4. Observando el rol que asumimos cuando brindamos consejería en salud sexual y reproductiva al adolescente y joven	102
3.4. Acercando el servicio de salud a los y las adolescentes y jóvenes	107
3.4.1. Alianzas estratégicas con la comunidad	108
3.4.2. Diagnósticos participativos con la comunidad para conocer las necesidades reales de los y las adolescentes y jóvenes	116
3.4.3. La metodología participativa nos acerca a la comunidad	119
3.5. Los servicios de salud amigables incorporan acciones de abogacía	123
3.6. Llevando a la práctica la apuesta por lograr servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes	131
Reflexiones finales	147
Bibliografía	151
Anexos	155
A. Tablas con indicadores sociales y económicos en países de la región andina	155
B. Materiales complementarios para el uso de las herramientas	156
C. Lista de participantes de los talleres de capacitación realizados en cada país	165

Presentación

El Instituto de Educación y Salud y Advocates for Youth quieren compartir con ustedes *Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú*, texto que presenta información, reflexiones y un conjunto de herramientas útiles para el trabajo dirigido a promover servicios de salud amigables para adolescentes.

Esta publicación es el resultado de un gran esfuerzo realizado como parte del proyecto "Acceso joven: fortaleciendo capacidades para brindar servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes en América Latina", desarrollado por el IES en Bolivia, Ecuador y Perú con el apoyo técnico y financiero de Advocates for Youth y en alianza con Pathfinder International-Bolivia y la Red Intersectorial Adolescencia y Juventudes (RIAS) de Ecuador.

Ponemos este texto a disposición de los tomadores de decisión, de los y las proveedores/as de salud y de todas aquellas personas interesadas en que los servicios de salud respondan a las necesidades y expectativas de los y las adolescentes, involucrándolos/as como socios/as en este proceso, en tanto actores sociales de su propio desarrollo.

En este material podrán encontrar información sobre el contexto en el que se enmarcan los servicios de salud en la región andina, y sobre todo herramientas que permiten traducir la información y las mejores prácticas en acciones que favorezcan el fortalecimiento de servicios de salud amigables.

No pretendemos dar pautas establecidas y que tengan una secuencia determinada en la modalidad de un manual sino compartir con ustedes reflexiones, aprendizajes y propuestas surgidos desde la experiencia desarrollada en Bolivia, Ecuador y Perú. Confiamos en que este documento será de utilidad para acortar las distancias entre los y las jóvenes y los servicios de salud, haciendo que estos últimos sean más amigables.

Instituto de Educación y Salud


Introducción

Sabemos que más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años y que los y las adolescentes representan alrededor de la cuarta parte de la población de los países de la región andina. Este grupo poblacional constituye un importante sector al cual debemos dedicarle especial atención, puesto que si bien los y las adolescentes no se ven afectados/as por problemas de salud graves que amenacen sus vidas, lograr su bienestar es esencial en el desarrollo de un país.

Se debe considerar también que los comportamientos que los y las adolescentes adopten en esta etapa de su desarrollo tendrán gran influencia en sus condiciones de salud y calidad de vida durante sus años posteriores. Por ejemplo, con relación a la situación de su salud sexual y reproductiva, es importante reconocer el peso que tiene la adopción de comportamientos sexuales protegidos. Así, las cifras indican que en la mayoría de los países de la región andina, más de 10% de las adolescentes son madres o han estado embarazadas alguna vez, experiencia que, en muchos casos, trae como consecuencia el aborto e incluso la muerte materna.

Según ONUSIDA, un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas de entre 10 y 24 años de edad, y 90% de las infecciones se producen en países en vía de desarrollo. La mitad de los nuevos casos de infecciones por VIH ocurren en personas menores de 25 años. Así, son los y las jóvenes quienes ofrecen las posibilidades de cambiar el curso de la epidemia a escala mundial, siempre y cuando se les ofrezcan los medios y el apoyo para hacerlo. Es innegable, pues, que la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes requiere nuestra especial atención.

Durante los últimos años, se ha sustentado la importancia de invertir en la salud y el desarrollo de la población adolescente y joven, considerando los costos que implica el no proveer programas que brinden respuestas adecuadas a sus demandas y necesidades. Del mismo modo, se ha puesto mucho énfasis en implementar programas que tengan un enfoque integral y holístico cuya atención se centre en el y la adolescente y su contexto, reconociendo que son las situaciones de vida —entre ellas la disponibilidad de contar con servicios apropiados— las que determinan las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentra una persona.




Así mismo, la necesidad de trabajar no sólo *para* los y las adolescentes sino *con* ellos y ellas se ha constituido, durante los últimos años, en un desafío, ya que es un elemento que puede determinar la posibilidad real de promover su bienestar y desarrollo de manera consistente y sostenible.

En este contexto, si bien se han producido importantes esfuerzos por promover que los servicios públicos de salud respondan a las necesidades de los y las adolescentes y jóvenes vinculadas a la salud en general, y a la salud sexual y reproductiva en particular, aún falta un gran camino por recorrer, pues la oferta que se brinda desde dichos servicios todavía no logra adecuarse a las expectativas de los usuarios.

En esa medida, consideramos que sigue vigente la necesidad de promover que los servicios de salud desarrollen estrategias y metodologías que los hagan más amigables a los y las adolescentes y jóvenes. Así mismo, suscribimos la recomendación brindada por diversas agencias e instituciones que trabajan en el campo de la salud de los y las jóvenes, las cuales sostienen que la participación de éstos y éstas es esencial en la construcción de dichos servicios. Esta participación se concreta cuando los y las adolescentes y jóvenes usuarios, transformados/as en actores sociales, se involucran en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las actividades, constituyéndose así en aliados/as o socios/as de los y las proveedores/as de salud.

Reconocemos también que para que se puedan implementar servicios amigables es necesaria la existencia de políticas favorables a los programas de salud sexual y reproductiva, esto es, de políticas que no presenten restricciones legales ni programáticas, y que además consideren la necesidad de trabajar sobre los entornos socioculturales.

De este modo el IES, desde los tres ejes en los que se sustenta su quehacer institucional —desarrollo de capacidades, institucionalización de procesos participativos e incidencia política—, busca fortalecer el liderazgo de los y las adolescentes y jóvenes para el ejercicio de la ciudadanía en salud, y considera que los derechos sexuales y reproductivos forman parte esencial del ejercicio de la misma. Por tanto, afirmamos que es una exigencia que nuestras intervenciones promuevan el derecho de los y las adolescentes y jóvenes a recibir información, orientación y atención oportuna y de calidad, así como el respeto a su capacidad para tomar sus propias decisiones.




Desde este marco de referencia queremos compartir con ustedes este documento, que está a disposición de todas las personas interesadas en contribuir al logro de servicios de salud amigables dirigidos a los y las adolescentes y jóvenes, en especial a los y las proveedores/as de salud y los tomadores de decisión.

Como ya se señaló, esta publicación se enmarca en el enfoque de derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, y considera la perspectiva de género como un eje transversal que permite comprender las normas sociales que colocan a este grupo etario ante situaciones difíciles de enfrentar, que incrementan su situación de vulnerabilidad —particularmente en el ámbito de la sexualidad— limitando su acceso a los servicios e insumos que posibilitan la vivencia de una sexualidad saludable y placentera.

Además, tomamos en consideración el factor generacional como una dimensión que muchas veces lleva a desencuentros entre adultos y jóvenes, así como a situaciones inequitativas y de exclusión, dado el desbalance de poder en las relaciones entre ambos grupos. En esa medida, proponemos que los adultos —en este caso los y las profesionales de salud— aprendan a trabajar en alianza con adolescentes y jóvenes, con el objetivo común de lograr que los servicios de salud dirigidos a este sector sean realmente amigables con sus usuarios.

Como ya se ha señalado, este material surge de la experiencia desarrollada como parte del proyecto "Acceso joven: fortaleciendo capacidades para brindar servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes en América Latina", llevado a cabo por el IES en Bolivia, Ecuador y Perú con el apoyo técnico y financiero de Advocates for Youth y en alianza con Pathfinder International-Bolivia y con la Red Intersectorial Adolescencia y Juventudes (RIAS) de Ecuador.

Como parte de este proyecto, se llevaron a cabo tres talleres de capacitación, uno en cada uno de los países mencionados. De este modo, 120 profesionales de salud fueron capacitados/as con el objeto de que optimicen sus estrategias para brindar un servicio adecuado a las necesidades de adolescentes y jóvenes. En este proyecto estuvieron involucrados 54 establecimientos de salud, los mismos que fueron organizados en 28 equipos de trabajo que diseñaron y ejecutaron el mismo número de planes de acción para promover que sus servicios de salud fueran más amigables para adolescentes y jóvenes. Se puso mucho énfasis en que fueran los y las proveedores/as de salud quienes hicieran una



evaluación real de sus servicios y plantearan en sus planes de acción propuestas factibles de ser implementadas por ellos y ellas mismos/as. Al finalizar el proyecto, se realizó una jornada de intercambio de experiencias en cada país, durante la cual los y las profesionales de salud presentaron los resultados obtenidos al llevar a la práctica sus planes de acción, basados en los conocimientos adquiridos.

La publicación que les presentamos recoge los principales elementos de esta experiencia, esperando constituirse en un documento útil.

CÓMO UTILIZAR ESTA PUBLICACIÓN

El documento ha sido organizado como un material que presenta herramientas útiles e innovadoras que fueron validadas en los talleres de capacitación. Elegimos la denominación *herramienta* considerando que transmite la idea de un instrumento cuya forma de uso es sencilla, y que por lo general permite que pueda ser puesto en práctica a partir de la descripción presentada en el texto.


Las herramientas pueden ser utilizadas como parte de un programa dirigido a desarrollar las capacidades de los y las proveedores/as de salud, o bien por un equipo de ellos y ellas que, sin que esté de por medio un programa de capacitación, simplemente tenga el interés de hacer más amigable el servicio que brinda.

Si bien las herramientas pueden ser empleadas para promover servicios amigables que aborden la salud de manera integral, en este documento se pone especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, que como ya se ha mencionado, constituye una dimensión primordial para lograr el desarrollo y bienestar de adolescentes y jóvenes.

De este modo, la publicación está organizada en tres secciones y, adicionalmente, presenta un documento complementario.

La primera sección sustenta la necesidad de trabajar desde el enfoque de desarrollo y promoción de entornos saludables, analiza el papel de los servicios de salud en la construcción de dichos entornos, así como la importancia de contribuir a que estos servicios sean amigables para adolescentes y jóvenes.

La segunda sección analiza en qué consiste un servicio de salud amigable para adolescentes, planteando dificultades y recomendaciones al respecto.



Finalmente, la tercera sección presenta las herramientas dirigidas a promover servicios de salud amigables para adolescentes. Esta sección, a su vez, se subdivide en seis subcapítulos o áreas. El primero presenta las herramientas vinculadas al propósito de crear un vínculo inicial positivo entre los y las adolescentes y los y las proveedores/as de salud. El segundo promueve la necesidad de trabajar con los y las adolescentes y jóvenes considerándolos/as socios/as en la construcción de servicios amigables. El tercero presenta herramientas útiles con indicadores para evaluar cuán amigable es el servicio. El cuarto enfatiza el involucramiento de la comunidad a través de diagnósticos participativos comunitarios y el establecimiento de alianzas. En el quinto se reflexiona sobre la necesidad de que los servicios de salud incorporen acciones de abogacía, entendida como la promoción y defensa de una causa. Finalmente, el sexto subcapítulo permite poner en práctica lo aprendido a través de la implementación de planes de acción dirigidos a que los servicios de salud sean más amigables con los y las adolescentes y jóvenes.

Todas las herramientas siguen la misma estructura: la presentación del objetivo, los temas que trata, la descripción de la herramienta propiamente dicha, los resultados de la experiencia, las lecciones aprendidas y algunas sugerencias prácticas que se deben considerar al utilizar dicha herramienta.

El documento complementario contiene el programa de capacitación que fue empleado en los talleres realizados en los tres países, de manera que pueda ser replicado. Este programa presenta, de manera detallada, las capacidades y habilidades que se busca fortalecer en los y las profesionales de salud; la estructura de las dinámicas, ejercicios y actividades de capacitación; y por último, la indicación sobre el tiempo y los materiales. Nos pareció conveniente presentarlo como un documento separado del texto central porque de este modo, si el lector lo considera necesario, puede revisarlo de manera paralela a la lectura de las herramientas.

Cabe mencionar que la propuesta del programa permite planificar con flexibilidad las jornadas de capacitación. Así, si no fuese posible implementarlo en su totalidad, se pueden elegir las áreas y las combinaciones que se adecuen a las necesidades de los y las profesionales de salud.

Esperamos que la experiencia desarrollada y el material que les presentamos sume esfuerzos para acortar cada vez más la distancia entre los y las adolescentes y jóvenes y los servicios de salud dirigidos a ellos y ellas, con el fin de lograr condiciones de vida más satisfactorias para esta población.

Sección 1

La salud de los y las adolescentes y jóvenes en la región andina



La presente publicación se enmarca en un enfoque de desarrollo desde el cual se plantea la necesidad de promover entornos saludables que favorezcan un desarrollo humano y social más equitativo para la población en general, y especialmente para los y las adolescentes y jóvenes.

En esta sección se expone qué se entiende, desde el enfoque de desarrollo, por entornos saludables, y se subraya la importancia de abordar la salud sexual y reproductiva (SSR) de adolescentes y jóvenes como un elemento central para su bienestar. Se analiza también el papel que cumplen los servicios de salud amigables en la promoción del desarrollo de esta población. De manera complementaria, se presentan datos sobre la salud de los y las adolescentes en algunos países de Latinoamérica, específicamente de la región andina.

1.1. LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES Y EL DESARROLLO

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) enfatiza que la salud está ligada al desarrollo; en esa medida, preocuparse y trabajar por la salud de los y las adolescentes y jóvenes equivale a preocuparse por su desarrollo. En este marco de trabajo, la salud es asumida como un derecho de todos, y como una construcción conjunta que depende de factores individuales, sociales y culturales que están en permanente interrelación.

De este modo, desde el enfoque de desarrollo, promover entornos saludables implica partir de un concepto integral de la salud, reconociendo que este término significa 'sentirse bien' y disfrutar de relaciones en las que se respetan los derechos de las personas.



No se visualiza la salud como ausencia de enfermedad sino como bienestar; por lo tanto, se busca superar el enfoque de riesgo que, durante muchos años, orientó las políticas públicas de salud básicamente a la prevención de problemas, priorizando la atención sobre la promoción.

Para lograr este propósito, es necesario impulsar la salud en los diferentes entornos en los que el ser humano se desenvuelve —la comunidad, la familia, la escuela, el servicio de salud, el grupo de pares, el trabajo, entre otros—, subrayando la importancia fundamental de que las normas socio-culturales promuevan comportamientos saludables.

La promoción de entornos saludables considera también que las personas tienen recursos que les permiten desarrollar habilidades para el autocuidado de su salud, lo que implica, a su vez, el fortalecimiento de la ciudadanía en salud. Este fortalecimiento se basa en una visión de los y las adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho, con posibilidades de participación activa, y como actores sociales del desarrollo.

El presente documento parte por considerar que únicamente si se enfoca la salud de los y las adolescentes y jóvenes de manera integral, reconociendo sus derechos, y si además la sociedad en su conjunto participa en la promoción de políticas públicas, será posible que los programas y servicios favorezcan el bienestar y desarrollo de esta población.

Algunas características del contexto en el que viven los y las adolescentes

Como se sabe, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (OMS, 1995), y más de la quinta parte de la población de los países latinoamericanos tiene entre 10 y 19 años (PRB, 2000; OPS, 1998).

El promedio en toda América Latina es de 21,7%, con cifras inferiores únicamente en Argentina, Chile y Uruguay, lo cual contrasta con Norteamérica, donde el porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años alcanza 13,7% (Burt, 1998).

La pobreza: una realidad que marca grandes diferencias

Cuando se analiza el contexto en el que viven los y las adolescentes, es importante tomar en cuenta que, en condiciones de pobreza, se presentan más situaciones de inequidad y se mantienen los roles de género más tradicionales, así como las mayores desigualdades entre varones y mujeres en el acceso a servicios y recursos. Así, se encuentra un patrón recurrente que evidencia mayor equidad de género y mejores condiciones de salud integral en los países desarrollados y en los sectores sociales que no se encuentran en situación de pobreza (Raguz, 2002).

Estos patrones se encontraron también en una investigación con adolescentes y jóvenes que se desarrolló en zonas urbanas de Lima, en las que se observó que los sectores con mayores recursos económicos tienen también mayor acceso a redes de soporte social, información oportuna sobre temas de interés como la sexualidad, así como relaciones familiares y de pareja menos conservadoras y más equitativas (Quintana, Hidalgo y Dourojeanni, 2003; Quintana, Dourojeanni e Hidalgo, 2000).

En Latinoamérica, y particularmente en los países de la región andina, un gran sector poblacional vive en situación de pobreza. Sin embargo, se observan grandes diferencias entre los países que conforman la región andina, puesto que mientras más de la mitad de la población de Bolivia, Ecuador y Perú vive en esas condiciones —70%, 54,7% y 50,7, respectivamente (OPS, 1999)—, en Venezuela, Colombia y Chile este porcentaje va de 42% a 17,7%.

Las tasas de alfabetización

En los países de la región andina, la tasa de alfabetización oscila desde 95% en Chile hasta 83% en Bolivia. Si bien en algunos países las diferencias por sexo no existen (Colombia) o son mínimas (Chile y Venezuela), en otros se observa que la brecha entre varones y mujeres va desde 4 puntos porcentuales en Ecuador (92% versus 88%) y 11 puntos porcentuales en el Perú (95% versus 84%) hasta 14 puntos porcentuales en Bolivia (90% en varones y 76% en mujeres) (OPS, 1999). Para mayor detalle, ver tabla 1 en el Anexo A.

Es importante tener en cuenta que los datos se presentan en promedio, y que así como hay diferencias entre países, existen también grandes brechas, al interior de cada país, tanto entre población rural y urbana como entre sectores socioeconómicos distintos.

El acceso a los servicios de salud

En varios países de la región andina, por lo menos una cuarta parte de la población en general no accede a los servicios de salud (OPS, 1998; 1999), lo cual es un indicador de la limitada capacidad de respuesta de estos países para enfrentar los problemas de salud de sus habitantes. Teniendo en cuenta que una de las poblaciones que menos accede a los servicios está constituida por los y las adolescentes, se hace evidente que sus necesidades de salud no están siendo cubiertas.

Estos contextos determinan una situación de mayor vulnerabilidad para los y las adolescentes y jóvenes, dado su limitado acceso a oportunidades para desarrollarse y por lo tanto a tener mejores condiciones de vida.

1.2. ¿POR QUÉ ENFOCAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CUANDO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES SE TRATA?

Consideramos que si bien el enfoque de la salud debe ser integral, es innegable que el análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes da cuenta de que éste es un aspecto sobre el que se debe tener especial consideración. Los temas de sexualidad, salud y derechos reproductivos en la adolescencia se constituyen en áreas cruciales para alcanzar la equidad de género, "ya que los riesgos y costos de carecer de información y poder para tomar decisiones recaen en su mayoría —cuando no exclusivamente— en las mujeres jóvenes" (Reinoso, 1999).

Las definiciones de salud sexual y reproductiva propuestas por la OMS¹, el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo² y la Plataforma de Acción de Beijing³ reconocen que la salud sexual y reproductiva es una condición de bienestar integral, y consideran como parte de ella todos los aspectos relativos a la reproducción, el acceso a métodos de regulación de la fertilidad y la atención de calidad en servicios de salud adecuados.

Así mismo, ponen el acento en la posibilidad de tener una vida sexual satisfactoria y segura, lo que incluye el mejoramiento de la calidad de vida y las relaciones entre las personas. En dichas conferencias, así como en la *Declaración de compromiso con relación al tema VIH-sida*⁴ del Período Extraordinario de Sesiones de Naciones Unidas en VIH-sida (Nueva York, 2001), los gobiernos del mundo han asumido compromisos que se concretan en metas que buscan asegurar el acceso de la población adolescente y joven a la educación y a los servicios necesarios para gozar de una buena salud.

Por lo tanto, se reconoce el derecho que tienen todas las personas —sin importar las diferencias de sexo, raza o edad— a experimentar una vida sexual saludable.

Sin embargo, la situación de la salud sexual y reproductiva en los países de la región no es muy positiva. Según el índice de riesgo reproductivo que Population Action International (2001) propone, a partir de 10 indicadores que analizan la salud y los riesgos sexuales y reproductivos en los países, Bolivia se encuentra en un nivel de riesgo reproductivo alto; el Perú, Ecuador, Venezuela y Colombia en un nivel moderado, mientras que Chile es el único país que presenta un nivel de riesgo bajo (ver tabla 2 en el Anexo A).

1 *Progress*. n.º 45, 1998, disponible en Internet en www.who.int/hrp/progress/45/index.html

2 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción, El Cairo, septiembre de 1994.

3 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Declaración y Plataforma de Acción, Beijing, septiembre de 1995.

4 Declaración de compromiso, Período Extraordinario de Sesiones de Naciones Unidas en VIH-sida (Nueva York, 2001).

De otro lado, las cifras de embarazo adolescente representan una preocupación, dado que estas gestaciones muchas veces no son planificadas ni atendidas en condiciones adecuadas. A esto se añade que la infección por VIH va en aumento y que este virus adquiere cada vez más el rostro de una mujer joven.

Existen, así, muchas barreras que dificultan la vivencia de una sexualidad saludable en la población adolescente y joven. En esa medida, considerar los aspectos vinculados a la sexualidad como un elemento crucial en la promoción de entornos saludables se convierte en una tarea primordial.

Es importante observar las barreras enfocando el contexto sociocultural que dificulta que los y las adolescentes y jóvenes vivan una sexualidad libre, saludable y placentera.

- Políticas de salud y educación restrictivas y poco claras respecto a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes
- No se reconoce a los y las adolescentes como sujetos de derechos sexuales y reproductivos.
- La sociedad censura las relaciones sexuales durante la adolescencia, lo cual lleva a:
 - Que se maneje la información en forma incorrecta.
 - Que los y las adolescentes no adopten comportamientos sexuales protegidos.
 - Que no disfruten plenamente de su sexualidad.
- La construcción de género establece para varones y mujeres mandatos que dificultan la adopción de comportamientos sexuales protegidos que permitan vivir la sexualidad de manera placentera:
 - Los varones pueden sentirse cuestionados por demostrar que "no saben" sobre sexualidad.
 - Para algunas mujeres, la maternidad puede ser una forma de ganar afecto, estima o respeto de parte de la familia y la comunidad.
 - Hablar sobre sexualidad en pareja muchas veces está censurado por las normas sociales.
- Los adolescentes varones o mujeres que tienen una orientación homosexual, bisexual o transgénerica pueden sentir temor de ser estigmatizados/as o discriminados/as.
- Los programas y medios de información hacen hincapié en los riesgos y no en las formas saludables y responsables de vivir la sexualidad.
- Los y las adolescentes víctimas de violencia sexual temen ser censurados/as o que no se les crea.

- Otras barreras están más vinculadas al acceso a servicios e información:
 - Acceso limitado a servicios y programas adecuados.
 - Actitudes rígidas de los y las proveedores/as de salud.
 - Poco o ningún dinero para pagar por un servicio o por un medio de transporte.
 - Barreras legales que impiden ofrecer a los y las adolescentes información o servicios de salud sexual y reproductiva.

Todas estas barreras afectan la construcción de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y evidencian la necesidad de realizar un trabajo articulado, en el que se establezcan alianzas con otros sectores y con la comunidad en su conjunto, lo cual permitiría ampliar la respuesta, al hacerla más integral y con mayor capacidad de cobertura.

Las relaciones sexuales durante la adolescencia

Los patrones de inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes varían en Latinoamérica y el Caribe, mostrando que la proporción de mujeres de la región que han tenido por lo menos una relación sexual antes de los 20 años —incluidas las que ocurren dentro del matrimonio— varía entre 42% y 63% (OPS-FNUAP, 1998).

- En Ecuador, 43,5% de las mujeres de 15 a 24 años declararon tener relaciones sexuales (CEPAR, 1999).
- En el Perú, la proporción es similar: alcanza a 42% de adolescentes y jóvenes. Del total de mujeres de 20 a 49 años que señalaron haberse iniciado sexualmente, 57,2% reportó que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 20 años (INEI, 2001).
- En Bolivia, 91% de las mujeres de zonas rurales se iniciaron sexualmente antes de los 18 años; en las zonas urbanas, el porcentaje alcanza 84%.
- En Venezuela, la proporción de mujeres de 15 a 24 años iniciadas sexualmente está más cercana a los dos tercios (60%) (ENJUVE, 1995 citado por Moya, 2001).


Maternidad en la adolescencia y juventud

Cada año nacen 15 millones de niños cuyas madres son adolescentes. Se considera que las gestantes adolescentes están en una situación de vulnerabilidad mayor debido a que su salud corre riesgos más importantes durante el embarazo y el parto. Sin embargo, es necesario señalar que estos riesgos están asociados a la capacidad de respuesta del entorno social para brindar a la madre adolescente los servicios y el soporte que requiere.

En América Latina y el Caribe, la tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya han dado a luz un hijo (Burt, 1998). Este dato se complementa con el reportado por OPS (1998), que señala que, en promedio, cerca de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años de edad de 10 países de América Latina y el Caribe han tenido un hijo antes de los 20 años de edad.

Estas cifras varían entre países y al interior de los mismos. En el Perú, 13% de adolescentes mujeres de 15 a 19 años ya son madres, encontrándose una relación inversa con respecto al nivel de instrucción, puesto que de 36,9% en las mujeres que no tienen instrucción, baja a 2,4% en aquellas que tienen educación superior (INEI, 2001).

Se estima que, en Latinoamérica, 24% de muertes maternas están relacionadas con situaciones de abortos inseguros (OMS, 1997). Al respecto, Martha R. Burth (1998) señala que dar oportunidades de educación a la mujer adolescente es un factor clave en el proceso de modernización y es, además, esencial para evitar muchos de los problemas asociados específicamente con la juventud.



Cuando la adolescente tiene la oportunidad de convertirse en una persona útil cuyas alternativas no se reducen únicamente a ser madre y trabajadora doméstica —ya sea a través de posibilidades de educación o de una ocupación calificada—, cambian otros aspectos de su vida, tales como el número de hijos, el espaciamiento entre sus embarazos y las condiciones de salud tanto de ella como de su(s) hijo(s).

Cabe mencionar aquí la escasa información que existe sobre la salud sexual y reproductiva de los varones adolescentes. Si bien se sabe que por lo general es la mujer quien se ve más afectada en su salud, y en particular en su salud sexual y reproductiva, es necesario contar con mayor información acerca de lo que sucede con el varón.

Indicadores asociados al VIH-sida

Se estima que aproximadamente 1,7 millones de personas en América Latina han entrado al siglo XXI infectadas por VIH. Según ONUSIDA (2002), un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas de 10 a 24 años y 90% de las infecciones se produce en países en desarrollo.

En los países de la región andina, el Perú y Venezuela tienen el mayor porcentaje de población afectada por VIH, mientras que el país con menor proporción de infectados es Bolivia (Naciones Unidas, 2001; ver tabla 3 en Anexo A). Además, en el Perú, casi la mitad de las personas que tienen sida adquirieron el VIH cuando eran adolescentes o jóvenes, esto es, cuando tenían entre 15 y 24 años.


De este modo, la tendencia en la región andina es que el VIH afecte cada vez más a la población pobre, a mujeres y a jóvenes, lo cual se asocia también a que la principal vía de transmisión del VIH es la sexual. Así, en el Perú, 97,3% de jóvenes de ambos sexos adquirieron el virus por esta vía.

Más allá de las cifras, es importante también tener en cuenta que los y las adolescentes y jóvenes no tienen incorporada la necesidad de protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni del VIH. Más de la mitad de los y las adolescentes que han tenido relaciones sexuales sin protección declaran no tener temor de adquirir una de estas infecciones, mientras que los y las adolescentes y jóvenes que usan condón declaran que, más de la mitad de las veces, lo hacen para evitar un embarazo no planificado, y no para protegerse de las ITS y VIH.

1.3. EL ROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES

Frente a esta realidad y desde el enfoque de desarrollo, la función de los servicios de salud para promover el acceso de la población adolescente se debe orientar hacia:

- La entrega mixta de servicios: atención y actividades preventivo-promocionales.
- La búsqueda de mecanismos innovadores que incorporen la participación comunitaria para favorecer que adolescentes y jóvenes encuentren, en los diversos espacios en los que se desenvuelven, la información y orientación que requieren.
- La promoción del cambio de comportamiento para lograr que los y las adolescentes adopten prácticas saludables, tomando en cuenta que eso implica también generar cambios en las normas socioculturales.
- El establecimiento de alianzas y la articulación de esfuerzos con otras instancias de la comunidad.



Así, no basta prevenir los problemas sino que es necesario tener en cuenta tanto las necesidades particulares de los y las adolescentes como la influencia de las construcciones de género y de las normas socioculturales que obstaculizan la adopción de comportamientos saludables y el acceso a los servicios.

Respecto a la importancia de las alianzas con otros sectores, el modelo de Escuelas Promotoras de la Salud y la Iniciativa FRESH (por sus siglas en inglés: Focusing Resources on Effective School Health) impulsado por la OMS, la UNESCO, UNICEF y el Banco Mundial reconoce que la promoción del acceso a los servicios de salud o comunitarios que brindan consejería, detección y tratamiento de enfermedades es uno de los componentes fundamentales para favorecer la salud de los y las adolescentes. En esa medida, es central considerar al sector Educación como un fuerte aliado para lograr el acceso a dichos servicios.

Para poder ser adoptado por completo y en forma cabal, el enfoque de desarrollo enfrenta varios obstáculos, como el hecho de que en muchos sectores aún persiste una mirada biologicista de la salud —entendida básicamente como enfermedad—, que tiene como correlato que las matrices de seguimiento y monitoreo del desempeño de los servicios públicos se mida sobre todo en términos de número de atenciones, desvalorizando las acciones preventivo-promocionales.

Otro elemento es la dificultad para definir, desde este enfoque, los indicadores que permitirán evaluar el logro del bienestar y la salud, más aún si se reconoce que, en varios casos, estos indicadores aluden a aspectos cualitativos que, por lo general, son más difíciles de delimitar y verificar.

De este modo, como señala la OMS (1995), el enfoque de desarrollo tiene por delante el reto de establecer indicadores tan precisos y verificables como los que, durante años, propuso el enfoque de riesgo. Una manera de superar este reto es la posibilidad de construir indicadores claros que permitan monitorear lo que se espera de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. En este contexto, la presente publicación busca aportar a la construcción de dichos indicadores.

Acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud

En los países latinoamericanos, es común encontrar limitaciones para el acceso de la población adolescente y joven a los servicios de salud en general, y en especial a los servicios de salud sexual y reproductiva (Quintana, Hidalgo y Dourojeanni, 2003; Moya, 2001). Esto es aún más grave si tomamos en cuenta que los proveedores de salud y el entorno social en el cual los y las adolescentes se desenvuelven por lo general no los consideran como sujetos de derechos sexuales y reproductivos. Esto se expresa, por ejemplo, en que no se acepta que ellos y ellas tomen sus propias decisiones respecto a su sexualidad, e incluso en que no reciban información sobre estos temas.

Frente a esta situación, diversas experiencias reportadas en los países de la región andina dan cuenta de los diferentes modelos a través de los cuales se ha dado respuesta a la necesidad de promover el acceso de la población adolescente a los servicios, así como de desarrollar estrategias para mejorar la oferta de servicios.

Sin embargo, es claro que en algunos países —en mayor medida que en otros— se logró consolidar mejor los resultados, para lo cual se contó, además, con el apoyo de un marco normativo que impulsa modelos de atención más sostenidos. Tal es el caso de Colombia, donde PROFAMILIA se ha consolidado como una institución referente que, con el financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), está desarrollando en el entorno de América Latina un programa de capacitación Sur-Sur para transferir los modelos de atención y prevención validados que, además, son capaces de autosostenerse económicamente.

Cabe destacar también que en Bolivia existe un Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de la Adolescencia y Juventud 1998-2002, que surgió de una propuesta intersectorial en la que se establecieron lineamientos programáticos. A partir de este plan, el Ministerio de Salud y Previsión Social propuso el Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los(las) Adolescentes, en cuyo marco se han venido realizando considerables avances para brindar una atención diferenciada a los y las adolescentes. Sin embargo, el mayor problema son los escasos recursos económicos que se asignan a este programa.

En el caso del Perú y el Ecuador, los resultados están menos consolidados. Si bien en los dos países existen programas de salud de el y la adolescente impulsados por el sector público, el mayor problema en ambos se vincula con la poca prioridad que se le asigna a la población adolescente al momento de planificar los servicios, más aún considerando que la atención dirigida a ella requiere la realización de acciones preventivo-promocionales. De esta escasa prioridad también se derivan los limitados recursos que se asignan a estos programas.

En esa medida, si bien en los países de la región andina existen experiencias exitosas de atención a adolescentes, que han sido trabajadas desde el sector público y apoyadas por organismos de cooperación internacional y organismos no gubernamentales (ONG), estas intervenciones no se han podido ampliar ni implementar de manera sostenible en las diferentes zonas de cada país.


Observar la salud desde el enfoque de desarrollo nos lleva también a una nueva forma de entender y abordar la salud sexual y reproductiva, que promueve que la vivencia de la sexualidad represente salud, bienestar y placer. En este enfoque, se considera también que los miembros de la comunidad en su conjunto —y como parte de ella los y las adolescentes— se constituyen en actores principales en el logro de este bienestar.

Los servicios de salud son un componente fundamental del entorno de los y las adolescentes, y se convierten en espacios que pueden contribuir a satis-

facilitar ciertas necesidades de esta población, lo cual a su vez permitirá que experimente la salud sexual y reproductiva de manera plena y saludable.

Así, se podría decir que la creación de entornos saludables implica la existencia de un servicio de salud que asuma su rol promotor en este proceso, generando sinergias para la participación comunitaria. En el gráfico que se presenta a continuación, se observan a diferentes actores representativos de la comunidad, entre los cuales figura el servicio de salud. Es necesario promover un vínculo positivo entre este actor y los y las adolescentes, como aliados en la construcción de los servicios amigables.





Como se ha visto a lo largo de esta sección, los servicios de salud son un componente importante del entorno de los y las adolescentes y jóvenes. Esto se confirma en una encuesta realizada en el Perú (Quintana, A., Hidalgo, C. y Dourojeanni, D., 2003) en la que los y las adolescentes y jóvenes encuestados señalaron que el centro de salud es el principal canal a través del cual les gustaría recibir apoyo y atención referida a las situaciones vitales asociadas a su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, esto requeriría que el servicio de salud pueda responder realmente a sus necesidades y expectativas.

En ese sentido, los profesionales de salud tienen un rol central que desempeñar, considerando además que, cuando de salud se trata, ellos son los principales referentes técnicos en la comunidad. Partiendo del enfoque de desarrollo y de la promoción de entornos saludables, los servicios de salud amigables para los y las adolescentes deben trabajar tanto al interior de sí mismos como en la comunidad, trascendiendo así los muros del establecimiento.

Esto permitiría tanto acoger a los y las adolescentes y jóvenes que acuden al establecimiento como acercarse proactivamente a ellos y ellas en el entorno de la comunidad, con el fin de establecer relaciones positivas. El vínculo con los y las adolescentes será más sólido si se establece en el marco de respeto por los derechos en general, y particularmente de los derechos sexuales y reproductivos. De este modo, los y las adolescentes desempeñarán también un rol protagónico pues serán coactores y colaboradores en la construcción de su salud y bienestar.

Los servicios de salud amigables se constituyen en un medio que contribuye a que los y las adolescentes vivan su salud plenamente y pueden actuar como modelos en la promoción de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes, brindando información adecuada y completa, respetando las decisiones que ellos y ellas tomen, escuchándolos sin censurarlos y ofreciéndoles una atención de calidad.

Sección 2

Servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes




En esta sección se presentan los elementos que a partir del análisis de la situación de los países de la región y de la experiencia realizada en Bolivia, Ecuador y Perú, se consideraron centrales para promover servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes. Estos elementos son los que guiaron la construcción de las herramientas estableciendo el hilo conductor que unifica la propuesta.

Cabe señalar que lo que se propone representa el ideal hacia el que todos los servicios de salud dirigidos a población adolescente y joven deberían orientarse. Sin embargo, se sabe que la construcción de servicios de salud amigables es un proceso, y que los y las profesionales de salud, así como los tomadores de decisión, deberán ir adecuando y adaptando esta propuesta a sus recursos y a su realidad. Así se irán definiendo, de manera gradual, los desafíos que deberán superar en el camino que los llevará a acortar cada vez más la distancia que separa a los servicios de los y las adolescentes y jóvenes.

2.1. ¿CÓMO ENTENDEMOS LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES A LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES?

Un servicio de salud amigable a los y las adolescentes y jóvenes se enmarca en un enfoque de desarrollo que plantea que trabajar por la salud de el y la adolescente incluye tanto la prevención de los problemas como la promoción del desarrollo. Se adecua a las necesidades que varones y mujeres adolescentes tienen en el ámbito de su sexualidad, encontrando formas de intervención que responden a sus expectativas y que constituyen una invitación para atraerlos al servicio. Parte de la premisa de que los y las adolescentes se constituyen en un actor social clave, capaz de proponer estrate-



gias para la "construcción" de su salud y la de su comunidad; por lo tanto, busca incorporar sus opiniones e intereses en el diseño, la implementación y la evaluación de los programas.

El o la adolescente es reconocido/a como una persona que tiene derechos. Así, el servicio amigable hace que se cumpla el derecho que tiene este sector poblacional tanto a recibir información sobre su salud en general y su salud sexual y reproductiva en particular como a que se respete su capacidad para tomar sus propias decisiones en este ámbito y gozar de una sexualidad saludable.

El establecimiento de salud que brinda este servicio se reconoce también a sí mismo como un actor clave de la comunidad, que promueve la articulación de esfuerzos entre diferentes instancias comunitarias para responder a las necesidades físicas y psicosociales de los y las adolescentes.

El servicio amigable reconoce que debe enfrentar diferentes barreras que dificultan la posibilidad de que la población adolescente y joven se aproxime al centro de salud. Por lo tanto, asume como retos promover el acceso a los servicios y elevar la calidad de atención que se brinda en éstos. El acceso implica tanto que los y las adolescentes lleguen al servicio y sean atendidos/as en éste, como que el establecimiento de salud desarrolle diferentes estrategias que permitan que la población adolescente "acceda" a la información, la orientación y el soporte que requiere en los espacios naturales en los que se desenvuelve. Para ello, el establecimiento debe propiciar la articulación de redes conformadas por las instancias de la comunidad relacionadas con la promoción de la salud.

Por lo tanto, la calidad del servicio debe ser evaluada de acuerdo con las normas y políticas que el centro de salud establece para atender a los y las adolescentes tanto al interior (atención intramural) como al exterior (atención extramural) de su local.

La organización al interior del servicio amigable contempla aspectos como los horarios y los espacios adecuados a las necesidades de los adolescentes, la distribución espacial del servicio, la comodidad del ambiente, la buena organización de los procedimientos administrativos, así como los aspectos vinculados a los diferentes tipos de consulta que se brindan, incluyendo la orientación, la consejería y la provisión de los insumos necesarios.



Adicionalmente, considera como un aspecto esencial las características del personal —experiencia, capacitación, trato adecuado— y, como ya se ha señalado, se interesa por las percepciones sobre el servicio que tienen los y las adolescentes y jóvenes. El servicio amigable tiene políticas y programas que atraen a los y las adolescentes.

En esta medida, los servicios de salud amigables toman distancia de aquella mirada limitante que considera que el establecimiento de salud es el experto en esta materia y es el único responsable en el tema. El servicio de salud amigable se constituye, en cambio, en un actor que aporta a la construcción de pautas de autocuidado de la salud, comprendiendo que ésta es responsabilidad de todos los miembros de la comunidad en la que trabaja.

El servicio de salud debe articularse, pues, con programas de educadores de pares o promotoras de salud que ya existen. También debe realizar en la comunidad acciones conjuntas de sensibilización tendentes a promover que las normas socioculturales favorezcan la adopción de comportamientos de autocuidado de la salud de los y las adolescentes, así como el respeto por su derecho a tomar sus propias decisiones.

De manera esquemática, presentamos el siguiente gráfico, que intenta recoger todos los elementos mencionados.

SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES EN LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES



2.2. ¿QUE COMPONENTES DEBERÍA TENER UN SERVICIO DE SALUD AMIGABLE?

A partir de la descripción y definición de un servicio de salud amigable presentada en el subcapítulo anterior se desprende que, para que un servicio cumpla con esta característica, debe contemplar los siguientes componentes:

- **Establecimiento de salud amigable.** El centro de salud está ubicado en un lugar de fácil acceso para la población adolescente. Cuenta con horarios y ambientes diferenciados, así como con espacios que permiten brindar atención con respeto y confidencialidad.
- **Profesionales de salud amigables.** Los y las profesionales de salud tienen actitudes positivas hacia los y las adolescentes: buscan ganarse su confianza y asegurarles la confidencialidad y el trato respetuoso; así mismo, les transmiten el mensaje de que reconocen sus derechos sexuales y reproductivos.
- **Procedimientos de atención y administrativos amigables.** El procedimiento previo a la atención es fluido y se cuenta con un sistema de seguimiento al adolescente que requirió el servicio. Los protocolos de atención son flexibles.
- **Atención amigable al adolescente.** El trato a los y las adolescentes se da en un marco de respeto y confidencialidad. Ellos y ellas necesitan que se les brinde orientación en diversos temas y que se les ofrezca la posibilidad de incorporar en la atención a personas significativas —sus padres, su pareja—. La sexualidad es asumida como un aspecto natural de la vida.
- **Disponibilidad de una amplia gama de servicios.** Consiste en que el servicio se extienda a la comunidad, identificando a los y las adolescentes que requieren atención en salud. Así mismo, considera que las diversas necesidades de los y las adolescentes tienen que atenderse en coordinación con otras instancias de la comunidad.
- **Conocimiento de las percepciones de los y las adolescentes acerca de los servicios.** Es necesario conocer qué piensan los y las adolescentes respecto al trato y la atención que reciben en el servicio. Saber si lo consideran como un lugar en el que son bienvenidos, como un ambiente que promueve la privacidad y la confidencialidad, y en el que, además, se les brinda el apoyo que requieren para responder a sus necesidades.
- **Involucramiento de la participación comunitaria.** El establecimiento de salud se reconoce a sí mismo como un actor más de la comunidad. Promueve la

- realización de diagnósticos participativos a través de los cuales se recojan las necesidades de la población y se busquen, en conjunto, alternativas para responder a ellas. Involucra a la comunidad —y como parte de ella a los y las jóvenes— en el diseño, la implementación y la evaluación de programas. Fortalece los lazos con los socios tradicionales —escuelas y organizaciones juveniles— y no tradicionales —por ejemplo, los representantes locales de los comerciantes, las organizaciones religiosas, los medios de comunicación—, buscando crear una red más amplia de apoyo y servicios
- **Sistemas de evaluación y monitoreo.** Se establecen objetivos e indicadores concretos y se evalúa periódicamente su cumplimiento.

2.3. ¿PODEMOS HABLAR DE DIFERENTES MODALIDADES DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES A LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES?

A continuación se presenta una propuesta de modalidades de servicios de salud amigables a los y las adolescentes. Esta propuesta ha sido diseñada a partir de la revisión de documentos que analizaron cómo se ha venido desarrollando la provisión de servicios de salud dirigidos a la población adolescente durante los últimos años (La Rosa, 2001; OMS, 1995).

En primer lugar, se pueden diferenciar dos grandes grupos de servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes, de acuerdo con el criterio de si están vinculados a establecimientos de salud —de diferente nivel— o si se ofrecen desde otras instituciones o programas.

2.3.1. Servicios de salud vinculados a establecimientos de salud

Estos servicios de salud amigables a los y las adolescentes surgen como parte de la atención que brindan los hospitales o centros de salud que buscan responder de un modo más adecuado y especializado a las características de este sector poblacional. Pueden darse de tres maneras:

- **Servicios diferenciados exclusivos.** Por lo general cuentan con una infraestructura y una entrada diferente de la del servicio de salud en general. Tienen profesionales especializados y designados específicamente para dicho servicio. Mantienen un horario permanente y estable, diseñado para atender a adolescentes. Únicamente atienden a la población adolescente y joven.

- **Servicios de atención diferenciada.** En este caso se comparte la infraestructura con el servicio de salud, pero se cuenta con un horario diferenciado y algunos ambientes exclusivos para adolescentes. Por lo general los profesionales que atienden a adolescentes han sido capacitados especialmente para esta tarea, pero su labor no está circunscrita sólo a la atención de este sector poblacional. Existe una adecuada señalización para orientar a los y las adolescentes hacia los servicios de atención diferenciada.
- **Consultorio diferenciado.** Es similar al anterior. Sin embargo, el área para atención de adolescentes es mucho más restringida, pudiendo incluso limitarse a un solo consultorio.

En los tres casos se espera que, además de la atención al interior del servicio, se realicen acciones promocionales fuera del local de éste.

Cabe señalar que esta clasificación no es rígida, puesto que pueden presentarse combinaciones entre estos tres tipos de modalidades, por lo que se puede hablar de un continuo. Así, algunos servicios que tienen una infraestructura diferenciada pueden contar únicamente con un profesional que atiende a los y las adolescentes de manera exclusiva, mientras que los otros profesionales son asignados por horas y también atienden, en el servicio general, a otras poblaciones.

Pueden darse casos en los que, por ejemplo, no existe ni siquiera un consultorio exclusivo para adolescentes, pero sin embargo la atención que se les brinda es amigable y de calidad, pues se mantiene la confidencialidad en el marco del respeto a sus derechos y a su capacidad para tomar decisiones. Complementariamente, se puede haber logrado que los y las proveedores/as de salud que trabajan en las diferentes áreas del servicio se sensibilicen a las características de los y las adolescentes y jóvenes, y les ofrezcan un trato, una orientación y una derivación adecuados, de tal manera que los usuarios sientan que han resuelto satisfactoriamente la necesidad que los llevó a acudir al servicio.

2.3.2. Servicios o centros para adolescentes que no están vinculados a establecimientos de salud

Son servicios o centros promovidos por municipios, organizaciones comunitarias, parroquias u ONG. Pueden ser multiservicios o únicamente servicios de salud sexual y reproductiva. En estos casos, también se pueden establecer algunas diferencias:


- *Centros que brindan una atención integral de salud*, además de otro tipo de acciones —recreativas, de capacitación, etcétera—.
- *Centros para jóvenes que brindan solamente servicios de salud sexual y reproductiva*. Este tipo de centros ha ido disminuyendo, dado que se ha hecho evidente que las demandas de los y las adolescentes no se presentan de manera fragmentada sino que, más bien, incorporan múltiples aspectos.
- *Servicios comunitarios para adolescentes*. En este tipo de establecimientos no se brinda atención de salud sino más bien servicios recreativos y culturales dirigidos a que los y las adolescentes utilicen provechosamente su tiempo libre y desarrollen sus capacidades. Por lo general, las demandas específicas vinculadas a la salud que surgen en estos espacios se derivan hacia los servicios de salud.
- *Servicios en escuelas*. Se trata de lugares de escucha o centros de orientación que funcionan al interior de las escuelas.

2.4. ELEMENTOS CENTRALES PARA ACORTAR LAS DISTANCIAS ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES

Como ya se señaló, el objetivo del presente documento es promover el acceso de la población adolescente y joven a los servicios de salud para que reciba atención a sus demandas vinculadas tanto a la salud en general como a la salud sexual y reproductiva en particular. Así mismo, se busca que cuando los y las adolescentes y jóvenes acudan a estos centros, encuentren un servicio cálido y acogedor.

El o la proveedor/a de salud es un actor clave en este proceso. Sin embargo, como ya se señaló en la sección 1, el acceso de los y las adolescentes a los servicios se ve limitado, entre otras razones, por la posición que adopta el o la proveedor/a de salud frente a el o la adolescente, desconociendo su condición de persona capaz de tomar sus propias decisiones. Así mismo, otro gran obstáculo consiste en que, en los servicios de salud, se da mayor peso a otros sectores de la población y a otras acciones asistenciales.

En este contexto, se considera central el fortalecimiento de las habilidades y recursos técnicos de los y las proveedores/as de salud para que puedan brindar una atención de calidad a los y las adolescentes y jóvenes que acuden al centro. Así mismo, es necesario fortalecer la capacidad de los y las



proveedores/as para realizar una serie de estrategias tendentes a brindar información y orientación a los y las adolescentes y jóvenes en los espacios extramurales —el colegio, la comunidad, la calle, etcétera—.

Así, el desarrollo de capacidades de los y las proveedores/as de salud se constituye en un eje central para lograr la construcción de servicios de salud amigables. En esta línea, se plantean tres capacidades básicas que debe desarrollar un o una profesional de salud:

Capacidad 1: Reconocer que los y las adolescentes y jóvenes son personas con derechos y competencia suficientes para dirigir su salud y su vida sexual con autonomía y responsabilidad.

Capacidad 2: Reconceptualizar el papel del servicio y de el y la profesional de salud en tanto agentes de cambio en la promoción de entornos saludables.

Capacidad 3: Conocer y ejercitarse en la aplicación de una metodología que permita diseñar acciones que contribuyan a que los servicios de salud se tornen amigables para los y las adolescentes y jóvenes.

Para desarrollar las capacidades de los y las profesionales de salud se proponen las herramientas que se presentan en la sección 3, las mismas que, como se señaló en la introducción, fueron validadas a través de talleres de capacitación con profesionales de salud en Bolivia, Ecuador y Perú.

El programa de capacitación que se llevó a cabo en dichos talleres se basó en el uso de la metodología participativa, que a su vez se sustenta en el enfoque constructivista, el cual focaliza la atención en el desarrollo de capacidades y no en la acumulación de información. De esta manera, considera que el aprendizaje está centrado en la persona y no en el conocimiento.

El otro elemento clave es el involucramiento de los y las adolescentes en este proceso. En esa medida, se ha dedicado una parte de esta publicación —el subcapítulo 3.2, “Los y las adolescentes y jóvenes como socios/as o aliados/as en la construcción de servicios de salud amigables”— a tratar, exclusivamente, el trabajo con los y las adolescentes y jóvenes como socios/as. En general, se propone que lo óptimo sería incluir su participación y aporte en la implementación de todas las herramientas.

Sección 3

De la teoría a la práctica:

Herramientas útiles para lograr servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes



Esta sección propone un conjunto de herramientas prácticas, cuya implementación contribuye a promover que los servicios de salud sean más amigables a los y las adolescentes y jóvenes.

Como ya se mencionó, estas herramientas forman parte de un programa de capacitación que se implementó en tres talleres, en Bolivia, Ecuador y Perú. Los talleres incluyeron el diseño y la posterior ejecución de planes de acción. En esa medida, la utilidad de las herramientas ha sido validada a partir de la experiencia.







Estas herramientas favorecen el desarrollo de las capacidades de los y las proveedores/as de salud y, para ser utilizadas, requieren ser seleccionadas estratégicamente sobre la base de los objetivos, las necesidades y los recursos de los servicios de salud.

La sección está dividida en seis subcapítulos: Profesionales de salud dispuestos a trabajar con adolescentes y jóvenes, Los y las adolescentes y jóvenes como socios/as o aliados/as en la construcción de servicios amigables, Una mirada al interior de nuestros servicios de salud, Acercando el servicio de salud a los y las adolescentes y jóvenes, Los servicios de salud amigables incorporan acciones de abogacía y Llevando a la práctica la apuesta por lograr servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Como se señaló en la parte introductoria, en esta publicación se está añadiendo, como documento complementario, el programa de capacitación. Este documento describe de manera detallada las actividades de capacitación y, por lo tanto, puede ser revisado para obtener información más específica y desarrollada acerca de cómo utilizar las

herramientas ofrecidas. Por ello, en esta sección, al lado del título de la herramienta, se coloca entre paréntesis la numeración correspondiente a la actividad propuesta en el documento complementario.

Para presentar todas las herramientas de manera homogénea, se ha organizado la información en una estructura compuesta por los siguientes rubros:

<p>¿Para qué sirve?</p>  <p>Indica el objetivo principal de la herramienta.</p>	<p>Temas que aborda</p>  <p>Se señalan los aspectos y contenidos que se trabajan a través de la herramienta.</p>
<p>Herramienta</p>  <p>Se indica la forma en que se debe emplear la herramienta, ya sea a través de ejercicios vivenciales, trabajos en pequeños grupos o debates. Así mismo, se presentan los formatos necesarios para su aplicación.</p>	<p>Resultados de la experiencia</p>  <p>La información que se presenta en este rubro enfoca la atención en los aspectos que resultaron más relevantes al implementar el programa de capacitación en los tres países. Así, se describe en términos generales cómo se realizó la actividad y las reflexiones que surgieron en los y las profesionales de salud. Así mismo, se muestran algunos ejemplos de los resultados de la aplicación de la herramienta en esos países.</p>
<p>Lecciones aprendidas</p>  <p>Se señalan los principales aprendizajes que la herramienta aporta a la construcción de servicios más amigables, identificados a partir de la experiencia desarrollada.</p>	<p>Sugerencias prácticas</p>  <p>Se presentan elementos útiles para facilitar la aplicación de la herramienta.</p>

3.1. PROFESIONALES DE SALUD DISPUESTOS A TRABAJAR CON ADOLESCENTES Y JÓVENES

Es necesario identificar las normas sociales que imperan entre los y las profesionales de salud, y también explicitar los estereotipos sobre la adolescencia y la sexualidad que están presentes tanto en cada profesional como en el sistema de salud.

Para ello, se proponen tres herramientas. La primera permite analizar de qué manera el o la profesional ha vivido su propia adolescencia, lo cual se constituye en un elemento indispensable para trabajar el vínculo que éste o ésta establece con el y la adolescente. La segunda herramienta propone la incorporación del enfoque de derechos, y de derechos sexuales y reproductivos en particular, principalmente de aquéllos relacionados con la población adolescente. Finalmente, la tercera motiva a que los y las profesionales de salud adopten compromisos para promover una sexualidad saludable y placentera.

3.1.1. Construyendo una nueva mirada de la adolescencia y la sexualidad (Actividad 6)

Para acortar las distancias entre profesionales de salud y adolescentes y jóvenes es necesario que los y las primeros/as reflexionen acerca de la visión que tienen sobre esta población. El análisis de su percepción contribuirá a construir una nueva mirada, esta vez positiva, que favorezca que, desde su rol en la provisión de servicios, aporten al bienestar de ellos y ellas.

¿Para qué sirve?



Esta herramienta permite que el y la profesional de salud tomen contacto con su propia posición y visión acerca de los y las adolescentes, y de este modo empiecen a establecer un vínculo positivo con ellos y ellas a partir del trabajo que realizan en el servicio de salud.

Temas que aborda



Los aspectos que trabaja esta herramienta son los siguientes:

- Percepción sobre cómo viven su sexualidad los y las adolescentes de hoy.
- Experiencias personales vinculadas a la sexualidad vividas por los y las profesionales de salud.
- Propuestas sobre qué se requiere para que la vivencia de la sexualidad aporte al bienestar de el y la adolescente.

Herramienta



El primer paso consiste en identificar la mirada que tienen los y las participantes acerca de los y las adolescentes. Para eso, se sugiere realizar una reflexión en grupos sobre cómo son los y las adolescentes de hoy, y sobre cómo viven su sexualidad.

Luego de trabajar el tema de su visión sobre el y la adolescente, se busca que, de manera individual, cada participante recuerde aspectos positivos y negativos de su propia adolescencia e identifique algunas vivencias sexuales:

- Una experiencia sobre sexualidad vivida durante su adolescencia que le haya resultado agradable y fácil de manejar.
- Una experiencia sobre sexualidad vivida durante su adolescencia que le haya resultado difícil de manejar o poco grata.

A partir de este reencuentro del o la participante consigo mismo/a y de recordar qué le decían los adultos cuando él o ella era adolescente, se propone que el grupo realice una segunda mirada de el y la adolescente, expresando por escrito lo que surge a partir de ese momento y diferenciándolo de las características que habían identificado previamente.

Se analiza lo trabajado con todo el grupo. Para ello, el facilitador orienta la discusión con la ayuda de algunas preguntas dirigidas a que se tome conciencia de la necesidad de construir una mirada distinta y reconocer que la vivencia de las y los adolescentes está enmarcada por las normas sociales que los adultos transmiten. De manera complementaria, se discute en qué condiciones se debería vivir la sexualidad para que aporte al bienestar de la persona. Esto permitirá que se señalen elementos que favorecen la vivencia sexual, de modo que se inicie un proceso de reflexión acerca de cómo pueden contribuir los y las profesionales de salud al bienestar de los y las adolescentes.

Resultados de la experiencia



Como resultado de este trabajo, las y los profesionales identifican que, por lo general, prima una visión negativa de los y las adolescentes y de la vivencia de su sexualidad, enmarcada en un enfoque de riesgo. Los y las profesionales de salud no son conscientes de esta visión, pero por eso mismo es necesario que la reconozcan.

Por ejemplo, tienen ideas como las siguientes:

- Los y las adolescentes son rebeldes e impulsivos/as.
- Los y las adolescentes tienen una actividad sexual prematura para su edad.
- Los adolescentes han perdido el romanticismo.
- Los y las adolescentes no tienen visión de futuro.

A partir del reencuentro con la propia vivencia de la sexualidad adolescente, surgen comparaciones como la siguiente:

- Los y las adolescentes de hoy tienen más información que los y las de antes.
- Las chicas de ahora tienen más libertad que las de antes.

Sin embargo, cuando el facilitador pregunta a los y las participantes cómo se sentían ellos y ellas cuando sus padres u otros adultos les prohibían o les criticaban algunos de sus comportamientos, ellos y ellas manifiestan comprender a los y las adolescentes de hoy:

- A nosotros también nuestros padres y maestros nos veían como "malcriados/as" e irreverentes.

Por otro lado, es interesante notar cómo el trabajo en grupo promueve que se genere un análisis más profundo de las percepciones acerca de los y las adolescentes. Así, por ejemplo, cuando se desarrolló la capacitación en Ecuador varios participantes señalaron que los adolescentes de hoy ya no son románticos porque no regalan flores a sus enamoradas ni les declaman poesías. Una de las participantes refutó esta percepción argumentando que no es que el romanticismo se haya perdido en los adolescentes sino más bien que existen diferentes formas de expresarlo. Ella dio como ejemplo que su hijo adolescente ha compuesto varias canciones dedicadas a su enamorada.

Así, al reencontrarse con sus propias vivencias, los y las participantes pueden llegar a conclusiones como:

- La forma de expresar el romanticismo es diferente, pero los adolescentes de hoy también son románticos.
- Cuando uno o una es adolescente, vive todo más intensamente.
- Las y los adolescentes se sienten incomprendidos/as por los adultos tanto antes como ahora.
- Los y las adolescentes de antes y de ahora toman decisiones acerca de su sexualidad.

¿Cómo viven los y las adolescentes de hoy su sexualidad?

Elaborado por el grupo de Ecuador

(El texto escrito en verde surgió durante el segundo momento de la dinámica)

Visión de el y la adolescente que surgió en el primer momento

- Viven con irresponsabilidad
- Soportan la presión del grupo
- Cuentan con poca información
- Hay poca comunicación familiar
- Les faltan modelos
- Reciben la influencia de los medios de comunicación
- No son románticos

Elementos que se añaden al contrastar la situación de los y las adolescentes con la propia vivencia

- Tenemos una visión negativa de ellos y ellas
- Tendemos a juzgarlos/las
- La sociedad prejuzga su comportamiento
- La sociedad y las normas socioculturales difunden estereotipos y mitos acerca de la sexualidad
- Los roles tradicionales de género son perjudiciales
- Existe mayor censura frente a la mujer que al hombre
- Viven con temor y culpabilidad
- Hay que identificar lo positivo en los y las adolescentes y confiar en ellos y ellas
- Los y las adolescentes tienen creatividad
- Tienen otras formas de expresar el romanticismo
- Las políticas no favorecen que los y las adolescentes vivan su sexualidad de manera plena y saludable

Adicionalmente, se observa que las y los profesionales de salud pueden identificar claramente estrategias adecuadas para promover la salud en general, y la salud sexual y reproductiva en particular, de el y la adolescente. Por tanto, lo que requieren son metodologías, procedimientos y normas que permitan viabilizar estas estrategias.

Síntesis de los trabajos en grupo, taller de capacitación de Bolivia

¿Cómo creemos que se debe vivir la sexualidad en la adolescencia para que aporte al bienestar?

¿Qué se requiere para que la vivencia de la sexualidad aporte al bienestar de el y la adolescente?

- Identificar lo positivo de los y las adolescentes, generar confianza.
- Promover la equidad social y de género.
- Considerar las diferencias socioculturales.
- Respeto a la orientación sexual.
- Desarrollar habilidades de comunicación en los y las adolescentes.
- Desarrollar la autoestima, la asertividad, los valores éticos.
- Promover el conocimiento y el respeto del cuerpo.
- Los y las adolescentes deben aprovechar el tiempo libre.
- Respetar su libertad y autonomía.
- Mostrarles apertura y flexibilidad, no censurarlos.
- Deben tener información sobre todos los aspectos de la sexualidad.
- Conocimiento, difusión y aplicación de derechos.
- Sensibilización sobre la sexualidad como algo natural, que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Asociar la sexualidad a los afectos.
- Entender la sexualidad como fuente de satisfacción. Placer sexual, satisfacción.
- Entender la sexualidad como algo inherente a la persona, que permanece durante toda la vida y que tiene múltiples formas de expresión. No se reduce únicamente a las relaciones sexuales.
- Valorar las formas de expresión del romanticismo de adolescentes y jóvenes, aunque sean diferentes de las de los adultos.
- Los y las adolescentes deben asumir la sexualidad de manera responsable; es decir, deben protegerse de contraer una ITS o VIH-sida, y de evitar embarazos no planificados.
- Comunicación abierta sobre sexualidad en el ámbito de la pareja, entre amigos y entre padres e hijos.
- Integrar, para el trabajo con adolescentes, los medios de comunicación, la familia, la comunidad.
- Que las políticas de salud incorporen servicios multidisciplinarios para adolescentes y la capacitación en el trabajo con población adolescente y joven dirigida a proveedores de salud y profesores.
- Los proveedores de salud deben brindar confianza a los usuarios.
- Servicios y estrategias adecuados que respondan a las necesidades de los y las adolescentes y jóvenes.

Lecciones aprendidas



- A veces, los y las profesionales de salud que han pasado por capacitaciones previas o que ya trabajan con adolescentes restan importancia a reflexionar acerca de su visión de la población adolescente y joven. Por lo tanto, perciben que se puede prescindir de esta herramienta o que es posible desarrollarla en menor tiempo. Una manera de sustentar este procedimiento es señalar que, para trabajar con población adolescente, es central conocer las diferentes aproximaciones de los y las profesionales de salud con relación a los y las adolescentes y su sexualidad, y definir elementos comunes que guíen el abordaje a dicha población.

Sugerencias prácticas



- Es necesario evidenciar si la visión que tienen los y las participantes acerca de los y las adolescentes es negativa. Para ello, no es recomendable que el facilitador les diga directamente que su visión es negativa. Es mejor preguntarles cómo evalúan lo que han escrito, si consideran que de ahí se desprende una mirada negativa o positiva.
- Es muy importante diferenciar las ideas que las y los participantes expresaron en un primer momento de aquellas que añadieron luego de la reflexión sobre su propia adolescencia.

3.1.2. Identificando situaciones en las que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes⁵ (Actividad 7 y 8)

Luego de haber identificado los estereotipos que los y las profesionales de salud tienen respecto a la adolescencia y a la sexualidad, es importante enfocar la vivencia sexual adolescente en el marco del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de esta población. Estos derechos muchas veces son poco valorados e incluso ignorados.

⁵ Adaptación de la dinámica ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos? IES, 2001. *Preparándonos para conversar con las adolescentes sobre su sexualidad. Módulo para capacitar a promotoras de salud.*

¿Para qué sirve?



Mediante esta herramienta, los y las profesionales de salud identificarán los principales derechos sexuales y reproductivos, analizarán situaciones en las que éstos se vulneran así como la forma en que ello perjudica el bienestar de los y las adolescentes.

Temas que aborda



- Identificación de los derechos sexuales y reproductivos.
- Toma de conciencia de las situaciones en las que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos.
- Análisis de las vulneraciones a los derechos en diferentes contextos: en el hogar, en la relación con la pareja, en la relación con los amigos y, principalmente, en la relación con el proveedor o proveedora de salud.

Herramienta



Primero se presenta a las y los profesionales de salud un listado de derechos sexuales y reproductivos.

Listado propuesto de derechos sexuales y reproductivos⁶

1. Derecho a recibir información y orientación de calidad sobre nuestra sexualidad, incluyendo temas como el enamoramiento, el placer, los métodos anticonceptivos y el condón, el embarazo, el aborto, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-sida.
2. Derecho a decidir tener o no tener relaciones sexuales, libres de presiones, manipulación, discriminación o violencia.
3. Derecho de todas las parejas e individuos a decidir, libre y responsablemente, el número de hijos que desean tener y el tiempo que quieren que transcurra entre un embarazo y otro, así como a disponer de información y de los medios necesarios para planificar su familia.
4. Derecho de las personas a expresar su sexualidad en condiciones dignas, placenteras y seguras.
5. Derecho a una vivencia de la sexualidad libre y placentera e independiente de la reproducción.
6. Derecho a condiciones de equidad para posibilitar que las personas tomen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida sexual, sin ningún tipo de discriminación por su orientación sexual, sexo, raza o edad.
7. Derecho al acceso y la elección voluntaria de métodos anticonceptivos, así como al seguimiento responsable de su utilización.
8. Derecho a contar con servicios de atención que sean de calidad y apropiados, y que además brinden información completa sobre la sexualidad y los métodos de protección sexual.
9. Derecho a recibir servicios de salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos y brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

⁶ El listado que presentamos es una propuesta de derechos que recoge los aspectos que, a nuestro entender, son centrales para la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes.

Posteriormente, se realizan en parejas dramatizaciones en las que se representan distintas situaciones de vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes (ver casos propuestos para las dramatizaciones en el Anexo B).

Por ejemplo, un caso susceptible de ser dramatizado es el de una adolescente que acude a pedir que la orienten sobre la experimentación de relaciones sexuales. Ante ello, la actitud y el comportamiento que adopta la psicóloga evidencian una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la adolescente:

Persona que es afectada por la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos

- Una adolescente que ya tiene relaciones sexuales con su enamorado acude al centro de salud y le pide a una psicóloga orientación sobre si debe o no debe tener relaciones sexuales.

Persona que vulnera los derechos sexuales y reproductivos

- Una psicóloga recibe a una adolescente que le pide orientación sobre si debe o no debe tener relaciones sexuales. La psicóloga le dice indirectamente que a su edad no es correcto tener relaciones sexuales. Le dice que, para tenerlas, debería esperar a ser mayor y a casarse. No toma en cuenta las preocupaciones de la adolescente y no contribuye a que adopte comportamientos sexuales protegidos.

Mientras cada pareja actúa, otro grupo identifica qué derechos se han vulnerado en cada situación dramatizada. Para ello, cuenta con la ayuda de una *Lista de chequeo de vulneración de derechos sexuales y reproductivos*.

A continuación, se presenta la lista de chequeo:

Lista de chequeo de vulneración de derechos sexuales y reproductivos

Situación dramatizada	Derechos sexuales y reproductivos								
	1. Recibir información y orientación de calidad sobre sexualidad: enamoramien- to, placer, méto- dos anticon- ceptivos, con- dón, aborto, ITS, VIH-sida.	2. Decidir te- ner o no re- laciones se- xuales libres de presiones, manipula- ción, discri- minación o violencia	3. Decidir el número de hijos, el tiem- po que debe transcurrir entre un em- barazo y otro y la forma de planificar la familia.	4. Expresar la sexualidad en condiciones dignas, placenteras y seguras.	5. Vivir la se- xualidad de manera libre y placentera, independien- temente de la reproducción.	6. Tener condi- ciones de equi- dad que posibiliten que todas las personas, sin dis- criminación, to- men opciones li- bres y con cono- cimiento de cau- sa en todas las esferas de su vi- da sexual.	7. Acceder y elegir volun- tariamente los métodos anti- conceptivos y contar con un seguimiento responsable de su utiliza- ción.	8. Tener servi- cios de aten- ción de buena calidad, apro- piados y que brinden infor- mación com- pleta sobre la sexualidad, los métodos anti- conceptivos y el condón.	9. Recibir ser- vicios ade- cuados que faciliten em- barazos y partos sin riesgos y que brinden a las parejas las máximas po- sibilidades de tener hijos sanos.
1. Obstetriz que atiende a una adolescente y le sugiere un solo méto- do anticonceptivo.									
2. Enamorado que pre- siona a su pareja pa- ra tener relaciones sexuales.									
3. Psicóloga que censu- ra a adolescente por tener relaciones se- xuales.									
4. Adolescente mujer cuyos derechos, en el seno de la familia, son más restringidos en comparación con los de su hermano.									
5. Varón que se siente presionado por su amigo para tener re- laciones sexuales.									
6. Adolescente que es tratada mal por per- sonal de admisión de un centro de salud.									
7. Adolescente que es acosada por su pa- driastro.									

Después de analizar en plenaria las vulneraciones a los derechos, se conversa acerca de si éstos suelen ser o no respetados.

Esta dinámica permite reforzar la idea de que cuando se vulneran los derechos, se ejerce violencia, y que desde los establecimientos de salud también se puede ejercer violencia, en este caso hacia los usuarios adolescentes.

Resultados de la experiencia



Los resultados de la experiencia demuestran que ésta es una dinámica realmente sensibilizadora que, además, es del agrado de las y los participantes. La herramienta invita a las y los profesionales a asumir diversos roles que los y las llevan a tomar conciencia de las situaciones en las que se ejerce violencia hacia los y las adolescentes.

Durante la plenaria, varios/as profesionales de salud reconocieron que, al interior de sus establecimientos, muchas veces no se respetan los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.

Los y las profesionales capacitados/as de un establecimiento de salud del Ecuador consideraron tan importante la sensibilización respecto a los derechos sexuales y reproductivos que creyeron necesario reproducir el listado de derechos en cartulinas y colocarlas en lugares visibles de diferentes ambientes de su establecimiento —sala de espera, consultorio—, como una manera de sensibilizar tanto al personal de salud como a los usuarios.



Dramatización de una adolescente que pide orientación sobre métodos anticonceptivos.

Lecciones aprendidas



- Visualizar y analizar las dramatizaciones facilita el proceso de sensibilización respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.
- Promover la identificación de estas situaciones no busca generar culpa ni encontrar responsables sino reconocer que, cotidianamente, se convive con situaciones de vulneración de estos derechos de las que no somos del todo conscientes.
- Con relación al nivel de conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, podemos identificar desde profesionales de salud que jamás han oído hablar de éstos —y con quienes es necesario, por tanto, introducir con mayor profundidad el tema en el marco de los derechos humanos— hasta otros que sí los conocen pero que, a la vez, se ubican distantes de cualquier vulneración de éstos. En ambos casos, las dramatizaciones que involucran a profesionales de salud son importantes porque les ayudan a visualizar situaciones de vulneración de derechos en contextos similares a los que ellos y ellas viven como parte del trabajo que desempeñan.
- Esta herramienta se consolida con lo trabajado como parte de la herramienta *Escuchando las voces de los y las adolescentes y jóvenes*, que será presentada en el subcapítulo 3.2.1.

Sugerencias prácticas



- Si bien la dramatización es una situación ficticia, suele generar que la persona se involucre y experimente sentimientos tanto agradables como desagradables. Por lo tanto, es importante prever un tiempo para conversar con los y las participantes sobre cómo se han sentido representando su papel.
- Así mismo, se sugiere que el o la participante que dramatiza una situación asuma un nombre ficticio, diferente del suyo; por ejemplo, si se llama Juan, que se presente como Martín al iniciar la dramatización. Cuando ésta finalice, el participante señala que en ese momento deja de ser Martín y vuelve a ser Juan. Ello contribuye a que se libere de la carga afectiva generada.
- Si a un varón le corresponde representar el papel de una mujer o viceversa, es importante que asuma el rol que se le indica, ya que ello ayuda a las personas a ubicarse en la posición del otro o de la otra y a analizar cómo se siente éste o ésta.

3.1.3. Los y las profesionales de salud se comprometen con la promoción de una sexualidad saludable y placentera (Actividades 9 y 10)

Promover que los y las profesionales de salud construyan una visión positiva acerca de los y las adolescentes, en el marco del respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, implica que éstos y éstas asuman compromisos favorables al bienestar de la población con la que trabajan. De este modo, llevarán a la práctica sus aportes respecto a cómo contribuir a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

¿Para qué sirve?



Esta herramienta promueve que los y las profesionales de salud establezcan compromisos que ellos y ellas pueden asumir para contribuir a la salud y la vivencia sexual satisfactoria de la población adolescente.

Temas que aborda



Esta herramienta aborda dos aspectos centrales:

- Los recursos de los y las adolescentes para vivir satisfactoriamente su sexualidad.
- Los compromisos reales y concretos de los y las profesionales de salud en el trabajo con adolescentes.

Herramienta



Primero, se pide a los y las participantes hacer un listado de los recursos que tienen las y los adolescentes para vivir satisfactoriamente su sexualidad. Lo que surge a partir de este trabajo se discute en plenaria.

Luego, se identifican conjuntamente los compromisos que el adulto debe asumir para contribuir a la vivencia de una sexualidad saludable de los y las adolescentes. Estos compromisos se refuerzan al contextualizarse como parte del enfoque de desarrollo, para lo cual se sugiere presentar una breve exposición dialogada sobre los diversos enfoques del trabajo con adolescentes. A continuación, se proponen los contenidos básicos de dicha exposición⁷.

⁷ En el Documento complementario se presenta una actividad (Actividad 10) que facilita el análisis de los enfoques para el trabajo con adolescentes.

Enfoques en el trabajo con adolescentes

Enfoque de riesgo

- Durante la última década, los programas y las políticas se centraron en la prevención de problemas con un enfoque de riesgo.
- Este enfoque focaliza la atención principalmente en grupos y conductas de riesgo.

Modo de intervención

- Busca controlar los factores de riesgo.
- Prioriza la prevención de problemas.

Imagen de los y las adolescentes y jóvenes

- Están considerados/as dentro de los grupos de riesgo y se piensa que sus conductas son riesgosas.

Enfoque de desarrollo

Premisas

- Alentar el comportamiento saludable implica atender las necesidades del desarrollo.
- La salud es un derecho de todos.
- Todos podemos desarrollar habilidades para el autocuidado de la misma.
- La salud no consiste en la ausencia de enfermedad sino que alude al bienestar integral.
- La salud se construye socialmente: hay factores individuales, sociales y culturales en permanente interrelación.
- La salud sexual y reproductiva es un componente importante de la salud en general.
- Las y los adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos.

Modo de intervención

- Estrategia mixta: servicios de atención y actividades preventivo-promocionales.
- Incluye acciones destinadas tanto a promover la salud como a prevenir los problemas o riesgos.
- Incorpora:
 - Necesidades particulares de los y las adolescentes
 - Las relaciones de género
 - La participación comunitaria y adolescente
 - Al individuo y su medio ambiente
- Toma en cuenta los procesos de construcción de significados sociales que moldean los comportamientos.

En el campo de la sexualidad

- Los servicios de salud deben brindar, de manera oportuna, adecuada información, orientación y atención en salud sexual y reproductiva.

Imagen de los y las adolescentes y jóvenes

- Son sujetos de derecho.
- Tienen derecho a recibir información, orientación y atención sobre salud sexual y reproductiva.
- Son actores sociales del desarrollo.
- Tienen recursos para desarrollar competencias relacionadas con el autocuidado de la salud.

Dificultades que enfrenta

- Las metas son más difíciles de definir.
- Falta un lenguaje para el desarrollo que sea tan específico como el que se usa para entender los problemas.
- Es más difícil de cuantificar.
- Es más difícil de justificar: Muchas veces se percibe la inversión en el desarrollo y promoción de la salud de la población adolescente como una reducción de los recursos destinados a enfrentar los problemas.

El enfoque de desarrollo contribuye a la promoción de entornos saludables

- Se visualiza la salud como una construcción conjunta.
- La salud depende de factores individuales, sociales y culturales que están en permanente interrelación.
- Existe la necesidad de trabajar sobre las normas sociales del entorno para promover comportamientos de autocuidado de la salud.
- En el trabajo con los y las adolescentes se incorpora tanto al individuo como su medio ambiente.

Resultados de la experiencia



La identificación de recursos de los y las adolescentes refuerza la construcción de la imagen positiva de esta población. Así, por ejemplo, las y los profesionales de salud capacitados/as identificaron como recursos que los y las adolescentes poseen los siguientes:

- Son alegres
- Son creativos/as
- Son comunicativos/as
- Tienen interés por trabajar en grupo
- Tienen mucha energía
- Tienen capacidad de liderazgo

Como se puede ver en la viñeta referida a los compromisos de los y las profesionales de salud, éstos se vinculan a la actitud que tiene el y la profesional con relación a los y las adolescentes.

Otro elemento que surge es la necesidad de capacitar a otras personas con el fin de lograr una actitud más abierta respecto a esta población.

Así mismo, aparecen aspectos vinculados a la atención brindada a los y las adolescentes. Uno de estos elementos es la importancia de poner a su alcance información sobre sexualidad y no censurarlos ni criticarlos.

Del mismo modo, como resultado de esta herramienta, los y las profesionales de salud reconocen la necesidad de involucrar a los y las adolescentes como colaboradores/as en el trabajo que realizan.



Compromisos que los y las profesionales de salud deben asumir para contribuir a la salud y al desarrollo satisfactorio de la sexualidad de las y los adolescentes

Elaborado por el grupo capacitado de Bolivia

- Cambio de actitud: superación de prejuicios, respeto a la vida sexual, responsabilidad.
- Despojarse de mitos y tabúes, partiendo por identificarlos.
- Actitud asertiva.
- Socializar los contenidos con el personal del servicio: conversar de tú a tú, dialogar, promover la sensibilización en todos los niveles.
- Promover que el personal esté capacitado.
- Involucrar a todo el personal.
- Trabajo articulado con la comunidad. Red de servicios intra e intersectorial: Educación, Salud, Desarrollo Social, ONG.
- Participación de el y la adolescente: desde el inicio, desde el diseño, como protagonista asociado/a.
- Satisfacer las necesidades de los y las adolescentes.
- Considerar las necesidades de los y las adolescentes: normas de atención, confidencialidad, apoyo, información, calidez, escucha activa.
- Estrategias de motivación para aumentar la demanda.
- Ser orientadores de padres.
- Trabajo preventivo promocional dentro y fuera del establecimiento.
- Organización del servicio, ambiente físico cálido.
- Atención personalizada.
- Atención integral, formación personal multidisciplinaria, interdisciplinaria.
- Tener conocimientos de las normas y los protocolos, así como de su aplicación.
- Contar con información precisa.

Cuando se analizan los compromisos a la luz de la exposición realizada, se encuentran vínculos con el enfoque de desarrollo, puesto que tanto los primeros como el segundo buscan no sólo evitar problemas sino promover el bienestar integral de el y la adolescente.

Lecciones aprendidas



- Esta herramienta establece el tránsito desde el autorreconocimiento de los prejuicios respecto a la adolescencia y a la sexualidad hacia el planteamiento de propuestas y acciones que contribuyan al bienestar de los y las adolescentes.
- Es importante hacer notar a los y las participantes que, al inicio de la experiencia, ellos y ellas tenían una imagen negativa de la población adolescente, imagen que está siendo revertida.

- En la medida en que los compromisos sean reales y concretos, es más factible que los y las profesionales reconozcan que es posible promover cambios que están a su alcance.

Sugerencias prácticas



- Los facilitadores deben reforzar la mención de compromisos como los siguientes:
 - ◆ Intensificar la comunicación con los y las adolescentes.
 - ◆ Incrementar la información que se les proporciona.
 - ◆ Promover su autonomía.
 - ◆ Promover la toma de decisiones por parte de los y las adolescentes.

En caso de que los y las participantes muestren censura frente a aspectos como el inicio sexual de los y las adolescentes, se debe promover el diálogo para reforzar la idea de que ellos y ellas están tomando decisiones respecto a la vivencia de su sexualidad al margen de las normas que intenta imponer el mundo adulto.

3.2. LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES COMO SOCIOS/AS O ALIADOS/AS EN LA CONSTRUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES

Las y los adolescentes y jóvenes son actores sociales que deben participar en el proceso de construcción de servicios de salud amigables. Lograr su participación real requiere, por un lado, que las y los proveedores de salud reconozcan que las capacidades y recursos de las y los adolescentes y jóvenes pueden aportar sustancialmente a las estrategias y metodologías para organizar los servicios y, de otro lado, que aprendan a trabajar en alianza con ellos y ellas.

De este modo, es importante reconocer las diferencias generacionales y los aportes diferenciados y complementarios que proveedores de salud y adolescentes ofrecen para lograr que los servicios sean amigables. Implica también reconocer las diferencias que hay entre trabajar por o para los y las adolescentes, y trabajar con ellos y ellas.

Las herramientas que se presentan en este subcapítulo buscan, así, que los y las profesionales tengan la oportunidad de escucharlos/as, de analizar cómo han venido trabajando anteriormente con ellos y ellas, y cómo se puede establecer un vínculo de colaboración sobre la base de tomar como aliados/as a los y las adolescentes y jóvenes.

3.2.1. Escuchando las voces de los y las adolescentes y jóvenes (Actividad 11)

La primera forma de sensibilizar a los y las profesionales de salud respecto a la importancia de involucrar a los y las adolescentes y jóvenes es plantear la realización de una mesa redonda para escuchar a los y las adolescentes de su propia localidad. Así, se abre la posibilidad de saber qué piensan, qué experiencias han tenido y qué esperarían de los servicios de salud.

¿Para qué sirve?



El objetivo de la mesa redonda de adolescentes es recoger directamente de ellos y ellas sus percepciones y expectativas frente a los servicios y a los y las proveedores/as de salud.

Esta modalidad de trabajo contribuye a sensibilizar a estos y estas último-s/as respecto a la necesidad de hacer que los servicios respondan mejor a las expectativas de las y los adolescentes, así como frente a las ventajas de escuchar sus opiniones e involucrarlos/las.

Temas que aborda



Los siguientes aspectos pueden ser abordados en esta mesa redonda:

- Experiencias de las y los adolescentes al acudir a un servicio.
- Percepción de las y los adolescentes y jóvenes respecto a las y los profesionales de salud de los servicios públicos.
- Percepción de las y los adolescentes y jóvenes respecto a los servicios que prestan los establecimientos públicos de salud.
- Sugerencias respecto a qué se puede hacer para que los servicios de salud sean más amigables con los y las adolescentes y jóvenes.

Herramienta



Para asegurar la participación de los y las jóvenes y adolescentes en el taller, se puede invitar con anticipación a un grupo de cuatro o cinco varones y mujeres para que participen en una mesa redonda de adolescentes. Éstos/as pueden ser representantes de sus colegios, promotores/as de los establecimientos de salud u otras instituciones, así como representantes de organizaciones juveniles.

Al invitarlos/as, se intercambian opiniones sobre el objetivo de la mesa, señalando que ésta se llevará a cabo como parte de un taller al cual asisten profesionales de la salud como enfermeras, obstetrices, médicos/as, psicólogos/as, trabajadoras sociales, entre otros/as. Se enfatiza que son profesionales que están interesados/as en que sus establecimientos de salud sean cada vez más acogedores para los y las adolescentes.

Junto con los invitados se desarrolla una guía de temas importantes sobre los servicios para jóvenes, guía que se compartirá con los y las profesionales de salud.

El formato de intercambio con los y las participantes del taller puede variar: una posibilidad es que sea una mesa redonda, tal y como se acordó con ellos y ellas en los talleres de capacitación de los tres países. En este caso, un facilitador formula cada pregunta de la guía, dando un tiempo determinado a

cada joven para que la conteste; se procede del mismo modo con las siguientes preguntas. Otra modalidad sería que cada joven prepare una breve exposición sobre los temas acordados y tenga 10 minutos para hablar.

En cualquier caso, se les debe pedir a las y los jóvenes que sean sinceros/as al contestar las preguntas o presentar su exposición, y que no se preocupen si las opiniones que quieren transmitir sobre los servicios de salud no son positivas. Hay que recalcarles que su experiencia constituye un aporte sumamente valioso.

A continuación, presentamos una guía ilustrativa de preguntas.

Guía ilustrativa de preguntas para la mesa redonda ***Expectativas de los y las adolescentes frente a los servicios de salud y frente a los y las proveedores/as de salud***

- Cada uno diga, por favor, su nombre y el del colegio o grupo del que viene.
- En caso de que pertenezcan a algún grupo, explíquennos qué función cumplen en él.
- Cuéntenos alguna experiencia que hayan tenido cuando han asistido a un establecimiento de salud; esto ayudará a los y las profesionales de salud a entender cómo se sienten ustedes.
- ¿Qué piensan de los y las profesionales de salud de los establecimientos públicos?, ¿qué opinión tienen de ellos y ellas?
- ¿Qué piensan de los establecimientos de salud?, ¿son acogedores, adecuados para adolescentes?
- ¿Qué sugerirían ustedes para que tanto los y las profesionales de salud como los establecimientos de salud sean más acogedores para los y las adolescentes?
- ¿Desean agregar algo más?
- ¿Tienen preguntas para los y las participantes del taller?

Agradecimiento.

Antes de iniciar la mesa redonda, es necesario pedirles a los adultos que sean respetuosos con los y las adolescentes y jóvenes, enfatizando que éstos y éstas están participando como expertos/as para compartir sus experiencias y recomendaciones. Pedirles que no hagan comentarios que no harían en un grupo de adultos, como preguntas personales inapropiadas.

Al final se abre un espacio para preguntas del auditorio, que los y las adolescentes pueden responder de manera voluntaria. Después, se propone a los invitados que formulen preguntas a los y las profesionales de salud para que ellos y ellas las respondan.

Resultados de la experiencia



Ésta es una herramienta que permite que los y las profesionales de salud dediquen —quizá por primera vez— una parte de su tiempo exclusivamente a escuchar a los y las adolescentes hablar de sus necesidades y expectativas frente a los servicios de salud.

Este espacio favorece que los y las adolescentes señalen qué dificultades encuentran en dichos servicios. En algunos casos, sustentan sus opiniones con ejemplos reales de personas que conocen y que han acudido a un servicio o han sido atendidas por un profesional de salud.

Los y las profesionales de salud reconocen que escuchar la voz de los y las adolescentes los y las sensibiliza frente a la necesidad de involucrar a esta población en los servicios de salud. Prueba de ello es, por ejemplo, el caso de un equipo capacitado en el Perú. Este equipo programó un taller dirigido al personal de su servicio e invitó a un grupo de adolescentes para que compartiera sus opiniones. Los y las adolescentes, por propia iniciativa, plantearon realizar, además, una dramatización que represente cómo eran tratados/as usualmente en los establecimientos de salud.



Mesa redonda con adolescentes y jóvenes

Bolivia



Ecuador

Algunas preguntas realizadas por profesionales de salud y respuestas de los y las adolescentes invitados/as a la mesa redonda Perú

Pregunta:

¿Qué esperan del o la profesional de salud que atiende en el centro de salud?

Respuestas:

- Que nos sepa escuchar, que no se espante con lo que le vamos a contar ni nos critique o mire mal por eso, y que pueda resolver nuestras dudas.
- Que sea una persona en quien podamos confiar para contarle lo que nos pasa.
- Que si va una amiga mía embarazada no se la queden mirando como a un bicho raro ni que inmediatamente vayan a contarles a los otros médicos y enfermeras.
- Nos parece muy bien que ustedes se estén capacitando para saber cómo atender mejor a chicos y chicas como nosotros/as.
- Yo soy educador de pares. Mis amigos y amigas me buscan cuando tienen algún problema como una ETS o cuando las chicas creen que están embarazadas, pero yo nunca les recomiendo que vayan al centro de salud que queda cerca de mi casa porque una vez fui acompañando a una amiga y la trataron mal. La miraron mal y la juzgaron mal porque ella quería saber qué método podía usar para cuidarse con su enamorado. Ni siquiera le sonrieron al recibirla y la atendieron muy rápido. De ahí, ni más llevo a mis amigos/as a ese centro de salud; prefiero irme a uno que queda lejos pero que sé que nos van a atender bien.

Pregunta:

¿Crees que el factor económico influye en que un o una adolescente vaya al centro de salud?

Respuesta:

- Sí, muchos de nosotros no trabajamos, no tenemos ni propina que nos den nuestros padres, a veces no tenemos ni un sol para nuestro pasaje. Una vez entre todos los educadores de pares del barrio hicimos una *chancha* (colecta) para poder pagar la consulta y el análisis de una amiga que parecía que tenía una ETS.

Lecciones aprendidas



- Es importante que la mesa redonda esté integrada por adolescentes varones y mujeres, ya que es distinta la manera en que ambos enfrentan las situaciones vinculadas a la sexualidad y la reacción que tienen los adultos frente a ellos y ellas.
- Las y los jóvenes que participan en la mesa redonda no necesariamente deben estar involucrados/as en alguna red de promotores de salud. Aquellos/as que no pertenezcan a redes igualmente pueden dar opiniones muy importantes acerca de las razones por las cuales los chicos y chicas de su edad acuden o no a los establecimientos de salud.

- La información testimonial que brinda esta herramienta aporta evidencias incuestionables sobre lo que percibe la población adolescente y joven acerca de los servicios y profesionales de salud. En esa medida, favorece un alto nivel de sensibilización.
- La mesa redonda aporta la ventaja de que constituye, en sí misma, un ejercicio vivencial de involucramiento de los y las adolescentes y jóvenes. Así se experimenta, de manera práctica, que sí es factible convocarlos/as y que los adultos necesitan aprender a escuchar y a incorporar sus aportes.

Sugerencias prácticas



- Antes de iniciar la mesa redonda, es importante conversar por separado con los y las profesionales de salud y con los y las adolescentes.
- Los y las profesionales de salud deben saber que éste es un espacio para que los y las adolescentes digan lo que piensan, por lo cual es posible que surjan muchas críticas frente a cómo son atendidos/as. Es importante reiterar que la función de esta herramienta es conocer la opinión de ellos y ellas, y no que los y las profesionales de salud se defiendan o respondan a las críticas.
- Algunos/as profesionales de salud pueden manifestar que las situaciones mencionadas por los y las adolescentes representan casos aislados, que ocurren sólo en algunos establecimientos de salud. Ante esta opinión, se debe señalar que así sea un solo caso, es una experiencia que daña la imagen que los y las adolescentes tienen sobre los servicios, y que es necesario que todos trabajemos por revertirlo.
- Otra recomendación que se debe hacer a los y las profesionales de salud es que no formulen preguntas personales a los y las adolescentes, ya que eso atenta contra su intimidad. También se les debe señalar que si ellos y ellas narran casos difíciles ocurridos durante la atención, no es el momento adecuado para preguntarles en qué establecimiento preciso ocurrió esto.
- Para continuar la conversación con los y las adolescentes es recomendable programar esta actividad antes de un intermedio (refrigerio o almuerzo), de modo que dicho espacio pueda ser aprovechado para que profesionales y adolescentes continúen el diálogo de modo más informal.

3.2.2. Jóvenes y adolescentes como socios/as o aliados/as⁸ (Actividad 12)

Si bien los y las profesionales de salud pueden identificar la importancia de responder a las necesidades y expectativas de adolescentes y jóvenes, existe la posibilidad de que se establezcan distintas formas de relacionarse con esta población, que no necesariamente reconozcan a el y la adolescente como sujeto de derechos.

La herramienta que presentamos a continuación analiza diferentes tipos de relación entre profesionales de salud y adolescentes, y plantea las ventajas de trabajar "con ellos y ellas" y no "para ellos y ellas". De este modo, el vínculo que se establece con los y las adolescentes se enmarca en el respeto a sus derechos.

¿Para qué sirve?



Esta herramienta sirve para sensibilizar a los y las participantes respecto a la necesidad de involucrar a los y las adolescentes y jóvenes en la construcción de su salud así como de servicios más amigables y acogedores para ellos y ellas. Permite identificar tres maneras de relacionarnos con los y las adolescentes cuando trabajamos con ellos y ellas, analizando cómo la forma en que establecemos la relación determina qué nivel de participación estamos permitiéndoles y cuánto valoramos su involucramiento y aporte.

Temas que aborda



- Esta herramienta plantea tres tipos de relación que se puede establecer con las y los adolescentes y jóvenes:
 - ◆ El joven como objeto: relación en la cual el joven es "utilizado" para cumplir una meta u objetivo
 - ◆ El joven como beneficiario: en este caso se toman en cuenta las necesidades e intereses de los y las jóvenes, pero única y exclusivamente desde la mirada del adulto. Ellos y ellas no son considerados/as como coactores en la construcción de servicios de salud amigables.

⁸ Dhingra, N., et al. *Youth-adult Partnership Formation (working title)*. Arlington, VA: Family Health International, 2003, (doc. inédito).

- ◆ El joven como actor o colaborador: en esta perspectiva no sólo se consideran las necesidades e intereses de las y los jóvenes y se recogen sus opiniones sino que también se los y las considera como colaboradores/as con igual poder en la toma de decisiones.
- Ventajas de trabajar con las y los adolescentes y jóvenes como socios.

Herramienta



Esta herramienta se basa en que los y las profesionales experimenten, a través de una dramatización en parejas, diferentes situaciones en las que interactúa un adulto con un o una adolescente. Para ello, se le entrega a cada persona un pequeño guión y se le asigna un personaje que debe representar. Los guiones siempre involucran una interacción, pero ningún participante sabe cómo va a reaccionar su pareja.

Los guiones corresponden a diferentes situaciones que pueden ocurrir cuando se trabaja en la promoción de la salud de la población adolescente y joven en contextos como:

- Conversación con representante del municipio
- Conversación con representante de la escuela
- Conversación con proveedores de salud
- Conversación con dirigentes de la comunidad

Los y las participantes inicialmente desconocen que los guiones corresponden a los tres tipos de relación antes mencionados: joven como objeto, joven como beneficiario y joven como socio. Así, cada dramatización expresa una forma distinta de mirar al o a la adolescente o joven. Lo que se busca, justamente, es que ellos y ellas dramaticen el guión sin ponerse de acuerdo, y que luego de haber experimentado la situación dramatizada puedan identificar qué tipo de relación se estableció entre el adulto y el o la adolescente.

Se presentan, a continuación, algunos ejemplos de los casos que se deben dramatizar (ver en Anexo B el total de los casos que se usarán en la dramatización).

Ejemplos de casos para dramatizar

■ JÓVENES COMO OBJETO

Representante de municipio. Un representante del municipio le dice a un adolescente escolar que se va a organizar una feria de salud. Agrega que ya habló con la directora del colegio y que han decidido que los y las adolescentes apoyen la actividad, para lo cual deben acudir a la feria el siguiente sábado, vestidos con su uniforme escolar, para repartir folletos en una carpa. De este modo, todos los asistentes podrán apreciar la participación de los y las adolescentes. Ante la pregunta del adolescente, quien no entiende el objetivo de su presencia en la feria, el representante del municipio le dice que no se preocupe por eso porque él y la directora ya han conversado.

Adolescente: Un adolescente es convocado a una reunión por un representante del municipio. Este último le informa que se va a organizar una feria de salud. Así mismo, le dice que ya habló con la directora del colegio y que han decidido que los y las adolescentes apoyarán la actividad, para lo cual tendrán que ir el siguiente sábado, vestidos con su uniforme escolar, e instalarse en una carpa en la que repartirán folletos. El adolescente le señala que no comprende el objetivo de su presencia en la feria pero acepta, ya que la directora de su colegio así lo ha decidido.

■ JÓVENES COMO BENEFICIARIOS

Obstetriz. Una obstetriz se encuentra en una feria de la salud. Se le acerca un adolescente que quiere saber qué tipos de métodos anticonceptivos existen. La obstetriz le da un folleto que contiene dicha información, le aclara algunas dudas y, gentilmente, le dice que todo lo que busca se encuentra en el folleto, pues los y las profesionales de salud se preocuparon porque éste contenga la información necesaria.

Adolescente varón. Un adolescente va a una feria de la salud y se acerca a una obstetriz. Le pide que le de información sobre métodos anticonceptivos, pues quiere saber las ventajas y desventajas de cada uno.

■ JÓVENES COMO SOCIOS

Profesional de salud. Un profesional de la salud recibe a un adolescente. Este último le dice que ha ido a buscarlo porque tiene muchas ideas acerca de qué se puede hacer para que cada vez acudan al establecimiento más adolescentes que tienen dudas sobre temas relativos a la sexualidad. El profesional es muy receptivo ante las ideas del adolescente y le dice que, entonces, sería bueno *realizar actividades conjuntas para promover* que los y las adolescentes visiten el establecimiento. Le propone tener reuniones seguidas en las cuales discutan qué actividades se pueden desarrollar; le sugiere invitar a otros chicos y chicas que podrían estar interesados/as en apoyar la organización y ejecución de estas actividades.

Adolescente: Un adolescente va al centro de salud y busca al profesional de salud encargado del área de adolescentes. Le dice que ha ido a buscarlo porque tiene muchas ideas acerca de qué se puede hacer para que cada vez acudan al establecimiento más adolescentes que tienen dudas sobre temas relacionados con la sexualidad.

Las dramatizaciones se realizan de manera simultánea. Luego, todos analizan cómo se han sentido tanto las personas que han desempeñado el rol de adultos como las que han desempeñado el rol de jóvenes/adolescentes. Se les pregunta qué visión del y la adolescente identifican en cada caso.

La plenaria puede ser guiada con las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintieron quienes jugaron el papel de *joven*? ¿Y quienes jugaron el papel de *adulto*?
- ¿Cómo participa el/la joven en los diferentes casos?
- ¿Cuál es la visión que identifican en cada caso acerca de los y las adolescentes y jóvenes?
- ¿Cuáles son las ventajas de involucrar a los y las adolescentes y jóvenes?
- ¿Cuál es la manera más común de trabajar con los y las adolescentes y jóvenes?
- ¿Cuál sería la mejor manera de trabajar con ellos y ellas?

Resultados de la experiencia



Como resultado de la aplicación de esta herramienta, los y las profesionales de salud observan con nuevos ojos tanto su establecimiento como la relación que establecen con los y las adolescentes.

Ello les permite identificar de qué manera las acciones de promoción de la salud, por más bien intencionadas que estén, pueden colocar a la población adolescente en una situación de pasividad que no toma en cuenta sus capacidades para desempeñarse como colaboradores y actores de su propio desarrollo.

Por lo general, aquellos/as profesionales de salud que tuvieron que representar casos de jóvenes tratados/as como "objeto" o como "beneficiario" señalaron que no se sintieron conformes con la forma en que actuó el adulto en esas situaciones. Es importante evidenciar estos sentimientos y analizar cómo, entre las principales razones que los generaron, se encuentra la incapacidad para opinar, proponer o disentir. Así, se identifica que, en los casos en los que el o la joven actuó como "colaborador/a" o socio/a, es en los que se reconoce a esta población con iguales derechos y poder que los adultos.

Una profesional de salud capacitada en el Perú señaló, durante la plenaria de esta dinámica, que ella reconocía que a pesar de haber tenido la inten-

ción de involucrar a los y las adolescentes en las diversas fases de su plan de acción, en su establecimiento muchas veces se los y las considera únicamente como beneficiarios/as y no como actores. Así mismo, enfatizó que el involucramiento de los y las adolescentes y jóvenes constituye un proceso difícil y largo.

Algunas reflexiones que surgieron en los y las profesionales de salud capacitados/as:

- El rol que me tocó dramatizar me hizo sentir muy mal porque en el papel de adolescente me sentí utilizada por el representante del municipio (Profesional de salud de Bolivia que dramatizó un caso de joven como objeto).
- Para las y los adolescentes, a veces es difícil plantear su opinión frente a los adultos, más aún si no se les abre la posibilidad de opinar (Profesional de salud de Ecuador).
- Yo, en el papel de adolescente, me sentí muy bien porque el dirigente me pedía mi opinión en todo momento y estaba dispuesto a aceptar que seamos yo y mis amigos adolescentes quienes propongamos temas y actividades (Profesional de salud del Perú que dramatizó un caso de joven como socio).

Lecciones aprendidas



- Analizar situaciones vinculadas a la promoción de la salud de los y las adolescentes, similares a las que el o la profesional desarrolla en su labor cotidiana, permite reconocer que muchas acciones que se planifican con el objeto de hacer algo positivo por esta población se deciden sin considerar la participación de los y las jóvenes.
- Puede ser muy provechoso utilizar esta herramienta en una sesión de intercambio de experiencias posterior a la aplicación de los planes de acción diseñados como resultado del taller. Esto permitirá reforzar en los y las profesionales de salud la importancia de involucrar a los y las adolescentes y jóvenes en la construcción de servicios de salud amigables.

Sugerencias prácticas



- Es necesario reiterarles a los y las participantes que traten de representar el rol que se les ha asignado incluso si no aprueban el comportamiento del personaje. Hay que recordarles que se trata de una dramatización y que luego habrá un espacio para analizar su opinión respecto a cada personaje.
- Dependiendo de la cantidad de participantes, se pueden repetir las dramatizaciones, pero tomando en cuenta que la cantidad de casos de cada tipo (joven "objeto", joven "beneficiario", joven "colaborador") sea equivalente o al menos similar.

3.2.3. Escalera de la participación (Actividad 13)

La *Escalera de la participación* plantea diferentes niveles de involucramiento de adolescentes y jóvenes en las distintas actividades del establecimiento de salud. De este modo, los y las profesionales podrán determinar, de manera didáctica, si los y las adolescentes sólo son convocados/as a las actividades o si realmente se toman en cuenta sus opiniones en el momento de decidir, organizar, planificar e implementar las actividades.

¿Para qué sirve?



Esta herramienta permite identificar en qué medida el establecimiento está involucrando a las y los adolescentes y jóvenes en la organización, planificación e implementación de las actividades dirigidas a ellos y ellas. Con este fin, describe, de manera sencilla y usando la analogía de una escalera, los diferentes niveles de involucramiento.

Temas que aborda



- Graduación del involucramiento de los y las adolescentes y jóvenes en siete niveles.
- Descripción breve de cada nivel, desde el 1, que representa ausencia de involucramiento, hasta el 7, que muestra un verdadero involucramiento de los y las jóvenes como actores.

Herramienta



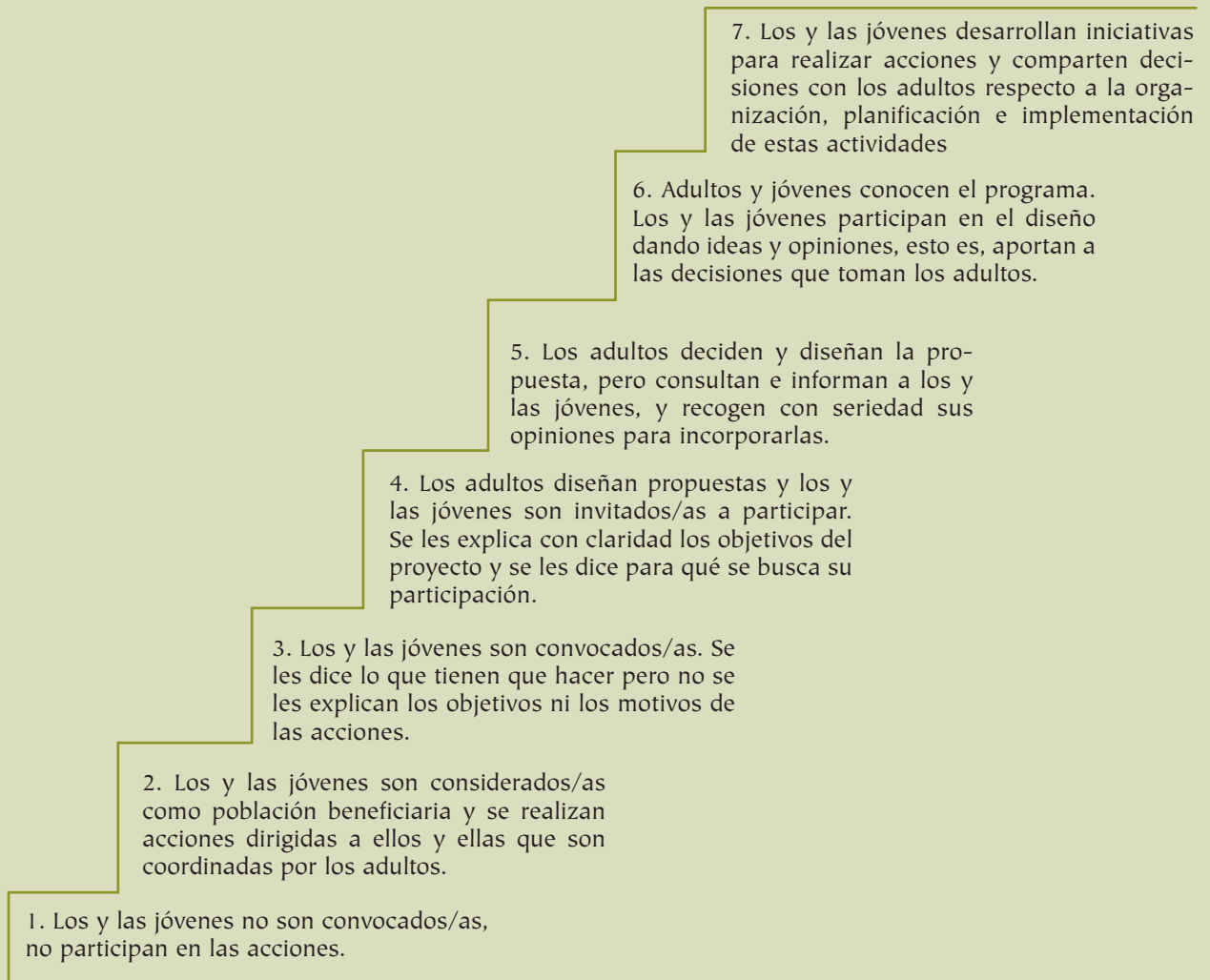
- Formato de la *Escalera de la participación*⁹
- Esta herramienta presenta en forma gráfica, a través de una escalera, siete niveles que van desde la ausencia de involucramiento de los y las jóvenes y adolescentes hasta un nivel óptimo de involucramiento. Conforme se sube por la escalera, se incrementa el nivel de involucramiento. Se les pide a los y las participantes que señalen el nivel en el cual se ubica su establecimiento de salud. Para ello, deben analizar, en términos generales, en qué medida se involucra a los y las adolescentes y jóvenes al

⁹ Adaptado de IES. *Encuentros significativos entre adolescentes y adultos*. Lima, 1999

programar, diseñar y realizar las diversas actividades que desarrollan. Es importante resaltar esta especificación debido a que puede haber alguna actividad en la que el establecimiento haya demostrado un alto nivel de involucramiento pero no ser ésta la dinámica que siempre se utiliza. En este caso, se trata de reportar lo que ocurre cotidianamente y en términos generales en el servicio.

A continuación, presentamos la *Escalera de la participación*:

Niveles de la escalera de la participación de adolescentes y jóvenes



Marca con un aspa el nivel en el que se ubica tu establecimiento

Este formato debe ser repartido en una hoja tamaño A4 o carta para que, a su vez, cada grupo o establecimiento de salud la reproduzca en hojas para trabajar en grupos pequeños, y también en tamaño grande para la plenaria.

Luego de que cada grupo de proveedores/as de salud de un establecimiento o zona identifica el nivel de involucramiento en el cual se ubica su servicio, se realiza una plenaria para compartir los resultados. Haciendo uso del formato grande de la *Escalera de la participación*, se coloca el nombre de cada centro o zona en el nivel que corresponda y se reflexiona sobre las razones de esta ubicación.

Esta herramienta puede ser trabajada al iniciar un proceso de capacitación y también se puede retomar luego de haber culminado este proceso, en una sesión de intercambio de experiencias posterior al taller y a la ejecución de los planes de acción diseñados como parte del mismo. En esa sesión se puede pedir a los y las participantes que identifiquen si se han producido cambios a raíz de la capacitación y de la ejecución de los planes de acción.

Resultados de la experiencia



En el caso del programa de capacitación ejecutado en Bolivia, Ecuador y Perú, esta herramienta fue utilizada en dos momentos: en el taller de capacitación que se realizó como parte del diagnóstico del servicio de salud y luego en la jornada de intercambio de experiencias.

Los resultados de la experiencia evidenciaron que, en la mayoría de equipos capacitados, con posterioridad al proceso de capacitación y ejecución de los planes de acción se produjeron cambios en el grado de involucramiento de los y las adolescentes. Los únicos casos en los que no se evidenciaron cambios fueron los de dos servicios de salud, uno en Ecuador y el otro en el Perú.

En el caso del equipo del Perú, éste se ubicó en el nivel 1, del cual no ascendió. Si bien cumplió con su plan de acción y capacitó a los y las proveedores/as de salud de su establecimiento, no logró involucrar a los y las adolescentes en la ejecución de su plan. Una de las razones por las cuales este equipo tuvo dificultades fue que, de las dos personas capacitadas, una fue cambiada de establecimiento y la otra tuvo que asumir sola toda la implementación del plan.

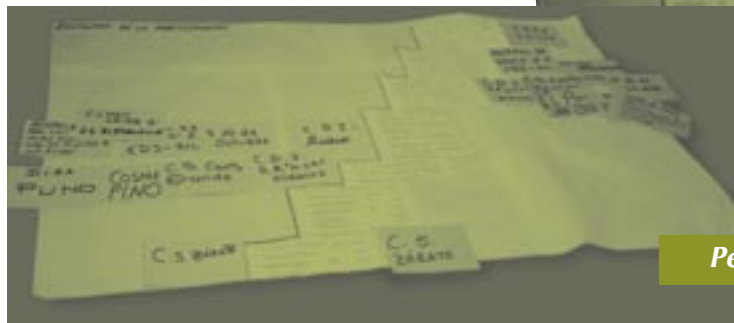
Escalera de la participación



Ecuador




Bolivia



Perú

En el otro caso, el establecimiento de Ecuador señaló haberse mantenido en el quinto nivel de la escalera. Cabe indicar que este equipo está organizando un servicio de atención diferenciada, lo que determina que sus miembros sean más exigentes respecto a la valoración del grado de involucramiento de los y las adolescentes en la implementación del servicio. En esa medida, los integrantes del grupo señalaron que estaban siendo muy realistas pues reconocían que no es fácil lograr el involucramiento real y sostenido a lo largo de todas las acciones, ya que ello requiere que el conjunto de los y las proveedores/as de salud comprometidos/as con el servicio asuman la necesidad de promover la participación de los y las adolescentes en las diversas actividades, considerándolos/las permanentemente como socios/as.



Esta valoración se complementa con el comentario de un proveedor de salud de Bolivia. Él refirió que es difícil mantenerse permanentemente en un nivel alto de la escalera, puesto que un centro puede realizar una acción que cumpla los requisitos de un adecuado involucramiento, pero eso no implica que, de manera sostenida, siempre involucrará a los y las adolescentes y jóvenes en todas las actividades, ya que en algunos casos se podría estarlos tratando todavía como población beneficiaria y no como aliados/as.

Es importante identificar que como resultado de la comparación que los equipos hacen respecto al involucramiento de los y las adolescentes antes y después del taller, algunos se autoperceben en un nivel superior al que realmente se encuentran. Si las personas responsables de la capacitación y/o el seguimiento identifican esta dificultad, deben tomar en cuenta que el propósito de esta herramienta no es confrontar a los/las participantes con su falta de objetividad. El valor de este ejercicio radica, más bien, en que ellos y ellas mismos/as reflexionen al respecto. Lo que se puede sugerir es que vuelvan a realizar el análisis cuando estén presentes todos los miembros de su equipo o servicio.

Adicionalmente, se puede recoger la sugerencia de un profesional de salud de Bolivia, quien propuso que una manera de cotejar la opinión que ellos y ellas tienen respecto al involucramiento de los y las adolescentes sería pedirles a los y las propios/as adolescentes con los y las que trabajan que ubiquen en la escalera el grado en que los y las proveedores/as de salud los y las involucran en sus actividades.

En el siguiente ejemplo, podemos observar la *Escalera de la participación* del Ecuador, que incluye la comparación entre antes y después del taller.

Comparación del nivel alcanzado en la *Escalera de la participación* antes y después del taller en Ecuador

Antes		Ahora
		7. Los y las jóvenes pueden tomar iniciativas para realizar acciones y comparten sus decisiones con los adultos.
		6. Ambos conocen el programa. Los y las jóvenes participan en el diseño con ideas y opiniones, aportan a las decisiones que toman los adultos.
CEMOPLAF, Área 8		5. Los adultos deciden y diseñan la propuesta pero consultan e informan a los y las jóvenes, y recogen con seriedad sus opiniones.
Patronato Norte		4. Los adultos diseñan propuestas y los y las jóvenes son invitados/as a participar. Se les explica con claridad los objetivos del proyecto y para qué se busca su participación.
Área 4, Área 6		3. A los y las jóvenes sólo se les da a conocer lo que tienen que hacer.
		2. Los y las jóvenes son convocados/as pero no comprenden el significado de las acciones. Son "utilizados/as" para alcanzar los objetivos.
Área 3, Área 5, Patronato Centro		1. Los y las jóvenes no son convocados/as, no participan en las acciones.

Lecciones aprendidas



- La aplicación de esta herramienta promueve una mirada introspectiva acerca de la visión que se tiene respecto a los y las adolescentes.
- A través de esta herramienta se puede verificar si el discurso empleado con relación a los y las adolescentes coincide con las acciones concretas que se realizan al interior del establecimiento.
- Cuando evaluamos nuestro trabajo, tenemos dificultad para compartir nuestras limitaciones. Frente a ello, para ser más objetivos, es ideal incorporar la mirada de los y las propios/as adolescentes y jóvenes para que

den su opinión sobre en qué medida les parece que se los y las está involucrando.

- Los y las adolescentes están dispuestos/as a trabajar con los adultos y están a la espera de que se les brinden espacios para participar. Su participación será sostenida si se dan condiciones de respeto y aceptación de sus aportes.
- Cuando se trabaja con adolescentes y se convoca a líderes, es importante no limitar el trabajo al vínculo con ellos y ellas sino también considerar la participación y opinión de otros y otras adolescentes y jóvenes.
- Dado el tipo de trabajo que desarrollan los servicios de salud, es difícil mantenerse en todas las acciones dirigidas a los y las adolescentes en el nivel más alto de la escalera de participación. Sin embargo, este propósito debe considerarse como el estado de trabajo óptimo.

Sugerencias prácticas



- Se sugiere que los y las participantes expliquen las razones por las cuales se ubican en un nivel u otro, dando un ejemplo concreto de ello. Esto puede facilitar que sean más objetivos/as al emplear esta herramienta.
- Para profundizar el análisis del involucramiento de los y las adolescentes, éste puede ser complementado con la identificación de los principales obstáculos para lograr dicho involucramiento, pero siempre a partir de sus experiencias. Así mismo, se pueden identificar las estrategias que les permitieron enfrentar los obstáculos.
- Esta herramienta puede ser empleada como complemento de la herramienta *Cómo evaluamos cuán amigable es el servicio*, que presentaremos en el subcapítulo 3.3.1.

3.3. UNA MIRADA AL INTERIOR DE NUESTROS SERVICIOS DE SALUD

Este subcapítulo presenta herramientas que permiten analizar el aspecto interior del centro de salud, identificando aquellos elementos relativos a la oferta de servicios que pueden ser reforzados para lograr un servicio de salud amigable. En el gráfico sobre el servicio de salud amigable que se presentó en la sección 2 (ver página 32) dicho aspecto corresponde al componente en fondo gris.

Este subcapítulo está compuesto por cuatro herramientas. La primera tiene por finalidad realizar un diagnóstico general del establecimiento de salud, con una perspectiva de género que permitirá observar cómo se organiza el servicio y el papel que tiene en éste el trabajo con población adolescente.

La segunda herramienta propone realizar una evaluación del establecimiento de acuerdo con los indicadores propuestos para considerarlo un servicio amigable. En tercer lugar, se pasa a analizar el flujograma que siguen los y las adolescentes y jóvenes cuando acuden al servicio de salud, señalando qué aspectos deben contemplar dichos flujogramas.

Finalmente, la cuarta herramienta permite reflexionar acerca de los enfoques que guían a el y la profesional de salud cuando realiza la labor de consejería a adolescentes.

Cabe señalar que las dos primeras herramientas pueden utilizarse de modo complementario. Sin embargo, si no se cuenta con el tiempo necesario o si ya se ha realizado anteriormente un diagnóstico del estado general del establecimiento, se puede trabajar directamente con la segunda herramienta.



Antes de iniciar el trabajo con las siguientes herramientas, y con la finalidad de establecer criterios comunes respecto a lo que es un servicio de salud amigable, se sugiere leer y discutir la definición propuesta —que se presenta a continuación— sobre cómo entendemos un servicio de este tipo. Esto permitirá que todos y todas los y las participantes partan de una mirada consensual para realizar el análisis y la evaluación de sus servicios.

¿Cómo entendemos los servicios de salud amigables a los y las adolescentes y jóvenes?

Nuestra visión se enmarca en un enfoque de desarrollo que plantea que trabajar por la salud del y la adolescente incluye tanto la prevención de los problemas como la promoción del desarrollo.

Se adecua a las necesidades de varones y mujeres adolescentes en el ámbito de su sexualidad, encontrando formas de intervención que responden a sus expectativas y los/las atraen al servicio. Parte de la premisa de que el/la adolescente es un actor clave que puede proponer estrategias para la "construcción" de su propia salud y la de su comunidad. Por lo tanto, busca incorporar sus opiniones e intereses en el diseño, la implementación y la evaluación de los programas.

El/la adolescente es reconocido/a como una persona con derechos. Por lo tanto, el servicio amigable hace que se cumpla el derecho de esta población a recibir información sobre su salud y particularmente sobre su salud sexual y reproductiva, y que se respete su capacidad para tomar sus propias decisiones en este ámbito y para gozar de una sexualidad saludable. El establecimiento de salud que brinda este servicio se reconoce a sí mismo como un actor clave de la comunidad, que promueve la articulación de esfuerzos entre diferentes instancias comunitarias para responder a las necesidades físicas y psicosociales de los y las adolescentes. Asume como retos promover el acceso al servicio y la calidad de atención de éste. El acceso implica tanto que los y las adolescentes lleguen al servicio y obtengan atención al interior de éste como que el establecimiento de salud desarrolle diferentes estrategias que permitan que el y la adolescente "acceda" a la información-orientación-compañía que requiere en los espacios naturales en los que se desenvuelve.

Para ello, el establecimiento debe propiciar redes articuladas de instancias de la comunidad cuyo interés gira en torno a la promoción de la salud. El acceso se habrá ganado en gran medida cuando las y los profesionales de salud estén en capacidad de brindar información, orientación e incluso atención oportuna y pertinente a través de diferentes estrategias que se implementen como parte de un trabajo extramural: en las escuelas, talleres, ferias. Así, el servicio de salud debe articularse con programas de educadores de pares o promotoras de salud que ya existen, y conjuntamente realizar acciones de sensibilización en la comunidad para promover que las normas socioculturales favorezcan la adopción de comportamientos de autocuidado de la salud de las y los adolescentes, así como el respeto a su derecho a tomar sus propias decisiones.

Por lo tanto, la calidad del servicio debe ser evaluada en relación con las normas y políticas que el establecimiento determina para la atención del adolescente y con la entrega de los servicios tanto al interior del centro (intramural) como fuera de él (extramural). Así mismo, debe tomar en cuenta las percepciones de los usuarios y usuarias.

Se proponen ocho componentes centrales de los servicios de salud amigables:

- Establecimiento de salud amigable: ubicación de fácil acceso para esta población, con horarios y ambientes diferenciados así como espacios que posibiliten un trato respetuoso y confidencialidad.
- Profesionales de salud amigables.
- Procedimientos de atención y administración amigables.
- Atención y trato amigable al adolescente.
- Disponibilidad de una amplia gama de servicios.
- Conocer las percepciones de los y las adolescentes acerca de los servicios.
- Involucramiento de la participación comunitaria y de los y las adolescentes.
- Sistemas de evaluación y monitoreo.

El análisis de esta definición fue presentado con mayor detalle en la sección 2 de este texto. Es importante señalar que en el programa de capacitación que se presenta en el documento complementario dicho análisis corresponde a la actividad número 14, denominada *Construyendo una definición de servicios de salud amigables para los y las adolescentes y jóvenes*. Sin embargo, no se consideró que representaba una herramienta en sí misma, por lo cual en este texto no se la presenta de esa manera.

3.3.1. Estado general del establecimiento de salud (Actividad 15)

Mediante un formato que plantea preguntas descriptivas sobre el servicio de salud, se analiza la forma en que los y las proveedores/as de salud participan en las labores del servicio de salud, en qué forma se enfoca el trabajo con la población adolescente, así como las visiones sobre la sexualidad adolescente.

En todo momento, se busca que se identifiquen las diferentes posiciones al respecto de varones y mujeres, o los casos en los que no se encuentran diferencias entre ambas. Este diagnóstico sensibiliza a los y las participantes sobre la influencia de las construcciones de género en la labor que desempeñan los y las proveedores/as de salud.

¿Para qué sirve?



Ésta es una herramienta que sirve para reflexionar sobre la forma en que se organiza y funciona el establecimiento de salud, así como sobre los factores que obstaculizan que el servicio brindado sea amigable.

En esta herramienta se trabaja desde una perspectiva de género que permitirá identificar diferencias en la participación de mujeres y varones en el servicio. Todo ello aportará al análisis de los aspectos que se requiere reforzar.

Temas que aborda



El análisis de la situación general del establecimiento aborda los siguientes elementos:

- Composición y organización del servicio:
 - Personal que labora en el servicio según sexo, profesión y ocupación.
 - Liderazgo en actividades desarrolladas por el servicio: qué personas asumen la responsabilidad de las actividades.
- Actitud del personal del establecimiento frente al trabajo con los y las adolescentes y a la sexualidad.
- Actitud frente al trabajo preventivo promocional.
- Grado de prioridad que se le otorga al trabajo con población adolescente.

Herramienta



Esta herramienta debe ser trabajada por un equipo de proveedores/as de salud que provengan de un mismo establecimiento de salud o zona. Se sugiere que el diagnóstico sea realizado por varias personas del equipo y no únicamente por el médico jefe, ya que con la participación de todos se recogen diferentes miradas acerca de la situación del servicio.

Todos los aspectos incluyen el análisis desde una perspectiva de género y son abordados a través de preguntas. Para ello, como se puede observar en el formato que sigue, cada una de las áreas propuestas presenta una columna en la que se pide que se consignen los elementos relativos a las características, perspectivas o concepciones de mujeres y varones. Adicionalmente, se contempla una columna para consignar datos que incluyen a ambos.

A continuación se presenta el formato, y después se describe cómo se debe llenar.

Formato de diagnóstico: Estado general del establecimiento de salud¹⁰.

Composición y organización del servicio	Mujeres	Varones	Ambos
1. ¿Cuántas personas trabajan en el establecimiento? Indique la cantidad			
2. Profesionales-función: describa la cantidad de personas que trabajan en su establecimiento, según su profesión y función			
3. ¿Quiénes tienen mayor liderazgo en estas actividades? Marque con un aspa.			
■ Organización de ferias			
■ Conducción de ferias			
■ Visitas a colegios			
■ Trabajo con promotoras			
■ Campañas de vacunación			
■ Otros _____			
4. ¿Quiénes han recibido capacitación para el trabajo con adolescentes? (detallar profesión y sexo).			
5. ¿Quiénes han recibido capacitación para el trabajo en sexualidad? (detallar profesión y sexo).			
Actitudes del personal del establecimiento frente al trabajo con las y los adolescentes y a la sexualidad	Mujeres	Varones	Ambos
6. ¿Qué actitud tienen frente a la sexualidad las personas que trabajan en el establecimiento?			
7. ¿Qué actitud tienen frente a una adolescente:			
■ Embarazada			
■ Que acude al establecimiento para pedir métodos de protección sexual			
■ Que tiene una ITS			
8. ¿Qué actitud tienen frente a un adolescente varón:			
■ Que acude al establecimiento con su enamorada embarazada			
■ Que acude al establecimiento para pedir métodos de protección sexual			
■ Que tiene una ITS			
9. ¿Cuál es la percepción de las siguientes autoridades acerca del trabajo con adolescentes en salud sexual y reproductiva?			
■ Médico jefe del establecimiento de salud			
■ Autoridades de las áreas o unidades de salud de las que directamente depende el establecimiento			
Actitud frente al trabajo preventivo promocional	Mujeres	Varones	Ambos
10. ¿Qué percepción tienen las personas que laboran en el establecimiento acerca del trabajo preventivo promocional en salud sexual y reproductiva con adolescentes?			
11. ¿Qué percepción tienen las personas que trabajan en el establecimiento acerca de la comunidad en la que intervienen?			
Grado de priorización de la población adolescente	Mujeres	Varones	Ambos
12. Normas (explícitas o implícitas) del establecimiento de salud vinculadas a la atención de los y las adolescentes			
13. ¿En qué medida los y las adolescentes son considerados/as como parte de la población meta del establecimiento de salud?			

¹⁰ Este formato ha sido adaptado a partir de la validación en los tres países.

La información requerida en el ítem *Composición y organización del servicio* se expresa básicamente a través de cifras e indaga respecto al tipo de profesión u ocupación del personal que trabaja en el centro. Esta información da cuenta de la manera diferenciada en que varones y mujeres asumen funciones y tareas en el establecimiento.

Los ítems *Actitudes del personal del establecimiento frente al trabajo con los y las adolescentes y la sexualidad*, *Actitud frente al trabajo preventivo promocional* y *Grado de priorización de la población adolescente* requieren, básicamente, información cualitativa. En el primero se recoge la opinión valorativa del personal frente a la sexualidad así como respecto a adolescentes varones o mujeres que acuden al establecimiento por situaciones vinculadas a su sexualidad. El segundo se considera importante dado que los servicios de salud muchas veces tienen un enfoque biomédico y de riesgo, por lo que se valora más el aspecto curativo y no así la labor de promoción de la salud; se incluye en este ítem la opinión respecto a la comunidad en la que intervienen. Finalmente, en el ítem *Grado de priorización de la población adolescente* interesa conocer en qué medida los servicios de salud consideran a los y las adolescentes como una población-meta principal; un aspecto que, de alguna manera, da cuenta de ello es si existen normas explícitas para la atención de adolescentes.

En caso de que no existan diferencias entre ambas percepciones sino que más bien se identifique la existencia de una visión común —o que la mayor parte de sus aspectos sean comunes— esta información se consigna en la columna *Ambos*.

Una categoría de análisis que no está consignada en el formato que presentamos, pero que es también importante y fue señalada espontáneamente en los tres países en los que se llevó a cabo el proyecto es la edad del personal. Se mencionó que, en algunos casos, es necesario diferenciar las percepciones de acuerdo con la edad de los trabajadores del servicio, pues a veces las personas mayores tienen una actitud distinta, más conservadora respecto a la sexualidad adolescente, que el personal de menor edad.

De acuerdo con las necesidades del establecimiento, se pueden añadir o eliminar determinados temas. En ciertos establecimientos existe muy poco trabajo preventivo promocional, por lo cual en estos casos será imposible responder las preguntas referidas a este tipo de actividades (por ejemplo, quién realiza las ferias de salud). Sin embargo, es importante consignar que en dicho establecimiento no se realizan esas actividades, porque éste es un dato que da cuenta de que un área que necesita ser reforzada en el futuro es la del trabajo preventivo promocional.

Estado general del establecimiento

Centro de Salud 4

MUJERES	VARONES	AMBOS/TODOS
64	22	
<p>Médicos (obstetricia, ginecología)</p> <p>Enfermeras</p> <p>Trabajo social</p> <p>Psicología</p> <p>Administración</p>		

Ecuador

10 de octubre

MUJERES	VARONES	AMBOS/TODOS
<p>Médicos (obstetricia, ginecología)</p> <p>Enfermeras</p> <p>Trabajo social</p> <p>Psicología</p> <p>Administración</p>		

Perú

Resultados de la experiencia



En lo referido al *personal que labora en el servicio*, se observó que en la mayor parte de establecimientos de salud con los que se trabajó se trata, sobre todo, de mujeres. Este hecho podría responder a que, en los países de la región, las profesiones como enfermería, obstetricia, trabajo social y —aunque en menor medida— psicología son carreras que, con frecuencia, están catalogadas por la sociedad como "femeninas"; por consiguiente, la mayor proporción de personas que realizan esos estudios son mujeres. El grupo de trabajadores varones está conformado básicamente por médicos y personal administrativo.

De otro lado, también fue claro que suelen ser las mujeres quienes realizan el *trabajo preventivo promocional y extramural*, y considerando las diferentes profesiones, los médicos son quienes, en menor medida, asumen este tipo de actividades. En los casos en que los médicos participan en estas actividades, se observó que la mayor parte de las veces son mujeres.

Si bien las y los profesionales experimentan cotidianamente la distribución diferenciada de responsabilidades, encontrar este resultado de manera contundente en la mayor parte de los diagnósticos fue motivo de una reflexión

que derivó en un cuestionamiento de los roles tradicionales de género. Es interesante subrayar este elemento, puesto que pone en evidencia la forma en que las construcciones de género influyen en la organización y distribución de las responsabilidades al interior de los servicios.

Con respecto a las actitudes frente a la adolescencia y a la sexualidad, se observaron claras diferencias entre las percepciones que tienen varones y mujeres.

Algunos ejemplos que dan cuenta de las diferentes percepciones de varones y mujeres

- Un equipo capacitado de Ecuador identificó que el personal que labora en ese establecimiento no reconoce al adolescente como sujeto de derechos sexuales y reproductivos, y que esto se hacía más evidente cuando una adolescente mujer era atendida por un profesional varón. Así, por ejemplo, si quien acudía por un motivo relacionado con su salud sexual y reproductiva era una adolescente mujer, el profesional varón mostraba indiferencia, mientras que si acudía un adolescente varón, el profesional respetaba más sus opiniones y le daba información. El equipo identificó que las mujeres también actuaban de acuerdo con roles de género tradicionales, ya que cuando una adolescente embarazada acudía a pedir información sobre métodos anticonceptivos y/o condón, las proveedoras actuaban de manera sobreprotectora, a veces la respetaban pero también la censuraban; mientras que si quien pedía información era un varón, le daban la información sin censurarlo.
- En el taller de capacitación del Perú, un profesional de salud varón señaló que cuando un adolescente acude al centro de salud debido a que su enamorada está embarazada, lo que el médico piensa para sí es "qué tonto, ya metió la pata, no sabe hacerla bien"; mientras que si es una adolescente mujer, lo primero que se le viene a la mente es "seguro que es una chica movida".

Así mismo, se encontró que cuando el conjunto de profesionales de salud de un centro cuenta con mayor grado de capacitación sobre estos temas, tiene una actitud más positiva. De este modo, el diagnóstico fue una de las herramientas básicas que permitió que los equipos de profesionales identificaran la necesidad de sensibilizar a todo el personal del establecimiento de salud en el trabajo adecuado con los y las adolescentes, lo cual se constituyó, en muchos casos, en el objetivo de los planes de acción que diseñaron como parte del taller y que ejecutaron al finalizar el mismo.

Si bien en los tres países existen avances referidos a la incorporación del enfoque de desarrollo, gran parte de las personas que fueron capacitadas refirieron que el tipo de trabajo que se monitorea, se evalúa y se reconoce en el establecimiento de salud es la productividad en términos de cantidad de atenciones vinculadas a la recuperación de la salud, mientras que las actividades preventivo promocionales son poco valoradas y reconocidas. Así, queda claro que es necesario que los programas y las políticas de salud incorporen el enfoque de promoción de la salud, destinando recursos para responder a las necesidades de la población adolescente, que van más allá de la dimensión recuperativa.

Con respecto al área que analiza el grado de prioridad que se otorga a la población adolescente, los diagnósticos evidenciaron claramente que ésta no es priorizada como una población meta.

Ejemplo de Diagnóstico del estado actual del establecimiento, elaborado por el equipo capacitado del Perú

Composición y organización del servicio	Mujeres		Varones		Total
1. ¿Cuántas personas trabajan en el establecimiento? Indique la cantidad	14		8		22
2. Profesionales-función: describa la cantidad de personas que trabajan en su establecimiento, según su profesión y función	Hospital	Centro (tiempo compartido)	Hospital	Centro (tiempo compartido)	
	Enfermera	1	Téc. enfer.	2	
	Téc. enferm.	1	Médico gral.	1	
	Odontóloga	1	Gineco-obstetra	1	
	Obstetriz	3	Obstetra	2	1
	Psicóloga	1	Psicólogo		1
	Asist. social	1			
	Adminis.	1			
3. ¿Quiénes tienen mayor liderazgo en estas actividades? Marque con un aspa.					
■ Organización de ferias	Enfermeras		Obstetra (ocasional)		
■ Conducción de ferias					
■ Visitas a colegios	Enfermera, psicóloga, obstetriz				
■ Trabajo con promotoras	Enfermeras y obstetriz		Enfermeros (ocasional)		
■ Campañas de vacunación	Enfermera				
■ Otros _____					
4. ¿Quiénes han recibido capacitación para el trabajo con adolescentes? (detallar profesión y sexo).					Quienes trabajan en el centro para jóvenes
5. ¿Quiénes han recibido capacitación para el trabajo en sexualidad? (detallar profesión y sexo).					Quienes trabajan en el centro para jóvenes
Actitudes del personal del establecimiento frente al trabajo con las y los adolescentes y a la sexualidad	Mujeres		Varones		Total
6. ¿Qué actitud tienen frente a la sexualidad las personas que trabajan en el establecimiento?	Alguna conciencia de la importancia del servicio.		No tienen suficiente interés.		
7. Qué actitud tienen frente a una adolescente:					
■ Embarazada	Apoyo		"Pobrecita"		
■ Que acude al establecimiento para pedir métodos de protección sexual	Sorpresa		"Está bien"		
■ Que tiene una ITS					Pena, desazón por su inicio sexual precoz
8. Qué actitud tienen frente a un adolescente varón:					
■ Que acude al establecimiento con su enamorada embarazada					Pena
■ Que acude al establecimiento para pedir métodos de protección sexual					"Qué bueno que se cuide"

■ Que tiene una ITS			Es "promiscuo" Descuido Le falta orientación
9. ¿Cuál es la percepción de las siguientes autoridades acerca del trabajo con adolescentes en salud sexual y reproductiva?			
■ Médico jefe del establecimiento de salud			No es lo prioritario para él
■ Autoridades de las áreas o unidades de salud de las que directamente depende el establecimiento			Desinterés
Actitud frente al trabajo preventivo promocional	Mujeres	Varones	Total
10. ¿Qué percepción tienen las personas que laboran en el establecimiento acerca del trabajo preventivo promocional en salud sexual y reproductiva con adolescentes?			No todos reconocen su importancia
11. ¿Qué percepción tienen las personas que trabajan en el establecimiento acerca de la comunidad en la que intervienen?			Se visualiza a la comunidad como pasiva y se considera que difícilmente se involucran y participan en acciones para mejorar la salud de la población adolescente
Grado de priorización de la población adolescente	Mujeres	Varones	Total
12. Normas (explícitas o implícitas) del establecimiento de salud vinculadas a la atención de los y las adolescentes			No existen
13. ¿En qué medida los y las adolescentes son considerados/as como parte de la población meta del establecimiento de salud?			15-20%

Lecciones aprendidas



- El diagnóstico tendrá mayor riqueza si se cuenta con varones y mujeres que lo realicen y si, además, pertenecen a diversas áreas del establecimiento de salud.
- Las respuestas plasmadas en este diagnóstico ponen en evidencia la influencia de las construcciones de género en los servicios de salud, ya que explicitan de qué manera varían las concepciones y actitudes entre mujeres y varones.
- Si se identifica que los profesionales de salud varones son quienes menos participan en las actividades preventivo promocionales, quienes tienen una visión más crítica frente a la adolescencia y a la sexualidad de la adolescente, y quienes consideran menos prioritaria la atención a la población adolescente, podemos señalar como una lección aprendida que, en el proceso de capacitación de los y las profesionales de salud, se debe incorporar estrategias diferenciadas para varones y mujeres. Ya que ambos grupos parten de concepciones y motivaciones diferentes acerca del trabajo, sensibilizarlos también implicará desarrollar estrategias distintas.

Sugerencias prácticas



- Esta herramienta puede ser trabajada por miembros de uno o de diferentes establecimientos; en este último caso, se sugiere que el análisis recoja lo que ocurre en la mayoría de los establecimientos.
- El formato debe ser reproducido en varios papelógrafos, de modo que todo el grupo pueda participar respondiendo cada pregunta y tener una visión de conjunto. Adicionalmente, se sugiere que cada uno tenga una versión reducida en hoja A4.
- Al momento de aplicar el diagnóstico, se debe pensar en lo que realmente suele ocurrir en el establecimiento, no tener temor de consignar toda la información que se obtenga, ya que ésta ayudara a identificar cómo mejorar el servicio.

3.3.2. ¿Cómo evaluamos cuán amigable es el servicio de salud? (Actividades 16 y 17)

Esta herramienta presenta un segundo tipo de análisis del establecimiento de salud, en el cual se señalan indicadores vinculados a servicios amigables para adolescentes de acuerdo con los ocho componentes identificados en la sección 2 y que se propusieron de manera resumida en la presentación de esta subsección (página 76).

Esta propuesta está basada en la experiencia de trabajo de IES y en la revisión de diversos documentos que plantean un análisis de los servicios amigables (Brindis y Davis, 1998; Nelson, MacLaren y Magrani, 2000; Barnett y Schueller, 2000).

Presenta tres formatos que son calificados en una escala. El primero consiste en una descripción detallada de los indicadores al interior de cada componente. El segundo formato propone más bien una mirada global de la calificación asignada a cada componente, especificando las razones principales en las que se sustenta dicha calificación. Finalmente, el tercer formato es un gráfico de barras que permite evaluar, de manera muy visual, el grado en el que ha avanzado el servicio en el proceso de tornarse amigable.

¿Para qué sirve?



La herramienta permite valorar de manera cuantitativa en qué medida un servicio de salud está funcionando como un servicio de salud amigable a los y a las adolescentes y jóvenes. Utiliza para ello indicadores que son calificados en una escala de 1 a 5.

Temas que aborda



La propuesta de indicadores de servicios amigables para adolescentes ha sido organizada en los siguientes componentes:

1. Características físicas del establecimiento de salud.
2. Características de los y las profesionales de salud.
3. Características de los procedimientos y protocolos de atención.
4. Características de la atención propiamente dicha.

5. Disponibilidad de una amplia gama de servicios.
6. Percepción de los y las jóvenes acerca del servicio.
7. Involucramiento de la participación juvenil y comunitaria.
8. Sistemas de evaluación y monitoreo.

Herramienta



Esta herramienta se compone de tres formatos que permiten analizar cuán amigable es el servicio:

- Formato de evaluación por indicadores de servicios amigables a las y los adolescentes y jóvenes.
- Formato de evaluación por componentes *¿Cuán amigable es mi servicio?*
- Gráfico de evaluación por componentes *¿Cuán amigable es mi servicio?*

Estos tres formatos de evaluación deben ser llenados en el orden en que han sido presentados. En los tres se utiliza una escala del 0 al 5, en la que se especifica en qué medida se cumplen el o los indicadores:

- 0 Es el menor puntaje e indica que NO SE CUMPLE NADA
- 1 Indica que SE HAN HECHO ALGUNOS INTENTOS PARA QUE SE CUMPLAN
- 2 SE CUMPLEN MÍNIMAMENTE
- 3 SE CUMPLEN PARCIALMENTE
- 4 SE CUMPLEN EN GRAN MEDIDA y
- 5 SE CUMPLEN TOTALMENTE

El primer formato, que se presenta a continuación, propone un listado de indicadores de servicios amigables organizados en los ocho componentes anteriormente mencionados. Este formato recoge, de manera muy detallada, una serie de indicadores para cada componente; en la medida en que éstos son muy objetivos y concretos, permiten asignar el puntaje de manera realista.

Formato de evaluación por indicadores de servicios amigables a los y las adolescentes y jóvenes

A continuación, se presenta una lista de indicadores que sirven para evaluar en qué grado el servicio de salud es amigable a las y los adolescentes y jóvenes¹¹. Los indicadores están agrupados en ocho componentes.

El presente formato integra los indicadores propuestos por varios documentos que incorporan el interés en que los servicios sean adecuados para adolescentes.

Se requiere asignar un puntaje de 0 a 5 para cada indicador y el promedio resultante para cada componente¹².

Áreas e indicadores	Puntuación 0 al 5
Componente 1: Características físicas del establecimiento de salud	
1.1. Accesibilidad geográfica Ubicación conveniente para los y las jóvenes.	
1.2. Identificación del servicio <ul style="list-style-type: none"> ■ Presencia de un signo visible que indica que el servicio atiende a jóvenes. ■ Mensajes que animan a los y las jóvenes a llevar a sus amigos/as. ■ Anuncios que explicitan que la atención es confidencial. 	
1.3. Horario adecuado <ul style="list-style-type: none"> ■ Los horarios de atención se adecuan a las horas en las que a los y las jóvenes les es fácil acudir al servicio (por ejemplo, existe prestación de servicios al final de la tarde, por la noche o los fines de semana). 	
1.4. Ambiente <ul style="list-style-type: none"> ■ En la sala de espera se pueden encontrar revistas, materiales educativos, juegos. ■ El ambiente da la bienvenida a las y los jóvenes. 	
1.5. Existe un espacio adecuado y suficiente privacidad	
1.6. Los costos del servicio son bajos o existen mecanismos que permiten que los y las jóvenes reciban atención a bajo costo o gratuita. <ul style="list-style-type: none"> ■ Financiamiento estatal y/o de fundaciones. ■ Mecanismos para captar donaciones. ■ Recaudación de fondos en la comunidad. ■ Cobertura del seguro para el servicio a jóvenes. ■ Adopción de una escala de pagos según las posibilidades de los y las jóvenes. 	
Componente 2: Características de los y las profesionales de salud	
2.1. Los y las proveedores/as del servicio en general y los y las profesionales que atienden directamente a adolescentes y jóvenes están especialmente capacitados/as para trabajar en temas vinculados a dicha población.	
2.2. Los y las proveedores/as del servicio en general y los y las profesionales que atienden directamente a adolescentes y jóvenes tienen actitudes positivas hacia la necesidad de brindar servicios a esta población.	
2.3. Los y las proveedores/as del servicio en general y los y las profesionales que atienden directamente a adolescentes y jóvenes respetan la privacidad y confidencialidad de los usuarios.	
2.4. El personal es sensible a la diversidad cultural y está preparado para responder a las necesidades específicas de cada joven (por ejemplo según región de procedencia, sexo, raza, idioma, etcétera).	

¹¹ En este documento, el término *jóvenes* se refiere a adolescentes y jóvenes.

¹² La escala de calificación evalúa en qué medida se cumple el indicador y corresponde a:

0 = No se cumple nada

1 = Se ha hecho algunos intentos para que se cumpla

2 = Se cumple mínimamente

3 = Se cumple parcialmente

4 = Se cumple en gran medida

5 = Se cumple totalmente

Áreas e indicadores	Puntuación 0 al 5
2.5. Contratación de personal de ambos sexos.	
2.6. Personal capacitado y sensibilizado para establecer relaciones cálidas y de confianza con los y las jóvenes usuarios del servicio.	
2.7. Los y las proveedores/as del servicio en general y los y las profesionales que atienden directamente a adolescentes y jóvenes no ejercen presión sobre ellos y ellas para que tomen decisiones. Respetan las decisiones de sus usuarios.	
Componente 3: Características de los procedimientos y protocolos de atención	
3.1. Se cuenta con políticas que amparan la provisión de servicios para jóvenes.	
3.2. Programación de citas <ul style="list-style-type: none"> ■ Reducción del tiempo de espera al mínimo. ■ Se realizan consultas sin previa cita. 	
3.3. Procedimientos para la atención <ul style="list-style-type: none"> ■ Las y los adolescentes se atienden con la misma persona cada vez que visitan el establecimiento. ■ Durante su visita al servicio, los y las adolescentes tratan con un número mínimo de funcionarios (tienen acceso directo a el o la profesional que los atiende) ■ Se define un tiempo adecuado para la interacción adolescente-proveedor/a. 	
3.4. Se ofrecen servicios apropiados de acuerdo con la edad de los y las adolescentes <ul style="list-style-type: none"> ■ Los materiales y la orientación que se brindan a los y las adolescentes varían de acuerdo con la edad de los usuarios. ■ El personal se capacita en temas relacionados con el desarrollo y la psicología de el y la adolescente. 	
3.5. El proceso de registro para seleccionar a los y las adolescentes usuarios de servicio es lo suficientemente bueno como para identificar: <ul style="list-style-type: none"> ■ A los y las más expuestos/as a situaciones de riesgo. ■ A aquellos y aquellas que pueden requerir un seguimiento más activo. 	
3.6. Seguimiento <ul style="list-style-type: none"> ■ Se programan las citas para el seguimiento en la consulta inicial. ■ En el establecimiento se elaboran o adoptan protocolos para esa tarea. ■ El personal está capacitado en el uso de ese protocolo. ■ Usa sistemas para facilitar el seguimiento. Por ejemplo, registra los números telefónicos de las personas de confianza que ha mencionado el o la adolescente; de este modo, el establecimiento podrá comunicarse con el o ella y recordarle las citas futuras o señalarle que no cumplió alguna cita. ■ El plan de seguimiento que se utiliza no compromete la confidencialidad. 	
3.7. Incorpora personal y procedimientos flexibles y amigables a los y las adolescentes <ul style="list-style-type: none"> ■ Si lo desean, los y las adolescentes pueden ingresar a la consulta acompañados de personas en las que confían (padre, madre, pareja, amigos/as). ■ Los protocolos permiten que los y las adolescentes aplacen los exámenes de la pelvis y de sangre para consultas posteriores (cuando se trata de establecimientos en los que este examen es un requisito para la atención en salud sexual y reproductiva). ■ Se le explica al o a la adolescente qué se está haciendo durante el examen físico. 	
Componente 4. Características de la atención al adolescente propiamente dicha	
4.1. Trato al o la adolescente <ul style="list-style-type: none"> ■ Se le escucha atentamente, respetuosamente y sin juzgarlo/a. 	
4.2. Confidencialidad <ul style="list-style-type: none"> ■ En la propaganda y difusión de los servicios, se informa que la confidencialidad está garantizada. 	

Áreas e indicadores	Puntuación 0 al 5
<ul style="list-style-type: none"> ■ Se explica a los y las adolescentes en qué consiste la política de confidencialidad. 	
<p>4.3. Óptimos servicios de orientación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se adapta el tiempo de atención a cada usuario según sus necesidades (de acuerdo con la edad, el motivo de consulta) ■ Se brinda con amplitud la información requerida, de manera clara y objetiva, absolviendo dudas y preguntas. ■ Se discute con los y las adolescentes sus metas personales ■ Se considera a el y la adolescente como personas capaces de tomar sus propias decisiones. 	
<p>4.4. Enfoque frente a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La sexualidad —a través de sus diferentes manifestaciones— se enfoca como un aspecto de la vida que es natural, saludable y da placer cuando se expresa de modo voluntario, de acuerdo con los propios deseos. ■ Se asume que los y las adolescentes son sujetos de derechos sexuales y reproductivos. ■ Se promueve la adopción de decisiones que ayudan a los y las adolescentes a incorporar comportamientos de protección sexual en su vida diaria. 	
<p>4.5. Orientación vinculada a la salud sexual y reproductiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se consideran múltiples alternativas para que el y la adolescente tomen sus propias decisiones (abstinencia, postergación del inicio sexual, actividad sexual con protección). ■ Se incluyen temas como el uso del condón y la doble protección (prevención tanto de embarazos no planificados como de ITS-VIH). ■ Se presentan varios métodos anticonceptivos y el condón, con una explicación de las ventajas y los inconvenientes de cada uno. ■ Se incluye información sobre los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual. ■ Una vez que el producto ha sido seleccionado, se le da al o a la adolescente una receta o muestras médicas suficientes para seis meses. 	
<p>4.6. Análisis de las relaciones con personas significativas y su involucramiento en la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se exploran las relaciones con los familiares y compañeros/as. ■ Se promueve la participación de la pareja del o la adolescente, ya sea animando a éste o ésta a que incluya a su pareja en las consultas que realiza en el servicio u orientándolo/a sobre la forma de hacer participar a su pareja en las decisiones que toma y en el uso de anticonceptivos y/o condón. 	
<p>Componente 5. Disponibilidad de una amplia gama de servicios</p>	
<p>5.1. Se incluyen servicios de orientación y educación desde la primera consulta (por ejemplo, se le explica a el o la adolescente cuáles son los exámenes médicos, se le presenta al personal del servicio, se le muestran las salas de examen, se absuelven sus preguntas).</p>	
<p>5.2. Organización de servicios de extensión. Se otorga un gran valor a los servicios extramurales desarrollando estrategias como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Creación de redes junto con otros organismos o instituciones como escuelas, ONG, parroquias, clubes deportivos, agrupaciones juveniles, entre otros. ■ Anuncios por la radio, prensa y/o televisión acerca de los servicios confidenciales y económicos que el establecimiento brinda. ■ Desarrollo de actividades extramurales para la promoción de la salud de adolescentes: ferias de salud comunitarias, talleres de capacitación, charlas informativas. ■ Desarrollo de estrategias que permiten identificar a adolescentes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo. ■ Trabajo con promotores. ■ Estrategias de educación de pares adolescentes. 	
<p>5.3. Posibilidad de brindar servicios integrales</p>	

Áreas e indicadores	Puntuación 0 al 5
<ul style="list-style-type: none"> ■ Se identifican las diferentes necesidades de los y las adolescentes que buscan orientación/atención. ■ Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios. ■ Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias. ■ Se realizan sesiones de orientación grupal con los y las adolescentes de menor edad (de 10 a 14 años). 	
5.4. El establecimiento cuenta con servicios adecuados para abordar los problemas de abuso sexual <ul style="list-style-type: none"> ■ Capacitación del personal para darle la formación necesaria que le permita reconocer el abuso sexual y orientar a los y las adolescentes víctimas de éste. ■ Creación de un protocolo de atención especial para los establecimientos de salud que atienden a estos adolescentes. 	
5.5. Amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón.	
Componente 6. Percepción de los y las jóvenes acerca del servicio	
6.1. Los y las jóvenes perciben que en el establecimiento existen condiciones de privacidad.	
6.2. Los y las jóvenes perciben que la confidencialidad es respetada.	
6.3. Los y las adolescentes y jóvenes perciben que ellos/as son bienvenidos al establecimiento sin importar su estado civil, sexo y/o edad.	
6.4. Los y las usuarios percibe que los ambientes son cómodos.	
6.5. Los y las jóvenes perciben que las y los proveedores pueden brindarles información de acuerdo con sus necesidades.	
6.6. Los adultos apoyan a las y los jóvenes en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva en el establecimiento.	
Componente 7: Involucramiento de la participación juvenil y comunitaria	
7.1. Los y las jóvenes están involucrados/as en la toma de decisiones sobre la forma en que los programas son ofrecidos	
7.2. El establecimiento informa a la comunidad sobre los servicios para jóvenes.	
7.3. Es viable un programa de educadores de pares.	
7.4. El servicio de salud se considera un agente clave de la comunidad, capaz de desarrollar acciones conjuntas con otras instancias de la comunidad.	
7.5. Se realizan diagnósticos participativos sobre las necesidades o problemas de los y las adolescentes, para encontrar soluciones conjuntas buscando que la comunidad se involucre en la realización de éstas.	
7.6. Se involucra a jóvenes y a miembros de la comunidad en la planificación del programa, la forma en que se brinda el servicio y la evaluación de éste.	
7.7. Se promueve que los padres y otros adultos de la comunidad apoyen el uso de anticonceptivos y condón por parte de los y las adolescentes cuando éstos y éstas ya tienen actividad sexual.	
7.8. El servicio colabora con otros sectores de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas, medios de comunicación.	
Componente 8. Sistemas de evaluación y monitoreo	
8.1. Se cuenta con estándares nacionales o locales sobre servicios amigables a los y las adolescentes.	
8.2. Se han establecido objetivos concretos e indicadores para determinar si los objetivos se lograron.	
8.3. Se cuenta con instrumentos para evaluar los resultados de las acciones.	
8.4. Se evalúan tanto los indicadores del resultado como los del proceso.	
8.5. Se mide el impacto que las actividades desarrolladas desde el servicio tienen en la salud de los y las adolescentes.	



Este formato debe ser el primero que se llene para evaluar cuán amigable es el servicio.

Como se ha podido ver, cada uno de los ocho componentes presenta indicadores que, a su vez, pueden describirse a través de uno o varios ítems. Por ejemplo, el componente 1 tiene seis indicadores. Dentro de este componente, el indicador 1.1 tiene un solo ítem, pero el indicador 1.2 tiene tres ítems. Cada indicador debe ser calificado con un puntaje del 0 al 5; se pide consignar un único puntaje por indicador, aunque esté compuesto por más de un ítem.

Luego, se debe obtener un promedio para cada componente, a partir de los puntajes consignados a cada indicador. Dicho promedio se obtiene sumando los puntajes de todos los indicadores de un componente y dividiendo el resultado entre el número de indicadores de dicho componente.

De acuerdo con el tiempo con el que se cuente, este primer formato puede ser llenado en dos modalidades: individual o grupal.

En la modalidad individual —que se elige si se cuenta con menos tiempo— el formato será desarrollado por cada uno o una de los y las proveedores/as de salud, quienes luego cotejarán el promedio que cada uno o una obtuvo en cada componente, para así llegar a un promedio de grupo por componente. Esta modalidad de llenado es más rápida pues abre la discusión y el intercambio de ideas sólo al final, para calcular los promedios que el grupo le asigna a cada componente.

En la modalidad de llenado grupal, los y las proveedores/as de salud tendrán que ponerse de acuerdo para asignar el puntaje de la escala a cada indicador; en este caso, el promedio de cada componente se obtiene a partir de la suma de los puntajes de los indicadores que fueron previamente acordados de manera grupal.

El siguiente paso consistirá en llenar el formato de evaluación por componentes *¿Cuán amigable es mi servicio?* A continuación, se puede apreciar el formato:

Formato de evaluación por componentes ¿Cuán amigable es mi servicio?

Componentes	Puntaje* (0 a 5)	Por qué	Acciones posibles
1. Características físicas del establecimiento de salud			
2. Características de los y las profesionales de salud			
3. Características de los procedimientos y protocolos de atención			
4. Características de la atención propiamente dicha			
5. Disponibilidad de una amplia gama de servicios			
6. Percepción de los y las jóvenes acerca del servicio			
7. Participación juvenil y comunitaria			
8. Sistemas de evaluación y monitoreo			
Puntaje total			

*La escala de calificación corresponde al grado en el que se cumplen los indicadores de cada componente:
 0 = No se cumple nada
 1 = Se han hecho algunos intentos para que se cumplan
 2 = Se cumplen mínimamente
 3 = Se cumplen parcialmente
 4 = Se cumplen en gran medida
 5 = Se cumplen totalmente

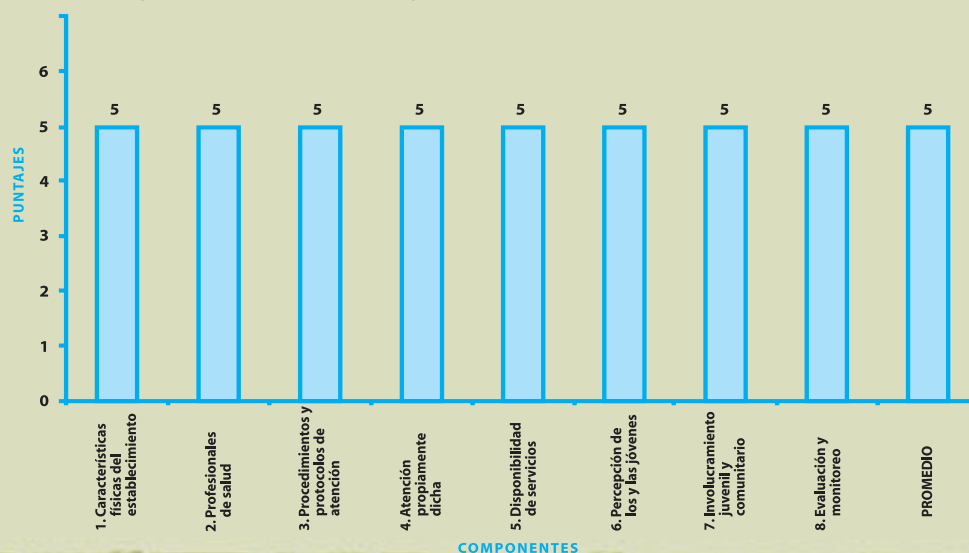
Llenar el formato de evaluación por indicadores es un requisito indispensable para poder llenar el de componentes. En caso contrario, la asignación de los puntajes a los componentes se convierte en una evaluación subjetiva. El formato de evaluación por componentes deberá ser trabajado por el equipo en su conjunto. En este caso, en la columna *Puntaje* se coloca el promedio para cada componente que se obtuvo a partir del llenado del formato de evaluación por indicadores. De este modo, será posible calcular un puntaje total promedio de cada establecimiento o área de salud.

El valor de este segundo formato consiste en que nos da una visión resumida de los componentes y, adicionalmente, permite identificar una o dos razones por las cuales se asignó esta calificación. Así mismo, se plantea que los y las profesionales identifiquen algunas acciones posibles y reales que podrían implementar para promover que el establecimiento de salud mejore al respecto.

Para facilitar la lectura de la evaluación realizada se puede pedir a los participantes que plasmen los resultados en un gráfico de barras como el siguiente:

GRÁFICO DE EVALUACIÓN POR COMPONENTES ¿CUÁN AMIGABLE ES MI SERVICIO?

(En un caso ideal se asumiría que se ha obtenido un puntaje de 5 para cada área, y por lo tanto un promedio también equivalente a 5).



En caso de hacer uso de este formato, se puede proporcionar a los y las participantes papelógrafos con las coordenadas horizontal (componentes) y vertical (puntajes), para que ellos y ellas grafiquen las barras en el nivel correspondiente.

Ejemplos de gráfico de evaluación



Ecuador



Bolivia

Resultados de la experiencia



En los talleres de capacitación, encontramos que, en los tres países, los componentes que por lo general obtuvieron un puntaje más alto fueron el componente 2 —relativo a las y los profesionales de salud— y el componente 4 —vinculado a la atención propiamente dicha—.

Sin embargo, muchos reflexionaron sobre las diferencias entre quienes atienden directamente a la población adolescente, que por lo general están más sensibilizados y capacitados, y los y las proveedores/as de salud de los establecimientos en general. Esto se hizo más evidente en aquellos/as que contaban con un centro o servicio de atención diferenciado, puesto que al evaluar sólo al equipo del centro, el puntaje subía considerablemente, reflejando la gran disposición para atender a los y las adolescentes que existe en estos servicios.

De otro lado, en los tres países se ha observado que los componentes en los cuales los establecimientos de salud obtienen un puntaje más bajo son *involucramiento de la participación juvenil y comunitaria*, y *sistemas de evaluación y monitoreo*.

En general, los y las profesionales de salud identifican que no logran involucrar totalmente a los y las adolescentes en el servicio. Varios/as reconocen no sólo que el trabajo dirigido a la comunidad que realizan fuera del servicio es insuficiente sino que, además, no logran incluir a los y las jóvenes ni a la comunidad en las diferentes etapas de trabajo del servicio. A esto se añade que, en muchos casos, la comunidad es percibida como un grupo de personas pasivas, incapaces de contribuir al desarrollo de su salud.

Con relación al sistema de evaluación y monitoreo, los y las profesionales de salud capacitados/as de los tres países manifestaron que no existen formatos de seguimiento que incluyan de manera específica el trabajo preventivo promocional realizado con población adolescente. En muchos casos, las evaluaciones que realizan se limitan a las que están pautadas por las normas y los protocolos generales de atención. Estas evaluaciones responden básicamente a indicadores de proceso, esto es, especifican el número de actividades, el número de asistentes, la cantidad de insumos para planificación familiar entregados. Es decir, los aspectos que dan cuenta de los resultados de estas acciones no son priorizados.

Cabe señalar que aunque el componente *percepción de los y las adolescentes y jóvenes* busca recoger la opinión que ellos y ellas tienen respecto a los ser-

vicios, algunos/as profesionales de salud suelen responder a este punto sin haber recogido previamente la impresión de los y las adolescentes. En estos casos, fue importante señalar en la plenaria que éste fue un ítem que no debieron llenar, a no ser que se estuviesen basando en resultados de evaluaciones previamente realizadas con los usuarios del establecimiento, como ocurrió con un equipo capacitado en el Perú que cuenta con un servicio diferenciado para adolescentes. De esta manera, es importante transmitir que la evaluación de cuán amigable es el servicio de salud debe incluir también la voz de los y las adolescentes.

Lecciones aprendidas



- Algunos grupos pueden evaluar el desempeño de su establecimiento con puntajes muy altos respecto al resto, ya sea porque realmente cuentan con servicios diferenciados para adolescentes que vienen funcionando exitosamente o porque en el taller se genera cierta competitividad entre los equipos y cada uno desea mostrarse mejor que el resto. Frente a ello, se observó que los grupos que tuvieron mayor capacidad de autocrítica y de reconocimiento de sus debilidades estuvieron en mejores condiciones de proponer alternativas para desarrollar su servicio, actitud que luego se plasmó en planes de acción más viables.
- Para poder incorporar la opinión de las y los adolescentes, se pueden realizar grupos focales o entrevistas informales.
- Es un hecho que la evaluación de las acciones es un aspecto complejo y muchas veces difícil de concretar en la mayor parte de instituciones y programas. Por lo tanto, para lograr que los servicios sean amigables, es necesario incluir en las capacitaciones herramientas que faciliten la identificación de indicadores para la evaluación de las acciones del servicio que sean sencillas y factibles de aplicar. De este modo se estará aportando a trascender el análisis de indicadores de proceso para evaluar los resultados y, a mediano plazo, el impacto de las intervenciones.

Sugerencias prácticas



- Al igual que en la herramienta anterior, ésta puede ser trabajada por miembros de un establecimiento o miembros de diferentes establecimientos. En este último caso, se sugiere que el análisis recoja lo que ocurre en la mayoría de los establecimientos.

- Si se plasman los resultados de cada grupo en un gráfico de barras —elaborado de forma sencilla en un papelógrafo, tal como se ha señalado anteriormente en el ejemplo—, será más fácil visualizar las semejanzas y diferencias entre un equipo y otro.
- Mientras cada grupo presenta los resultados, uno de los facilitadores puede ir anotando, en cada caso, qué componente obtuvo el mayor puntaje y qué otro el menor puntaje. Así mismo, puede apuntar los promedios totales de cada grupo. Estos datos facilitarán la discusión posterior, que estará orientada a identificar qué factores influyen en promover un servicio amigable.
- Durante la plenaria, el o la facilitador/a debe evitar que la discusión derive en rivalidad entre los grupos.

3.3.3. Identificando nuestro flujograma de atención al adolescente (Actividad 18)

Esta herramienta nos lleva a analizar el recorrido que el o la adolescente realiza desde el momento en que ingresa al establecimiento. Si la ruta seguida por los y las adolescentes es "amigable", entonces ello contribuirá a acortar distancias entre esta población y los y las proveedores/as de salud.

¿Para qué sirve?



El flujograma de atención permite tener una mirada más precisa de lo que ocurre desde que el o la adolescente ingresa al servicio en búsqueda de atención hasta que ésta se hace efectiva. Éste es un elemento que complementa el diagnóstico del establecimiento de salud, siendo importante identificar si existe o no un flujograma particular para adolescentes. Cabe mencionar que, respecto a este tema, se encuentra muy poca información en la literatura.

Esta herramienta propone también el análisis de los componentes que debe incluir el flujograma de un servicio amigable. De este modo, cada establecimiento podrá definir la forma en que puede adecuar los diferentes componentes a los recursos con los que cuenta, a la vez que se preocupa por responder a las necesidades de los y las adolescentes.

Temas que aborda



Los temas que se abordan son:

- Pasos que sigue el o la adolescente desde que ingresa al servicio hasta que es atendido/a.
- Componentes que debe incluir un flujograma.

Herramienta



El primer paso consiste en que los y las profesionales de salud identifiquen cuál es la ruta que siguen los y las adolescentes desde que ingresan al servicio. Se les solicita que sean exhaustivos/as en consignar todos los puntos a los que tienen que acercarse y todas las personas con las que tienen que interactuar.

El flujograma debe ser presentado gráficamente en un papelógrafo. Si los y las proveedores/as de salud señalan que los y las adolescentes siguen una ruta similar a la de los usuarios en general, igualmente se les debe pedir que grafiquen esa ruta en un papelógrafo.

A partir del trabajo de todos los equipos, se analiza cuáles son los aspectos que deberían formar parte de un flujograma adecuado para la atención a los y las adolescentes. Esto se puede trabajar bajo la modalidad de lluvia de ideas.

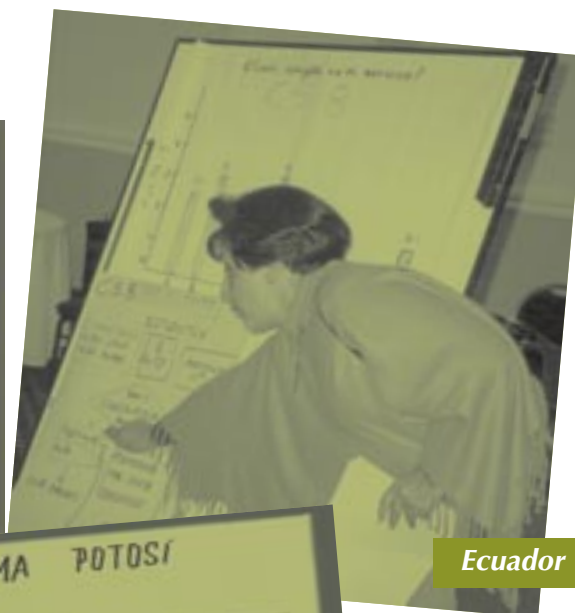
Si bien las modalidades en las que se implementan los diferentes aspectos pueden ser diferentes de acuerdo con la realidad y las características de los establecimientos, los aspectos clave son:

- La recepción al o a la adolescente, que incluye hasta a la primera persona que tiene contacto con él o ella, como el vigilante o el portero.
- Requisitos administrativos: puede incluir el triaje, el paso por la estadística o la búsqueda de la historia clínica.
- Caja (cuando la atención no es gratuita).
- Permanencia en la sala de espera.
- Atención en consultorios.
- Derivación a otros servicios del mismo establecimiento.
- Referencia a otros servicios.
- Seguimiento.

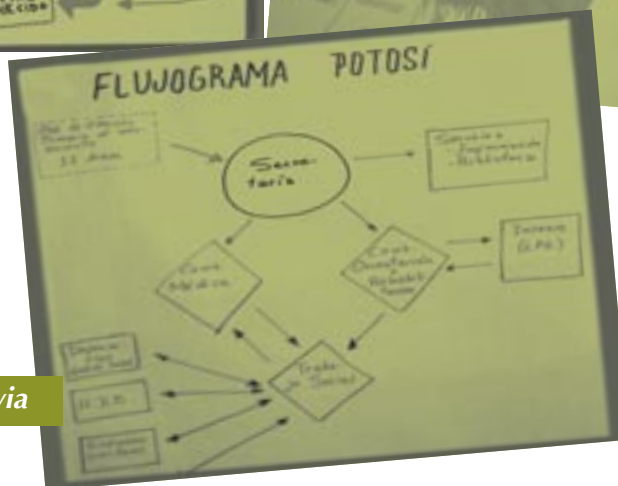
Ejemplos de flujogramas de atención.



Perú



Ecuador



Bolivia

Un elemento clave, aunque en sí mismo no constituye un paso que forme parte directamente de las rutas de atención, es la señalización y organización de la infraestructura del servicio.

Lo que busca esta herramienta es que sean los/as propios/as profesionales quienes identifiquen los aspectos arriba mencionados. Sin embargo, si no surgieran de manera espontánea, es necesario proponerlos para luego analizarlos.

Resultados de la experiencia



Por lo general, los resultados obtenidos luego de aplicar esta herramienta evidencian que los establecimientos de salud no cuentan con un flujograma particular para la atención a los y las adolescentes y jóvenes, a excepción de aquellos establecimientos que brindan atención exclusiva a esta población o que cuentan ya con un servicio de atención diferenciada.

Sin embargo, fue de mucha utilidad que pudieran imaginar todos los pasos que tenía que seguir el o la adolescente hasta llegar a la atención propiamente dicha. Cuando entre los y las proveedores/as de algún establecimiento no surgieron con claridad aspectos como la recepción, el triaje, la caja, la historia, la derivación a otros servicios, fue importante preguntarles acerca de los mismos, puesto que son precisamente estos aspectos los que con frecuencia generan dificultades para los y las adolescentes y jóvenes.

Por lo general, el procedimiento administrativo que se sigue es básicamente ir de la caja a la consulta, aunque se presentan algunas variaciones como, por ejemplo, ir a estadística o a trabajo social antes de llegar a la consulta, o pasar por triaje antes de ir a caja.

Otra diferencia en el flujograma es la relativa al pago que deben realizar por la atención; por ejemplo, en el caso del Perú la atención general a los escolares estaba contemplada en el seguro escolar¹³. Sin embargo, eso implicaba una serie de procedimientos administrativos de entrega de formatos firmados por el director del colegio, lo que dificultaba que un o una adolescente acudiera al centro de salud buscando orientación u otro tipo de consulta que no fuera física.

Con respecto al análisis de los aspectos que deben incluirse en un flujograma ideal, todos los equipos capacitados reconocieron que el y la adolescente deben recibir una atención acogedora desde que ingresan al establecimiento, considerando que el primer contacto que establecen es muy importante.

Algunos propusieron que sería ideal contar con una anfitriona o anfitrión, en lo posible joven, que los y las reciba. Así mismo, se subrayó la necesidad e importancia de indicar con letreros la ruta que debe seguir el o la adolescente.

Por otra parte, se generó un debate respecto a si el servicio debía ser gratuito para los y las adolescentes, más aún cuando se había observado que una barrera que dificulta que ellos y ellas acudan es el factor económico.

En los talleres de capacitación se pudo observar que dos de los aspectos menos desarrollados en la atención a los y las adolescentes son el seguimiento y los sistemas de referencia y contrarreferencia. Esto pone en evidencia que, muchas veces, no se logra dar una respuesta completa a las necesidades de esta población. Frente a esto, se resaltó la importancia de trabajar en red con otros sectores de la comunidad; sin embargo, los y las proveedores/as manifestaron también que para ello se requiere invertir un tiempo con el que no cuentan debido a la recarga que representan otras tareas asistenciales.

¹³ Este tipo de seguro estaba vigente en el período en el que se realizó la capacitación y cubría a menores escolarizados hasta los 19 años. En la actualidad está en vigencia el Seguro Integral de Salud (SIS), que ha ampliado su cobertura de atención a población de 0 a 19 años, a mujeres gestantes, personas de la tercera edad, dirigentes de organizaciones sociales de base y a adultos en casos de emergencia.

Lecciones aprendidas



- A través de esta herramienta, los y las profesionales de salud evidencian que, realmente, no cuentan con un flujograma particular de atención al y la adolescente, pero al mismo tiempo pueden reconocer que no existe un flujograma ideal puesto que no sería posible establecer uno común a todos los establecimientos. Sin embargo, sí se pueden identificar elementos principales en la atención que se brinda y encontrar la manera más adecuada de organizar los componentes del flujograma de acuerdo con cada realidad específica, para responder a las necesidades de los y las adolescentes.
- Incorporar un flujograma de atención particular para el o la adolescente es un proceso largo y complejo ya que requiere el involucramiento de todo el personal, además de la aceptación de las autoridades del establecimiento. Sin embargo, asegurar que todas las personas que trabajan en el establecimiento respeten a los y las adolescentes que acuden, lograr que ellos y ellas sepan que existen profesionales capacitados/as para atenderlos/las y los/las reciben con un mínimo de cordialidad, es un primer paso para construir servicios de salud amigables.

Sugerencias prácticas



- Si se da el caso de que los y las profesionales de salud de un establecimiento identifican la existencia de varios flujogramas para la atención al interior del mismo, será provechoso que esos distintos procedimientos se plasmen en el papelógrafo, para poder analizarlos.
- Cuando se analizan los componentes que requiere un flujograma de atención al y la adolescente, se sugiere que primero se mencionen los aspectos y características que, desde su propia experiencia, los y las proveedores/as consideran importantes. No se recomienda señalar desde un inicio qué orden —es decir, qué pasos debe seguir el o la adolescente— deben tener estos aspectos, dado que el trabajo puede entramparse y tornarse tedioso, y también porque es difícil que representantes de varios establecimientos de salud se pongan de acuerdo respecto a un orden único.

3.3.4. Observando el rol que asumimos cuando brindamos consejería en salud sexual y reproductiva al adolescente y joven (Actividad 19)

La labor de consejería requiere todo un proceso de desarrollo de capacidades que amerita un módulo de capacitación independiente. En esa medida, la herramienta que proponemos a continuación representa únicamente una contribución a este proceso, un instrumento que permite recrear situaciones difíciles de consejería y discutir respecto al rol que asume el profesional de salud cuando brinda orientación a los y las adolescentes.

¿Para qué sirve?



Esta herramienta permite que los y las profesionales de salud reflexionen sobre la necesidad de mostrar una actitud que no censura los comportamientos de los y las adolescentes, e identificar cómo, en la labor de orientación y consejería, muchas veces no se respetan los derechos de los y las adolescentes ni su capacidad de tomar decisiones.

Temas que aborda



En el caso de esta herramienta, la técnica empleada es la dramatización. Los temas susceptibles de ser dramatizados son elegidos por los y las profesionales de salud, y siempre se trata de situaciones difíciles de abordar. Por lo general, los temas propuestos están vinculados al embarazo adolescente, el abuso sexual o el uso de métodos anticonceptivos y/o condón en adolescentes.

El análisis de las dramatizaciones permite:

- Tomar conciencia de las dificultades para asumir, en la práctica de la consejería, el hecho de que el y la adolescente son sujetos de derechos, con capacidad para tomar sus propias decisiones
- Ser conscientes de cómo la labor de consejería cuestiona nuestros valores, así como nuestra posición sobre lo correcto y lo incorrecto.
- Necesidad de diferenciar entre nuestras opiniones y juicios, lo que nosotros haríamos, de lo que hará o hacen los y las adolescentes. Reconocer que nuestra posición valorativa no debe definir la forma en que brindamos la orientación.

- Repasar las técnicas básicas de orientación y consejería, y dar ejemplos extraídos de la situación dramatizada en los cuales se hubiera podido utilizar cada técnica.

Herramienta



Esta herramienta consiste en la dramatización de casos de consejería a adolescentes. Sin embargo, como ya se señaló, lo más importante no es centrar la atención en las técnicas de la consejería sino más bien en las actitudes que asumimos cuando realizamos esta labor.

Para ello, se pide previamente a los y las proveedores/as de salud que piensen en situaciones difíciles de enfrentar. El día anterior a la realización de la dinámica se puede solicitar a los y las participantes que, de modo voluntario, escriban casos que les han parecido muy difíciles y coloquen los papeles en un buzón destinado para ello. Los facilitadores leen los casos antes de que empiece la dinámica y presentan brevemente los más difíciles, para que los y las participantes elijan dos.

Se les explica que deben dramatizar la situación de la mejor manera posible, es decir, de la forma en que ellos y ellas consideran que realmente debería brindarse la consejería para que represente un apoyo efectivo a el o la adolescente.

Se procede a dramatizar cada una de las situaciones. Para ello se puede recurrir a la técnica del *soliloquio*, que consiste en un monólogo a través del cual uno de los dos "actores" expresa en voz alta sus pensamientos. Para que todos comprendan que está diciendo lo que piensa, antes de empezar a hablar debe realizar una señal que consiste en levantar una tarjeta en la que está escrita la palabra *soliloquio*.

Así mismo, se puede proponer trabajar con la técnica de *yo auxiliar*, que consiste en que cualquiera de los y las participantes que observan la dramatización asume, por un momento, el rol de uno de los personajes y dice algo que hubiera querido que dicho personaje dijera. Para ello, el o la participante que desee intervenir como yo auxiliar se coloca detrás del personaje que ha elegido y le toca el hombro; así, quien está actuando sabrá que debe permanecer callado. De esta manera, los observadores aportan con sus intervenciones, pero sin interrumpir el curso de la dramatización.

Luego de la dramatización, se analiza primero cómo se sintieron quienes la realizaron. A la persona que interpretó el papel de adolescente se le pregun-

ta si considera que el consejero respondió al motivo de la consulta y si percibió que éste respetaba sus opiniones o, por el contrario, lo o la presionaba respecto a la decisión que debía tomar. A quien representó el papel de profesional se le pregunta si le fue fácil o difícil responder a los requerimientos de el o la adolescente y si percibió que la situación le generaba un cuestionamiento de sus propios valores.

En el segundo momento, se plantea al pleno este mismo tipo de elementos de reflexión, poniendo énfasis en los factores que favorecen el respeto al o la adolescente como sujeto de derechos sexuales y reproductivos, así como aquellos otros factores que lo dificultan.

Resultados de la experiencia



Si bien algunos/as profesionales de salud ya han recibido capacitación respecto a la consejería, establecer un vínculo positivo en el marco del respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes es un objetivo que requiere el desarrollo previo de un proceso complejo.

En ese sentido, al trabajar esta técnica se pueden evidenciar dificultades relativas a la visión que se tiene de el o la adolescente, así como dificultades relacionadas con los valores de los consejeros.



Ejemplo de dramatización de una situación de consejería poniendo en práctica la técnica del yo auxiliar

Como todas las personas, los y las profesionales de salud tienen una valoración con respecto a los comportamientos socialmente esperados de los y las adolescentes; en esa medida, algunos/as consideran que parte de su función consiste en promover que el comportamiento del adolescente que acude al establecimiento responda a lo esperado por la sociedad.

Por ejemplo, un tema sobre el cual existe tensión es el relativo al inicio sexual y a la experimentación de las relaciones sexuales de los y las adolescentes. En esos casos, muchas veces los y las profesionales tratan de convencerlos/as —sobre todo a estas últimas— que lo más conveniente es postergar el inicio o abstenerse de tener relaciones sexuales, restando importancia al hecho de que esa es una decisión personal que debe ser tomada por los y las propios/as adolescentes.

Algo similar ocurre respecto a la homosexualidad. A veces, a los y las profesionales de salud les resulta difícil asumir la diversidad sexual y favorecer que el o la adolescente desarrolle habilidades para asumirla y se exprese libremente.

Como vimos en un inicio, la visión que se tiene acerca del o la adolescente es por lo general negativa, y predomina un enfoque de riesgo de la salud. Esto se expresa en que se asuma que los y las adolescentes que acuden al establecimiento lo hacen porque tienen algún problema, lo cual motiva que, frecuentemente, la pregunta inicial sea: "¿Por qué problema has venido?".

Por otro lado, en algunos casos —como por ejemplo el de un embarazo no planificado—, el consejero puede priorizar la atención física sobre la consejería psicológica, descuidando de este modo los sentimientos que la joven experimenta.

El trabajo de análisis posterior a las dramatizaciones —en el que se pregunta a quienes interpretaron los casos cómo se sintieron, qué les hubiera gustado cambiar en la dramatización, y se discute respecto a las intervenciones de *soliloquios* y *yo auxiliares*— es un ejercicio que revela los puntos débiles de la consejería.

Lo importante es que esta herramienta permite que los y las participantes reconozcan como suyos esos puntos débiles y asuman el reto de mejorar la relación de consejería.

Lecciones aprendidas



- En muchos casos, las observaciones que se señalan respecto a la dramatización realizada pueden afectar la susceptibilidad de las personas que se ofrecieron como voluntarios/as para representarla. Ante ello, es necesario recordar a los y las participantes que las críticas y sugerencias deben dirigirse a mejorar la forma en que se ofrece la consejería a los y las adolescentes, así como a motivar un proceso de reflexión conjunta en el cual se involucren todos los y las participantes, y no únicamente aquellos/as que dramatizaron la situación.
- Se confirma la importancia de trabajar sobre las actitudes y el rol que asume el consejero, ya que lograr que éste respete la capacidad de decisión de los y las adolescentes es una tarea compleja.
- Si bien un paso central consiste en lograr que el o la adolescente que acude al servicio no tenga dificultades para encontrarse con el o la profesional de salud, esto no garantiza necesariamente que se haya logrado responder a sus necesidades. Es imprescindible que el o la adolescente encuentre a profesionales dispuestos/as y abiertos/as, que cumplen su función de orientarlo/a y brindarle consejería sin censuras. Si el o la adolescente se siente acogido/a por una persona que lo o la acompaña a resolver sus dudas, se estará garantizando que regrese.

Sugerencias prácticas



- Es importante ser muy claros con las indicaciones para la dramatización, principalmente al enfatizar que ésta se realice de acuerdo a como consideramos que se debe dar la consejería en forma óptima, y al explicar en qué consiste el *soliloquio* y el *yo auxiliar*. Hay que subrayar que las personas que intervengan utilizando estas técnicas no deben interrumpir el diálogo que se ha generado en la dramatización sino continuar con la dinámica, tratando de aportar en la optimización de la técnica de consejería.
- Para que todos los y las participantes se sientan involucrados/as en la dramatización, se sugiere que las sillas sean ubicadas formando un círculo casi completo que se cierra con las dos personas que dramatizan. Ellas se ubican frente al resto de sus compañeros.

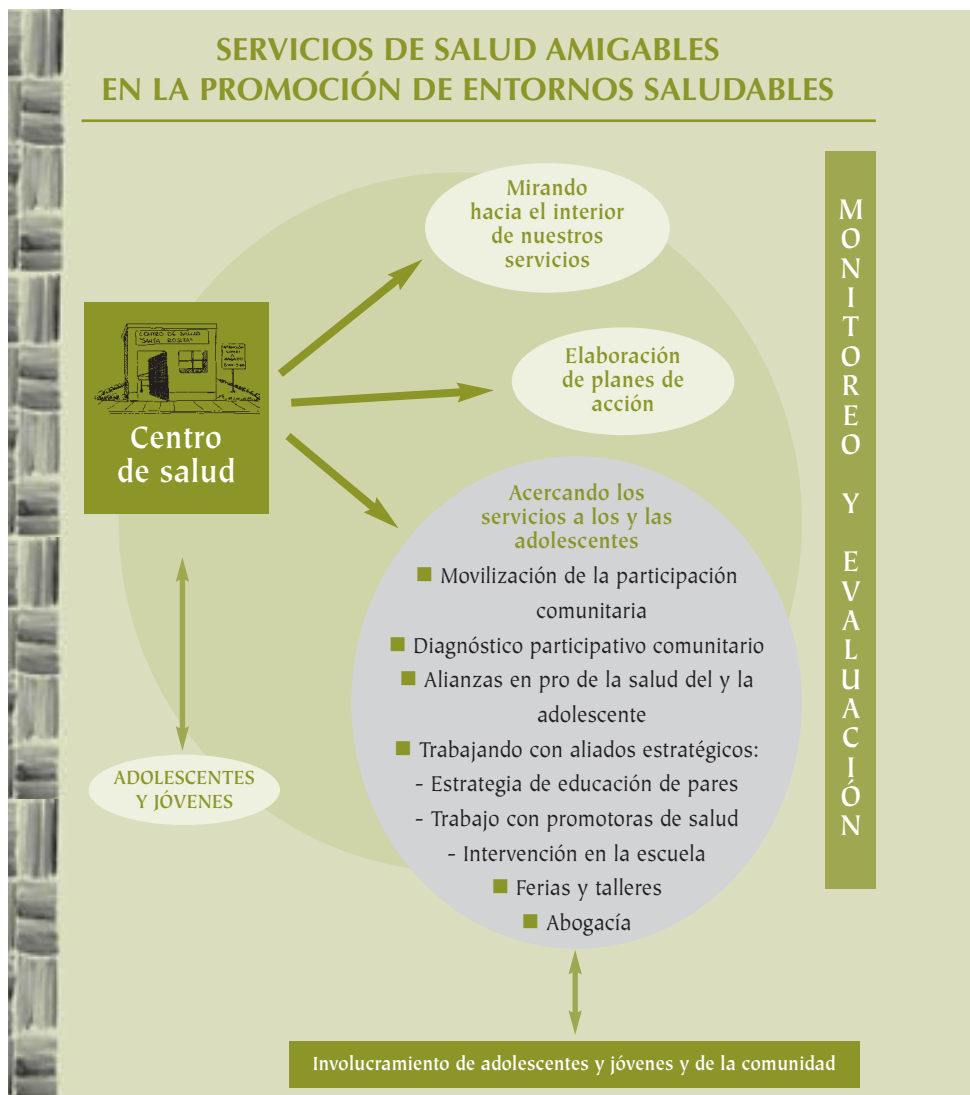
3.4. ACERCANDO EL SERVICIO DE SALUD A LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES

En este subcapítulo se pone énfasis en las herramientas vinculadas a la mirada externa del servicio de salud, es decir a la forma en que el servicio se relaciona con la comunidad y a las estrategias que puede implementar para cumplir su rol promotor de la salud de los y las adolescentes.

Esta mirada externa se constituye en un aspecto clave cuando se busca acercar los servicios de salud a los y las adolescentes y jóvenes. En el gráfico sobre el servicio de salud amigable que se presentó en la sección 2, este aspecto corresponde al componente resaltado en fondo gris.

Se busca, así, que los y las profesionales de salud valoren la necesidad de asumir a la comunidad como "la experta" en su propia salud, y a sí mismos/as como actores clave que, en alianza con la primera, podrán lograr mejores resultados en la promoción de la salud y el bienestar de los y las adolescentes.

Este subcapítulo está constituido por tres herramientas: la primera busca la comprensión vivencial del sentido que tiene realizar un trabajo conjunto con la comunidad, la segunda presenta el diagnóstico participativo comunitario y la tercera trata sobre el valor que tiene utilizar la metodología participativa en el trabajo de capacitación con la comunidad.



3.4.1. Alianzas estratégicas con la comunidad (Actividades 20 y 21)

A partir de esta herramienta se reconceptualiza el rol del profesional de salud como un agente clave de la comunidad, quien, como parte de su función promotora de la salud, debe establecer alianzas estratégicas con otros agentes clave, con el fin de favorecer la salud de los y las adolescentes.

La herramienta consiste en la utilización de un ejercicio vivencial y una dramatización que llevan a identificar elementos clave del trabajo concertado en la comunidad.

¿Para qué sirve?



Permite reconocer el valor del trabajo concertado e identificar que cada uno cumple una función indispensable cuando se busca lograr un objetivo común, que en este caso es promover entornos saludables para los y las adolescentes y jóvenes. Así, los y las profesionales de salud aprenden que si no logran incorporar a la comunidad, y por ende establecer alianzas, sus logros y resultados serán limitados.

Temas que aborda



Los temas abordados están referidos a:

- Determinar lo que significa en la práctica un trabajo concertado y en alianza con la comunidad.
- Identificar a los principales agentes clave de la comunidad.
- Definir elementos importantes para el trabajo conjunto de los agentes clave de la comunidad en torno a la promoción de entornos saludables.

Herramienta



Se propone, en primer término, realizar el ejercicio vivencial *Todos juntos y a tiempo*¹⁴, que permite reconocer, de manera práctica y sin necesidad de una explicación conceptual, la importancia de establecer alianzas con la comunidad.

¹⁴ Adaptado de Acevedo, A. *Aprender jugando* 3. Limusa Noriega Editores, México D. F., 1998.



Bolivia

Ejercicio vivencial Todos juntos y a tiempo



Ecuador



Perú

A partir de este ejercicio, se reflexiona en plenaria acerca de los elementos que han contribuido y aquellos que han dificultado el logro del objetivo, que en este caso consistió en pararse todos a la vez sobre la caja de gaseosas. Se analiza de qué manera participó cada uno, cómo cada participante contribuyó con diferentes recursos; se observa que si alguno fallaba o disentía de los acuerdos que tomaban, el intento fracasaba. Así mismo, se identifica que algunos miem-

bro funcionaron como "soporte" de otros, desempeñando una función especial. Es importante anotar los distintos sentimientos que provoca esta dinámica, así como las ideas que surgen antes y después de lograr el objetivo.

Finalmente, con el propósito de que los y las propios/as participantes descubran que el tema del trabajo era las alianzas estratégicas con la comunidad, se les pregunta cuál consideran que fue el objetivo de este ejercicio. De este modo, se hace el símil entre el grupo y la comunidad. Generalmente, de manera muy espontánea se identifica que la idea central del ejercicio es que se requiere la participación de todos sin excepción. Sin embargo, esta idea debe ser enfatizada y resaltada cuando se hace el símil con la comunidad, puesto que si bien enunciarla es muy fácil, llevarla a la práctica buscando la participación real de todos es difícil.

Otro elemento muy importante es que el ejercicio enfatiza en que todos participen en igualdad de condiciones, aunque con aportes, recursos y particularidades que hacen a cada uno diferente de los demás. Por lo tanto, hacer alianzas implica reconocer que cada uno tiene diferentes recursos que pone, también de distinta manera, al servicio de todos, con el fin de alcanzar un objetivo común, que en este caso consiste en establecer entornos saludables para los y las adolescentes.

Esta herramienta se complementa con una dramatización destinada a analizar de qué manera se manifiesta, en la realidad cotidiana de los servicios de salud, la participación de los diferentes actores de la comunidad. Esta dinámica, denominada *La feria*, consiste en dramatizar una reunión en la que se prepara una feria de salud. Se asume que a esta reunión asisten diferentes representantes de la comunidad como:

- Promotores de salud
- Profesional de salud
- Dirigentes vecinales
- Docentes
- Líderes de organizaciones de mujeres
- Padres de familia
- Líderes jóvenes
- Líderes adolescentes
- Representante de Iglesia
- Representante del municipio
- Representantes de medios de comunicación local
- Representantes del comercio
- Representantes de ONG



Profesionales de salud de Bolivia, dramatizando reunión de La Feria.

Se deja a criterio de los y las participantes decidir cuál de todos los representantes es el que convoca a dicha reunión. En la dramatización pueden participar alrededor de 10 a 12 personas; a cada cual se le asigna el papel de uno de los agentes clave de la comunidad. Se les pide que realicen la dramatización imaginando una situación real. Los y las participantes que no actúan observan la dramatización. Mientras se representa el caso, el facilitador toma nota de los diferentes recursos con los que cada agente clave aporta a la feria (ver detalle de la dinámica en el documento complementario).

Luego de finalizar la dramatización se discute acerca de:

- La forma en que se desarrolló la situación dramatizada. Por ejemplo, las relaciones entre los agentes clave, el clima social que se generó, cómo se condujo la reunión.
- Los recursos con los que aportaron los diferentes agentes clave.
- El grado de participación que tuvo cada uno de ellos.
- La relación que se estableció entre el o la profesional de salud y los otros agentes clave.
- Las estrategias que contribuyeron al desarrollo de las reuniones de coordinación entre agentes clave y profesionales.
- La comparación entre la dramatización realizada y la forma cómo se da este tipo de reuniones en su localidad.

Finalmente, el ejercicio se cierra con una exposición dialogada muy breve sobre los fundamentos del trabajo participativo.

Comparación entre el trabajo colaborativo y no colaborativo¹⁵

Trabajo NO colaborativo	Trabajo colaborativo
<ul style="list-style-type: none">■ Los grupos y las agencias compiten■ Cada uno trabaja solo■ Se piensa, principalmente, en actividades■ Se focaliza la atención en resultados de corto plazo	<ul style="list-style-type: none">■ Se construye consenso■ Incluye a diversos actores de diferentes culturas, ámbitos y sectores■ Se piensa en resultados amplios, en servicios, programas y estrategias■ Se focaliza la atención en resultados de largo plazo

Luego de esta exposición dialogada, se pasa a analizar cuáles son los elementos clave para el trabajo en alianza con la comunidad que los servicios de salud podrían desarrollar.

Resultados de la experiencia



La herramienta *Todos juntos y a tiempo* constituye un reto que los y las participantes inicialmente califican como difícil de alcanzar. Después de cumplir el objetivo de mantenerse todos durante un minuto sobre la caja de gaseosas, se sienten satisfechos y contentos de haberlo logrado.

La herramienta permite identificar la importancia del trabajo concertado en comunidad, así como los diferentes elementos que contribuyen a su éxito. Uno de los aspectos que esta herramienta permite visualizar es cómo el aporte de cada miembro del grupo es necesario para alcanzar el objetivo. Así mismo, en el transcurso del ejercicio, el grupo, por sí solo, identifica a las personas que deben cumplir el papel de soporte de las otras; al mismo tiempo, se reconoce que todos deben lograr mantener el equilibrio, encontrando un eje sobre el cual apoyarse. Sin esa condición, no podrían lograr el objetivo.

Los participantes refieren que si se trabaja empleando estrategias y con objetivos claros, será más fácil lograr la meta. Una de las estrategias puede ser formar una red de soporte entre varios.

¹⁵ Adaptado de Brindis y Davis. 1998. *Communities Responding to the Challenge of Adolescent Pregnancy Prevention*. Volume 1. *Mobilizing for action*. Advocates for youth.

Taller realizado en Bolivia: análisis de la dinámica *Todos juntos y a tiempo*

- Nos damos cuenta de que podemos trabajar coordinadamente
- Es necesario organizarnos
- Debemos lograr el equilibrio
- Todos son necesarios porque si se cae uno, caen todos
- Todos tienen una función
- Se deben utilizar las capacidades de cada uno
- Si encontramos estrategias, será más fácil lograr el objetivo: se puede conformar una red entre varios
- Buscar un propósito común y lograrlo, coordinando
- Ayuda tener el objetivo claro
- Perseverancia

En la viñeta que se presenta a la izquierda, se observan las reflexiones que suscitó el trabajo en el taller realizado con profesionales de salud de Bolivia.

En el ejercicio *La feria* se identifican los diferentes recursos con los que pueden aportar los representantes de la comunidad para la realización de una actividad conjunta. Esta actividad permite que los y las participantes reconozcan el aporte que pueden brindar los dirigentes en la realización de actividades organizadas por la comunidad. Así, esta actividad promueve que se reconozca que los líderes pueden apoyar no solamente en los aspectos logísticos sino también en el diseño o planeamiento de las actividades. Del mismo modo, los y las profesionales se dan cuenta de que para ellos y ellas es difícil incorporar la participación de los y las adolescentes.

Si bien la consigna es dramatizar la organización de una feria, no se indica a los y las participantes si esta actividad ya ha sido aceptada por la comunidad o no, ni si responde o no a las necesidades identificadas por la comunidad. A pesar de ello, en varias de las dramatizaciones se asume que quienes convocaron a la reunión ya tomaron la decisión de llevar a cabo la feria, independientemente de que el resto de la comunidad esté de acuerdo en que esta actividad responde a sus necesidades reales.

En dos de los tres talleres realizados —Perú y Bolivia—, los y las participantes eligieron a los y las profesionales de salud como los convocantes de la reunión. En uno de los grupos de Bolivia, además de los y las profesionales de salud, también convocaba el municipio. En el caso de Ecuador, el municipio fue el convocante; luego de la dramatización, los y las participantes señalaron que en la realidad es común que el municipio asuma esta función.

Lecciones aprendidas



- Si se quiere reforzar la integración entre los y las participantes porque se conocen poco o debido a que existen dificultades de acercamiento entre ellos y ellas, es necesario asegurar que en el ejercicio *Todos juntos y a tiempo* cada grupo esté conformado por personas provenientes de diferentes

sectores, que no se conozcan mucho entre sí. Lograr juntos el objetivo las hará sentirse más unidas.

- Dado que el ejercicio es vivencial, otra manera de promover la integración entre los y las participantes, y que además facilita el reconocimiento de que los aportes de los diferentes sectores de la comunidad son importantes para el logro de un objetivo, es que los grupos participantes en el ejercicio *Todos juntos y a tiempo* están conformados por personas con distintas características: varones y mujeres, altos y bajos, delgados y gruesos, de distintas edades, representantes de diferentes establecimientos de salud.
- En la dinámica *La feria*, una manera de asegurar que se está incluyendo a representantes de todos los sectores de la comunidad es presentar a los y las participantes el listado de personajes que se han considerado inicialmente. Así, los y las participantes podrán proponer que se añada o se elimine a determinado personaje, de acuerdo con el grado de importancia que tiene en su entorno real cada uno de los actores sociales que se ha considerado en la lista.

Sugerencias prácticas



- En el ejercicio *Todos juntos y a tiempo* es importante dar a los y las participantes un tiempo para que practiquen y así identifiquen la mejor manera de acomodarse entre ellos y ellas para lograr el objetivo.
- En el ejercicio *La feria* se sugiere que cada personaje se coloque sobre el pecho un cartel con el nombre del actor social que representa, de modo que todo el grupo pueda identificarlo fácilmente.

3.4.2. Diagnósticos participativos con la comunidad para conocer las necesidades reales de los y las adolescentes y jóvenes (Actividades 22, 23 y 24)

El diagnóstico participativo se constituye en un elemento central para iniciar el trabajo en pro de los y las adolescentes en alianza con la comunidad. Ésta es una manera de demostrar que los servicios de salud asumen que ellos no son los expertos en salud y que, por el contrario, están dispuestos a construir un conocimiento real de la comunidad a partir de lo que ésta sabe. Así, es la comunidad la que identifica las necesidades y también la que propone las soluciones.

¿Para qué sirve?



La finalidad de la herramienta que presentamos seguidamente consiste en realizar diagnósticos de necesidades con la participación activa de representantes adultos y jóvenes de la comunidad.

Temas que aborda



Los principales aspectos que considera esta herramienta son:

- Conceptos básicos del diagnóstico participativo con la comunidad.
- Técnicas de diagnóstico comunitario.
- Diagnóstico de necesidades vinculadas a la sexualidad y la adolescencia.

Herramienta



El primer paso consiste en presentar algunos conceptos básicos sobre diagnóstico comunitario participativo, a partir de los elementos que se presentan a continuación:

Conceptos básicos sobre el diagnóstico participativo

Antecedentes

- Diagnósticos rurales
- Procesos participativos de aprendizaje y acción (Participatory Learning and Action, PLA)
- Diagnóstico participativo rápido (Participatory Rapid Assessment, PRA)

Principios propuestos desde el diagnóstico rural participativo

(Edström y Nowrojee, 1998):

- La comunidad es la experta
- Los técnicos o promotores no tienen que saberlo todo
- Se trabaja sobre la realidad de la situación
- Se respeta la diversidad
- Se identifican soluciones específicas a partir de información de dominio público

El diagnóstico participativo como forma de investigación

- Es una forma particular de investigación cualitativa
- Obtiene conocimientos acerca de significados y creencias, lo que le permite una comprensión profunda sobre una comunidad o situación
- Recolecta la información en pocas semanas, en vez de hacerlo en un año o más
- Implica la participación de diferentes actores de la comunidad

Aporte a la investigación

- Está sustentado principalmente en la metodología cualitativa: profundizar en el CÓMO y en el PORQUÉ
- Permite la sensibilización del participante respecto al tema
- El conocimiento sobre el tema se construye conjuntamente entre investigadores y miembros de la comunidad

Ventajas

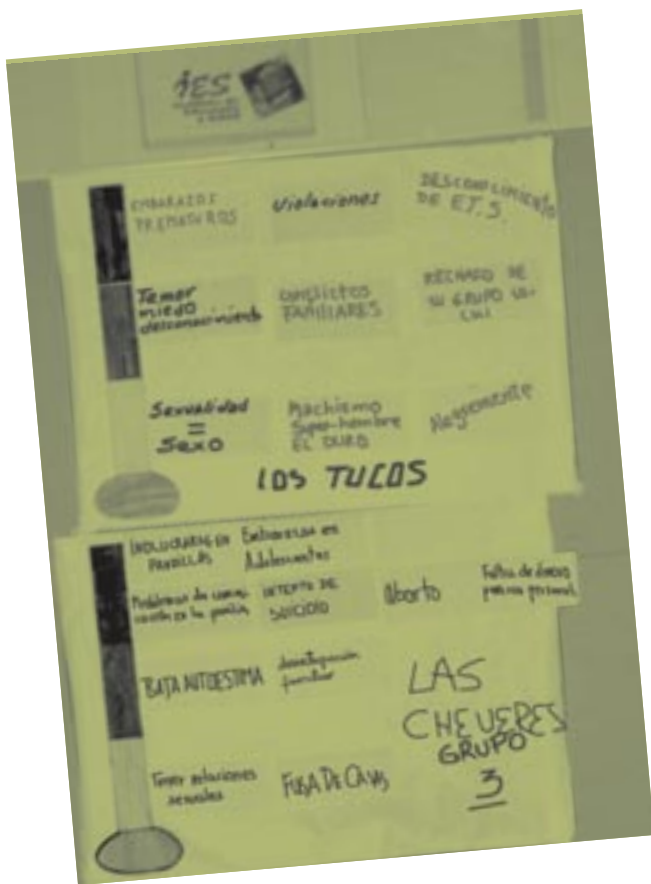
Genera el compromiso de la comunidad

- Involucra a la gente en el mejoramiento de su propia salud sexual
- Los miembros de las comunidades son sus propios expertos; los técnicos de desarrollo deben facilitar o inducir el proceso (Edström y Nowrojee, 1998)
- La comunicación es bidireccional
- Las personas se involucran en el tema y por lo tanto durante el trabajo perciben un beneficio para ellas y/o su comunidad
- Los resultados del diagnóstico son presentados a la comunidad por la propia comunidad
- La comunidad desarrolla sus habilidades

Diferencia entre diagnóstico y capacitación

- En el diagnóstico, el facilitador NO transmite IDEAS FUERZA a los participantes sino que RECOGE las opiniones de ellos y ellas

Luego de la exposición dialogada, se presentan ejemplos de diferentes técnicas de diagnóstico participativo comunitario. Se entrega a todos los y las participantes un listado de algunas técnicas con una breve explicación de las mismas (ver en el Anexo B el documento *Técnicas de diagnóstico participativo*).



Finalmente, se pasa a realizar un ejercicio práctico de implementación de una de las técnicas participativas de diagnóstico. Para ello, se elige a tres miembros del grupo, quienes tendrán que conducir la ejecución de la técnica de manera colectiva. De este modo, se podrá ver la diferencia en el uso de las técnicas participativas cuando se recoge información. Por lo tanto, el rol del facilitador no consiste en introducir sus ideas o conceptos sino más bien en recoger, en todo momento, la información que los y las participantes ofrecen desde su propia percepción, experiencia o conocimiento.

Ejemplo de Termómetro elaborado en taller Ecuador

Resultados de la experiencia



Poner en práctica esta herramienta contribuye a promover la participación activa y el involucramiento real de los y las adolescentes, así como de la comunidad en su conjunto, en la construcción de servicios de salud amigables.

El taller de diagnóstico participativo asume que todos los y las participantes tienen algo que decir respecto a la identificación de las necesidades y problemas de la comunidad.

Sin embargo, una de las principales dificultades cuando se ponen en práctica talleres de diagnóstico participativo es que, por lo general, la actividad de taller se asocia con capacitación y no con recolección de información. En esa medida, los facilitadores creen que deben transmitir conocimientos a los participantes. Por ello, es necesario enfatizar que el taller de diagnóstico comunitario sirve para conocer cuál es la opinión de la comunidad sobre determinados temas. El facilitador debe mostrarse neutro, sin evidenciar su posición acerca de las opiniones que los y las participantes expresen, y más bien promover que cada uno diga lo que piensa.

Lecciones aprendidas



- El análisis de los resultados del diagnóstico comunitario es más valioso si se considera por un lado la perspectiva de la mujer y por otro la del varón. Por ello, se sugiere trabajar con grupos diferenciados de acuerdo con el sexo.
- Del mismo modo, en los trabajos en grupo se pueden considerar grupos de adolescentes, grupos de jóvenes y grupos de adultos.
- Sin embargo, en todos los casos se debe promover que, durante las plenarios, adultos y jóvenes, mujeres y varones, manifiesten libremente su opinión y lleguen a acuerdos de manera democrática.

Sugerencias prácticas



- Durante la dramatización de una de las técnicas de diagnóstico participativo, los facilitadores del taller pueden asumir el rol de participantes "difíciles" para observar cómo se comportan en estas circunstancias las personas que asumen el rol de facilitadores.

3.4.3. La metodología participativa nos acerca a la comunidad (Actividad 25)

En el trabajo de promoción y capacitación realizado con la comunidad y con los y las adolescentes, es necesario emplear una metodología que favorezca la participación de todos y que, a partir de sus opiniones y saberes, permita el desarrollo de sus capacidades.

¿Para qué sirve?



La metodología participativa es una herramienta básica para el desarrollo de capacidades. Como ya se dijo en la sección 2, esta metodología fue empleada en el programa de capacitación realizado con los y las profesionales de salud. Así, si bien constituye la metodología a través de la cual se implementan todas las herramientas propuestas en este documen-

to, se ha considerado conveniente consignar en esta parte algunos conceptos básicos acerca de ella, en este caso específico, para favorecer el trabajo con la comunidad.

Temas que aborda



- Enfoque de la metodología participativa
- Pasos de esta metodología
- Lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer cuando se trabaja con metodología participativa

Herramienta



La metodología participativa se basa en el enfoque constructivista que, a su vez, se sustenta *en el desarrollo de capacidades y no en la acumulación de información*. Se considera que el aprendizaje está centrado en la persona y no en el conocimiento.

Esta metodología incorpora la participación de todos en el descubrimiento y construcción de conocimientos a partir de acciones y no únicamente de conceptos.

Hay ciertas pautas que es necesario considerar. Consisten en comportamientos que se suelen emplear en la metodología tradicional pero que, en este caso, NUNCA se deben poner en práctica:

Los *nunca* de la metodología participativa

- Nunca censurar a los participantes
- Nunca dar sermones a raíz de una pregunta, por más de que parezca equivocada
- Nunca interrumpir a la persona con preguntas cuando empieza a expresarse
- Nunca poner como ejemplo de algo incorrecto una opinión o una respuesta de un participante

A continuación, se presentan los tres pasos fundamentales de la metodología participativa:

Pasos de la metodología participativa¹⁶

1. ¿Qué piensan, qué saben, que sienten?

Se promueve el análisis de la propia historia, las experiencias, las creencias y todo aquello que los y las participantes han escuchado alguna vez con relación al área o tema sobre el cual se está trabajando. Es decir, se analizan los **SABERES PREVIOS**, con los que las personas, cotidiana y comúnmente, enfocan el tema.



2. Reflexionando juntos

Se propone la información nueva, favoreciendo que ésta sea cuestionada y analizada a la luz de los saberes previos, de manera que los nuevos conocimientos y conceptos se conecten también con las vivencias y experiencias. De este modo se promueve la **INTEGRACIÓN DE SABERES**.



3. Llevándolo a la vida o a la práctica

Se propone algún ejercicio, compromiso o acción concreta que permita poner en práctica lo que se ha aprendido. En esa medida, se busca que el conocimiento o los conceptos nuevos tengan un sentido práctico que se vincule con la vida cotidiana de las personas, ya sea en el ámbito familiar o laboral.

Para finalizar, se les pide que se dividan en dos grupos y pongan en práctica, a partir de la experiencia, dinámicas o actividades dirigidas a adolescentes en las que se hace uso de la metodología participativa. Para ello, dos personas asumen el rol de facilitadores y el resto del grupo asume el rol de adolescentes.

En caso de que no recuerden ninguna dinámica, el facilitador puede proponer alguna (ver en el Anexo B ejemplos de dinámicas de desarrollo de capacidades de adolescentes).

Resultados de la experiencia



La experiencia muestra que el desarrollo de capacidades es una herramienta esencial en la construcción de servicios de salud amigables para adolescentes. Sin embargo, si bien la mayoría de profesionales de salud tenía conocimientos sobre esta metodología, a partir del ejercicio —en el cual debieron

¹⁶ Adaptado de Instituto de Educación y Salud. *Guía didáctica de educación en sexualidad adolescente y prevención del sida*. Lima, 1993.

poner en práctica las dos dinámicas siguiendo todos los pasos indicados en la metodología— pudieron observar que, en la práctica, no es tan sencillo incorporarla. Los y las mismos/as profesionales se dieron cuenta de que, muchas veces, asumen en sus acciones una actitud directiva, no promueven la participación ni generan que sean las mismas personas quienes integren sus saberes previos con la nueva información.

Cabe señalar que en la mayoría de los planes de acción elaborados en los tres países que participaron del proyecto se incluyó, como principal actividad, un taller de capacitación dirigido al personal que labora en el establecimiento. En estos talleres, que estuvieron a cargo de los equipos capacitados, se utilizó la metodología participativa; al evaluar esta actividad, los equipos manifestaron que la metodología facilitó el involucramiento y la sensibilización de los y las participantes.

En el caso de un equipo capacitado en Lima, el análisis de los tests aplicados al iniciar y al terminar el taller implementado como parte de su plan de acción puso en evidencia que, en las sesiones en las que no se empleó la metodología participativa, los resultados de la capacitación fueron menos satisfactorios.

Lecciones aprendidas



- Cuando se trabaja con metodología participativa, es necesario que el equipo de facilitadores se reúna antes para definir de manera detallada *el objetivo, las consignas, los materiales y el tiempo* que se van a emplear.
- Al inicio de un taller en el que se va a usar este tipo de metodología, es recomendable recoger las expectativas y los temores de los y las participantes, así como establecer compromisos de convivencia básicos.
- Si bien se cuenta con un programa establecido, es importante evaluar el "pulso" del grupo y, si es necesario, cambiar el orden de las dinámicas, disminuir o aumentar el tiempo de algunas o incluso ampliar la explicación de las consignas.

Sugerencias prácticas



- Se sugiere no tener más de 20 participantes por taller. En caso contrario, se debe contar con varios facilitadores y ambientes, de modo que el grupo pueda ser dividido.
- Se sugiere disponer las sillas en semicírculo de modo que todos y todas los y las participantes puedan mirarse a los ojos e interactuar más fácilmente.

3.5. LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES INCORPORAN ACCIONES DE ABOGACÍA (ACTIVIDAD 26)

La *abogacía* es un término que ha tomado importancia durante los últimos años, y que se entiende como un conjunto de estrategias destinadas a promover una causa o a luchar por conseguir un objetivo influyendo en espacios sociales de toma de decisiones.

La abogacía implica, así, una serie de acciones a través de las cuales se defiende algo con razones y argumentos. Se considera que la abogacía es un proceso que se establece sobre todo para lograr cambios y mejoras en los programas y las políticas públicas.

En este documento se enfoca la atención en las acciones de abogacía que deben y pueden realizar los y las profesionales de salud para promover la salud y el desarrollo de los y las adolescentes y jóvenes. Se pone el énfasis en la divulgación de las necesidades de la población adolescente, así como en conseguir que sea considerada como un sector poblacional que requiere una atención diferenciada y oportuna. De esta manera, los y las profesionales de salud pueden realizar acciones de abogacía con las autoridades locales de salud, con los gobiernos locales, con los médicos jefe de los establecimientos, con las autoridades de la escuela, así como con los líderes comunitarios.

La abogacía no se dirige únicamente a tomadores de decisión, como ministros o funcionarios que ocupan altos cargos públicos, sino que, de acuerdo con las características del medio en el que cada uno se desenvuelve, debe ubicar a las personas o instancias ante las cuales es posible realizar acciones de defensa o abogacía para conseguir mejorar las condiciones de vida de los y las adolescentes y jóvenes.

¿Para qué sirve?



Esta herramienta sirve, en primer lugar, para reflexionar acerca de la abogacía y los conceptos clave relacionados con ella. En segundo lugar, propone elementos básicos para implementar acciones de abogacía.

Las acciones que se discuten en esta herramienta están dirigidas tanto al interior de los servicios de salud como hacia el exterior.

Temas que aborda



- ¿Qué es abogacía?
- A quiénes se dirige la abogacía
- Estrategias para realizar abogacía
- La abogacía al interior del servicio de salud
- La abogacía fuera del servicio de salud

Herramienta



En la medida en que la abogacía es un término escasamente conocido y que se ha trabajado poco desde los servicios de salud, se propone, como primer elemento de la herramienta, la revisión de algunos conceptos al respecto. Para ello, se desarrolla una lluvia de ideas que permita recoger "los saberes previos" acerca de la abogacía:

- ¿Qué es la abogacía? ¿Qué han escuchado acerca de la abogacía?
- ¿Para qué sirve?
- ¿Quiénes realizan la abogacía?

A partir de estos elementos se identifican los aspectos clave de la abogacía, considerando los siguientes conceptos:

Abogacía

- Promover una causa o luchar por conseguir un objetivo, influyendo en espacios sociales de toma de decisión.
- Tomar acciones que conducen al alcance de un deseo, plan o meta cualquiera.
- Representar a otras personas para resolver, promover, investigar, transmitir, hablar, conseguir, publicar o realizar cualquier otra acción que reporte un beneficio para ellas.
- Realizar una acción para difundir o promover algo.

En el caso de los y las adolescentes y jóvenes, la abogacía pretende:

- Sensibilizar a las demás personas acerca de la situación que los y las jóvenes enfrentan durante la adolescencia, sobre todo en el área de la salud sexual y reproductiva.
- Combatir conceptos erróneos sobre los y las jóvenes.
- Promover el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes.

- Defender a los y las jóvenes que tienen poco poder político, social y económico
- Estimular el apoyo moral y financiero de entidades privadas, del gobierno y del sector público para implementar programas que favorezcan el trabajo con adolescentes.
- Fortalecer los lazos con otras organizaciones que trabajan en el mismo tema.

¿Con quiénes se puede realizar la abogacía?

Al interior del establecimiento de salud:

- Con el médico jefe o director del establecimiento
- Con el jefe de área
- Con el resto del personal del establecimiento

Fuera del establecimiento de salud:

- Abogacía dirigida a agentes comunitarios
- Abogacía dirigida a representantes de instituciones
- Abogacía dirigida a los jefes de las áreas de salud o representantes del Ministerio de Salud.



Algunas pautas para poner en práctica la abogacía Plan estratégico para abogar¹⁷

1. **Trabajar en redes**
 - Demuestra mayor apoyo comunitario
 - El trabajo es compartido
 - Facilita el intercambio de informaciones
 - Plantea fines y objetivos realistas
 - Establece tareas a corto plazo y fines a largo plazo
 - Determina cronogramas realistas
2. **Conducir investigaciones dirigidas a:**
 - Identificar indicadores de salud de la comunidad:
 - Indicadores formales: datos estadísticos, cambios producidos debido al paso del tiempo, efectos sociales y económicos
 - Indicadores informales: entrevistas, grupos focales
 - Analizar la situación comunitaria y política
3. **Recurrir a la legislación local, nacional e internacional, sobre derechos humanos para:**
 - Fundamentar nuestros argumentos
 - Difundir la idea de la salud como derecho
4. **Preparar**
 - Materiales que:
 - Sean apropiados para el tipo de audiencia
 - Contesten preguntas de la audiencia
 - Expliquen la necesidad de implementar acciones y programas, y refuercen los puntos fuertes de los programas ya existentes
 - Puedan ser entregados gratuitamente
 - Respuestas que:
 - Contestan a los argumentos de quienes se oponen
 - Ayudan a mantener una discusión calmada
5. **Educar**
 - Al público
 - A los legisladores
 - A la prensa
6. **Evaluar**
 - Partiendo de fines y objetivos concretos
 - Planear nuevas estrategias

Luego de plantear todos estos elementos, se les pide que piensen en diferentes experiencias personales y laborales en las que identifican cómo, de alguna manera, han realizado abogacía por las y los adolescentes y jóvenes. De manera complementaria, se puede organizar una mesa redonda con personas que presenten experiencias exitosas de implementación de servicios de salud dirigidos a adolescentes. A estas personas se les pide que, como parte de la exposición, hagan referencia a algunos elementos vinculados con las acciones de abogacía que han debido realizar para poder implementar de manera adecuada las acciones (esta mesa redonda corresponde a la actividad 27 del *Programa de capacitación*).

¹⁷Adaptado del documento elaborado por Marjorie Macieira para ser presentado en el taller "Servicios de salud amigables a los y las adolescentes" realizado en Lima, Perú, en mayo del 2002.


Resultados de la experiencia



Los y las profesionales de salud de los tres países tuvieron que realizar estrategias de abogacía al interior y al exterior de sus establecimientos para lograr los objetivos que se propusieron como parte de sus planes de acción. Un nivel de abogacía realizado al interior del servicio fue el que se llevó a cabo con los médicos jefe. A lo largo del período de ejecución del proyecto, los equipos incluyeron reuniones con ellos. Por ejemplo, en el caso de dos establecimientos de salud de Lima, los y las profesionales de salud organizaron reuniones con sus jefes que empezaron inmediatamente después del taller y se mantuvieron luego de la finalización de los planes de acción. En la primera reunión les informaron qué temas se habían tratado en el taller, así como qué compromisos habían establecido en su plan de acción, enfatizando en los beneficios que éste podía conllevar para el establecimiento. Los médicos jefe estuvieron todo el tiempo informados de las actividades que se desarrollaban como parte del plan de acción y también fueron invitados a éstas. Los y las profesionales de salud manifestaron que si bien suponían que los médicos jefe no asistirían a los talleres, el hecho de que tuvieran conocimiento de la actividad era importante para validar el trabajo realizado. Un equipo de Lima narró que la asistencia de un médico jefe a un taller sobre atención a los y las adolescentes realizado por el equipo capacitado, motivó que él se interesara por abrir un espacio diferenciado, intención que manifestó explícitamente en el taller. En las reuniones con los médicos jefe, es importante recoger las expectativas que ellos tienen acerca de un plan de acción destinado a promover servicios amigables para adolescentes. En el caso de un establecimiento de salud de Ecuador, por ejemplo, para el médico jefe lo más importante era que, por medio de afiches colocados al interior del centro, se visualizara la existencia de un servicio diferenciado.

Trabajar en equipo también fue un elemento que favoreció las acciones de abogacía. Así por ejemplo, en los casos en los que existían equipos conformados por representantes de diversos establecimientos de salud que tenían un plan de acción conjunto, los médicos jefe se sintieron comprometidos a apoyar las acciones.

En Ecuador, un equipo evaluó que el personal de su establecimiento mostraba ciertas resistencias frente a la posibilidad de brindar una atención diferenciada a los y las adolescentes. Por ese motivo, decidió realizar talleres de capacitación dirigidos a los hijos e hijas adolescentes de dichos



trabajadores, como una forma de sensibilizarlos/as. Este taller generó una actitud positiva y logró un mayor apoyo al trabajo de atención a los y las adolescentes.

Los y las profesionales de salud tuvieron que desarrollar también acciones de abogacía fuera del establecimiento dirigidas a la comunidad. Estas acciones se expresaron, por ejemplo, en el establecimiento de alianzas con otras instituciones y en la identificación de líderes comunales que pudieran interesarse en alcanzar determinado objetivo. Éste es el caso, principalmente, de aquellos planes de acción cuyos objetivos consistieron en incrementar la afluencia de los y las adolescentes o mejorar sistemas de referencia y contrarreferencia.

En el Perú, las acciones de un equipo capacitado influyeron en la conformación de una red que contribuyó a mejorar el sistema de coordinación intersectorial entre las instituciones que trabajan el tema de adolescencia. Otra experiencia también desarrollada en el Perú, destinada a promover la afluencia de las y los adolescentes al servicio, incluyó acciones de abogacía a través de la difusión de comunicados en radioemisoras locales y la conformación de una red multisectorial.

Finalmente, un ejemplo de abogacía con una autoridad local fue reportado por un establecimiento de salud de Bolivia. Las profesionales de salud de este equipo organizaron un encuentro con adolescentes que habían sido capacitados/as por ellas, e invitaron al alcalde para que escuchara, de los y las propios/as adolescentes, sus necesidades de atención. Este hecho motivó que el alcalde se comprometiera con ellos y ellas a realizar acciones de respuesta a sus demandas. Posteriormente, el equipo visitó al alcalde con el fin de solicitarle su apoyo para la atención psicológica de esta población. Así, mediante un acuerdo que se estableció entre la municipalidad y el director del Servicio Departamental de Salud de la jurisdicción, se hizo realidad la contratación del psicólogo.

Lecciones aprendidas



- En las acciones de abogacía no sólo es importante dar a conocer el tema que se promueve sino también recoger las expectativas y opiniones de los tomadores de decisión.
- Cuando el objetivo de la estrategia de abogacía es promover servicios de salud amigables para adolescentes, es necesario que los líderes o los tomadores de decisión a quienes se trata de convencer identifiquen este objetivo como una necesidad propia. Es decir, que encuentren objetivos en común en la promoción de dicha causa. En ese sentido, tener una visión del y la adolescente como socio/a o colaborador/a, y no como objeto ni únicamente como beneficiario/a, contribuye a reconocer que trabajar a favor de esta población es trabajar con esta población.
- Cuando se quiere transmitir un mensaje a una autoridad o a un tomador de decisión, puede ser útil hacerlo indirectamente, es decir, por ejemplo a través de mensajes transmitidos por los medios de comunicación local que son escuchados por las personas cercanas a esas autoridades o tomadores de decisiones.
- En el ámbito de los ministerios de salud, es importante presentar continuamente los resultados de las acciones realizadas por los equipos de los establecimientos y el impacto que éstas tienen. Así por ejemplo, si se observa que a partir de la capacitación al personal de salud de un establecimiento se registra un incremento en las atenciones a los y las adolescentes, o si ellos y ellas manifiestan a través de una encuesta de opinión que el trato que se les brinda ha mejorado, estos datos pueden ser alcanzados a representantes del ministerio, quienes tendrán evidencias que demuestran que es importante trabajar por servicios más amigables para los y las adolescentes.
- Cuando no se cuenta con recursos ni con tiempo para desarrollar acciones de investigación que favorezcan la abogacía, es importante que los y las profesionales de salud utilicen modalidades sencillas de recolección de datos, como por ejemplo extraer cifras sobre adolescentes embarazadas o sobre demandas de atención en consejería con las que cuenten a partir de la atención en el mismo servicio. Esta información, si se sabe utilizar, puede resultar muy convincente; puede ser presentada en reuniones breves, a modo de entrevistas con las autoridades o el personal pertinente, y también en actividades del servicio.

Sugerencias prácticas



- Al elaborar los mensajes que se transmitan, es importante ser claros y concisos, y evitar el uso de palabras técnicas.
- Si se entrega un documento por escrito, el mensaje principal que se quiere transmitir debe aparecer al inicio, y debe ser reforzado también al final del documento.
- Hay que considerar que las autoridades y las personas que toman decisiones sobre las políticas cuentan con poco tiempo disponible.
- En las acciones de abogacía, hay que tomar en cuenta las características del público objetivo para evaluar qué tipo de lenguaje es más conveniente emplear.
- Con las autoridades o los representantes, es necesario utilizar mensajes cortos y claros, que den argumentos consistentes acerca de porqué promover determinada causa. Además, se les deben proponer acciones concretas, que las autoridades pueden implementar, y que estén dirigidas a que los programas y las políticas respondan a las necesidades de los y las adolescentes y jóvenes.
- Si transmitimos al médico jefe la idea de que un servicio amigable ayudará a demostrar que él está realizando una buena gestión y promovemos que la comunidad lo reconozca por esa labor, entonces será un aliado más en esta causa.

3.6. LLEVANDO A LA PRÁCTICA LA APUESTA POR LOGRAR SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES (ACTIVIDADES 28 Y 29)

En la medida en que los y las profesionales de salud se constituyen en actores clave en el proceso de promoción de la salud de los y las adolescentes, es necesario que desarrollen planes de acción que se enmarquen en su trabajo cotidiano y a través de los cuales se plasmen propuestas concretas acerca de cómo acortar las distancias entre profesionales de salud y adolescentes.

Esta herramienta es útil para desarrollar las habilidades de los y las profesionales de salud en el diseño de planes de acción dirigidos a promover servicios de salud amigables para adolescentes. La característica principal de estos planes es que deben ser realistas y viables. Esta herramienta promueve también el compromiso de los y las profesionales de salud, ya que son ellos y ellas mismos/as quienes identifican las necesidades de su servicio y las soluciones posibles de ser implementadas luego de la capacitación.



¿Para qué sirve?



La finalidad de todos los planes de acción consiste en diseñar propuestas viables que los y las profesionales de salud puedan ejecutar para contribuir a la construcción de servicios de salud amigables para adolescentes.

Considerando que un diseño adecuado de plan de acción debe incluir la posibilidad de medir sus resultados, esta herramienta incluye aspectos básicos de evaluación y monitoreo necesarios para que los y las profesionales de salud puedan determinar en qué medida se lograron los objetivos del plan.

Temas que aborda



Se abordan cinco elementos clave:

- A. Componentes que forman parte del diseño del plan de acción
- B. Matriz del marco lógico para el diseño y evaluación de planes de acción
- C. Árbol de problemas
- D. Cómo involucrar a los y las adolescentes en los planes de acción
- E. Diseño del plan de acción propiamente dicho

Herramienta



A. Componentes que forman parte del diseño del plan de acción

Esta herramienta propone que los y las profesionales de salud encuentren una forma sencilla de diseñar planes de acción, para lo cual se parte de una exposición breve sobre los componentes que es necesario considerar en este diseño:

Justificación

- Describe las razones por las cuales se eligió el objetivo y tema del plan de acción.
- Presenta los fundamentos que sustentan que el problema abordado es importante en el contexto actual.

Fin

- Aquello a lo cual se quiere contribuir con el proyecto o plan.
- El proyecto o plan no pretende lograr el fin, pero aportará a que se cumpla.
Ejemplo: Contribuir al desarrollo y bienestar de los y las adolescentes en nuestro distrito.

Objetivo (propósito)

- Afirmación explícita y verificable que da cuenta del resultado general del programa o plan.
- Cambio más importante que se espera lograr con el proyecto o plan.
- Determina el impacto del proyecto o plan.
Ejemplo: Desarrollar las habilidades de los y las jóvenes para promover el uso del condón en la pareja.

Objetivo específico (resultado)

- Afirmación explícita de aspectos que se requiere lograr para alcanzar el objetivo general.
- Un objetivo general puede tener dos o tres objetivos específicos.

Ejemplo: Sensibilizar a los y las adolescentes respecto a la necesidad de usar condón.

Acciones

- Actividades que se llevan a cabo como parte del programa, para lograr los objetivos propuestos.

Ejemplo: Realizar TALLERES sobre asertividad en el campo de la sexualidad, dirigidos a jóvenes entre 15 y 19 años.

Metas

- Son los "productos" deseados.
- Deben definirse metas para los objetivos y para las acciones. Las metas dan cuenta de lo que se ha establecido lograr con cada objetivo o acción.
- Nótese que las metas para las acciones dan cuenta del proceso de cumplimiento, mientras que las metas para los objetivos se refieren al logro de los resultados.

Ejemplo de meta de objetivo: 80% de los y las adolescentes tienen una actitud positiva frente al uso del condón.

Ejemplo de meta de acción: cuatro talleres de dos días dirigidos a 20 adolescentes cada uno.

Indicadores

- Definen los elementos centrales que permitirán evaluar el logro de los objetivos y de las acciones.
- Pueden ser cuantitativos y cualitativos.
- Deben ser medibles y verificables.

Ejemplos de indicadores de objetivo:

- Porcentaje de adolescentes que tienen una actitud positiva frente al uso del condón
- Porcentaje de jóvenes entre 15 y 19 años que utilizaron el condón en su última relación sexual
- Propuestas presentadas por agentes clave de la comunidad que incorporan el enfoque de derechos

Ejemplo de indicador de acción: ● Número de talleres realizados

Fuentes de verificación

- Herramientas o instrumentos que sirven para verificar el cumplimiento de los objetivos y las metas.

Ejemplos:

- Informe de grupo focal.
- Resultados de pruebas previas y posteriores.
- Cuaderno de registro.

Presupuesto

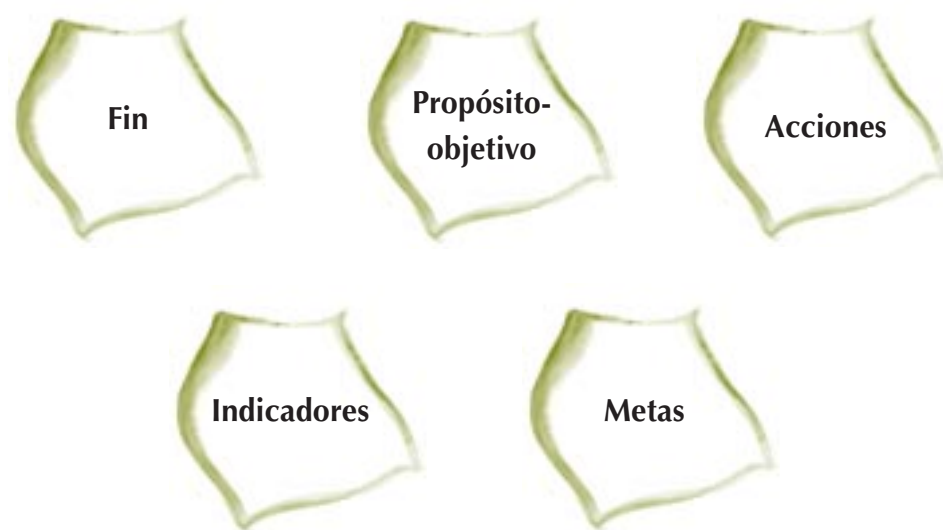
- Se debe detallar el presupuesto indicando los costos, ordenándolos de acuerdo con rubros de gasto. Por ejemplo: logística, capacitación, comunicaciones, etcétera.
- Considerar en una columna aparte el aporte propio, es decir, el valor de nuestros recursos humanos y otros recursos materiales que el establecimiento destine para la realización del plan.

Cronograma

	Julio	Agosto
Acción detallada		
Acción detallada		
Acción detallada		

Luego de la presentación de estos componentes, se realiza un ejercicio bajo la modalidad de concurso, para que los y las profesionales de salud se ejerciten en la comprensión de estos conceptos y refuercen las ideas que no hayan quedado claras.

Los y las participantes son organizados en grupos y se les entregan dos bloques de tarjetas. Las tarjetas del primer bloque tienen escritas las siguientes palabras:



Las tarjetas del segundo bloque presentan ejemplos vinculados a cada uno de estos conceptos, y deberán ser entregadas en desorden.

El concurso consiste en que cada grupo aparee lo más rápido posible los conceptos con los ejemplos.

Todos los grupos deben iniciar el trabajo al mismo tiempo, para lo cual dispondrán de un panel o un espacio en el que colocarán las tarjetas, un juego de tarjetas y un *masking tape*.

El grupo que acaba primero, avisa que ha terminado. El juego se detiene y el facilitador revisa, conjuntamente con todos los y las participantes, si la forma en que ese grupo ha apareado las tarjetas es la correcta. Los y las participantes del grupo deben sustentar las razones por las cuales aparearon las tarjetas de determinada manera. De no haber agrupado correctamente las tarjetas, el facilitador pregunta a los otros grupos si consideran que la agrupación es correcta, pidiendo que sustenten su respuesta. Luego, haciendo uso de los ejemplos trabajados, el facilitador refuerza los conceptos que no quedaron totalmente claros.

A continuación, presentamos las tarjetas del concurso:

Tarjetas para el concurso sobre componentes de plan de acción*



Disminuir las tasas de embarazo y de ITS entre los y las jóvenes de 14 a 19 años en el país.

Contribuir al desarrollo sexual saludable de los y las adolescentes en el país.



Desarrollar habilidades de comunicación entre las adolescentes mujeres que estudian secundaria en el colegio Santa María.

Brindar información acerca de la sexualidad adolescente a los padres de familia del colegio Nuestro Señor de Santa Cruz que tengan hijos o hijas entre 10 a 16 años.

Fortalecer las capacidades de las promotoras del establecimiento de salud Independencia para trabajar a favor de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.



Talleres de capacitación, dirigidos a profesionales de salud, sobre servicios amigables a adolescentes.

Encuentros con agentes clave de la comunidad para discutir opciones de programas preventivos para jóvenes.



100 adolescentes capacitados.

80% de los 120 profesionales de salud incrementaron sus conocimientos sobre sexualidad adolescente.

15 reuniones de coordinación.



Percepción positiva de los dirigentes comunitarios frente a las actividades de promoción del uso del condón por adolescentes realizadas en la comunidad.

Porcentaje de jóvenes que manifiestan que estarían dispuestos a abogar por comportamientos más saludables entre sus pares.

Nº de Adolescentes capacitados

*Recuérdese que las tarjetas deben ser entregadas en desorden.

B. Matriz del marco lógico para el diseño y la evaluación de planes de acción

Una vez que los y las profesionales de salud manejan los componentes del plan de acción, se pasa a explicarles de qué manera éstos van a ser organizados en una matriz. La alternativa para diseñar el plan de acción que proponemos en este documento es una simplificación del Marco lógico¹⁸, instrumento muy usado para el diseño y evaluación de proyectos. A continuación, presentamos el formato:

FORMATO DE MARCO LÓGICO			
Jerarquía de objetivos	Meta	Indicador	Fuente de verificación
■ Fin	X	X	X
■ Objetivo general-propósito			
■ Objetivos específicos- resultados			
■ Acciones			

Se explica a los participantes que la finalidad de presentar los componentes organizados en esta matriz responde a que permite lograr mayor coherencia entre los diversos elementos del plan de acción. Adicionalmente, exige que desde el inicio se definan los indicadores y las metas, y se prevean las fuentes de verificación; de esta manera se facilita una mejor programación de las actividades, así como la evaluación de las mismas.

Nótese que, en el caso del fin, no se pide que se elaboren metas, indicadores ni fuentes de verificación puesto que, como ya se mencionó, el proyecto únicamente contribuye parcialmente a lograr el fin.

Con objeto de que los y las participantes cuenten con elementos que contribuirán a la evaluación de sus planes de acción, se exponen brevemente las diferencias entre monitoreo y evaluación, así como los tipos de evaluación.

¹⁸ Adaptado de Bobadilla, Del Águila y Morgan, *Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo*. PACT, Lima. 1998.

Ejemplo de marco lógico

Potosí			
Jerarquía de Objetivos	METAS	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACIÓN
OBJETIVO GENERAL Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adolescentes PROPÓSITOS Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes en actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio
RESULTADOS 1. Fortalecer la participación de adolescentes en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio
2. Desarrollar los conocimientos de los adolescentes para el desarrollo del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio
ACCIONES 1.1 Realizar la planificación y diseño de la jornada 1.2 Jornada de sensibilización y de información para adolescentes en el servicio 1.3 Realización de talleres de capacitación de los adolescentes en el servicio 1.4 Visita de promoción del servicio a los adolescentes	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio	El 100% de los adolescentes participará en los talleres de promoción del servicio El 100% de los adolescentes participará en las actividades de promoción del servicio

Algunos aspectos centrales para evaluar los planes de acción

- El monitoreo y la evaluación sirven para medir cómo está funcionando un programa y si se alcanzaron o no los resultados-objetivos propuestos
- Permiten obtener información que retroalimenta el proyecto y de esta manera es posible hacerle correcciones y mejorarlo.

Diferencias entre el monitoreo y la evaluación

- El monitoreo es el seguimiento rutinario de las actividades de un programa a través de una medición regular y continua cuyo propósito es observar si las actividades planificadas se están realizando.
- La evaluación mide la calidad de la ejecución de un programa y evalúa:
 - Su cobertura
 - El grado en que los servicios del programa están siendo utilizados por la población objetivo.
 - Busca determinar los efectos y el impacto del proyecto con relación a las metas y objetivos definidos.

Los dos principales tipos de evaluación

Evaluación de proceso

- Mide o analiza el cumplimiento de las acciones y el avance de los objetivos específicos.
- Se realiza durante la ejecución del proyecto.

Evaluación de los resultados del proyecto

- Sirve para analizar el cumplimiento de los objetivos —generales y específicos— planteados por el proyecto.
- Utiliza los indicadores de los objetivos
- El análisis se realiza luego de que el plan de acción ha concluido.

C. Árbol de problemas

La técnica que presentamos a continuación permite identificar y analizar el problema del cual partirá el diseño del plan de acción.

Con la ayuda de la técnica *lluvia de ideas* todos los miembros del establecimiento deberán proponer problemas que, en su opinión, dificultan que su servicio de salud sea amigable para los y las adolescentes. Cada participante sustenta su intervención, luego de lo cual el grupo procede a elegir sólo

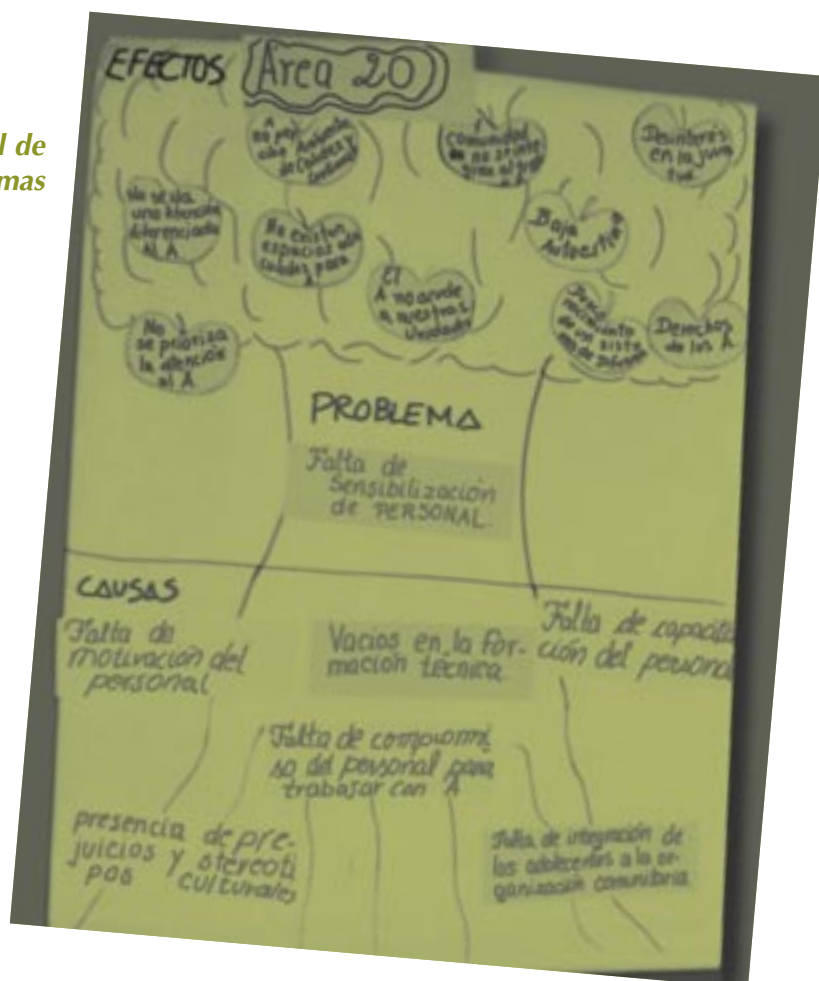



un problema, tomando como criterio la factibilidad de resolverlo con los recursos con los que cuenta el establecimiento y en un plazo corto.

Para elegir el problema, es recomendable que realicen un breve recuento de los principales temas que surgieron a lo largo del taller, poniendo especial énfasis en los diagnósticos de los establecimientos y en la evaluación de indicadores *¿Cuán amigable es mi servicio?*, ya que en ellos se identificaron algunas necesidades del servicio.

Seguidamente, el problema elegido es graficado en el *árbol de problemas*, técnica que permite analizar las causas y consecuencias de un hecho. En el tronco del árbol se escribe el problema, en las raíces las causas y en las ramas las consecuencias.

Ejemplo de árbol de problemas





Luego de finalizado el *árbol de problemas*, algunos de los elementos de éste se transformarán en el objetivo general y otros en objetivos específicos. El problema, al ser redactado en forma positiva, se transformará en un objetivo general. Luego se eligen las causas que se piensa que se pueden combatir, las cuales se transformarán en objetivos específicos. Por ejemplo, el problema: "Insuficientes conocimientos sobre la adolescencia en el personal administrativo" puede transformarse en el objetivo general: "Incrementar los conocimientos sobre adolescencia en el personal administrativo".

D. Cómo involucrar a los y las adolescentes en los planes de acción

Si bien los planes de acción pueden enfocar cualquier aspecto que los profesionales de salud consideren importante, un requisito que se estableció en esta experiencia fue que, sea cual fuere la acción o acciones que se proponía realizar, debía considerar el involucramiento de los y las adolescentes y jóvenes. En esa medida, los y las participantes debían detallar en qué forma planeaban incluir a esta población en las diferentes etapas del plan de acción.

Se sugiere que, como una forma de que tanto profesionales de salud como adolescentes experimenten el trabajo conjunto, se invite a uno o dos adolescentes para que acompañen al equipo de cada establecimiento durante la elaboración de su plan de acción, y aporten sus opiniones y experiencias a este trabajo. De preferencia, los y las adolescentes deben residir en la zona correspondiente a la jurisdicción de dicho centro de salud. Los facilitadores deben explicar a los y las adolescentes en qué consiste el trabajo que están haciendo los y las profesionales de salud. De este modo, los y las adolescentes podrán expresar sus necesidades y expectativas vinculadas al servicio de salud y así lograr que éstas se plasmen en el diseño de los planes de acción.

Si el centro de salud ya cuenta con un programa de adolescentes educadores de pares o ha identificado previamente a adolescentes interesados/as en apoyar las acciones realizadas por el establecimiento de salud, entonces miembros de este grupo pueden ser invitados al taller para contribuir en el diseño del plan de acción.

E. Diseño del plan de acción propiamente dicho

Una vez que está claro para los y las participantes el procedimiento que deberán seguir para elaborar sus planes de acción, se les pide que se agrupen por centro de salud o área de procedencia y que inicien el proceso en el orden siguiente:

- Identificación de problemas
- Selección de un problema
- Análisis del problema mediante la técnica del árbol
- Justificación (se sugiere que se redacte en un o como máximo dos párrafos, dado el tiempo corto del que se dispone para el diseño)
- Definición del objetivo general
- Definición de objetivos específicos (máximo dos)
- Acciones
- Metas
- Indicadores
- Fuentes de verificación
- Presupuesto
- Cronograma

Durante el proceso de elaborar los planes de acción, los y las profesionales de salud deben contar con asesoría constante que les permita ir aclarando y concretando sus ideas, así como focalizar la atención en aspectos factibles de ser realizados por ellos y ellas.

Resultados de la experiencia



En el caso del programa de capacitación realizado en Bolivia, Ecuador y Perú, los y las proveedores/as de salud contaron con un día y medio para el diseño de sus planes de acción. Éstos tuvieron tres características básicas: debían programar su ejecución para un período aproximado de cuatro a seis meses, debían hacer explícita la forma en que involucrarían a los y las adolescentes y jóvenes en dicha ejecución y, finalmente, debían proponer los procedimientos que iban a utilizar para evaluar sus resultados.

Para la elaboración de estos planes, un elemento central fue que los y las profesionales de salud manejaran conceptualmente los componentes del plan de acción. Para ello, el ejercicio práctico del concurso fue fundamental, pues favoreció la comprensión de estos componentes.

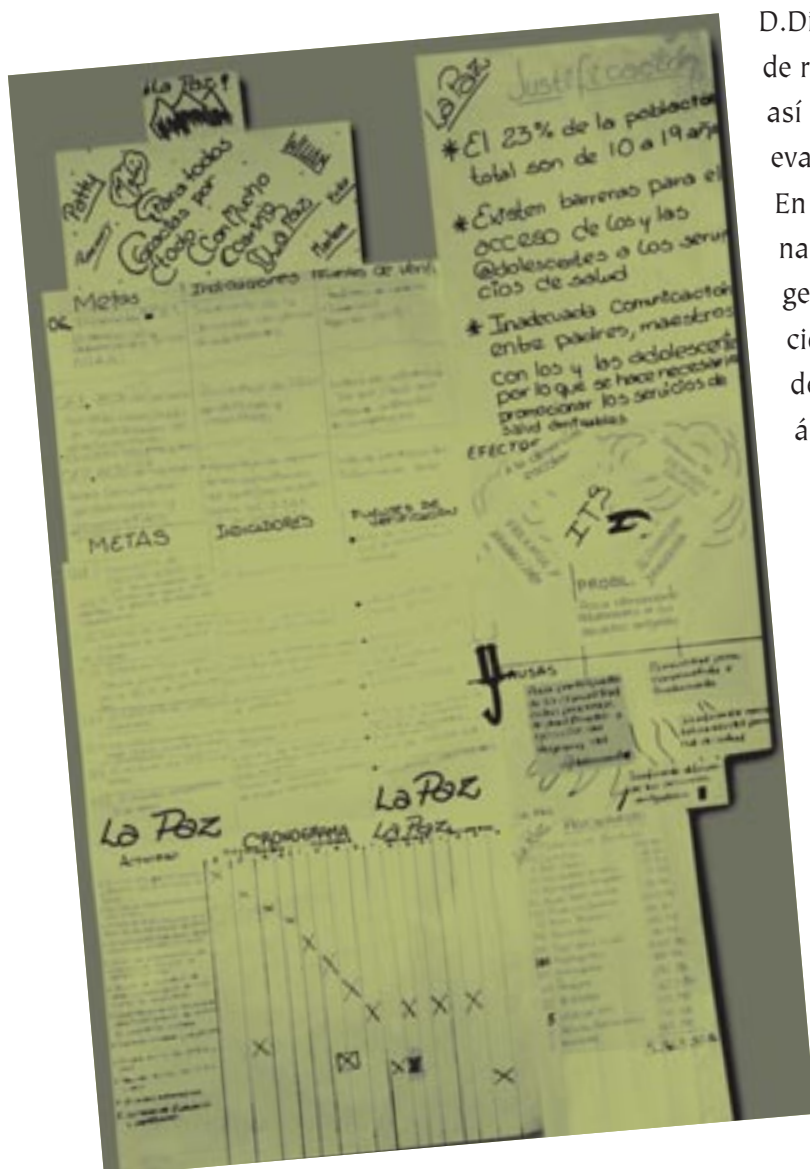
Por otro lado, si se quiere asegurar la ejecución de los planes de acción, es imprescindible que el diseño de los mismos se realice como una de las actividades del taller.

La realización del programa de capacitación en los tres países tuvo como uno de sus resultados el diseño de 28 planes de acción, los cuales enfocaron principalmente cuatro áreas de intervención dirigidas a promover que los servicios de salud se hagan más amigables a los y las adolescentes:

- A. Sensibilizar y/o capacitar al personal técnico, administrativo y profesional de sus establecimientos.
- B. Implementar estrategias de educación de pares con adolescentes.
- C. Difundir los servicios de salud dirigidos a los y las jóvenes para incrementar la demanda de usuarios adolescentes a los servicios.

D. Diseñar o mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia, así como los instrumentos de evaluación.

En la tabla de la siguiente página se presentan los objetivos generales de los planes de acción elaborados en cada país de acuerdo con las cuatro áreas establecidas.



Ejemplo de plan de acción

Tipos de planes de acción

Áreas de acción	Planes de acción Perú	Planes de acción Ecuador	Planes de acción Bolivia
<p>Área de acción A Sensibilizar y/o capacitar al personal técnico, administrativo y profesional de sus establecimientos</p>	<p>C. S. El Pino y San Cosme Sensibilizar al médico jefe, al equipo multidisciplinario, al personal en general y a los agentes de salud de los establecimientos sobre la salud integral de los y las adolescentes, enfatizando en la atención cálida y amigable.</p> <p>C. S. San Isidro, Unidad Vecinal N.º 3, San Luis y Villa María del Perpetuo Socorro Sensibilizar a los trabajadores del centro de salud en la labor con los y las adolescentes.</p> <p>C. S. El Porvenir y Max Arias Schreiber Propiciar que el personal de salud se identifique con los y las adolescentes, permitiendo una mejor interacción entre el centro de salud y la población adolescente.</p> <p>C. S. Zárate Sensibilizar y transmitir conocimientos a los y las prestadores de salud sobre la adolescencia y sexualidad</p>	<p>Patronato Norte Personal del Patronato Norte sensibilizado para la atención integral del adolescente. Área número 4 Sensibilizar a todo el personal de área del Centro de Salud N.º 4 en atención diferenciada al adolescente.</p> <p>Patronato Sur Sensibilizar al equipo de trabajo, integrando a los y las adolescentes en dicho equipo. Área número 3 Informar y sensibilizar a todo el personal del Centro de Salud N.º 3 sobre la atención a los y las adolescentes. Área número 20 Sensibilizar al personal del área en la atención que se debe brindar al adolescente, priorizando sus derechos.</p> <p>Patronato Centro Sensibilizar al personal del Patronato Centro en el tema del adolescente. Área número 6 Sensibilizar a un equipo multidisciplinario del área en elementos que permitan desarrollar un trabajo con los y las adolescentes. Área número 5 Incrementar la información del personal del área sobre la atención a los y las adolescentes.</p>	<p>Santa Cruz Sensibilizar a las autoridades locales en pro de los y las adolescentes para promover la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes.</p> <p>Cochabamba Sensibilizar al personal de salud para la proyección comunitaria.</p> <p>La Paz Sensibilizar al personal de los centros de salud.</p> <p>Tarija Promover canales de comunicación eficaces entre los profesionales del Hospital e INTRAID-SEDES para fortalecer el programa del adolescente.</p> <p>Sucre Mejorar la calidad de atención a las y los adolescentes en dos centros de salud de Sucre Urbano.</p> <p>Beni Lograr el compromiso del personal del centro de salud con la atención del adolescente.</p>
<p>Área de acción B Estrategias de educación de pares con adolescentes</p>	<p>Equipo Ucayali Promover que los y las adolescentes se constituyan en promotores y educadores de pares en salud sexual y reproductiva en los centros educativos. Centro de Salud Materno Infantil-Canto Grande Que los y las adolescentes del cuarto y quinto de secundaria del centro educativo 136-Santa Rosa Milagrosa adquieran información sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH-sida.</p>	<p>CEMOPLAF Promover que los padres y madres de familia de los y las promotores/as apoyen las actividades de sus hijos e hijas en el programa para adolescentes.</p>	<p>Potosí Fortalecer las habilidades de los y las adolescentes para comunicarse con sus pares.</p>

Áreas de acción	Planes de acción Perú	Planes de acción Ecuador	Planes de acción Bolivia
	C. S. 10 de Octubre Que 40 adolescentes del C. E. 159 reciban información sobre embarazo en adolescentes y las ETS y VIH-sida.		
Área de acción C Incrementar la demanda de usuarios adolescentes en los servicios	Equipo Huánuco Promover la afluencia espontánea de adolescentes a los centros de atención integral del adolescente del C. S. Aparicio Pomares y del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Equipo Callao Incrementar la afluencia de los y las adolescentes al servicio diferenciado.	Área número 8 Lograr el fácil acceso del adolescente a su servicio para recibir atención integral.	
Área de acción D Mejorar sistemas de referencia y contrarreferencia e instrumentos de evaluación	Equipo Puno Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia para facilitar el acceso de los y las adolescentes a los centros de desarrollo juvenil.		Oruro-Save the Children Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación vinculado a la atención de el y la adolescente.

El involucramiento de los y las adolescentes y jóvenes fue un aspecto difícil de trabajar como parte del plan de acción. Aproximadamente en 40% del total de planes de acción ejecutados hubo un involucramiento real de esta población. Cuando se produjo el involucramiento, éste consistió en que los y las jóvenes opinaran respecto al plan de acción que se iba a ejecutar, participaran en el diseño de algunas acciones y transmitieran sus expectativas con relación a los servicios de salud, como parte de los talleres realizados por los equipos capacitados.

Para evaluar sus talleres de capacitación, la mayoría de los equipos capacitados empleó como fuente de verificación los tests previo y posterior a la actividad. En el caso del Perú, la mitad de los equipos terminó de analizar sus evaluaciones. Algunos hicieron uso del programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science).

En los tres países, la ejecución de los planes de acción contó con asesoría y seguimiento, lo cual motivó a los y las profesionales a cumplir con sus compromisos.

Lecciones aprendidas



- La elaboración de los planes de acción demanda un importante esfuerzo de parte de los y las profesionales de salud. Sin embargo, pasar por este proceso constituye un paso fundamental para que asuman como suyo el compromiso de promover servicios de salud amigables.
- Al elaborar objetivos, en muchos casos se tiende a plantear algunos demasiado amplios y difíciles de alcanzar en el corto plazo. Frente a esta tendencia, es necesario concretar los objetivos al máximo, favoreciendo que los y las profesionales se anticipen a lo que significaría asumir compromisos de tal magnitud. Una manera de hacerlo es pedirles que elaboren un listado rápido de las acciones que les implicaría lograr determinado objetivo; de este modo, identificarán que no es posible alcanzarlo en un plazo corto y esta constatación los llevará a trazar un plan más realista. También es conveniente plantearles que los objetivos que inicialmente se propusieron pueden mantenerse, pero para ser realizados a mediano plazo, como una continuación de otros más cercanos que se desarrollarán como producto de la experiencia.
- Esbozar planes realistas que luego logran cumplirse constituye, en sí misma, una experiencia significativa que genera satisfacción por los logros obtenidos y motiva a comprometerse en acciones futuras.
- El uso del marco lógico permite ordenar los componentes del plan de acción de modo que éste sea un todo coherente en el que cada parte tenga relación con la otra. Una vez que se comprenden y manejan los conceptos relativos a esta herramienta, el uso del marco lógico, lejos de complejizar el diseño del plan de acción, representa una forma sencilla y clara de elaborar sus propuestas, lo que además facilita el seguimiento.
- Como parte de la presentación de los indicadores, es importante poner el énfasis tanto en los indicadores cuantitativos como en los cualitativos.

Sugerencias prácticas



- Para redactar la justificación, se sugiere que el equipo identifique primero tres o cuatro ideas que describan las causas por las cuales es necesario enfrentar el problema abordado en el plan de acción.
- Se debe tener mucho cuidado en no confundir los objetivos del plan de acción con las acciones.
- Para la redacción de los objetivos específicos, hay que tener en cuenta que éstos sean realistas, que se puedan alcanzar con los recursos con los que se cuenta y en el tiempo que se ha planificado.
- Las metas deben ser especificadas con el mayor detalle posible; ello facilitará el monitoreo del plan de acción.
- Cuando se hace uso del marco lógico, se sugiere enumerar las acciones de acuerdo con la numeración que adquieren los objetivos específicos.

Reflexiones finales


Consideramos que incorporar el enfoque de desarrollo constituye una exigencia para los servicios de salud. Este enfoque es fundamental puesto que partir de una visión de la salud como bienestar y por ende de la necesidad de trabajar tanto en la atención oportuna y de calidad como en la labor preventivo promocional, permitirá a dichos servicios hacerse amigables a los y las adolescentes y jóvenes.

Desde este marco de comprensión, hemos sustentado a lo largo del texto que el acceso de los y las adolescentes y jóvenes al servicio de salud no se entiende únicamente como la asistencia al establecimiento. Es decir, no es un requisito indispensable que el o la adolescente "pise" la infraestructura del servicio. Por el contrario, se considera que el acceso se habrá ganado en gran medida cuando los y las profesionales de salud estén en capacidad de brindar información, orientación e incluso atención oportuna y pertinente a través de diferentes estrategias que se implementen como parte de un trabajo extramural en coordinación con organizaciones e instituciones de la comunidad como escuelas, organizaciones sociales, organizaciones juveniles, entre otras.

Así, es importante enfatizar que la visión del servicio amigable implica tanto la capacidad para trabajar sobre su propia oferta —y por lo tanto brindar una atención integral de calidad al interior de su local— como la capacidad para aproximarse a él y la adolescente en los espacios naturales en los que él y ella se desenvuelven.

Acortar las distancias entre proveedores/as de salud y adolescentes y jóvenes constituye un desafío. Consideramos que las herramientas que proponemos en esta publicación han demostrado su aporte al desarrollo de las capacidades de los y las profesionales de salud para acortar dichas distancias, mejorando el acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud.

La revisión de fuentes secundarias, así como la implementación de los talleres de capacitación en los tres países nos permiten afirmar que las políticas públicas de los países de la región andina no consideran el trabajo preventivo promocional como una prioridad. Por lo tanto, estas políticas presentan dificultades para establecer programas sostenibles, que respon-




dan a las necesidades de los y las adolescentes y, más aún, para incorporar el enfoque de desarrollo, entendido en su doble vertiente de promoción de la salud y prevención y atención de problemas.

De otro lado, es importante tomar en cuenta que, por lo general, el mundo adulto —y como parte de éste los y las profesionales de salud— tiene una mirada que concentra la atención en los aspectos negativos de los y las adolescentes. Es necesario revertir esta mirada, más aún si consideramos que los y las profesionales de salud no son totalmente conscientes de esta concepción. La sensibilización sobre este tema requiere reforzar el reconocimiento de que los y las adolescentes son sujetos de derechos en general, y de derechos sexuales y reproductivos en particular, y valorar su capacidad para tomar decisiones. De esta manera se promoverán miradas positivas de los y las adolescentes, que permitan identificar los recursos que ellos y ellas tienen.

Si bien el servicio de salud juega un rol fundamental en la construcción de entornos saludables, no es el único actor. Por lo tanto, debe trabajar en coordinación con la comunidad, involucrando también a los y las propios/as adolescentes. Así, tiene que comprometerse a escuchar sus propuestas en el diseño, la ejecución y la evaluación de actividades del centro de salud, incorporándolos/as como socios/as y aliados/as.

Para optimizar el trabajo que realizan de modo cotidiano, los servicios de salud amigables deben ser capaces de evaluarse a sí mismos, algo así como mirarse en un espejo, y a partir de eso identificar tanto los aspectos positivos como las debilidades que requieran ser reforzadas.

Un diagnóstico del propio servicio con enfoque de género permite identificar de qué manera la construcción de género influye en las relaciones que se establecen en el campo laboral de los y las profesionales de salud, en el modo en que se organizan para el trabajo, y también en la forma en que se ubican en relación con los y las adolescentes que acuden al servicio. Como se ha reseñado en la publicación, por lo general son las proveedoras del establecimiento de salud quienes suelen realizar las actividades preventivo promocionales, mientras que los varones se dedican más a actividades curativas o administrativas. Estas diferencias requieren ser consideradas cuando se plantean estrategias y programas de intervención con profesionales de salud, y el primer paso para ello consiste en ponerlas en evidencia.



En las herramientas también se propone una metodología para evaluar el servicio amigable, que presenta indicadores concretos respecto a los elementos que permiten determinar en qué medida el servicio está siendo amigable a los y las adolescentes. La experiencia realizada en los tres países muestra claramente que la mayor parte de establecimientos tiene aún muchos aspectos que necesitan ser reforzados; las áreas cuyos indicadores están menos desarrollados son la de evaluación de las acciones del servicio y la de involucramiento de la participación comunitaria y juvenil. Por ello, estos aspectos requieren una atención especial por parte del servicio de salud.

A partir de la experiencia de trabajo en los tres países, observamos también que los y las profesionales de salud tienen una gran recarga laboral en la que se prioriza la atención sobre la promoción de la salud. En ese sentido, es necesario promover que las políticas públicas valoren a los y las adolescentes como una población prioritaria y reconozcan la importancia de invertir en ella, aceptando que el vínculo entre los y las adolescentes y los establecimientos de salud es esencial para garantizar el bienestar de esta población. Sólo así las políticas y programas de salud lograrán responder a las inquietudes y necesidades de adolescentes y jóvenes, involucrándolos/as en su propio desarrollo y reconociéndolos/as como sujetos de derechos.

Bibliografía

- Acevedo, A.
1998 *Aprender jugando 3*, Limusa Noriega Editores, México D. F.
- Barnett, B. y Schueller, J.
2001 *Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: una guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes*. Family Health International, Estados Unidos.
- Bobadilla, P.; Del Águila, L. y Morgan M.
1998 *Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo*, PACT, Proyecto de apoyo a ONG, Lima.
- Brindis, C. y Davis, L.
1998a *Communities Responding to the Challenge of Adolescent Pregnancy Prevention*, volume IV, Improving Contraceptive Access for Teens. Advocates for Youth, Washington D. C.
- 1998b *Communities Responding to the Challenge of Adolescent Pregnancy Prevention*, volume 1, Mobilizing for Action. Advocates for Youth, Washington D. C.
- Burt, M.
1998 *¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y El Caribe, 9 al 12 de julio 1996*, OPS-Fundación W. K. Kellogg, Washington. D. C.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR)
1999 *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil ENDEMAIN-99*, Ecuador. Quito
- De Bruyn, M. y France, N.
2001 *Gender or Sex: Who Cares? Skills-building Resource Pack on Gender and Reproductive Health for Adolescents and Youth Workers*. IPAS, Chapel Hill.
- Dhingra, N., et al.
1998 *Youth-adult Partnership Formation (working title)*. Arlington, VA: Family Health International, 2003 (forthcoming). *Progress* n.º 45, disponible en Internet en www.who.int/hrp/progress/45/index.html
- Edstrom, J. y Nowrojee, S.
1998 "Visita a Sri Lanka", Hlden, Sue y Welbourn, Alice (editoras) *El uso de herramientas participativas en la promoción de la salud sexual*. Institute of Development Studies, University of Sussex, Reino Unido
- Family Care International
1995 *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción*, Nueva York.

- Instituto de Educación y Salud (IES)
 2001 *Preparándonos para conversar con las adolescentes sobre su sexualidad. Módulo para capacitar a promotoras de salud, Lima.*
 2000 *Servicios de salud sexual y reproductiva amigables, acogedores, apropiados para adolescentes, Lima.*
 1999 *Encuentros significativos entre adolescentes y adultos, Lima.*
 1993 *Guía didáctica de educación en sexualidad adolescente y prevención del sida, Lima.*
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
 2001 *Encuesta demográfica y de salud familiar Perú 2000, INEI-USAID-UNICEF, Lima.*
- La Rosa, L.
 2001 *Servicio diferenciado, servicio diferente. Gestión de la atención de salud de l@s adolescentes y jóvenes en Chile y Perú, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud - (SPA), Lima.*
- Ministerio de Salud
 2001 *Estado de la situación: el sida en el Perú al año 2000, Programa de Control de ETS y Sida, ONUSIDA, Lima.*
- Moya, C.
 2001 *Mejorando el acceso de los jóvenes a los métodos anticonceptivos en América Latina (documento inédito), Advocates for Youth.*
- Nelson, K. MacLaren, L. y Magnani, R.
 2000 *Assessing and Planning for Youth Friendly Reproductive Health Services. Workbook N.º1, Planning for an Assesment & Collecting Data, FOCUS Tool Series 2, Focus on Young Adults. Washington D. C.*
- ONUSIDA
 2002 *Informe sobre la epidemia mundial de VIH-sida, Ginebra.*
- Organización de Naciones Unidas
 2001a *Declaración de compromiso emitida en el período extraordinario de sesiones de Naciones Unidas en VIH-sida, Nueva York.*
 2001b *HIV-AIDS: Population Impact and Policies, Populations Division-Department of Economic and social Affairs, United Nations.*
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
 1995 *Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes, informe del grupo de estudio Organización Mundial de la Salud (OMS)-Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sobre programación para la salud de los adolescentes, Ginebra.*
 1997 *Unsafe Abortion, Washington D. C.*
- Organizacion Panamericana de la Salud (OPS)
 1999 *Perfiles básicos de salud de países (resúmenes). (Bolivia, Ecuador, Perú,Venezuela, Colombia, Chile) Washington D. C.*
 1998 *La salud en las Américas. Volumen II. Washington D. C.*

- Population Action International (PAI)
2001 *Informe de PAI 2001. Mundos diferentes, salud y riesgos sexuales reproductivos*, Population Action International, Washington D.C
- Population Reference Boureau (PRB) Measure Communication
2000 *La juventud del mundo 2000*, PRB. Washington D. C.
- Quintana, A., Hidalgo, C. y Dourojeanni, D.
2003 *Escuchen nuestras voces. Representaciones sociales e itinerarios de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes*, Instituto de Educación y Salud, Lima.
- Quintana, A., Dourojeanni, D. e Hidalgo, C.
2000 *Negociación sexual en parejas de sectores medios. Factores asociados a la protección sexual* (documento inédito).
- Raguz, M.
2002 *Documento preparado para el pretaller de la mesa Adolescencia y Juventud para la Conferencia del Foro Salud* (inédito), Lima.
- Reinoso, C. y Alcalá J. M.
1999 *Compromisos legislativos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: una revisión de los cinco años de las conferencias de El Cairo y Beijing en América Latina y el Caribe*, Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), división para América Latina y El Caribe.
- Schenken, I. y Nyirenda J.
2002 *Preventing HIV/AIDS in schools*. Educational practices series-9, International Academy of Education-International Bureau of Education. París. Disponible en Internet: www.ibe.unesco.org

ANEXO A

Tablas con indicadores sociales y económicos en países de la región andina

Tabla 1

Tasa de alfabetización y esperanza de vida al nacer según sexo en seis países andinos - 1999

	Tasa de alfabetización			Esperanza de vida al nacer		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Bolivia	83	90	76	61,7	60	63,4
Ecuador	90	92	88	69,9	67,4	72,6
Perú	90	95	84	68,5	66,0	71,1
Venezuela	93	94	92	72,9	70,1	75,8
Colombia	91	91	91	71,0	68,3	73,4
Chile	95	95	94	78,4	75,4	72,4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Tabla 2

Índice de riesgo reproductivo en países de la Región Andina - 2001

País	Naci- mientos anuales por 100 mujeres de 15 a 19 años	Mujeres que usan métodos anti- concep- tivos	Situa- ción legal frente al abor- to*	Prevalen- cia de anemia en embara- zadas	Mujeres que reciben atención prenatal %	Naci- mientos atendi- dos por personal califica- do %	Nivel de VIH- sida en varones %***	Nivel de VIH-sida en mujeres %***	Promedio de naci- mientos por mujer	Muerte materna por 100.000 nacidos vivos	Índice de riesgo repro- ductivo
Riesgo alto											
Bolivia	7,9	48	A	Alta	52	46	0,2	0,0	4,2	650	45,0
Riesgo moderado											
Ecuador	7,2	56	A	Alta	75	64	0,5	0,1	3,6	150	36,9
Perú	5,8	64	A	Mediana	67	56	0,5	0,2	3,5	280	35,4
Venezuela	9,8	49	B	Mediana	74	97	0,8	0,1	3,5	120	33,1
Colombia	8,8	72	B	Mediana	83	85	0,5	0,1	3,0	100	32,1
Riesgo bajo											
Chile	4,9	**	B	Mediana	95	99	0,3	0,1	2,3	65	24,3

A = Permitido basándose en razones de salud limitadas.
B = ilegal o permitido sólo para salvar la vida de la mujer.

** No se dispuso de datos.

*** Porcentaje de varones y mujeres adultos/as (según corresponda) con VIH o que viven con sida.

Fuente: Population Action International

Tabla 3

VIH y sida: impacto en la población y políticas al 2001

	Población total en miles 2001	Adultos 15 a 49 años que viven con VIH-sida 1999		Muertes debidas al sida en miles durante 1999	Porcentaje de uso de condón en mujeres en unión (con fines de planificación familiar)	Gastos en salud per cápita en US \$ (suma de gastos públicos y privados en salud divididos entre la población total 1990-1998)
		Número en miles	Porcentaje			
Bolivia	8.516	4	0,1	< 1	3	28
Ecuador	12.880	19	0,3	1	3	74
Perú	26.093	47	0,4	4	4	141
Venezuela	24.632	61	0,5	2	5	205
Colombia	42.803	70	0,3	2	6	256
Chile	15.402	15	0,2	1	..	201

Fuente: Naciones Unidas

ANEXO B

Materiales complementarios para el uso de las herramientas

B.1. Casos para dramatización sobre situaciones en las que se vulneran los derechos (Herramienta *Identificando situaciones en las que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes*, Actividad 8)

Persona que es afectada por la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos	Persona que vulnera los derechos sexuales y reproductivos
1. Adolescente mujer que va al centro de salud. Le cuenta a la obstetrix que la recibe que aún no ha tenido relaciones sexuales, pero que ya quiere tenerlas con su enamorado. Le pide información sobre los métodos que existen para prevenir embarazos y protegerse de las infecciones de transmisión sexual o VIH-sida. Quiere conocerlos todos, para así saber cuál escoger; le interesan, sobre todo, el condón, el método del ritmo y la píldora.	1. Una obstetrix del centro de salud que no atiende bien a la adolescente que va a pedir información sobre métodos para prevenir embarazos y protegerse de las infecciones de transmisión sexual o VIH-sida. No la mira a la cara, no le sonríe, no la saluda. La atiende rápidamente. Le habla sólo de un método, el que ella cree que es el mejor, y le dice que no vale la pena hablar de los otros.
2. Una chica que inicialmente no quiere tener relaciones sexuales con su enamorado. Él le insiste y la amenaza con dejarla; ella acepta.	2. Un chico que presiona a su enamorada para tener relaciones sexuales. Pese a que ella le dice que no quiere tenerlas, le sigue insistiendo y le dice que, si no accede, la va a dejar.
3. Una adolescente que ya tiene relaciones sexuales con su enamorado acude al centro de salud y le pide a una psicóloga orientación sobre si debe o no tener relaciones sexuales.	3. Una psicóloga recibe a una adolescente que le pide orientación sobre si debe o no tener relaciones sexuales. La psicóloga le dice indirectamente que a su edad no es correcto tener relaciones sexuales. Le dice que, para tenerlas, debería esperar a ser mayor y casarse. No toma en cuenta las preocupaciones de la adolescente y no contribuye a que ella adopte comportamientos sexuales protegidos.
4. Una chica tiene enamorado y quiere salir con él. Le pide permiso a su mamá. Le reclama que así como su hermano tiene enamorada y la lleva a la casa, ella también quiere hacer lo mismo.	4. Una madre que no deja que su hija salga con su enamorado ni que lo lleve a la casa. Le dice que ella no debe estar pensando en eso, que tiene que atender a sus hermanitos porque la función de las mujeres es cuidar a los niños. Que su hijo sí puede salir y tener enamorada porque él es varón.
5. Un chico que conversa con un amigo y le cuenta que no quiere tener relaciones sexuales porque aún no se siente preparado.	5. Un chico que conversa con un amigo. Su amigo le cuenta que aún no quiere tener relaciones sexuales y él le dice que debe tenerlas de una vez porque si no todos van a decir que es un "maricón". Lo presiona para que las tenga.

6. Una chica que va al centro de salud y le pide a la persona encargada de admisión que le informe sobre los servicios que existen para adolescentes.	6. La persona encargada de admisión del centro de salud recibe mal a una chica que va a pedir información sobre los servicios que existen para adolescentes. Le dice que seguro que quiere buscar a la obstetrix porque ya "metió la pata" (hizo algo que le va a traer problemas), aludiendo que seguramente ya ha tenido relaciones sexuales. La mira mal y la critica.
7. Una chica que le cuenta a su mamá que su padrastro le toca sus partes íntimas contra su voluntad.	7. Una mujer que cuando su hija le cuenta que su padrastro la acosa sexualmente, no le cree. Le dice que cómo se le ocurre decir eso si él es quien las mantiene, y que seguramente es ella la que le está coqueteando.

Se consignan a continuación algunos casos complementarios que podrán ser utilizados de acuerdo con los derechos sexuales y reproductivos a los cuales se quiera dar relevancia.

CASOS COMPLEMENTARIOS

8. Una chica que le dice a su madre que tiene relaciones sexuales con su enamorado.	8. Una madre de familia que obliga a su hija a casarse a raíz de que ella le cuenta que tiene relaciones sexuales con su enamorado.
9. Una chica que ya tiene relaciones sexuales y le dice a su pareja que aún no quiere tener hijos porque todavía son jóvenes y que quiere cuidarse para no salir embarazada.	9. Un chico que tiene relaciones sexuales con su pareja y que ya quiere tener hijos. Le dice a su pareja que si ella no quiere salir embarazada es una mala mujer y que se expone a que él le saque la vuelta.
10. Una chica que tiene relaciones sexuales con su enamorado y conversa con él luego de tenerlas. Le dice que ella no siente placer y quisiera sentirlo.	10. Un chico que tiene relaciones sexuales con su enamorada. Cuando ella le dice que quiere sentir placer, él le responde dónde ha aprendido eso, que seguramente ya ha tenido "experiencias" con otros hombres, o que es "una cualquiera", que las mujeres decentes no están pensando en eso.

B.2. Casos para dramatización sobre jóvenes como socios o aliados (Herramienta *Jóvenes y adolescentes como socios o aliados*, Actividad 12)

JÓVENES COMO OBJETO	
ADULTO	JOVEN
<p>Caso 1: Representante de municipio. Un representante del municipio le dice a un adolescente escolar que se va a organizar una feria de salud. Agrega que ya habló con la directora del colegio y que han decidido que los y las adolescentes apoyen la actividad, para lo cual deben acudir a la feria el siguiente sábado, vestidos con su uniforme escolar, para repartir folletos en una carpa. De este modo, todos los asistentes podrán apreciar la participación de los y las adolescentes. Ante la pregunta del adolescente, quien no entiende el objetivo de su presencia en la feria, el representante del municipio le dice que no se preocupe por eso porque él y la directora ya han conversado.</p>	<p>Caso 1: Adolescente: Un adolescente es convocado a una reunión por un representante del municipio. Este último le informa que se va a organizar una feria de salud. Así mismo, le dice que ya habló con la directora del colegio y que han decidido que los y las adolescentes apoyarán la actividad, para lo cual tendrán que ir el siguiente sábado, vestidos con su uniforme escolar, e instalarse en una carpa en la que repartirán folletos. El adolescente le señala que no comprende el objetivo de su presencia en la feria pero acepta, ya que la directora de su colegio así lo ha decidido.</p>
<p>Caso 2: Profesora. Se reúne con la delegada de aula y le dice que por el Día Mundial de Lucha contra el Sida se realizará una marcha, y que se ha establecido que a ese salón le tocará asistir por la mañana. Todos los alumnos llevarán carteles con lemas que los docentes se encargarán de elaborar.</p>	<p>Caso 2: Adolescente delegada de aula: Se reúne con su profesora, quien le dice que se realizará una marcha por el Día Mundial de Lucha contra el Sida y que se ha establecido que a su salón le tocará asistir por la mañana. La delegada le pregunta si llevarán algo y la docente le contesta que todos los alumnos portarán carteles con lemas que los profesores se encargarán de elaborar. La delegada permanece callada y asiente con la cabeza.</p>
JÓVENES COMO BENEFICIARIOS	
<p>Caso 3: Obstetrix. Una obstetrix se encuentra en una feria de la salud. Se le acerca un adolescente que quiere saber qué tipos de métodos anticonceptivos existen. La obstetrix le da un folleto que contiene dicha información, le aclara algunas dudas y, gentilmente, le dice que todo lo que busca se encuentra en el folleto pues los profesionales de salud se preocuparon porque éste contenga la información necesaria.</p>	<p>Caso 3: Adolescente varón. Un adolescente va a una feria de la salud y se acerca a una obstetrix. Le pide que le dé información sobre métodos anticonceptivos, pues quiere saber las ventajas y desventajas de cada uno.</p>
<p>Caso 4: Dirigente de la comunidad. El dirigente de la comunidad convoca a un adolescente a una reunión en la cual le informa que los dirigentes de la zona han decidido realizar actividades a favor de los y las adolescentes. Le dice que ya han decidido que organizarán charlas sobre drogas y delincuencia juvenil, que ellos consideran que es el mayor problema de los jóvenes de la zona. El dirigente habla sin parar. En algún momento, el ado-</p>	<p>Caso 4: Adolescente. Un adolescente asiste a una reunión con un dirigente a la cual ha sido convocado. El dirigente le dice que, con otros dirigentes de la zona, han acordado realizar unas charlas sobre drogas y delincuencia. El adolescente le propone que se aborden otros temas como sexualidad, y le dice que quiere conversar con sus amigos y amigas para recoger sus intereses y preocupaciones. Pero al ver</p>

lescente le dice que él opina que en las charlas debería incluirse el tema de sexualidad, pero que previamente va a conversar con sus amigos y amigas para recoger sus intereses y preocupaciones. El dirigente le dice que no porque ya ellos, por ser mayores, han tomado la decisión más adecuada.

que el dirigente no toma en cuenta sus opiniones, se retira.

JÓVENES COMO SOCIOS

Caso 5: Dirigente de la comunidad. Se realiza una reunión entre un dirigente de la comunidad y un adolescente. El primero convoca al adolescente a una reunión en la cual le cuenta que los dirigentes de la zona tienen la intención de realizar actividades a favor de los y las adolescentes. Le pide su opinión al respecto y ambos discuten de qué manera se pueden recoger las opiniones de los y las jóvenes y adolescentes para saber qué temas les gustaría tratar y qué tipo de actividades podrían realizarse. El dirigente explica que lo que a ellos (los dirigentes) les gustaría es que tanto adolescentes como dirigentes realicen esas actividades de manera conjunta. El dirigente es muy receptivo frente a todas las propuestas del adolescente.

Caso 5: Adolescente: El adolescente asiste a una reunión con un dirigente. Este último le dice que él y los demás dirigentes de la zona tienen la intención de realizar actividades a favor de los y las adolescentes. Manifiesta que quisiera saber su opinión al respecto y pedirle que converse con otros chicos y chicas de su edad para saber qué temas les gustaría tratar y qué tipo de actividades podrían realizarse. Le explica que lo que a ellos (los dirigentes) les gustaría es que tanto adolescentes como dirigentes realicen esas actividades de manera conjunta. El adolescente señala que le parece muy buena la idea y que está seguro de que a sus amigos y amigas les gustaría realizar aportes sobre las actividades que se puedan hacer, que podrían ser videoforos o talleres; manifiesta que les consultará sobre la forma en que quisieran participar. Le dice que a él le gustaría proponer qué película proyectará y dar ideas respecto a los temas que se pueden abordar luego de la proyección.

Caso 6: Profesional de salud. Un profesional de la salud recibe a un adolescente. Este último le dice que ha ido a buscarlo porque tiene muchas ideas acerca de qué se puede hacer para que cada vez acudan al establecimiento más adolescentes que tienen dudas sobre temas relativos a la sexualidad. El profesional es muy receptivo ante las ideas del adolescente y le dice que, entonces, sería bueno realizar actividades conjuntas para promover que los y las adolescentes visiten el establecimiento. Le propone tener reuniones seguidas en las cuales discutan qué actividades se pueden desarrollar; le sugiere invitar a otros chicos y chicas que podrían estar interesados/as en apoyar la organización y ejecución de estas actividades.

Caso 6: Adolescente: Un adolescente va al centro de salud y pregunta por el profesional de salud encargado del área de adolescentes. Le dice que ha ido a buscarlo porque tiene muchas ideas acerca de qué se puede hacer para que cada vez acudan al establecimiento más adolescentes que tengan dudas sobre temas relacionados con la sexualidad.

B.3. Técnicas de diagnóstico participativo

(Herramienta *Diagnósticos participativos con la comunidad para conocer las necesidades reales de los y las adolescentes y jóvenes*. Actividades 23 y 24)

En la descripción de las técnicas que presentamos a continuación se considera como eje del diagnóstico participativo comunitario la sexualidad adolescente. Sin embargo, estas técnicas pueden ser adaptadas a otros temas de acuerdo con las necesidades del establecimiento de salud.

a. Técnica para identificar necesidades y problemas

El termómetro

Objetivos

- Identificar los principales problemas y necesidades relativos a la sexualidad de los y las jóvenes, prestando particular atención al sida, las ITS y el embarazo no planificado.
- Jerarquizar los problemas identificados de acuerdo con su grado de importancia.

Materiales

- Papelógrafos con termómetros dibujados en la parte izquierda, divididos en tres partes: rojo, problemas muy serios; naranja, problemas serios; y amarillo, problemas no tan serios.
- Tarjetas de cartulina para que escriban los problemas.
- *Masking tape* y plumones.

Descripción de la técnica

- Dividir a los participantes en cuatro o cinco grupos, separando a los adultos de los jóvenes.
- El facilitador pide lo siguiente: "Quisiéramos que primero, entre ustedes, analicen la situación de los y las jóvenes de sus zonas con relación a la sexualidad, con el objetivo de que identifiquen los problemas o necesidades en esta área".
- Todos los problemas o necesidades identificados se anotan en tarjetas. Luego, entre todos, ordenan estos problemas o necesidades en el termómetro, de acuerdo con la urgencia o gravedad que perciban que tiene cada uno. Es decir, los problemas más urgentes son colocados en el color rojo; los problemas medianamente urgentes, en el color naranja; y los menos urgentes, en el color amarillo. El facilitador señala que es importante que los y las participantes piensen en las razones por las cuales consideran que esos problemas son más o menos importantes.
- Una vez que están listos, todos los termómetros se presentan en plenaria. Se puede elaborar un termómetro común que refleje el consenso sobre cuáles son los problemas y/o necesidades más importantes que afectan a los y las jóvenes de la comunidad.

b. Técnica para recoger concepciones y percepciones sobre las normas socioculturales que moldean diferentes tipos de comportamientos Itinerarios de salud sexual y reproductiva

El itinerario de salud sexual y reproductiva hace referencia a las rutas o pasos que los y las adolescentes y jóvenes siguen para enfrentar las situaciones vitales asociadas a la sexualidad, o como parte de la experimentación de ellas. Esta ruta incluye el análisis de las redes sociales a las que se acude antes, durante y después de experimentar la situación, así como los diferentes sentimientos asociados a ésta.

Objetivos

- Analizar el itinerario real que los y las adolescentes y jóvenes siguen para enfrentar diferentes situaciones vitales asociadas a la salud sexual y reproductiva.

Materiales

- Papelógrafos
- Plumones de colores
- Figuras recortadas: siluetas de mujeres y varones, casas, cruces (iglesias), cruz roja (establecimiento)



Ejemplo de un Itinerario frente a abuso sexual elaborado por jóvenes

to de salud), bandera (municipalidad), sirenas de autos de policía (comisarías), tarjetas en blanco

- Tijeras
- Goma

Técnica:

- **Trabajo grupal:** Los participantes se dividirán en cuatro grupos mixtos —en cada grupo habrá varones y mujeres, así como adultos y jóvenes— para elaborar el itinerario real de un evento vital.
- Cada grupo trabaja respecto a una situación vital asociada a la sexualidad, por ejemplo: adolescente embarazada, adolescente con ITS, adolescente que desea tener información sobre relaciones sexuales, etcétera.
- Los miembros del grupo deben imaginar el caso de una persona que atraviesa por dicha situación y pensar en los elementos que antecedieron a que el hecho ocurra, quiénes forman parte del entorno cercano de la persona, qué fue lo que se hizo después de que la situación se presentó, etcétera. Deben imaginar la situación de la manera más cercana posible a la realidad y describirla.
- A la izquierda de la descripción de la situación deben representar lo que ocurrió antes de que ésta se produjera —describir cómo ocurrió, qué personas forman parte del entorno cercano de la persona, con quiénes conversó, a quiénes se acudió, quiénes estuvieron involucrados— y a la derecha lo que ocurrió después —qué se hizo, con quiénes se conversó, a quiénes se acudió, quiénes estuvieron involucrados—.
- **Plenaria:** presentación de los itinerarios reales y discusión.

c. Técnica para analizar y proponer estrategias o acciones de solución viables de realizar

La flor

Objetivos

- Identificar posibles soluciones o alternativas a los problemas o necesidades priorizados por la comunidad.

Materiales

- Plumones.
- Papelógrafos con flor grande de cuatro pétalos.

Técnica:

- Formar cuatro grupos mixtos.
- Entregar a cada grupo un papelógrafo con el dibujo de la flor.
- Decirles que la flor representa una situación de sexualidad más saludable en los y las adolescentes. Regar la flor equivale a buscar algunas soluciones para las necesidades que se hayan encontrado —estas necesidades pueden haber sido identificadas a través de la técnica del termómetro—. De este modo, la actividad que se va a realizar consiste en *regar la flor para que crezca, encontrando cuatro posibles soluciones a las necesidades-problemas que, de manera conjunta, se han identificado como las más urgentes. Es importante que las soluciones que planteen sean viables, es decir, posibles de ser realizadas o alcanzadas.*
- Presentación de los trabajos de los cuatro grupos.
- Síntesis.
- Preguntas motivadoras:
 - De las soluciones propuestas, ¿cuáles son las más viables o alcanzables?
 - ¿Piensan que hablar abiertamente de temas como los mencionados podría ayudar?
 - ¿Tendrían que participar los y las jóvenes en estas soluciones? ¿Cómo?
 - ¿Qué soluciones podrían ser asumidas por la comunidad y cuáles dependen de otras instancias o personas?
 - ¿Cómo podríamos unir esfuerzos para poner en práctica algunas de estas soluciones?



Ejemplo de flor elaborada por líderes de la comunidad.

B.4. Ejemplo de dinámicas de desarrollo de capacidades de adolescentes (Herramienta *La metodología participativa nos acerca a la comunidad*, Actividad 25)

a. Cómo es mi cuerpo¹⁹

Objetivo

- Que los y las adolescentes acepten su cuerpo de manera natural, valorando su sexualidad.

Materiales

- *Masking tape* y papel *bulky*.

Procedimiento

1. ¿Qué piensan, qué saben, qué sienten?

Dibujo de sus cuerpos (5’):

- Entregar a cada participante una hoja en blanco y solicitarle que dibuje su cuerpo. Si preguntan si vestido o desnudo, se les explica que escuchen con atención la consigna que se les ha dado y se les vuelve a repetir: "Dibujen su cuerpo".

Diálogo (10’):

- Cuando terminen de dibujar, pedirles que observen lo que han hecho.

¹⁹ Adaptado de Instituto de Educación y Salud. *Guía didáctica de educación en sexualidad adolescente y prevención del sida*. IES, Lima, 1993. Adaptado a su vez de Galdós, Susana y otros, *Diez guías para trabajar educación sexual con adolescentes*, 2.ª edición, Movimiento Manuela Ramos, Lima, 1992.

- Iniciar un diálogo que ayude a exteriorizar lo que sienten en relación con sus cuerpos: agrado, desagrado, aceptación, rechazo, vergüenza, miedo.
 - ¿Los cuerpos que han dibujado están vestidos o desnudos? ¿Por qué algunos están vestidos?
 - ¿Se parecen a ustedes?
 - ¿En los dibujos aparecen todas las partes del cuerpo?
 - ¿Qué partes faltan? (animarles a que digan los nombres de las partes que no están dibujadas).
 - ¿Qué han sentido al dibujar sus cuerpos?
 - ¿Qué partes de sus cuerpos les hacen sentirse bien como varones o como mujeres?
 - ¿Qué sienten respecto a los cambios que se producen en sus cuerpos?

Escribir con relación a las partes de su cuerpo (5')

- Luego de esta conversación, pedirles que en sus dibujos escriban, junto a las partes de sus cuerpos que más les gustan o más les desagradan, pequeños mensajes tratando de explicar por qué tienen estos sentimientos frente a estas partes. Ejemplo: "Me gustas mucho, naricita, porque eres pequeña".

2. Reflexionando juntos

Diálogo (10')

- Preguntarles si les fue difícil escribir los mensajes:
 - ¿Hay alguna parte de su cuerpo que alguna vez alguien les ha prohibido mostrar o tocar? ¿Por qué creen que es difícil hablar de algunas partes del cuerpo?
 - ¿Conocen los nombres de las partes de su cuerpo?
- Idea fuerza para transmitir:
 - *Muchas veces, no se nos ha dejado tocar libremente nuestro cuerpo. Otras veces, no hemos podido mencionar siquiera los nombres de algunas partes. Desde niños/as, aprendemos equivocadamente que el cuerpo tiene partes "malas". Todos sentimos los cambios que se producen en nuestro cuerpo y a veces eso nos produce temor, vergüenza o curiosidad. A medida que podamos hablar de nuestro cuerpo con naturalidad y expresar todo lo que sentimos, iremos aprendiendo a valorarlo, a quererlo y a cuidarlo.*

3. Llevándolo a la vida

Para concluir la actividad, invitarlos a que escriban un mensaje de compromiso con su cuerpo (5') en el cual deberán especificar:

¿Cómo van a cuidarlo?

¿Qué van a hacer para que se vea más hermoso?

¿A qué parte van a dedicarle más atención?

b. Manifestaciones de la sexualidad ²⁰

Objetivo

- Reflexionar, a partir de su propia vida, acerca de los sentimientos y las experiencias que suscitan diferentes manifestaciones de la sexualidad.

Materiales

- Tarjetas en las que estén escritas las siguientes situaciones:
 - Mi primer beso
 - Mi primera menstruación/ Mi primer sueño húmedo
 - Mi primera fiesta
 - Mi primer enamorado/a

Procedimiento

1. ¿Qué piensan, qué saben, qué sienten?

Trabajo en grupos (10'):

- Formar grupos de cinco personas

²⁰Adaptado de Instituto de Educación y Salud. *Preparándonos para conversar con las adolescentes sobre su sexualidad. Módulo para capacitar a promotoras de salud.* IES, Lima, 2001.

- Darle a cada grupo un juego de tarjetas con las situaciones:
 - Mi primer beso
 - Mi primera menstruación / Mi primer sueño húmedo
 - Mi primera fiesta
 - Mi primer enamorado/a
- Pedirles que conversen respecto a cada situación. Cada uno debe decir a los compañeros de su grupo cómo experimentó dicha situación, y si le fue fácil o difícil.

2. Reflexionando juntos

Diálogo (10')

- Iniciar un diálogo:
 - ¿Cómo se han sentido al recordar esas situaciones?
 - ¿Les fue fácil o difícil experimentarlas?
 - ¿A quiénes les han contado acerca de estas situaciones?
 - ¿Qué quisieran que les digan sus padres al respecto?
- Idea fuerza para transmitir:
 - *En la etapa de la adolescencia, la sexualidad cobra especial importancia y genera sentimientos contradictorios, dudas, temores. Estos sentimientos están asociados principalmente con los cambios biopsicosociales que ocurren durante este período.*

3. Llevándolo a la vida

Pedirles que escriban un mensaje en el cual se comprometen a preguntarle a algún familiar cercano si le fue difícil o fácil experimentar una situación como el primer beso o la primera declaración amorosa (5').

ANEXO C

Lista de participantes de los talleres de capacitación realizados en cada país

ECUADOR

N.º	Nombres y apellidos	Procedencia	Centro de salud
1.	Dra. Isabel Valdez	Quito	Patronato Norte
2.	Dra. Rosa Moreno Quiroz	Quito	Patronato Norte
3.	Lic. Julia Santacruz Estrella	Quito	Patronato Norte
4.	Dr. Oswaldo Obando	Quito	A.Z. La Delicia
5.	Lic. Miriam Cisneros	Quito	Patronato Norte
6.	Lic. Geoconda Elisa Valladares	Quito	Patronato Centro
7.	Dr. Nelson Eduardo Espinosa	Quito	Patronato Centro
8.	Dra. Sofía Lola Páez	Quito	Patronato Centro
9.	Lic. Gladys Magdalena Cornejo	Quito	Patronato Centro
10.	Dr. Freddy Arturo Burbano Hualca	Quito	Patronato Sur
11.	Lic. Ligia Marina Ruiz Moreno	Quito	Patronato Sur
12.	Lic. Pilar Páez Parra	Quito	Patronato Sur
13.	Lic. Lilian Italia Toapanta	Quito	Patronato Sur
14.	Lic. Mariana de Jesús Nuñez	Quito	Área de salud número 3
15.	Dra. María Carmita Flores	Quito	Área de salud número 3
16.	Dra. Silvana Katuska Montenegro	Quito	Área de salud número 3
17.	Lic. Aida Lucila Freire	Quito	Área de salud número 3
18.	Dra. Germanía Eleanor Herrán	Quito	Área de salud número 4
19.	Lic. Zoila de Lourdes García	Quito	Área de salud número 4
20.	Lic. Sara Rosa Céspedes	Quito	Área de salud número 4
21.	Lic. María del Cisne Pinta	Quito	Área de salud número 5
22.	Dr. César Alfredo Rodríguez	Quito	Área de salud número 5
23.	Lic. María del Cisne Redrován	Quito	Área de salud número 5
24.	Lic. María Bracho	Quito	Área de salud número 5
25.	Lic. Liliana de las Mercedes Montoya	Quito	Área de salud número 6
26.	Lic. Patricia Soledad Parreño	Quito	Área de salud número 6
27.	Lic. Mirian Guadalupe Villacis	Quito	Área de salud número 6
28.	Dra. Julia Ivonne Villavicencio	Quito	Área de salud número 6
29.	Dr. Fernando René Vergara Ordoñez	Quito	Área de salud número 8
30.	Dra. Alba Cecilia Narváez Rosero	Quito	Área de salud número 8
31.	Lic. Carmen del Consuelo Naranjo	Quito	Área de salud número 8
32.	Dra. Elsa Jara Guevara	Quito	Área de salud número 8
33.	Lic. Rocío del Pilar Regalado Arévalo	Quito	Área de salud número 20
34.	Lic. Luis Alberto Moya Fernández	Quito	Área de salud número 20
35.	Dr. José Alberto Cevallos Cevallos	Quito	Área de salud número 20
36.	Dr. Guido Fabián Salazar Ortega	Quito	Área de salud número 20
37.	Lic. Margarita del Consuelo Ayabaca	Quito	Centro Medico de Orientación y Planificación Familiar CEMOPLAF
38.	Lic. Luis Alberto López Soria	Quito	CEMOPLAF
39.	Dra. María Gisella Gavilanes Endara	Quito	CEMOPLAF
40.	Dr. Juan José Montero	Quito	Centro Latinoamericano para Estudios y Promoción de la Salud. (CLEPS)
41.	Lic. Lucía Narváez	Quito	Coordinadora Red Intersectorial Adolescencia y Juventudes. (RIAS)

BOLIVIA

N.º	Nombres y apellidos	Procedencia	Centro de salud
1.	Dra. Yuko Hiramatsu	La Paz	Centro de salud Alto Mariscal
2.	Lic. Patricia Flores	La Paz	Centro de salud San Luis
3.	Dra. Gina Rocha	La Paz	Centro de adolescentes San Luis
4.	Dra. Marlen Ortiz	El Alto	Centro de salud Distrito 1
5.	Dra. María Luisa Santibáñez	La Paz	Centro de salud Vino Tinto
6.	Dra. Miriam López	La Paz	Coordinadora del Área Niño, Escolar y Adolescente Ministerio de Salud y Previsión Social
7.	Lic. Grover Yépez	La Paz	Cruz Roja Boliviana
8.	Lic. Rosmery Rodas	La Paz	CARE – Bolivia
9.	Dr. William Michel	La Paz	Centro de Investigación y Asesoramiento Social y Económico (CIASE)
10.	Dr. David Jhony Funes	Oruro	Responsable Programa Adolescente del Departamento de Oruro
11.	Lic. Olivia Cartagena	Oruro	Miembro del equipo del Programa Adolescente del departamento de Oruro
12.	Lic. Elizabeth Arteaga	Oruro	Save the Children
13.	Lic. Justina Víctor	Oruro	Miembro del equipo del Programa Adolescente
14.	Dr. Manuel Canaviri	Potosí	Responsable Programa Adolescente del departamento de Potosí
15.	Lic. Lourdes Sandí	Potosí	Miembro del equipo del Programa Adolescente del departamento de Potosí
16.	Dra. Virginia Azurduy	Sucre	Responsable Programa Adolescente del departamento de Sucre
17.	Lic. Gladys Valdez	Sucre	Miembro del equipo del Programa Adolescente del departamento de Sucre
18.	Lic. Zulema Hannes	Sucre	Miembro del equipo del Programa Adolescente
19.	Dra. Olga Mora	Tarija	Hospital San Juan de Dios
20.	Dr. Roberto Baldiviezo	Tarija	Hospital San Juan de Dios
21.	Lic. Marlene Rollano	Tarija	Instituto Nacional de Prevención Tratamiento y Rehabilitación en drogodependencias y Salud Mental (INTRAID)
22.	Dra. Kattia dos Santos	Trinidad	Responsable de Programas Pathfinder Beni
23.	Dra. Adela Hernández	Trinidad	Responsable Programa Adolescente del Departamento del Beni
24.	Dra. Gloria Bacherer	Santa Cruz	Responsable Programa Adolescente del Departamento de Santa Cruz
25.	Dra. Miriam Illescas	Santa Cruz	Hospital Japonés
26.	Dra. Ana María Iporre	Santa Cruz	Hospital Percy Boland
27.	Dr. José Luis Nogales	Santa Cruz	Hospital De Montero
28.	Dra. Lola Salinas	Cochabamba	Responsable Programa Adolescente del Departamento de Cochabamba
29.	Lic. Elizabeth Reque	Cochabamba	Centro de Adolescentes
30.	Dra. Silvia García	Cochabamba	Médico de adolescentes
31.	Dra. Magaly Ferreira	Cochabamba	Centro de salud Sarcobamba
32.	Dra. Vitalia Ledezma	Cochabamba	Centro de salud Sarcobamba
33.	Dr. José Oliva	Cochabamba	Hospital Germán Urquidi
34.	Lic. Silvia Gemio	Cochabamba	Hospital Viedma
35.	Dra. Claudia Anaya	Cochabamba	CIES Salud sexual y reproductiva
36.	Lic. Edgar Valdéz	Cochabamba	Instituto de Desarrollo Humano (IDH)
37.	Lic. Constanza Tames	Cochabamba	IDH
38.	Lic. Carmen Castro	La Paz	Pathfinder International
39.	Dra. Gladys Pozo	La Paz	Representante Pathfinder International-Bolivia
40.	Lic. María Eugenia López	La Paz	Pathfinder International-Bolivia
41.	Lic. Ximena Calle	La Paz	Pathfinder International-Bolivia

PERÚ

N.º	Nombres y apellidos	Procedencia	Centro de salud
1.	Lic. Lilia Gonzales Ojeda	Lima	Centro de salud Zárate
2.	Lic. Celia Núñez	Lima	Centro de salud Zárate
3.	Lic. María Pomayauli Cornejo	Lima	Centro de salud Zárate
4.	Lic. Margot Ricardina Romero Véliz	Lima	Centro de salud 10 de Octubre
5.	Lic. Zurizaday Santa Quijano Pizán	Lima	Centro de salud 10 de Octubre
6.	Lic. Omar Jáuregui Barrera	Lima	Centro de salud 10 de Octubre
7.	Lic. Eufemia Marlene Rojas Peña	Lima	Centro de salud 10 de Octubre
8.	Lic. Fabiola Castañeda	Lima	Centro de salud 10 de Octubre
9.	Lic. Mirtha Basurto Nolasco	Lima	Centro materno infantil Canto Grande
10.	Lic. Luis Bruno Godoy	Lima	Centro materno infantil Canto Grande
11.	Lic. Edith Villanueva	Lima	Centro materno infantil Canto Grande
12.	Lic. Mirían Rojas	Lima	Unidad de Servicios Básicos de Salud - San Juan de Lurigancho
13.	Lic. Teresa Machado Raza	Lima	Centro de salud San Luis
14.	Lic. Elsa Peramas Obregón	Lima	Centro de salud San Isidro
15.	Lic. Carlos Reyes Perea	Lima	Centro de salud Conde de la Vega
16.	Lic. Milagritos Nancy Miranda	Lima	Centro de salud Villa María del Perpetuo Socorro
17.	Lic. Ana María Revilla Figueroa	Lima	Centro de salud Mirones
18.	Lic. Vilma Reyes Pérez	Lima	Centro de salud Unidad Vecinal N.º 3
19.	Lic. Karina Farías Izquierdo	Lima	Centro de salud Max Arias Schereiber
20.	Lic. Lidia Rojas	Lima	Centro de salud Max Arias Schereiber
21.	Lic. Martha Navarro Espinoza	Lima	Centro de salud El Pino
22.	Lic. Gina Aburto	Lima	Centro de salud El Pino
23.	Lic. Gloria García	Lima	Centro de salud El Pino
24.	Lic. María Álvarez Bullón	Lima	Centro de salud San Cosme
25.	Lic. César Candela Linares	Lima	Centro de salud San Miguel
26.	Lic. Eleana Carhuancho Meza	Lima	Centro de salud El Porvenir
27.	Obs. Norma Laynes Lozano	Lima	Centro de salud El Porvenir
28.	Lic. Carmen Pretell Lobatón	Lima	Dirección de Salud Lima V
29.	Lic. Doris Torres Pérez	Lima	Dirección de Salud Lima V
30.	Lic. Nelly Salazar Gallegos	Callao	Centro de salud Faucett
31.	Lic. Hermes Ruiz Alva	Callao	Centro de salud Mi Perú
32.	Lic. Delia Lázaró Muñoz	Callao	Hospital San José
33.	Lic. José Lévano Muchotrigo	Callao	Centro de Desarrollo Juvenil Sarita Colonia
34.	Lic. María Elena Calderón Roque	Huánuco	Centro de salud Aparicio Pomares
35.	Lic. Isabel Pacheco Calero	Huánuco	Hospital Hermilio Valdizán
36.	Lic. Alodia Mamani Machicao	Puno	Coordinadora del Centro de Desarrollo Juvenil (CDJ) del Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca
37.	Lic. Teresa Villas Gutiérrez	Puno	Coordinadora del CDJ del Hospital de Apoyo de Juli
38.	Lic. Gladys Quilca Morales	Puno	Coordinadora del CDJ del Hospital Manuel Nuñez Butrón - Puno
39.	Lic. Martha de Souza Muñoz	Ucayali	Centro de salud 9 de octubre
40.	Lic. Manuel Huerta Romero	Ucayali	Centro de salud Aguaytía
41.	Lic. Miguel Castillo Linares	Ucayali	Hospital de apoyo N.º 2 de Yarinacocha
42.	Lic Zilda Cárcamo Pérez Luna	Lima	Proyecto Salud Reproductiva GTZ-Ministerio de Salud