

**7º ENCUENTRO DE INVESTIGADORES DE CIENCIAS SOCIALES  
DE LA REGIÓN CENTRO OESTE Y 4º BINACIONAL CON LA  
IV REGIÓN DE LA REPÚBLICA DE CHILE.**

**Facultad de Ciencias Sociales - Universidad Nacional de San Juan  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIOECONÓMICAS**

Mesa 3: La Evaluación de las Políticas Sociales: oportunidades y desafíos en el contexto actual

Ponencia: Evaluación de una iniciativa de prevención del VIH en adolescentes con un enfoque de derechos humanos.

Autora: Olga Nirenberg<sup>1</sup>

Palabras clave: adolescencia, prevención, derechos humanos, socialización.

**RESUMEN**

Durante el año 2014, la autora evaluó el “Proyecto de Prevención del VIH en población de adolescentes / jóvenes con un Enfoque de Derechos Humanos, en América Central y Caribe – 2009 a 2014”, que la Organización Panamericana de la Salud Washington DC (OPS) desarrolló, con el apoyo del Ministerio de Asuntos Externos Noruego, en siete países: El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

Se relata el proceso de diseño evaluativo, que incluyó el enfoque integral del desarrollo adolescente desde una perspectiva de derechos humanos, la determinación de las principales dimensiones o ejes analíticos con sus correspondientes variables e indicadores, la elección de las técnicas y la elaboración de los instrumentos para obtención de información. Eso se resumió en una matriz síntesis evaluativa que se sometió al análisis de las autoridades de la iniciativa en la OPS y sus puntos focales en los países; también se requirió la aprobación de los donantes noruegos.

Se reseña la implementación de la evaluación en los países, utilizando técnicas cuanti y cualitativas, con dispositivos virtuales e incluyendo visitas de campo a dos países seleccionados por OPS y los donantes.

Se sintetizan los resultados de la evaluación y la elaboración del informe final, que implicó discusiones y acuerdos con los interlocutores responsables de la iniciativa en la OPS Washington DC.

---

<sup>1</sup> Argentina, Dra. en Ciencias Sociales y Diplomada en Salud Pública, evaluadora de programas y proyectos sociales, de salud y educativos. Directiva de la ONG Centro de Apoyo al Desarrollo Local – CEADEL –; participó en programas sociales nacionales orientados a infancia y adolescencia (Ministerios de Salud y de Desarrollo Social). Fue evaluadora del Programa Regional de Desarrollo del Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consultora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Fundación W. K. Kellogg y de la Fundación ARCOR. Autora del Método de Autoevaluación de la Calidad Educativa (IACE) que se aplica en más de 2500 escuelas, en alianza entre UNICEF Argentina y CEADEL. Docente en postgrados, sobre formulación y evaluación de programas sociales. Tiene diversos artículos y libros publicados sobre temas de programación y evaluación social.

Fue relevante la socialización de los hallazgos evaluativos y de los desafíos pendientes, para promover su repercusión en las políticas de salud en el tema de adolescencia y VIH en los países.

## **ABSTRACT**

During 2014, the author evaluated the Project “HIV Prevention in adolescents / youth population, focused in Human Rights in Central America and the Caribbean – 2009 to 2014”, which was developed by the Pan-American Health Organization, Washington DC (PAHO) with the support of the Norway Ministry of Foreign Affairs, in seven countries: El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicaragua, Panama and Dominican Republic.

This paper describes the process of evaluation design, including the integral development framework of adolescent from a human rights perspective, the delimitation of the main dimensions or analytical axes, with their corresponding variables and indicators, the selection of techniques and the design of tools for obtaining information. That was summarized in an evaluative matrix synthesis, which was submitted to the authorities of the PAHO initiative and their countries focal points for analysis; the approval of the Norwegian donors was also required.

Here is narrated the implementation of the evaluation in those countries, using quantitative and qualitative techniques, including virtual tools; also field trips was done in two countries selected by the PAHO and donors.

Also is synthetized the results of the evaluation and elaboration of the final report, which implied discussions and agreements with officials in charge of the initiative in the PAHO Washington DC, and their focal points at the countries.

Was relevant the socialization of the evaluation findings and pendant challenges, so as to promote its repercussion in health politics related to adolescence and HIV in the seven countries.

---

## **I. ANTECEDENTES**

### **I.1. La iniciativa evaluada**

El objeto de esta evaluación fue el “Proyecto de Prevención del VIH en población de adolescentes/jóvenes<sup>2</sup> con un Enfoque de Derechos Humanos, en América Central y Caribe – 2009 a 2014”, que la Organización Panamericana de la Salud en Washington DC (OPS) desarrolló en alianza y con el apoyo financiero del Ministerio de Asuntos Externos de Noruega, en siete países: El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.<sup>3</sup>

Los resultados esperados de la iniciativa, cuyo cumplimiento se ha tomado en cuenta, son:

---

<sup>2</sup> Si bien la iniciativa menciona siempre adolescentes/jóvenes, a fin de abreviar y dado el énfasis real colocado en la población adolescente, en este texto se eliminó la palabra jóvenes luego de la barra.

<sup>3</sup> En adelante se la denomina como “la iniciativa”.

1. Entornos legislativos y políticos nacionales y regional propicios para los enfoques de género y de derechos humanos (DDHH) en programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para los adolescentes<sup>4</sup>.
2. Capacidades fortalecidas en los recursos humanos (RRHH) para la prevención del VIH y la provisión de servicios de SSR y programas para los adolescentes con enfoque de género y basados en los DDHH.
3. Ampliación de los servicios de prevención del VIH y SSR para adolescentes, utilizando enfoques de DDHH y de género.
4. Capacidad regional, subregional y nacional fortalecida para generar y utilizar información estratégica para el desarrollo y seguimiento de programas de VIH para adolescentes.

La iniciativa partió de una línea de base (2008); asimismo, en el año 2012, se implementó una evaluación externa de medio término (Tanaka, 2012) para apreciar los logros alcanzados en esa primera fase. Esta evaluación final tuvo en cuenta ambos antecedentes.

Por otro lado, la OPS había decidido intensificar acciones también en los restantes países de la región Latino Americana y del Caribe (LAC), en las siete áreas estratégicas (ampliadas) de su Estrategia Regional y del Plan de acción 2010-2018 en salud de adolescentes (OPS, 2010), que son:

1. Innovación e información estratégica.
2. Favorecer entornos de salud y desarrollo, usando políticas basadas en evidencias.
3. Sistemas de servicios de salud integrados e integrales.
4. Capacitación de RRHH.
5. Intervenciones basadas en la escuela, la comunidad y la familia.
6. Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores.
7. Comunicación social e involucramiento de los medios de comunicación.

Este escalamiento requería contar con herramientas e instrumentos adecuados para monitorear y evaluar los progresos realizados en todos los países de LAC en esas áreas estratégicas, de modo de alcanzar la mayor eficacia posible; fue así que la metodología y las herramientas diseñadas en el marco de esta evaluación final de la iniciativa cumplieron con ese propósito metodológico adicional.

## **I.2. Objetivos principales de la evaluación final**

Los objetivos principales de esta evaluación final (ex post) fueron:

- Valorar la efectividad de la iniciativa, es decir, apreciar los logros alcanzados en relación con los resultados esperados.

---

<sup>4</sup> En este texto se da por sentada la orientación hacia el logro de la equidad de género y se usa solo el tradicional masculino genérico para no dificultar la lectura fluida y comprensiva. Esta decisión se funda, por un lado, en el hecho de que los lingüistas no se han puesto de acuerdo acerca del uso del “o/a” o de la “@” para denotar lo femenino/masculino y, por otro, en las recientes recomendaciones al respecto del Prof. Ignacio Bosque, de la Real Academia Española, en su artículo “Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer” (www.rae.es).

- Apreciar la medida en que la iniciativa contribuyó a fortalecer las estrategias y programas nacionales en SSR y VIH para adolescentes, así como a incrementar los efectos en las poblaciones objetivo.
- Identificar lecciones aprendidas que puedan ser transferidas y aplicarse para la consolidación y la sustentabilidad de los avances (en los 7 países y también en el resto de la región LAC).
- Documentar innovaciones mediante “estudios de caso” en dos países: Nicaragua y República Dominicana.

La evaluación abarcó el período completo de la implementación de la iniciativa en los siete países.

## **II. ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS**

### **II.1. El enfoque evaluativo**

Se entiende la evaluación como una actividad programada de reflexión sobre la acción desarrollada, la cual se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de obtención, procesamiento, análisis e interpretación de información diversa y comparaciones respecto de distintos parámetros. Su finalidad central es emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre los procesos, resultados e impactos, y así formular recomendaciones que posibiliten decisiones para la mejora de la acción. (Nirenberg, 2013, capítulo 4).

La fundamentación de los juicios valorativos depende en buena parte de la consistencia y confiabilidad de la información –cuantitativa y cualitativa– que se obtenga, para lo que se requiere de abordajes metodológicos adecuados, de técnicas apropiadas y del uso de la triangulación. (Nirenberg, 2013, capítulo 9)

Toda evaluación debe finalizar con recomendaciones para la acción futura, orientadas a introducir cambios en concepciones y comportamientos de los actores involucrados en un escenario específico.

Es importante, por eso, la socialización de los hallazgos evaluativos, lo cual no sólo tiene un sentido pedagógico orientado a la mejora de la gestión, y de construcción de nuevo conocimiento, sino también, un sentido ético en la medida que implica compartir con los actores involucrados (como sujetos activos del proceso de implementación de una intervención y por lo tanto de su evaluación) los hallazgos, los juicios, las interpretaciones y recomendaciones realizadas para su discusión, rectificación o ajuste.

### **II.2. La Teoría del cambio de la iniciativa y su evaluación**

Toda intervención – y por ende toda evaluación – orientadas a mejorar situaciones adversas o problemáticas, suponen una Teoría del Cambio (TdC). Su diseño se compone de diversas hipótesis explicativas y propositivas, con vistas al desarrollo de procesos intencionales de transformación en el campo social en general o en alguno de sus sub campos disciplinares específicos: educación, salud, trabajo, justicia, derechos, entre otros diversos. Esos sub campos lejos de ser estancos, están íntimamente interconectados, lo cual denota la complejidad de los fenómenos sociales en los que se procura intervenir. (Retolaza Eguren, 2010).

En términos sencillos, puede decirse que una TdC plantea que...:

*“...si se despliegan ciertos procesos, es decir, si se llevan adelante diversas acciones, en determinadas circunstancias (bajo determinados supuestos), y si se disponen y se usan ciertos recursos (humanos, de conocimiento, temporales, materiales, de equipamientos, financieros...) se obtendrán los resultados esperados, en términos de contribuir a superar situaciones problemáticas”.* (Nirenberg, 2013, capítulo 1).

No siempre la TdC de una intervención es explícita, sino que debe deducirse, como sucede en el presente caso. En esta iniciativa la TdC diría, en términos muy generales, que si los países cuentan con contextos legislativos y políticos propicios, que contemplen perspectiva de género y los DDHH de los adolescentes, si los RRHH de salud están debidamente capacitados en salud integral de adolescentes (especialmente en SSR y VIH), con enfoque de género y DDHH, si los servicios de salud se encuentran debidamente fortalecidos para la atención de estas poblaciones (especialmente en cuestiones de SSR y VIH), si a la vez se cuenta con apropiados sistemas de información estratégica para la toma de decisiones, si se establecen gestiones intersectoriales, alianzas estratégicas y se desarrollan estrategias comunicacionales amplias y efectivas, es más factible que las situaciones de salud de las poblaciones adolescentes de esos países mejoren y sus DDHH se concreten. Esa TdC deducida impregnó el diseño de esta evaluación y de las herramientas aplicadas. A la vez, la evaluación permitió apreciar en qué medida las implementaciones de dicha teoría en los países resulta suficiente y eficaz para la superación de las situaciones problemáticas abordadas.

### **II.3. El proceso metodológico**

Se comenzó por elaborar una matriz evaluativa con las dimensiones, variables / indicadores y las preguntas orientadoras a indagar mediante distintas fuentes o actores. Esa matriz fue sometida a discusiones, acuerdos y ajustes con los funcionarios vinculados con la iniciativa en OPS y con sus puntos focales en los países; los intercambios mencionados se realizaron vía mail, Skype, Elluminate y conferencias telefónicas. En el apartado II.5 se expone una simplificación de la matriz diseñada.

La evaluación adoptó un enfoque mixto, cuanti y cualitativo, incluyendo triangulación mediante la aplicación de diferentes técnicas y la indagación a distintos actores y en diferentes fuentes. Más específicamente, se realizó:

- Revisión y análisis de los documentos e informes generados en el contexto de la iniciativa, centralmente y en los países.
- Diseño y aplicación de cuestionarios autoadministrables a actores estratégicos de los siete países: puntos focales OPS y funcionarios nacionales involucrados en la iniciativa y detectados por los primeros. Adicionalmente se diseñó una base computarizada para cargar los datos emergentes, que permitió el procesamiento y las salidas de información en forma de tabulados y gráficos.
- Entrevistas / intercambios virtuales con los puntos focales de la iniciativa en las oficinas de OPS de los siete países, así como con los funcionarios implicados de la OPS de Washington DC.<sup>5</sup> Los

---

<sup>5</sup> También se habían previsto intercambios virtuales con funcionarios de salud de los siete gobiernos nacionales que se hubieran vinculado con la iniciativa, pero eso no fue de sencilla implementación (debían intermediarse, fijando día y hora, a

ejes indagados en los cuestionarios y en las entrevistas fueron similares, pero dado que en las entrevistas es posible re-preguntar, la posibilidad de profundizar se incrementa. Las entrevistas por Skype o Elluminate fueron grabadas, con el previo consentimiento de los entrevistados<sup>6</sup>.

- Visitas de una semana en cada caso, a dos países seleccionados por la OPS y el donante, a modo de estudios de caso para relevar lecciones aprendidas que ameritaran análisis y difusión. Fueron seleccionados Nicaragua y Rep. Dominicana; en ambos se realizaron:
  - . visitas de observación en establecimientos de servicios y entrevistas (individuales o grupales) con sus planteles,
  - . entrevistas y/o reuniones con actores como: puntos focales y funcionarios de las oficinas de OPS en cada país; funcionarios nacionales y locales de salud, académicos (de posgrados en salud de adolescentes), profesionales de servicios, representantes de Organizaciones no Gubernamentales (ONG), promotores de salud, adolescentes cubiertos por la iniciativa, entre los más relevantes.

Se diseñaron los instrumentos a utilizar en el marco de las diferentes técnicas, que se listan a continuación.

- Cuestionarios autoadministrables largos (de 120 preguntas) para puntos focales de la OPS y funcionarios nacionales<sup>7</sup> y otros complementarios cortos (de 20 preguntas) sólo para puntos focales de la OPS<sup>8</sup>.
- Formulario en Internet para carga (data entry) y procesamiento de los cuestionarios.<sup>9</sup>
- Guías para entrevistas virtuales o presenciales (personales o grupales) con puntos focales de la OPS o funcionarios nacionales.
- Guía para observación de servicios y para entrevistas con profesionales de esos servicios, de los dos países a visitar.
- Guías para entrevistas o grupos focales con adolescentes y/o con otros actores de los dos países a visitar.

Esos instrumentos fueron discutidos y acordados con la conducción de la iniciativa en OPS.<sup>10</sup>

---

través de los respectivos puntos focales), por lo que en la práctica se desistió y en cinco de los países esos funcionarios sólo respondieron los cuestionarios.

6 La grabación se usó como respaldo; las relatorías se basaron en las notas manuscritas y luego se escucharon las grabaciones para la corrección de eventuales errores u omisiones. (Sobre esta cuestión, véase Nirenberg, 2013, capítulo 9).

7 Para que los funcionarios de Haití respondan esos cuestionarios con más facilidad, se los tradujo al inglés y al francés.

8 Esos cuestionarios cortos se diseñaron pues surgieron nuevos interrogantes luego la aplicación de los largos y de realizadas las entrevistas y visitas a los países, en cuestiones como: conocimiento de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos relacionados con la salud de adolescentes por parte de los funcionarios nacionales; sentido que otorgan al enfoque de DDHH de adolescentes, así como a la perspectiva de género; especificaciones sobre el trabajo intersectorial o articulado entre los Ministerios de Salud y otras dependencias; avances en la estrategia de integración de contenidos de respuesta al VIH como componente del programa de SSR y/o de Salud de Adolescentes; avances en la eliminación de la transmisión madre - hijo del VIH y SC en adolescentes, posibilidades de sustentabilidad futura de los procesos desplegados. Se asumió que en tales cuestiones los puntos focales podrían ser informantes clave de los países.

9 Se había previsto realizar esa carga en cada país, pero se hizo en Buenos Aires, para simplificar y acortar tiempos.

10 Si bien hay en la OPS una persona responsable de la iniciativa, que es quien además conduce el programa de VIH, también se incluyeron como interlocutores a los responsables de las áreas de adolescencia, de derechos humanos, de género y de los servicios de salud.

Es destacable la importancia y el protagonismo de los puntos focales para el cumplimiento de las actividades en los siete países, sobre todo para la identificación y convocatoria de los funcionarios nacionales<sup>11</sup> que respondieron los cuestionarios y el seguimiento de su llenado. En los dos países seleccionados, también acompañaron a la consultora durante las visitas y contribuyeron en la confección de la agenda de actividades, en la identificación, convocatoria y sensibilización de los actores a entrevistar o participar de grupos focales o reuniones (autoridades y funcionarios nacionales y locales, personal de los servicios, adolescentes, otros), en la selección de uno a tres servicios de salud de atención a adolescentes para ser visitados y estuvieron presentes durante las entrevistas, reuniones y grupos focales realizados.

Además, los siete puntos focales revisaron las síntesis evaluativas redactadas para sus respectivos países, incluyendo las valoraciones de los avances o logros alcanzados en cada variable considerada, ejerciendo así su “derecho a réplica” que debe contemplarse en toda evaluación. Sus observaciones, si bien implicaron una ardua tarea, permitieron importantes ajustes en el informe final.

#### **II.4. Aplicación de la metodología evaluativa en los países**

Fue altamente positiva la respuesta de los países a las diferentes herramientas metodológicas; en la tabla que sigue se brinda un resumen de las respuestas obtenidas en los cuestionarios y entrevistas.

**Resumen de las respuesta obtenidas de los países.**

<b>Países</b>	<b>Cuestionario largo</b>	<b>Cuestionario corto</b>	<b>Entrevistas virtuales*</b>
El Salvador	3	1	1
Guatemala	8	1	1
Haití	2	1	1
Honduras	3	1	-
Nicaragua	2	1	1
Panamá	5	1	1
Rca. Dominicana	5	1	1
<b>Total</b>	<b>28 (35)</b>	<b>7</b>	<b>6 (13)</b>

\* Por Skype, Elluminate o teléfono, a puntos focales y consultores de OPS de los países.  
Elaboración propia

Hubo casos en que se unificaron las respuestas de dos o tres funcionarios en un mismo cuestionario, lo que se consideró muy valioso, pues eso implicó discusiones y acuerdos o en algunas preguntas el señalamiento de divergencias; o sea, si bien la cantidad de cuestionarios largos fueron 28, los respondientes fueron 35. Igualmente en el caso de las entrevistas virtuales, pues algunas se realizaron con dos, tres o cuatro funcionarios de OPS en forma simultánea, totalizando 6 entrevistas a 13 personas; además, hubo frecuentes interacciones virtuales (por Elluminate o telefónicas) con los funcionarios de la OPS en Washington.

En Nicaragua y en R. Dominicana hubo oportunidad de hacer entrevistas, reuniones, grupos focales y observación de servicios de modo presencial, lo cual sigue siendo, sin duda, más enriquecedor que los diversos procedimientos virtuales que hoy día se disponen. Por otra parte, las visitas se hicieron con

<sup>11</sup> Esos funcionarios o contrapartes nacionales, fueron básicamente los responsables de programas de VIH, de SSR, de Salud de Adolescentes, entre otras autoridades sanitarias.

posterioridad a la lectura de informes de avance, al llenado de los cuestionarios y la realización de interacciones virtuales con los respectivos puntos focales, por lo cual la evaluadora llegó a los países con conocimientos previos e interrogantes para profundizar.

## II.5. La matriz síntesis evaluativa

Para una visión rápida del marco conceptual adoptado por la evaluación – acorde con el de la iniciativa – y a efectos de facilitar el diseño de los instrumentos, se elaboró una matriz síntesis, con las dimensiones (o grandes ejes analíticos) a considerar, así como las variables o indicadores y las principales preguntas evaluativas que en cada caso debían ser respondidas. Se formularon cinco dimensiones, que se comprenden mejor analizando el detalle de sus variables e indicadores, así como las preguntas evaluativas formuladas en cada caso).<sup>12</sup>

El diseño preliminar de la matriz síntesis se distribuyó entre los interlocutores en la OPS y sus puntos focales en los países involucrados. Así, se recibieron observaciones y sugerencias que permitieron su ajuste.

### Matriz Síntesis Evaluativa (simplificada)

**DIMENSIÓN I:** Contextos legislativos y políticos propicios para programas de salud integral, en especial de SSR y de prevención/control del VIH para adolescentes, con enfoque de género y DDHH.

Variables	Principales preguntas evaluativas (indicadores)
D.I.1. Existencia en los países de leyes para protección y promoción de la salud (SSR y VIH) y desarrollo integral de adolescentes.	¿Hay en el país <u>legislación que promueva y proteja a los adolescentes para su salud y desarrollo integral</u> ? <u>Esas leyes son consistentes con los tratados y estándares internacionales y regionales de derechos humanos</u> ? ¿Las leyes especifican los temas de SSR y prevención y atención del VIH, SC y otras ITS <sup>13</sup> ? ¿El país tiene <u>leyes que protejan los DDHH de adolescentes que viven con VIH</u> ? ¿y <u>en especial a los de grupos vulnerables</u> (HSH, LGTBI <sup>14</sup> , etc.)?
D.I.2. Existencia en los países de políticas (planes/ programas) de salud integral de adolescentes. (PAHO RER 4.6.1)	¿Existe en el país <u>política (plan/programa) de salud integral de adolescentes</u> ? ¿En qué medida se está <u>implementando</u> ? ¿Desde y hasta cuándo tiene <u>vigencia</u> ? ¿Cuáles son sus <u>contenidos</u> (especialmente SSR y VIH e ITS)? ¿Tiene <u>fondos asignados</u> ? ¿De qué <u>fuentes</u> ? ¿Hay un <u>responsable nacional a cargo</u> ? ¿Se conformó un <u>equipo nacional</u> ? ¿Se ha hecho <u>revisión</u> de esa política (plan/programa) <u>a la luz de las obligaciones de derechos humanos establecidas en los tratados y estándares internacionales y regionales de DDHH</u> ?
D.I.3. Existencia en los países de políticas (planes/programas) de salud en respuesta al VIH de acuerdo con el Marco Universal de Acceso <sup>15</sup> . (PAHO RER 2.2.1)	¿Existe en el país <u>política (plan/programa) de salud en respuesta al VIH</u> ? ¿Tiene en cuenta el <u>Marco Universal de Acceso</u> ? ¿En qué medida se está <u>implementando</u> ? ¿Desde y hasta cuándo tiene <u>vigencia</u> ? ¿Esta política (plan/programa) define <u>estrategias para llegar a los adolescentes</u> ? ¿Cuáles son sus <u>contenidos</u> ? ¿Tiene <u>fondos asignados</u> ? ¿De qué <u>fuentes</u> ? ¿Hay un <u>responsable nacional</u>

12 Acá, a efectos de simplificación, sólo se transcriben las variables y preguntas formuladas. Nótese que las preguntas contienen los indicadores considerados (especialmente subrayados en la segunda columna).

13 SC = Sífilis Congénita. ITS = Infecciones de Transmisión Sexual.

14 HSH = Hombres que tienen sexo con hombres. LGTBI = Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

15 El Marco Universal de Acceso hace referencia a la disponibilidad continua de servicios de atención integral a la población, independientemente de cuál sea su condición jurídica o capacidad de pago. (Véase OPS, 2006).



(PAHO RER 2.1.7)	a cargo? ¿Se conformó un <u>equipo nacional</u> ? ¿Se ha hecho <u>revisión de esa política (plan/programa) a la luz de las obligaciones establecidas en los tratados y estándares internacionales y regionales de DDHH?</u>
D.I.4. Existencia en los países de política (planes/programas) de SSR con acceso universal. (PAHO RER 4.1.2) (PAHO RER 4.7.1)	¿Existe en el país <u>política (plan/ programa) de SSR con acceso universal</u> ? ¿En qué medida se está <u>implementando</u> ? ¿Desde y hasta cuándo tiene <u>vigencia</u> ? ¿Cuáles <u>contenidos</u> incluye? ¿Tiene <u>fondos</u> asignados? ¿De qué <u>fuentes</u> ? ¿Hay un <u>responsable nacional a cargo</u> ? ¿Se conformó un <u>equipo nacional</u> ? ¿Se ha hecho <u>revisión de esa política (plan/programa) a la luz de las obligaciones establecidas en los tratados y estándares internacionales y regionales de DDHH?</u>
D.I.5. Conocimiento y utilización en los países de normas y estándares internacionales y regionales de DDHH reflejados en leyes, políticas y/o planes nacionales de salud de adolescentes (SSR y VIH). (PAHO RER 7.4.1)	¿Los funcionarios y los profesionales de <u>los servicios conocen las normas y estándares internacionales y regionales de DDHH</u> en especial en lo referente a la salud de adolescentes? ¿El país está <u>usando normas y estándares internacionales y regionales de DDHH para revisar y/o formular leyes, políticas (planes/programas) nacionales de salud de adolescentes</u> , en especial de SSR y VIH? ¿Usan herramientas de DDHH y documentos de lineamientos técnicos desarrollados por la OPS para esos efectos?

**DIMENSIÓN II:** Capacidades de los RRHH para acciones orientadas a la salud integral de adolescentes, en especial en SSR y la prevención del VIH, con enfoque de género y basados en los DDHH.

<b>Variables</b>	<b>Principales preguntas evaluativas (Indicadores)</b>
D.II.1. Existencia en los países de un currículo de formación de RRHH en salud para los adolescentes.	¿Hay en el país un <u>currículo para la formación de RRHH en salud para los adolescentes</u> ? ¿Cuál es su <u>dependencia institucional o académica</u> ? ¿A qué <u>destinatarios</u> se orienta? ¿Qué <u>duración o carga horaria</u> tiene? ¿Qué tipo de <u>certificación</u> otorga? ¿Incluye <u>contenidos de SSR y VIH, enfoque de género y DDHH</u> ? ¿Desde <u>cuándo</u> se imparte?
D.II.2. RRHH según tipo que fueron formados en salud para los adolescentes, especialmente en SSR y VIH, enfoque de género y DDHH.	¿Qué <u>tipo de RRHH</u> fueron formados y <u>cuántos</u> de cada tipo? ¿En esas formaciones se incluyeron <u>contenidos</u> de SSR y VIH, enfoque de género y DDHH? ¿Se <u>formaron otros RRHH</u> no pertenecientes al sector salud, pero vinculados con la población adolescente, en temas de SSR y VIH e ITS?

**DIMENSIÓN III:** Ampliación / fortalecimiento de los servicios de salud, especialmente en SSR y VIH para los adolescentes, con enfoque de género y basados en los DDHH.

<b>Variables</b>	<b>Principales preguntas evaluativas (Indicadores)</b>
D.III.1. Existencia en el país de un paquete de normas / protocolos y estándares de calidad sobre servicios integrales de salud para adolescentes, en especial en SSR y VIH con enfoque de género y DDHH. (PAHO RER 4.6.2)	¿Hay en el país un conjunto de <u>normas/protocolos para brindar servicios integrales de salud para adolescentes</u> ? ¿Desde <u>cuándo</u> existen? ¿Hubo <u>reformulaciones normativas</u> ? ¿Qué <u>cambios</u> se incluyeron? ¿Esas normas incluyen SSR y VIH, enfoque de género y DDHH? ¿En qué medida <u>esas normas son conocidas e implementadas por los RRHH de los servicios</u> ? ¿Hay <u>estándares de calidad para evaluar los servicios de salud a adolescentes</u> ? ¿Se <u>utilizan las normas y los estándares</u> ?
D.III.2. Accesibilidad, utilización	¿En los establecimientos de salud (de 1er y 2do nivel) <u>atienden a</u>

<p>y calidad de los servicios de los diferentes niveles de atención que brindan atención integral a adolescentes, especialmente en SSR y VIH. (PAHO RER 2.1.1)</p>	<p><u>adolescentes aunque no estén acompañados por adultos a cargo?</u> ¿Les <u>entregan MAC</u><sup>16</sup>? ¿Les <u>realizan</u> <u>testeo de VIH</u>? ¿En caso de <u>VIH positivos</u>, les <u>entregan TARV</u><sup>17</sup>? ¿Les brindan <u>consejería para prevención de embarazos no deseados</u>? ¿Y para <u>evitar transmisión de VIH y otras ITS</u>? ¿Existe algún tipo de <u>discriminación</u> por parte de los RRHH de los servicios, especialmente por motivos de expresión o identidad del género u orientación sexual? ¿Han mejorado la <u>accesibilidad</u>, la <u>utilización</u> y la <u>calidad de estos servicios</u> en los últimos cinco años? ¿Los adolescentes <u>participan</u> en el diseño y la prestación de estos servicios? ¿Cómo?</p>
<p>D.III.3. Existencia de intervenciones innovadoras e integrales, basadas en la comunidad y las familias, que tomen en cuenta las obligaciones establecidas en los tratados y estándares internacionales y regionales de DDHH, para promover salud integral de adolescentes, en especial prácticas sexuales seguras y prevención del VIH y otras ITS. (PAHO RER 6.6.1)</p>	<p>¿Existen en el territorio nacional <u>iniciativas integrales e innovadoras orientadas a la salud integral de adolescentes</u>, que incluyan SSR y prevención y promoción del VIH y otras ITS, y que se realicen con protagonismo de las familias y las comunidades? ¿Se incluyen <u>promotores comunitarios</u> (especialmente adolescentes) en acciones de prevención en SSR y del VIH y otras ITS? ¿Se desarrollan acciones orientadas a <u>fortalecer las familias en cuestiones de SSR y para la prevención del VIH y otras ITS</u>? En especial, ¿se <u>implementa el programa de la OPS “Familias Fuertes”</u>?. ¿En esas intervenciones innovadoras se toman en cuenta las obligaciones establecidas en los tratados y estándares internacionales y regionales de derechos humanos?</p>

**DIMENSIÓN IV:** Desarrollo de sistemas de información estratégica para toma de decisiones apropiadas en relación con los programas de salud integral de adolescentes (en especial SSR y prevención/control del VIH).

<b>Variables</b>	<b>Principales preguntas evaluativas (Indicadores)</b>
<p>D.IV.1. Existencia de sistema de información de calidad (o sea, pertinente, confiable y actualizada) sobre salud de adolescentes, especialmente SSR y prevención/control del VIH. (PAHO RER 2.4.1) (PAHO RER 4.2.1)</p>	<p>¿Se desarrolló un <u>sistema de información</u> que incluya salud de adolescentes, especialmente en cuestiones de SSR y VIH? ¿La información es a nivel nacional y se desagrega por estados/ departamentos/ provincias y/o regiones sanitarias? ¿Se desagrega por edad y sexo? ¿Qué otras variables se incluyen? ¿Cada cuánto se <u>actualiza</u>? ¿La información es <u>pertinente</u>? ¿Es <u>confiable</u>? ¿Se incluye <u>información sobre vulneraciones de derechos humanos en relación con la SSR y VIH</u>, en especial por motivos de <u>expresión o identidad del género u orientación sexual</u>?</p>
<p>D.IV.2. Accesibilidad y utilización de la información en los diferentes niveles decisionales.</p>	<p>¿El <u>sistema de información es accesible para los diferentes niveles decisionales</u>? ¿La <u>información se utiliza para la toma de decisiones en los diferentes niveles</u> (nacional, estadual, local, de los servicios)?</p>

**DIMENSIÓN V:** Alianzas estratégicas para la colaboración con otros sectores y actores sociales: establecimientos educativos, justicia, legislatura, trabajo, organizaciones de la sociedad/comunitarias y medios de comunicación.

<b>Variables</b>	<b>Principales preguntas evaluativas (Indicadores)</b>
<p>D.V.1. Articulaciones intra e intersectoriales de las políticas</p>	<p>¿Las diferentes intervenciones del sector salud orientadas a adolescentes <u>se articulan</u> entre sí? ¿Las intervenciones de SSR y</p>

16 Métodos Anti Conceptivos

17 Tratamientos anti retrovirales

(planes/programas) vigentes en SSR, VIH y salud integral de adolescentes. (PAHO RER 2.5.4)	VIH orientadas a adolescentes se <u>articulan con otros sectores</u> , como educación, trabajo, justicia, legislatura, tribunales de justicia, defensorías o secretarías de derechos humanos, deportes? ¿En qué consisten tales articulaciones? Especialmente ¿qué <u>acciones se desarrollan con base en las escuelas?</u>
D.V.2. Articulaciones de las políticas (planes/programas) vigentes en SSR, VIH y salud integral de adolescentes con organizaciones y actores comunitarios. (PAHO RER 2.5.4)	¿Se cuenta con un <u>mapeo de organizaciones sociales o de la sociedad civil (OSC)</u> ? ¿Las intervenciones de SSR y VIH para adolescentes incluyen <u>acciones articuladas entre el sector salud y OSC</u> ? ¿Se <u>articula con los líderes comunitarios</u> en los niveles locales? ¿En qué consisten tales articulaciones? ¿Hay <u>protagonismo de los adolescentes</u> en las distintas etapas de la gestión de las intervenciones (planificación, ejecución y evaluación)?
D.V.3. Comunicación social e inclusión de los medios en las políticas (planes/programas) vigentes en SSR, VIH y salud integral de adolescentes.	¿Las iniciativas de SSR y VIH orientadas a adolescentes incluyen una <u>estrategia comunicacional</u> que contemple las obligaciones establecidas en los tratados y estándares internacionales y regionales de Derechos Humanos? ¿Resultó <u>efectiva</u> ? ¿Se <u>involucran los medios de comunicación</u> (radio, TV, prensa escrita)? ¿Se incluye una estrategia comunicacional específica en las <u>redes sociales por Internet y/o por telefonía móvil</u> ?

Dado que esa matriz refleja el “deber ser” o “imagen ideal” (o sea, especifica la teoría del cambio) de la iniciativa, sirvió como inapreciable parámetro o guía, tanto para la recogida de datos como para la elaboración del informe final.

Se tuvo cuidado que los indicadores planteados por la iniciativa antes de esta evaluación (en la línea de base y en la citada evaluación de medio término), tengan correspondencia con los formulados en esta ocasión, procurando estos últimos mayor amplitud (motivo por el cual se los formuló). Para destacar esa correspondencia, en cada caso se señalan los indicadores formulados antes por la iniciativa con su numeración, entre paréntesis y con letra cursiva en la primera columna de la matriz; por ejemplo: (PAHO RER 4.6.2), aun sabiendo que la correspondencia no es exacta. Hay casos en que no existió indicador previo, como por ejemplo en las variables de la dimensión II.

### III. PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Por razones de extensión del texto, no se hacen en esta ponencia mayores referencias al proceso de aplicación de las técnicas e instrumentos, que si bien fue bastante dificultoso, los inconvenientes pudieron superarse gracias a la contribución de los puntos focales y la constante comunicación que la evaluadora sostuvo con ellos, por vías virtuales o telefónicas.

En relación con los procesamientos de la información obtenida, como se anticipó, los cuestionarios se cargaron en una base computarizada y se emitieron salidas en tabulados y gráficos. En cuanto a las entrevistas virtuales, así como de las visitas a los países, la evaluadora preparó relatorías exhaustivas, donde los títulos se correspondieron con las dimensiones y los subtítulos con las variables; en los respectivos textos se incluyeron los indicadores, como respuestas a las preguntas formuladas.

Fue en base a tales productos que se pudo avanzar en el proceso de análisis de los resultados.

Primeramente se sistematizaron y analizaron los resultados país por país, siguiendo el ordenamiento de las dimensiones y sus respectivas variables, procurando responder en cada caso las preguntas

evaluativas, usando la información obtenida por las diferentes vías. Por dar un ejemplo de uno de los textos redactados como sistematización para cada variable, se transcribe el texto de la Variable 2 de la Dimensión I: accesibilidad, utilización y calidad de los servicios de los diferentes niveles de atención que brindan atención integral a adolescentes, especialmente en SSR y VIH, para Nicaragua:

*“...durante el período aumentó el acceso, se incrementó la utilización y mejoró la calidad de los servicios de salud para adolescentes. Si bien aún es baja, la utilización de servicios por parte de adolescentes ha incrementado su peso en la utilización total de un 8% a un 15% (casi un 90% de aumento) en los últimos cinco años. Aunque formalmente no hay restricciones por parte de los servicios de salud para el acceso de adolescentes, persiste en estos últimos y en sus progenitores concepciones culturales y generacionales que limitan que acudan solos a la atención, sin estar acompañados por sus familiares o adultos a cargo, por lo que debería intensificarse una estrategia de sensibilización en tal sentido. Afirman que en los últimos cinco años hubo muchos avances en la consideración de los derechos de adolescentes LGTBI en los servicios de salud. Sin embargo, pudo apreciarse que aún existen conductas discriminatorias por parte del personal de los servicios hacia los adolescentes, por un lado por la cuestión generacional, pero también en casos de las poblaciones LGTBI que son frecuentemente rechazados por muchos profesionales, lo cual suele ocurrir en las zonas rurales más que en las urbanas. Respecto de las adolescentes que se inician sexualmente en forma temprana o que acuden por embarazo, suelen manifestarse conductas o expresiones condenatorias por parte del personal de salud. Para evitar esas conductas se organizan charlas o capacitaciones, pero no es mucho lo logrado en ese sentido. Los adolescentes participan de los servicios, sobre todo en los establecimientos del primer nivel de atención, no tanto en el segundo; asisten a capacitaciones, realizan acciones promocionales, entre otras actividades.”*

Si se considera que fueron 17 las variables contempladas (contando las que se agregaron ulteriormente) con sus respectivos indicadores, y 7 los países incluidos, es posible imaginar la extensión del análisis de los resultados evaluativos (que brindaron el fundamento para las valoraciones), tomando en cuenta la medida del texto que antecede (que no es de los más extensos) para una sola variable de un solo país.

Una vez sistematizada la información obtenida para cada variable y dimensión en los siete países, se valoraron los avances observados, usando una escala de cuatro puntos<sup>18</sup>, donde:

- 1) MUCHO equivale a que la variable se está implementando totalmente (al 100%).

---

<sup>18</sup> En la línea de base y la evaluación de medio término se había usado una escala de tres puntos: Sí, No, En proceso. En esta ocasión eso fue modificado, porque se consideró metodológicamente recomendable la utilización de escalas de cuatro categorías, debido a la frecuente tendencia al posicionamiento en el punto medio. Además, las escalas deben ordenarse en forma creciente o decreciente, pero nunca entremezclada; nótese que en la escala usada en las evaluaciones previas la tercera categoría (“En proceso”) era mejor que la segunda (“No”), vale decir: el No debió estar en último lugar en vez del punto medio de la escala. Se aclara que para las comparaciones, se decidió que las actuales categorías Mucho y Bastante sumadas se correspondieran con la previa Sí, la actual categoría Poco se correspondiera con la previa En proceso y Nada se correspondiera con la previa No.

- 2) BASTANTE equivale a que la variable se está implementando parcialmente (al menos al 50%).
- 3) POCO equivale a que la variable se está implementando muy parcialmente (por debajo del 50%) o bien fue formulada o programada o prevista, pero aún no implementada.
- 4) NADA equivale a que la variable no está formulada ni prevista y por consecuencia, no está implementándose.

Así, se obtuvieron más de 17 tablitas como la que sigue, para cada una de las variables.

#### Ejemplo de Tabla de Valoraciones de variables (D.I. V.2)

Países	ELS	GUT	HAI	HON	NIC	PAN	DOR
Avances Mucho					X	X	X
Bastante	X	X		X			
Poco			X				
Nada							

Seguidamente se elaboró una matriz síntesis de esas valoraciones de avances/logros en los países, según las dimensiones y variables del modelo evaluativo. Como puede verse, se usaron colores similares a los semáforos: verde oscuro para Mucho, verde claro para Bastante, anaranjado (amarillento) para Poco y rojo fuerte para Nada.

Esa matriz, tan sintética, resultó muy potente para visibilizar los principales avances/logros en los diferentes países; también surgen inequívocamente los desafíos pendientes en cada tema, en los que se deben profundizar acciones superadoras, y en qué países. Permite además comparar con los resultados obtenidos en la evaluación de medio término y la línea de base. Pero, aun así, son las informaciones sistematizadas y relatadas en prosa las que dan riqueza y real contenido a los juicios valorativos fundamentados y las recomendaciones, que se reitera, son los verdaderos meollos de toda evaluación.

#### Matriz síntesis de las valoraciones de avances/logros en los países

DIMENSIONES Y VARIABLES	Valoraciones de los avances/logros			
	Mucho (Verde osc.)	Bastante (Verde cl.)	Poco (Amarillo)	Nada (Rojo)
<b>D.I. Contextos legislativos y políticos propicios...</b>				
1. Existencia de leyes para protección y promoción de la salud (SSR y VIH) y desarrollo integral de adolescentes / jóvenes	NIC, DOR	ELS, GUT, HON, PAN	HAI	
2. Existencia de políticas (planes/ programas) de salud integral de adolescentes/jóvenes. (PAHO RER 4.6.1)	NIC, PAN, DOR	ELS, GUT, HON	HAI	
3. Existencia de política (planes/programas) de resp. al VIH s/Marco Universal de Acceso. (PAHO RER 2.2.1). (PAHO RER 2.1.7)	ELS, HON, NIC, DOR		GUT, HAI, PAN	
3'. Valoración de los avances en la eliminación de la transmisión madre - hijo del VIH y SC en adolescentes.	HON, NIC, DOR	ELS, HAI, PAN	GUT	
4. Existencia de política (planes/programas) de SSR con acceso universal. (PAHO RER 4.1.2), (PAHO RER 4.7.1)		ELS, NIC, PAN, DOR	GUT, HAI, HON	
5. Conocimiento/utilización normas/estándares de DDHH reflejados en leyes y políticas de salud de adolescentes(SSR y VIH). (PAHO RER 7.4.1).		ELS, GUT, NIC, DOR	HON, PAN	HAI

<b>D.II. Capacidades de los recursos humanos...</b>				
1. Existencia de un currículum de formación de RRHH en salud para adolescentes...		ELS, GUT, NIC, DOR	HAI, HON, PAN	
2. RRHH según tipo que fueron formados en salud de adolescentes	NIC, DOR	ELS, GUT, HAI, HON, PAN		
<b>D.III. Fortalecimiento de los servicios de salud en SSR y VIH para adolescentes...</b>				
1. Existencia de normas / protocolos y estándares de calidad sobre servicios integrales de salud para adolescentes (PAHO RER 4.6.2)	NIC, DOR	ELS, GUT, HON, PAN		HAI
2. Accesibilidad, utilización y calidad de los servicios para adolescentes, especialmente en SSR y VIH. (PAHO RER 2.1.1)	ELS, DOR	HON, NIC	GUT, PAN	HAI
3. Existencia de intervenciones innovadoras e integrales, basadas en la comunidad y las familias... (PAHO RER 6.6.1)	ELS, NIC, DOR	GUT, HAI, HON, PAN		
<b>D.IV. Desarrollo de sistemas de información estratégica para toma de decisiones apropiadas...</b>				
1. Existencia de sistema de información de calidad sobre SSR y prevención /control del VIH. (PAHO RER 2.4.1), (PAHO RER 4.2.1)		ELS, HON, NIC, PAN, DOR	GUT, HAI	
2. Accesibilidad y utilización de la información en los diferentes niveles decisionales		PAN, DOR	ELS, GUT, HAI, HON, NIC	
<b>D.V. Alianzas estratégicas (intersectorialidad)...</b>				
1. Articulaciones intra e intersectoriales en SSR, VIH y salud integral de adolescentes y jóvenes. (PAHO RER 2.5.4)		ELS, GUT, NIC, DOR	HAI, HON, PAN	
1'. Integración de contenidos de respuesta al VIH como componente del programa de SSR y/o de Salud de Adolescentes.	HAI, HON, DOR	ELS, NIC, PAN	GUT	
2. Articulaciones de políticas en SSR, VIH y salud integral de adolescentes con OSC y actores comunitarios. (PAHO RER 2.5.4)		ELS, NIC, PAN, DOR		GUT, HAI, HON
3. Comunicación social e inclusión de los medios en las políticas de SSR, VIH y salud integral de adolescentes.		HON, NIC, DOR	PAN, ELS	GUT, HAI

Se hace notar que en la tabla precedente se agregaron dos variables: la D.1, V.3', referida a la transmisión vertical del VIH en adolescentes y la D.V, V.1' sobre la integración programática entre Salud de Adolescentes y SSR; ambas variables fueron solicitadas por la conducción de la iniciativa, luego de los acuerdos sobre la matriz evaluativa y el diseño y aplicación de los cuestionarios largos; de modo tal que, ya se dijo, se realizaron indagaciones ad-hoc sobre esos temas (cuestionarios cortos a los puntos focales).<sup>19</sup>

Volviendo a los informes evaluativos por países y las valoraciones, los puntos focales pudieron revisarlos, debatirlos con sus contrapartes nacionales, y proponer observaciones y ajustes que fueron considerados y en algunos casos aceptados, siempre aclarando los fundamentos para incorporarlos o no. La comparación con las situaciones anteriores (2008 y 2012) resultó muy favorable para el 2014.

<sup>19</sup> Hubo otras cuestiones añadidas, pero pudieron considerarse como especificaciones o indicadores parciales de variables ya existentes. Ver al respecto la nota al pie n° 7. Salvo la cuestión de la sustentabilidad de los procesos desplegados, que fue una variable añadida que por su relevancia ameritó un capítulo en sí mismo, que acá, por razones de longitud, no se comenta.

Se confeccionó otra tabla (anexa) donde se sintetiza la situación del conjunto de países según los indicadores, antes y después de la iniciativa; allí se hace referencia a la cantidad de países donde existen o no los procesos relacionados con cada uno de los indicadores, más allá de la ponderación según escalas de los avances respectivos, lo que ya se hizo precedentemente. Nuevamente, se evidencia que durante el período de implementación de la iniciativa hubo avances en esos países en los aspectos considerados, lo cual sugiere la eficacia alcanzada, en general, en la implementación de la iniciativa.

#### **IV. BREVÍSIMA SÍNTESIS DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES<sup>20</sup>**

Han sido importantes los avances y logros en los diferentes aspectos considerados en esta evaluación, debido a los aportes y apoyos brindados por la iniciativa, que en los siete países aprecian mucho. Durante el período se han incluido en las agendas públicas nacionales (leyes, políticas, planes y programas) las cuestiones prevalentes que afectan a las poblaciones adolescentes: el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias, las distintas formas de violencia, el sexo inseguro, el embarazo temprano (no deseado ni programado) y su contribución importante a las muertes maternas y al bajo peso al nacer de esos niños de mamás adolescentes, las infecciones por VIH y otras ITS, así como el porcentaje de rezago y abandono educativo que todo ello provoca y que incide en las ulteriores posibilidades de inserciones laborales y por ende en la precariedad de la vida adulta futura, como también en la reproducción intergeneracional de vulnerabilidades. Esas cadenas de efectos mutuos nocivos que interfieren en la concreción de sus DDHH y se multiplican a lo largo del curso de vida, pueden ser prevenibles si se implementan intervenciones integrales, adecuadas y oportunas.

La letra escrita de las legislaciones, políticas, planes y programas nacionales generarían ambientes propicios para revertir esos procesos deletéreos o potenciar aquellos que resultan positivos. Esas leyes y políticas han sido reformuladas o revisadas en la mayoría de estos países, a la luz del enfoque de DDHH y de género. Aunque en alguno aún no se han promulgado, la expectativa es que próximamente tales leyes entrarán en vigencia y podrán verse reflejadas en políticas, planes, programas y normativas. Pero debe reconocerse que, pese a los avances en el plano discursivo y de la legislación, aún no son plenas las implementaciones de modo efectivo en los desempeños y las prácticas de las organizaciones e instituciones garantes que brindan servicios a los adolescentes. Es visible la proverbial distancia entre la ley y su aplicación, entre el plano normativo y el de la práctica, entre el discurso y la acción; son los comportamientos o las prácticas los que en última instancia deben transformarse y allí aún hay importantes desafíos pendientes.

El enfoque de DDHH parte de considerar que los grupos excluidos de determinados bienes o servicios son titulares de derechos que obligan al Estado. Al introducir este concepto se intenta cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas (y de su evaluación), para que el punto de partida no

---

<sup>20</sup> Se seleccionaron y abreviaron sólo algunas de las conclusiones y recomendaciones, para preservar la longitud de esta ponencia.

sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino de sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas por parte de los actores o instituciones garantes.

Las intervenciones que se emprendan con este enfoque no se limitan al cumplimiento de mandatos morales, éticos o políticos, sino que tienen por objetivo hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos. Los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren mecanismos para hacerlas exigibles y darles cumplimiento.

Traduciendo eso para el segmento adolescente, significa que ellos son personas titulares de derechos y obligaciones, al igual que los adultos y, por lo tanto, sujetos de derechos, por lo que no pueden ser considerados objetos pasivos de protección del Estado y/o de sus padres. Las instituciones y actores garantes deben brindarles protección contra la discriminación, los malos tratos y la explotación, facilitar su participación en las decisiones que afectan sus vidas presentes o futuras, promover el disfrute de la privacidad y el acceso a la educación y a los servicios de salud; los establecimientos de salud (y de educación) deben brindarles información adecuada, en este caso especialmente sobre SSR, VIH y MAC, con vistas a garantizar su seguridad y bienestar; por supuesto, también a atenderlos sin necesidad de estar acompañados por familiares o adultos a cargo.

Actualmente las estrategias de desarrollo y de reducción de la pobreza reconocen la importancia de dotar de poder a los sectores pobres, excluidos o vulnerables, como algo esencial para efectivizar sus derechos. La concientización y el empoderamiento de las personas o los grupos en situaciones desventajosas, se muestran como prerequisites de tal concreción.

De este modo, el enfoque de DDHH para las intervenciones sociales (entre ellas, las de salud) impone con mayor claridad la necesidad de desplegar dos tipos de sub-intervenciones: por un lado, las orientadas al empoderamiento del segmento poblacional al que se dirigen, para que los que lo integran se asuman como sujetos de derechos y por ende con capacidades para reclamar su efectivo cumplimiento o protestar por su vulneración; por otro lado, las orientadas hacia las principales instituciones garantes, de las que son principales las del Estado, pero sin dejar de considerar todas aquellas instancias (organizaciones o grupos) por las que transcurre o con las que se vincula la vida de los destinatarios. (Nirenberg, 2013, cap. 1).

Los desafíos pendientes o recomendaciones, en función de lo dicho, son:

- Avanzar en implementación articulada de políticas/programas de salud integral de adolescentes, de respuesta al VIH y de SSR.
- Promover para esas políticas/programas, una asignación de fondos suficientes (de los tesoros nacionales y de otras fuentes nacionales o no).
- Desarrollar políticas/programas nacionales y locales de SSR, consistentes con las estrategias o legislaciones existentes.
- Sensibilizar y capacitar a los funcionarios de los niveles locales y los RRHH de los establecimientos de salud (de 1er y 2do nivel) en lo referente a las normas y estándares internacionales y regionales de DDHH orientados a adolescentes. Asimismo, deberían incluirse en



tales sensibilizaciones y capacitaciones las propias leyes y políticas nacionales. De otro modo no será posible producir cambios en las prácticas de los RRHH de los servicios.

- Sensibilizar a los adolescentes y sus familias – empoderarlos – acerca del autocuidado y la utilización de servicios así como de sus DDHH, sobre todo en materia de SSR y prevención / atención del VIH. De otro modo será difícil conseguir cambios en las concepciones y comportamientos de la población, especialmente en relación con la SSR (el control de los embarazos adolescentes no deseados o planificados, del VIH, la SC y otras ITS).
- Dado que es baja la propensión de la población adolescente para acudir a los servicios de salud, sobre todo si se trata de conseguir información u orientaciones promocionales y preventivas en materia de SSR y VIH, entrega de MAC y test de VIH, son necesarias estrategias eficaces de captación, de modo de “acercarles” esas prestaciones y promover esas utilidades. Por lo general esas no son acciones que desarrollen los planteles de los servicios de salud, las que sobre todo deberían brindarse en el primer nivel de atención y a través de promotores, preferiblemente a través de adolescentes “aventajados”<sup>21</sup>.
- Avanzar en el “acceso universal” de adolescentes a los servicios, especialmente en información / orientación / atención en SSR y VIH, sin acudir acompañados por familiares o adultos a cargo.
- Es proverbial en toda la región de LAC el hecho de que los usuarios, sean o no adolescentes, acuden directamente a los servicios hospitalarios en lugar de atenderse en el primer nivel de atención, aunque éste les resulte más cercano a sus viviendas y por ende más económico<sup>22</sup>. Las razones parecen radicar en que los hospitales brindan un espectro más amplio de prestaciones, todas concentradas en el mismo lugar, y por ende prefieren trasladarse aunque deban gastar en transporte y soportar mayores tiempos de espera presencial (que muchas veces superan las 5 o 6 horas). Así, los establecimientos hospitalarios, especialmente los de referencia, muestran un altísimo grado de saturación. Deberían desarrollarse acciones específicas para revertir ese modo de utilización de servicios, por una parte actuando sobre la oferta, sobre todo fortaleciendo planteles y equipos, brindando un paquete más amplio de prestaciones en las unidades o centros de salud del primer nivel, con mayor amplitud y adecuación horaria, y promoviendo una mejor articulación entre establecimientos de diferentes niveles resolutivos; pero también, desde el lado de la demanda, mediante concientización en la población usuaria acerca de las modalidades de utilización de servicios, según los problemas de salud.
- El núcleo más duro y reactivo a los cambios, desde la oferta de servicios, son las concepciones y las prácticas de los RRHH en los establecimientos, donde se deben concretar los contenidos y

---

21 Se hace referencia al “trabajo entre pares” entre adolescentes desaventajados (vulnerables) y aventajados, en términos socio económicos, educativos, etarios... Esa ha demostrado ser una estrategia muy eficaz en las intervenciones orientadas a poblaciones adolescentes. (Nirenberg, 2006, capítulo 3).

22 No se verifica en estos países (ni en general en LAC) uno de los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) que postula al primer nivel de atención como aquel que puede solucionar más del 90% de los problemas de salud y como puerta de entrada a la red de servicios (ordenada según niveles de complejidad, con adecuados sistemas de referencia y contra referencia), tratándose, en mayor o menor grado, de sistemas “hospital-céntricos”.

normativas relacionados con tales problemas y enfoques; y desde el lado de la demanda se trata de las creencias (sobre todo, pero no solamente, las religiosas) y los comportamientos de la población (adolescentes y sus familiares), difíciles de modificar en plazos cortos.

- Son importantes, en el caso de los RRHH, las capacitaciones y los estímulos para la acción (no exclusivamente monetarios); las primeras deben asumir características adecuadas: ser permanentes, continuas, persistentes, progresivas; es aconsejable incluir y favorecer aprendizajes desde la propia práctica; la introducción de procesos de autoevaluación de desempeños y resultados es para ello una herramienta poderosa.
- Pudo apreciarse que las capacitaciones de RRHH suelen realizarse “en cascada”<sup>23</sup>; deberían monitorearse más intensamente esos procesos, para evitar que se desvirtúen contenidos y para que realmente tengan llegada a los actores significativos. Además, debería considerarse la realización de “capacitación entre países”, según las respectivas fortalezas y debilidades en determinados temas, como modalidad sumamente enriquecedora y tomando en cuenta que las distancias geográficas (y los costos) no suelen ser tan considerables entre los países involucrados.
- En cuanto a la participación de los adolescentes en los servicios de salud, salvo en dos países, la misma es aun considerablemente baja (o nula) y en los casos en que existe se da más en los establecimientos del primer nivel de atención. En varios casos se han formado promotores adolescentes o jóvenes para realizar trabajo entre pares, pero no siempre se verifica realmente el vínculo de esos promotores con los establecimientos de salud. De modo que el tema de la participación y protagonismo adolescente, como derecho básico, es un campo para realizar aún importantes avances y profundizaciones.<sup>24</sup>
- En aquellos países en que las acciones son más lentas y por ende más lejanos los cambios a lograr, es aconsejable fortalecer las estrategias de gestión (de los niveles centrales y locales), incluyendo no sólo los contenidos y procedimientos relevantes y apropiados, sino además planteando simultaneidad en las acciones para superar la pura secuencialidad muchas veces observada.
- Es necesario difundir en forma amplia, hacia los RRHH y funcionarios de los países, los materiales didácticos y documentales desarrollados por OPS en los temas sobre adolescencia, DDHH, SSR y VIH. Eso se viene haciendo, pero debe tenerse en cuenta que el proceso de aprendizaje va más allá de la acumulación de materiales (aunque fueran realmente leídos), pues se orienta al cambio de concepciones, para lo cual se deberían instalar procesos innovadores de formación profesional (en servicio), enlazados con la propia acción, la reflexión y sistematización de las prácticas y la autoevaluación por parte de los RRHH.
- En materia de sistemas de información, los desafíos son:

---

23 Sintéticamente, se refiere a la capacitación de multiplicadores, que luego replican los contenidos en sus respectivas localizaciones a un número variable de actores, alcanzando así mayor cobertura.

24 Para ampliar en el tema de participación de adolescentes en servicios o proyectos, véase Nirenberg, 2006.

- . Profundizar en los esfuerzos tendientes a la integración de los múltiples subsistemas (fragmentados) de información sanitaria, en un sistema único en cada país.
  - . Promover la inclusión de indicadores sobre salud de adolescentes, sobre todo en SSR y VIH; asimismo acerca de vulneración de sus DDHH.
  - . Promover las encuestas de salud escolar en los países, sobre todo en aquellos en los que se discontinuó.
  - . Sensibilizar y capacitar a los decisores en los diferentes niveles, acerca de la importancia y la utilización de información de calidad<sup>25</sup> para la toma de decisiones.
- Otro desafío, bastante vinculado con los sistemas de información, es que los países deben contar con diagnósticos confiables, pertinentes y actualizados, que permitan conocer mejor:
- . Las situaciones problemáticas que se pretenden superar, su magnitud, alcance y características fundamentales.
  - . Los factores que influyen en tales situaciones (positiva o negativamente) y las consecuencias que habría en un corto, mediano y largo plazo si no se interviniera en procura de soluciones.
  - . Las concepciones, actitudes y expectativas (que se reflejarían en las prácticas) de los destinatarios y otros actores implicados, sobre las problemáticas y sus eventuales estrategias superadoras.
  - . La disponibilidad (real o potencial) de recursos de todo tipo, en relación con el problema que se desea afrontar.
- En especial, a los funcionarios de OPS (de la oficina regional en Washington y de las oficinas en cada uno de los países) se les sugirió: 1) una gestión más integrada de sus diferentes áreas: maternidad-infancia, adolescencia, SSR, VIH, DDHH y sistemas de servicios de salud, entre las más relevantes, y 2) fortalecer la articulación interagencial (sobre todo, aunque no exclusivamente, entre las entidades dependientes de las Naciones Unidas), dado que varias están trabajando en los países en esos mismos temas o con la misma población objetivo, pero en forma no tan articulada.

## **V. SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS**

Toda evaluación debería perseguir varios propósitos simultáneos; entre los más relevantes:

- Dotar de transparencia a la gestión (accountability).
- Permitir el aprendizaje basado en la práctica (enlightenment).
- Contribuir a la mejora de la gestión (improvement).
- Promover la colocación de la cuestión abordada en la agenda pública gubernamental y de la sociedad (advocacy).

Para todos esos propósitos, la comunicabilidad y difusión de los hallazgos evaluativos adquiere suma importancia. Uno de los principales aportes para esa comunicabilidad es la calidad con que se elaboren

---

<sup>25</sup> Las principales características de la información de calidad es que sea confiable, relevante, actualizada y por ende útil para la toma de decisiones. Véase Nirenberg, 2013, capítulo 9.

los informes evaluativos, tanto para la comprensión de sus principales destinatarios, como porque son la base para realizar posteriores síntesis y gacetillas de difusión que, a través de diferentes medios, harán conocer más ampliamente los hallazgos y recomendaciones de las actividades evaluativas. (Nirenberg, 2013, capítulo 5).

Se reitera lo dicho en el ítem II.1 acerca del sentido ético que adquiere la socialización de los hallazgos con los actores involucrados en la iniciativa y el proceso evaluativo, para posibilitar su “derecho a réplica”.

Como fue anticipado, en esta evaluación el informe evaluativo (en sus versiones parciales, por país, y en su versión consolidada y final, así como su resumen ejecutivo<sup>26</sup>), circuló para su lectura crítica por parte de todos los actores implicados: las autoridades y otros funcionarios de la OPS, los puntos focales de la OPS en los países – quienes pudieron analizarlos con sus contrapartes nacionales – y los donantes.

Por otra parte la OPS llevó a cabo una reunión de dos jornadas en Panamá, para la discusión final del informe, a la que concurrieron autoridades y funcionarios de OPS vinculados con la iniciativa, los puntos focales de OPS de los siete países, y dos representantes de la entidad donante. Los puntos focales replicaron luego en sus países la mayor parte de los contenidos y reflexiones emergentes en esas dos jornadas, usando y difundiendo los power point (PPT) y otros materiales allí presentados.

## **BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA**

- Nirenberg, Olga. (2013). *Formulación y evaluación de intervenciones sociales* (políticas, planes, programas y proyectos). Buenos Aires. Ed. NOVEDUC, colección Conjunciones.
- Nirenberg, Olga. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales: aportes conceptuales y para su evaluación*. Buenos Aires. Editorial Paidós, colección Tramas Sociales. Volumen 39.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *El derecho a la salud de los jóvenes y las identidades de género: hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción en salud pública*. Washington DC. En línea: <http://www.paho.org/derechoalaSSR>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia Regional y del Plan de acción 2010-2018 en salud adolescente y juvenil*. Washington DC. En línea: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Plan Regional VIH/ITS para el sector salud 2006-2015*. En línea: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV\\_Regional\\_Plan\\_2006-2015\\_SPANISH.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf)
- Retolaza Eguren, Iñigo. (2010). *Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social*. Proyecto Regional de Diálogo Democrático,

---

26 En su versión completa el informe evaluativo fue de 167 páginas y se redactó un resumen ejecutivo de 20 páginas, en el entendimiento que ciertas autoridades de nivel político no acostumbran leer documentos tan largos.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD / Hivos – Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo. Guatemala. En línea: [www.hivos.nl/content/download/70160/.../2011RetolazaTdCESP.pdf](http://www.hivos.nl/content/download/70160/.../2011RetolazaTdCESP.pdf)

- Tanaka, Osvaldo, 2012. *Evaluación externa de medio término de la Iniciativa de Prevención del VIH en población de adolescentes con un Enfoque de Derechos Humanos, en América Central y Caribe*, Washington DC. documento interno de la OPS.

### ANEXO: Indicadores en los países<sup>27</sup>, antes y después de la iniciativa

Indicadores / aspectos considerados	# Países	
	Año 2008	Año 2014
Existencia de programas funcionales de salud y desarrollo para adolescentes (PAHO RER 4.6.1)	3	7
Existencia de políticas sectoriales de salud y con planes de medio término en respuesta al VIH de acuerdo con el Marco Universal de Acceso. (PAHO RER 2.2.1)	5	7
Existencia de políticas de acceso universal a la salud sexual y reproductiva. (PAHO RER 4.1.2)	0	7
Revisión de las políticas de salud pública en relación a la salud sexual y reproductiva. (PAHO RER 4.7.1)	0	6
Uso de normas y estándares internacionales y regionales de DDHH y de herramientas de DDHH y documentos de lineamientos técnicos desarrollados por la OPS/OMS para revisar y/o formular leyes, políticas y/o planes nacionales que mejoran la salud. (PAHO RER 7.4.1)	1	6
Involucramiento de las comunidades, las instituciones académicas, personas afectadas por la enfermedad, organizaciones de la sociedad civil y sector privado en la planificación, el diseño y en la evaluación de los programas de VIH. (PAHO RER 2.5.4)	4	6
Cumplimiento de las metas para la prevención y el control de infecciones transmitidas sexualmente (ITS). (PAHO RER 2.1.7)	0	7
Entrega de tratamiento profiláctico antiviral al menos a 80% de las mujeres que se estiman VIH-positivas. (PAHO RER 2.1.1)	0	6
Implementación de un paquete integral de normas y estándares para proporcionar servicios adecuados de salud para la salud y el desarrollo de los jóvenes. PAHO RER 4.6.2	1	6
Implementación de intervenciones revisadas o mejoradas a nivel individual, familiar, o de comunidad para promover prácticas sexuales seguras. (PAHO RER 6.6.1)	0	7
Se reportan datos de monitoreo de VIH desagregados por sexo y edad acorde a los lineamientos de la OPS. (PAHO RER 2.4.1)	3	7
Implementación de sistemas de información y monitoreo para monitorear la salud sexual y reproductiva y la salud maternal, neonatal y adolescentes con información desagregada por sexo, edad y etnicidad. (PAHO RER 4.2.1)	1	7
Implementación de la Encuesta Global de Salud Escolar	0	5

27 Los indicadores son los usados por la línea de base y la evaluación de medio término, de allí las diferencias con los usados en el cuerpo del texto de esta ponencia, aunque la comparabilidad, como se dijo, fuera preservada. La tabla sirve para otra apreciación de la efectividad o eficacia de la iniciativa para promover los cambios deseados.