



Acompañamiento Socioeducativo Adolescente

2012 - 2013

Área Programática: Salud
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)
Área Niñez y Adolescencia

El presente resumen ejecutivo está basado en el informe de la evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño elaborado por Pintos, Pirelli & Vieytes, 2013. Las citas textuales extraídas del referido informe son identificadas por medio del uso de comillas y letra cursiva.

Por AGEV la contraparte de los evaluadores externos estuvo a cargo de Federico Ott.

Se agradece la colaboración durante el proceso de evaluación de: Dra. Beatriz Silva (Presidenta del Directorio de ASSE), Dra. Alicia Ferreira (Gerencia General), Dra. Gabriela Medina y Dra. Silvia Melgar (Dirección Asistencial), Dra. Ana Sollazzo, Dra. Rosario Berterretche, Dr. Pablo De Santa Ana, Ec. Natalia Patisson (Dirección Desarrollo Institucional), Dra. Estela Nogueira (Ex Dirección Sistemas de Información), el equipo del Área de Niñez y Adolescencia (Dra. Dione Carrasco, P. Obst. Marisa Figuerola, A.S. Fernanda Methol, Psic. Andrea Passinotti, Psic. Natalia Montañó), así como también el aporte del consultor internacional Dr. José Luis Díaz Roselló.

Presidencia de la República

José Mujica
Presidente

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Gabriel Frugoni
Director

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV)

Janet López
Directora

División Análisis y Evaluación de Políticas Públicas

Juan Pablo Móttola
Director

María Noel Cascudo
Juan Manuel Lanza
Federico Ott
Juan Manuel Regules
Nora Gesto
Ruy Blanco
Soledad Canto
Analía Mariño
Fernando Salas
Henry Trujillo

Agradecimiento: a todo el equipo interdisciplinario de la Dirección de Gestión y Evaluación, que participó en el proceso de elaboración del producto obtenido y contribuyó con esta publicación.

Los resultados de las evaluaciones DID corresponden a análisis realizados por evaluadores externos a la administración y los resúmenes ejecutivos son elaborados por AGEV en base a los mismos.

Nota: es preocupación de la institución el uso de un lenguaje que no discrimine entre hombres y mujeres. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura al utilizar en español "o/a" para marcar la existencia de ambos sexos, se hace uso del masculino genérico clásico, conviniendo que todas las menciones en dicho género representan a hombres y mujeres.

Datos de la publicación

Dirección de Gestión y Evaluación
Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso
Montevideo, Uruguay
Tel.(+598-2) 150 int. 8005 / 8001
Correo electrónico: contacto@agev.opp.gub.uy
Sitio web: www.agev.opp.gub.uy
Primera Edición, octubre de 2014

Diseño: www.beleza.com.uy

Fotos: Ceditas por Presidencia de la República Oriental del Uruguay y Programa Uruguay Crece Contigo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Corrección: Eduardo De León, Fernando Errandonea, Olga Beltrand y Daniel Rótulo

Coordinación editorial: Carolina Piñeyro

ISSN: 2301-1475

Esta publicación se terminó de imprimir en IMPRENTA BOSCANIA SRL en el mes de octubre de 2014.

Depósito legal: 363875

Introducción

Las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) son una herramienta destinada a contribuir a la mejora continua de los servicios públicos.

En este sentido la Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), que tiene entre sus cometidos promover prácticas e instrumentos que contribuyan a la gestión por resultados en la Administración Pública, impulsa el desarrollo de las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño. Estas evaluaciones tienen como objetivo aportar insumos técnicos para el análisis de intervenciones públicas, facilitando el aprendizaje organizacional destinado a impulsar acciones de mejora de los servicios públicos y apoyar el proceso de toma de decisiones.

En un plazo de seis meses las evaluaciones DID identifican fortalezas y oportunidades de mejora de las intervenciones, que condicionan la posibilidad de generar los resultados esperados, optimizando tiempo y recursos.

Dichas evaluaciones tienen la característica de ser complementarias al seguimiento que realizan las instituciones. El monitoreo informa sobre los avances o progresos, mientras que la evaluación se orienta a conocer las razones que pueden llevar a alcanzar un determinado desempeño.

El principal beneficio de la evaluación es permitir a las autoridades tomar decisiones con un mayor nivel de información y un conocimiento más profundo acerca del desempeño de las intervenciones públicas a su cargo.

El presente material, que compila los resúmenes ejecutivos de las evaluaciones DID y una síntesis de las principales acciones de mejora acordadas, contribuye a uno de los objetivos de la Dirección de Gestión y Evaluación de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto: promover el análisis, la evaluación y el monitoreo de las políticas públicas y el uso de herramientas de planificación y presupuestación para la mejora continua de los servicios, la optimización del gasto, la transparencia y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

► DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

(I) OBJETIVOS

La intervención Acompañamiento Socioeducativo Adolescente (ASA) es llevada adelante por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Su propósito es que *“adolescentes, entre 10 y 19 años, usuarios de ASSE, adquieran hábitos de vida saludables, concurren periódicamente a controlar su salud e incorporen herramientas para la construcción de su proyecto de vida mediante estrategias de sensibilización, comunicación y educación. Su objetivo primordial es ayudar a superar la vulnerabilidad sanitaria adolescente¹.”*

Su objetivo primordial es ayudar a superar la vulnerabilidad sanitaria adolescente.

El Acompañamiento Socioeducativo Adolescente se implementa en la Red de Atención Primaria (RAP) de ASSE a través de 42 centros de salud distribuidos en todos los departamentos del país. En la actualidad se cuenta con 42 Agentes Socioeducativos (AS) que prestan los servicios de: (i) promoción en salud a través de instancias informativas (charlas, talleres, etc.), y por otro lado, (ii) acompañamiento a los adolescentes mediante encuentros periódicos personales en domicilio o en el centro de salud. Este acompañamiento se realiza distinguiendo entre adolescentes embarazadas, adolescentes madres de

niños menores de un año o adolescentes en general.

En el año 2004 se originó la intervención en la órbita del Programa de Infancia y Familia (INFAMILIA). En su primera fase (año 2004 hasta 2007) se centró en la atención del embarazo adolescente, captando a la madre adolescente luego de su primer parto para evitar un segundo embarazo o distanciarlo en el tiempo. Pero los resultados obtenidos y la teoría que sostenía la intervención tenían debilidades que también explicaron su posterior reformulación.

En su segunda fase (2007 hasta la fecha) la intervención redefinió sus objetivos ampliando a toda población adolescente usuaria de ASSE (como ya fue reseñado). Esto coincidió con la creación del Programa Nacional de Salud Adolescente (PNSA) y la adopción de un modelo de Atención Integral de Adolescentes por parte del MSP que aporta una mirada más global desde el concepto de estilos de vida saludables.

La evaluación externa DID tomó como referencia el período 2008-2012 y se desarrolló entre los meses de febrero y julio del 2013. Cabe agregar, que la evaluación externa fue posible por la apertura de las autoridades y equipos técnicos responsables de la intervención, que brindaron todo el acceso a la información disponible, así como su disposición y colaboración en las diferentes etapas del proceso de evaluación externa.

¹ *“El problema básico que pretende atacar la intervención es la situación de vulnerabilidad sanitaria que afecta a adolescentes usuarios de ASSE producto de: prácticas no saludables, debilidad de controles en el cuidado de la sanidad personal, desafiliaciones tempranas de los agentes de socialización cruciales para la integración social (familia, trabajo, educación) y asunción temprana del rol materno/paterno sin un proyecto de vida previamente definido. El concepto de vulnerabilidad está asociado a la situación de bajos activos (sea en el capital social, económico, cultural) e importantes pasivos (cargas generadas por el origen social o territorial) que ponen en riesgo la inserción social de personas y comunidades ante la emergencia de situaciones críticas. Cuando entendemos este concepto al plano sanitario, podemos identificar una serie de indicadores de vulnerabilidad (no acceso a servicios, patologías, falta de información, hábitos perjudiciales, etc.) que ponen a la salud de las personas en situación de riesgo ante cambios destructivos en el entorno (factores climáticos, eventos sociales o personales traumáticos, desastres, epidemias, etc.).”*

(II) POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

La población potencial² a la que se orienta la intervención son “*todos los usuarios de ASSE entre 10 y 19 años de edad que rondan los 220.960 jóvenes*” (en el año 2012). La población adolescente usuaria de ASSE evidencia una reducción del 11% entre 2008 y 2012. La misma se verifica en todos los departamentos menos Florida, Salto, Paysandú y Tacuarembó, donde hay leves aumentos de población usuaria.

El siguiente cuadro presenta el total de usuarios adolescentes (10 a 19 años) de ASSE registrados en el sistema de

Dentro de la población potencial de usuarios adolescentes de ASSE se distinguen dos sub-poblaciones potenciales en función de las situaciones de vulnerabilidad sanitaria que viven: (i) los adolescentes que viven situaciones de vulnerabilidad específica (social, psicológica, sexual, etc.) y adolescentes en general (esta sub-población no está cuantificada), y (ii) las adolescentes embarazadas (incluyendo sus parejas adolescentes) y las madres/padres adolescentes con niños menores a un año.

En relación a la última sub-población, el siguiente cuadro muestra las tasas de

Usuarios adolescentes de ASSE	2008	2009	2010	2011	2012
Montevideo	62.098	SD	58.212	54.916	52.785
Interior	173.924	SD	172.059	166.431	163.968
Sin especificación territorial ³	12.577	SD	7.480	5.910	4.207
Total	248.599	SD	237.751	227.257	220.960

Fuente: elaboración del equipo evaluador a partir de datos de ASSE

información para el período considerado en la evaluación externa DID (2008-2012). Asimismo, al considerar únicamente aquellos usuarios que residen en zonas geográficas donde hay presencia de Agentes Socioeducativos, la población potencial alcanza un 80% de la población anterior, aproximadamente, “177.329 usuarios de ASSE entre 10 y 19 años de edad residentes en áreas de influencia de los Agentes Socioeducativos.”

partos adolescentes en los últimos años, datos utilizados como aproximación a la cantidad de embarazos adolescentes por año (incluye a las usuarias de todo el sistema nacional integrado de salud). Se puede observar que prácticamente no ha existido variación en la tasa de partos adolescentes a nivel nacional para el período considerado en la evaluación externa.

Partos por año	2008	2009	2010	2011	2012
Adolescentes	7.976	7.682	7.145	7.567	8.098
Todos	47.428	47.152	47.420	46.707	48.200
Porcentaje adolescente	16,82 %	16,67 %	15,07 %	16,20 %	16,80 %

Fuente: informe Final Evaluación DID Acompañamiento Socioeducativo Adolescente

² La población potencial corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la intervención y por ende pudiera ser elegible para su atención.

³ El sistema de registro de ASSE no contiene el dato sobre la localización geográfica del usuario.

(III) RECURSOS ASIGNADOS

La intervención integra el Área Programática Salud y el Programa Presupuestal 440 de Atención Integral de la Salud. El presupuesto total estimado⁴ de la intervención para el año 2012 fue de \$U 14.522.000, representando un 0,25% del presupuesto de la Unidad Ejecutora (UE) responsable⁵ y un 0,084% del presupuesto del Programa Presupuestal 440.

Los recursos provienen de Rentas Generales y Recursos con Afectación Especial. Hasta 2008 la única fuente fue la primera, hasta que se crea la Ley 18.131 del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se empiezan a recibir créditos por afectaciones especiales.

La responsabilidad en la administración del presupuesto recae en cada uno de los directores de los centros de salud de las UE involucradas en la intervención. Los gastos se asignan a partir de los históricos de los gastos ejecutados por la UE.

(IV) ESTRATEGIA GENERAL Y ESTRUCTURA DE COMPONENTES/ SUBCOMPONENTES

La intervención plantea una estrategia de atención personalizada mediante un servicio de cercanía, con encuentros

periódicos con los adolescentes en territorio o en los Espacios Adolescentes (EA) instalados en los centros de salud.

Los EA son espacios donde equipos multidisciplinarios de profesionales, que abarcan distintas especialidades de la salud, realizan un abordaje integral de la salud de los adolescentes. El Agente Socioeducativo integra estos equipos cuando coinciden en el centro de salud donde exista un Espacio Adolescente, y coordina actividades con el resto de los profesionales, derivando y recibiendo casos cuando corresponde.

Los resultados que se procuran con la actuación del AS están relacionados con cambios en los adolescentes a nivel de comportamientos relativos a hábitos de salud, a la construcción de un proyecto de vida personal y la incorporación activa a los servicios de ASSE como usuario efectivo.

Los servicios que brinda la intervención se clasificaron en dos componentes como muestra el cuadro de la siguiente página.

El primer componente se desagrega en 2 servicios. Por un lado, el servicio relativo al "acompañamiento" de adolescentes bajo una situación de vulnerabilidad específica, y por otro, el referido a las actividades de promoción de salud que realiza el AS en el territorio. El mismo trabaja estableciendo redes con otras instituciones territoriales y coordina con instituciones de la zona (centros educativos, juveniles, recreativos etc.), a demanda o por ofrecimientos, para la realización de actividades de promoción y difusión de salud.

La intervención plantea una estrategia de atención personalizada mediante un servicio de cercanía, con encuentros periódicos con los adolescentes en territorio o en los Espacios Adolescentes (EA) instalados en los centros de salud.

⁴ El presupuesto para la intervención fue estimado en el proceso de evaluación ya que ASSE carece de información contable desagregada que permita la cuantificación de recursos presupuestales asignados al nivel de la intervención.

⁵ En el proceso de evaluación se toma como Unidad Ejecutora Responsable la agregación de los presupuestos de las UE que participan de la intervención, 22 para el año 2012.

Cuadro 1. Resumen de la intervención Acompañamiento Socioeducativo Adolescente

Fin	Contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adolescentes a través del cuidado integral de su salud.
Propósito	Adolescentes entre 10 y 19 años, usuarios de ASSE, adquieren hábitos de vida saludable y concurren periódicamente a controlar su salud, e incorporan herramientas para la construcción de su proyecto de vida, mediante estrategias de sensibilización, comunicación y educación.
Componentes	Descripción
1. Adolescentes reciben información, asesoramiento y educación sobre salud integral por parte del agente, quien articula desde el espacio adolescente con instituciones de la zona de influencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento socio-educativo para adolescentes en situaciones de vulnerabilidad. • Actividades de promoción de salud a nivel comunitario (en centros educativos, juveniles, recreativos, etc.).
2. Madres y padres adolescentes reciben acompañamiento del agente socio-educativo, desde la captación del embarazo hasta que el niño cumple un año, en el cuidado de la salud y promoviendo la construcción de proyectos de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y seguimiento de la salud de la madre y del hijo en situaciones de vulnerabilidad social, derivados por parte de equipos de salud u otros agentes territoriales. • Orientación en materia de integración a espacios sociales que mejoren las condiciones para armar un proyecto de vida de la adolescente madre o embarazada.

Fuente: Informe Final Evaluación DID Acompañamiento Socioeducativo Adolescente
Elaborado por el equipo evaluador.

El segundo componente comprende el servicio de “acompañamiento” a madres o embarazadas adolescentes. La intervención, hasta el momento, ha convenido que como mínimo deben ocurrir 2 encuentros entre el Agente Socioeducativo y el adolescente bajo situación de vulnerabilidad, y al menos 4 encuentros en el caso de adolescentes embarazadas, para ser considerado un “acompañamiento”.

rentes dimensiones de la vulnerabilidad sanitaria y las causas que la generan, se corresponden con factores estructurales que condicionan el comportamiento y las actitudes de los sujetos, pero las acciones planteadas por la intervención pertenecen al nivel de las conductas (actitudes y comportamientos) lo que produce efectos limitados sobre las condiciones de la vulnerabilidad sanitaria (Ver cuadro 2). La reducción de la vulnerabilidad sanitaria de la población adolescente usuaria de ASSE requiere estrategias múltiples (empleo, educación, seguridad, recreación, etc.) que no se resuelven con servicios de cercanía (asesoramiento, información, acompañamiento). La intervención es amplia en su propósito y acotada en su estrategia, porque la conexión causal que postula no cuenta

➤ RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

(I) DISEÑO

En primer lugar, la intervención asume problemas de mayor complejidad que los que puede resolver (vulnerabilidad, reafiliación laboral y educativa, etc.). Las dife-

con evidencia teórica y/o empírica propia que la sostenga.

En segundo lugar, las actividades del “componente 1 (asesoramiento y educación sobre salud integral)” son las menos específicas. En cuanto a las acciones de sensibilización se espera la coordinación con centros educativos para su desarrollo, pero el acompañamiento específico

vo pueden considerarse insuficientes. Si el mínimo para considerar que una adolescente embarazada está siendo acompañada es de cuatro encuentros con el AS, no puede esperarse un gran impacto de la intervención en esta población. Es decir, desde el diseño, el acompañamiento es aparentemente de baja intensidad. Programas semejantes en otros países, realizan un acompañamiento de

Cuadro 2. Dimensiones de la vulnerabilidad sanitaria

NIVEL ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> • disposición a hábitos no saludables • asistencia a servicios de salud • prejuicios sobre la salud • apertura a información • receptividad a la ayuda en momentos críticos
NIVEL COMPORTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • desafiliación escolar y laboral • proyecto personal y familiar • hábitos de vida • conductas anómicas • sexualidad
NIVEL ESTRUCTURAL	<ul style="list-style-type: none"> • fisuras en el entramado social • cambios en epidemiología de la salud

a los adolescentes vulnerables no está claramente especificado cómo debe hacerse. En términos generales, estos servicios pueden contribuir al “propósito (adolescentes... adquieren hábitos de vida saludable y concurren periódicamente a controlar su salud, e incorporan herramientas para la construcción de su proyecto de vida...)” en algunos aspectos, pero no se evidencia cómo se puede efectivizar el control de salud sistemático o el logro de un proyecto de vida. El concepto de “promoción de construcción de proyecto de vida” es muy amplio y aunque puede suponerse que busca desarrollar las dimensiones familia-trabajo-educación, no está claramente definido para la intervención ni para los propios Agentes Socioeducativos.

En lo que respecta a las actividades del “componente 2 (Madres y padres adolescentes reciben acompañamiento del AS...)”, desde un punto de vista cuantitati-

vo mayor intensidad con las adolescentes embarazadas, dada su condición de vulnerabilidad donde a mayores carencias afectivas, de pobreza y marginalidad, mayor es el apoyo emocional requerido para restaurar la capacidad de vinculación.

En tercer lugar, el diseño de indicadores de desempeño, pretenden medir dimensiones de eficacia y calidad del servicio, pero la intervención no cuenta aún con indicadores que midan eficiencia o economía; por otro lado, la información cuantitativa existente no se encuentra sistematizada, lo que no permite realizar la re-construcción y presentación de los indicadores planteados. A nivel de los sistemas de información que pudieran servir de fuentes de información para los referidos indicadores, la intervención presenta debilidades que no permitieron, por ejemplo, obtener información valiosa en términos de beneficiarios efectivos

a lo largo del tiempo. “Los problemas de sistematización de información, la discontinuidad en los registros y los canales institucionales existentes para el tratamiento de la información no son los adecuados para proveer, a los AS y al equipo técnico de acompañamiento, datos sobre si los objetivos se están cumpliendo o no”.

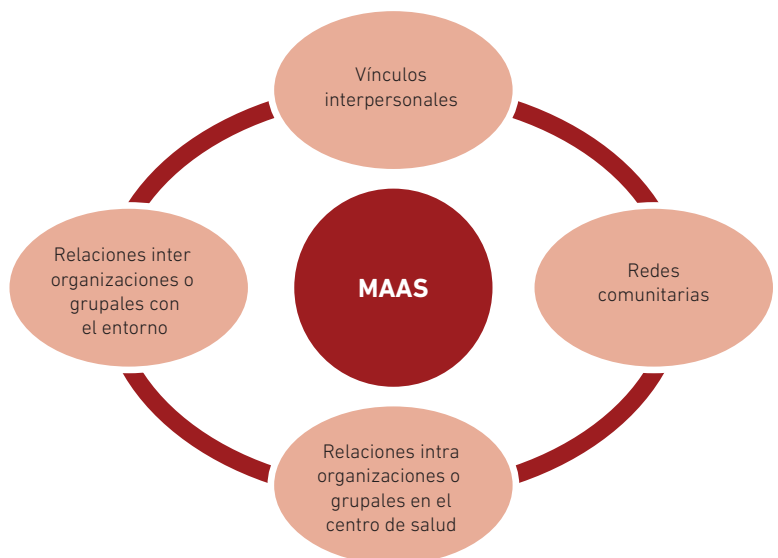
(II) IMPLEMENTACIÓN

La intervención se desarrolla desde dos niveles de la estructura organizativa de ASSE, por un lado, la responsabilidad directa en la gestión de la intervención en territorio es de los Directores de Centros de Salud, del Director de RAP del Interior y el Director de RAP Metropolitana, por otro lado, a nivel central se realiza la supervisión técnica desde el Área de Niñez y Adolescencia (ANA) dependiente de la Gerencia Asistencial de ASSE. Entonces, los Agentes Socioeducativos (AS) dependen jerárquicamente de los directores de la RAP y del ANA que realiza un seguimiento y apoyo a través de brindar orientación técnica. Esta situación en ocasiones genera conflictos con directivas contrapuestas, que junto a los problemas de diseño de la intervención, deriva en acciones de trabajo heterogéneas entre los AS y “pueden constituir un riesgo de bicefalia en términos de las directivas a seguir”.

Desde el ANA se han planteado algunos protocolos que intentaron guiar la acción de los AS, pero se observó que los mismos, por si solos, no han podido homogeneizar el desarrollo del trabajo. Existe una falta de sistematización de procesos, de definición de procedimientos, y se evidencia una falta de comunicación y coordinación con otras instituciones. Esta situación deja en manos del

AS la resolución de algunos asuntos operativos que no son de su responsabilidad, como procurar: transporte, comunicación telefónica, material de apoyo y logística en general. Además, hace que el AS deba poner en juego su potencial de redes personales, institucionales o territoriales para mejorar sus resultados, situación que demanda tiempo de trabajo, puede desgastar y desmotivar, además de no asegurar la obtención de resultados del servicio. Entonces, a pesar de que los 42 agentes, en su mayoría licenciados en psicología, cuentan con gran experiencia en la tarea y cubren los perfiles de cargos definidos, el marco institucional donde se desempeña, el contexto geográfico y la situación del entramado social, también condicionan el desarrollo de su tarea y los modelos de actuación del AS (MAAS)⁶ en territorio.

Desde el punto de vista de los mecanismos de coordinación interna entre el Área de Niñez y Adolescencia y los Agentes Socioeducativos, consisten en consultas telefónicas, correo electrónico y, más esporádicamente, de forma personal. Los canales de comunicación y coordinación fueron considerados “débiles” al no contar con una periodicidad de-



⁶ El modelo de actuación del agente socioeducativo (MAAS) es un concepto definido para esta evaluación. Su finalidad es agregar situaciones de contexto comunes que permiten comparar entre distintos escenarios de actuación de los AS.

terminada, mecanismos de reporte o monitoreo que *“permitan realizar una coordinación efectiva de la intervención, la cual dependen necesariamente de buenos flujos de información”*.

La intervención no realiza análisis o revisiones periódicas sobre la distribución de los Agentes Socioeducativos en el territorio, los mismos desempeñan funciones localizadas según el criterio del modelo original de la intervención cuando solo se atendían los casos de acompañamiento a madres o embarazadas adolescentes. El actual diseño y nueva definición del problema de la intervención, hace más difícil aún que se pueda cubrir toda la nueva población objetivo definida con la dotación actual de Agentes Socioeducativos (que incluye a todos los adolescentes que estén atravesando situaciones de vulnerabilidad sanitaria). A pesar de que la intervención brinda servicios en todo el país, puede quedar sin cobertura población de barrios o localidades de un departamento por no tener Agente Socioeducativo asignado a su Centro de Salud local.

(III) DESEMPEÑO

En lo que respecta a los resultados a nivel del propósito la evaluación externa concluye, dentro de los límites que establece la información disponible, que es baja la incidencia que puede haber alcanzando. De hecho sostiene que *“los adolescentes con los que la intervención trabaja hayan cambiado sus comportamientos por el hecho de haber participado de actividades informativas y de sensibilización. Acceder a información no genera de por sí cambios en las actitudes ni en los comportamientos efectivos.”*

En lo que respecta al desempeño en términos del acompañamiento y

promoción de salud (componente I) la información disponible fue muy escasa y no permitió reconstruir de forma confiable los niveles de coberturas alcanzados, la calidad en la prestación del servicio o los resultados de los mismos. Por tanto, no fue posible evaluar el desempeño alcanzando por este componente.

En lo que respecta al desempeño en términos del acompañamiento a madres/padres adolescentes (componente II) la información disponible fue muy escasa y tampoco permitió reconstruir de forma confiable los niveles de coberturas alcanzados, la calidad en la prestación del servicio o los resultados de los mismos. Por tanto, no fue posible evaluar el desempeño alcanzando por este componente.

Sin embargo, en la medida que el componente II había sido evaluado cualitativamente en el año 2010 (CIESU, 2010⁷) se pudo constatar en las visitas de campo realizadas en el marco de la evaluación externa, la continuidad de algunos de los hallazgos realizados por ese estudio que recogía la visión de los propios agentes socioeducativos.

Entre otros aspectos se visualizan: (i) dificultades para incorporar a los padres en el acompañamiento; (ii) el ASA no se encuentra totalmente *“legitimado”* ante las autoridades y profesionales del centro de salud; (iii) las oportunidades de reinserción laboral y educativa se ven *“como fuera de las posibilidades reales de los Agentes Socioeducativos”*. En gran medida por deberse a factores que escapan al alcance de los Agentes y que, incluso, operan temporalmente antes que su intervención *“la desertión del sistema educativo es anterior al embarazo, están alrededor de uno o dos años sin hacer nada y después aparece el embarazo”* (CIESU, 2010: 122).

⁷ CIESU (2010): Evaluación Final del Proyecto INFAMILIA 1434/OC-UR

Sin embargo, el servicio de cercanía que presta la intervención, en materia de acompañamiento, es original para el sistema de salud nacional. Dentro de las situaciones que podemos tipificar como de riesgo sanitario, la intervención puede aportar a resolver emergentes que de otra manera no serían abordados por un sistema de puertas adentro, en el cual se espera la llegada del usuario como portador de afectaciones a su salud para ser tratadas. Pero tal como está operativizado desaprovecha esfuerzos, desmotiva al personal y no impacta al nivel que quiere hacerlo dada la actual definición del problema a atender.

Se evidencia la falta de registros adecuados para contar con información cuantitativa que permita observar la evolución del desempeño de la intervención. Los registros existentes que llevan los AS no son formularios estandarizados, difieren en sus formatos y sus datos no son sistematizados para generar información de utilidad para medir y comparar resultados.

Finalmente, aunque no se cuenta con información suficiente, es probable que se estén produciendo algunos resultados a nivel de la generación de vínculos entre los adolescentes y los servicios de salud, y de aprendizajes de interinstitucionalidad a nivel territorial.

► PRINCIPALES RECOMENDACIONES

(I) DISEÑO

La evaluación externa identifica que la intervención presenta problemas de consistencia a nivel de diseño. Se observa que la relación entre problema-fin-propósito afecta la definición de los resultados a obtener y la generación de herramientas de medida adecuadas para evaluarlos. Se recomienda entonces: (i) formalizar el concepto de vulnerabilidad

sanitaria, para (ii) redefinir el problema, priorizando aquellas dimensiones de la vulnerabilidad sanitaria en donde se espera obtener resultados, adecuando la estrategia al logro de los mismos, y (iii) realizando una nueva reestructura de la intervención apoyada en el conocimiento tácito y la experiencia de quienes trabajan en el terreno (los AS), considerando teorías actualizadas, experiencias internacionales y otras intervenciones nacionales que superponen algunos de los servicios brindados.

Luego, a partir de la redefinición del problema, se recomienda que la estrategia de la intervención: (i) se centre en brindar un servicio de acompañamiento intensivo (continuado y cercano) desde el Espacio Adolescente (ii) con acciones de acompañamiento que se continúen a lo largo del tiempo tanto como la situación derivada de la vulnerabilidad sanitaria lo amerite, (iii) coordinando tareas con otras intervenciones en el mismo territorio, como por ejemplo Uruguay Crece Contigo (UCC) u otras.

Actualmente, la definición de la población potencial de la intervención va más allá de la vulnerabilidad sanitaria y no está cuantificada lo que se traduce en la dificultad para definir metas que posteriormente permitan medir el nivel de cobertura, por lo tanto, se recomienda: (i) realizar una nueva caracterización y cuantificación de la población potencial que comprenda los criterios de focalización que se definen con la identificación del problema y la estrategia adoptada, (ii) especificar segmentos de población adolescente que permitan diferenciar estrategias particulares para las distintas adolescencias identificables según perfil, (iii) considerar un abordaje del adolescente a través de líneas de trabajo que contemplen las particularidades según cada caso, y con (iv) la disposición de guías técnicas para los AS que incluyan mecanismos de captación y herramien-

tas para el abordaje de los adolescentes según temáticas a atender.

La falta de información procesada y disponible para la evaluación externa, hace evidente la necesaria definición de un sistema de información que permita el monitoreo de la intervención, se recomienda (i) diseñar un sistema sencillo de M&E que permita ser alimentado desde el territorio y mida los resultados globales de la intervención cuantitativa y cualitativamente.

(II) IMPLEMENTACIÓN

Existen diversos programas y áreas dentro del Estado que abordan cuestiones relativas a la vulnerabilidad de los adolescentes de lo que surge la necesidad de mejorar la coordinación interinstitucional con dichas intervenciones. Se recomienda al ANA (i) planificar la coordinación interinstitucional y (ii) establecer acuerdos y espacios para el desarrollo del intercambio. A la vez, se detecta falta de coordinación a nivel interno también, por ejemplo, entre las orientaciones técnicas del ANA y las RAPs, por lo tanto se plantea (i) definir instancias de planificación periódicas entre ambas áreas de la organización para alinear orientaciones.

En cuanto a la revisión y mejora de los protocolos de trabajo existentes y para establecer un marco claro de seguimiento del ANA hacia los AS con el fin de homogeneizar la tarea de los mismos en todo el territorio, medir y evaluar los resultados, se recomienda: (i) elaborar, implementar y difundir procedimientos de trabajo entre los AS, así como también, (ii) establecer un nuevo perfil de cargo del AS en función del criterio socioeducativo del mismo, que defina las profesiones que pueden llevar a cabo la tarea, previendo la posibilidad que el rol del AS sea de ejecución colectiva (a cargo

de varios funcionarios de la salud de un centro o del propio EA en conjunto).

Por otro lado, a partir de la redefinición del propósito de la intervención, se recomienda (i) revisar y ajustar la distribución de los AS en el territorio, (ii) definiendo áreas de cobertura prioritarias en función de indicadores globales de vulnerabilidad sanitaria y la población con necesidades de acompañamiento.

El servicio no se puede ejecutar de forma óptima sin un alto nivel de compromiso del AS y sin redes institucionales y locales que lo sostengan. El modelo de actuación en solitario o solo basado en recursos institucionales del centro de salud dificulta que el ASA tenga impacto en la población destinataria. Se recomienda, por lo tanto: (i) que el ANA planifique, ejecute y evalúe las acciones dirigidas a establecer las redes necesarias en territorio para alcanzar un modelo de actuación territorial como modelo deseable, (ii) proporcionar a los AS herramientas para que puedan articular o coordinarse con agentes de otras intervenciones en territorio (por ejemplo, convenios para el trabajo conjunto o distribución de responsabilidades con UCC y sus "agentes de cercanía") o de AS de otras localidades, así como también, (iii) potenciar el trabajo del AS con capacitación adecuada y actividades de planifica-



ción periódicas que encuadren la intervención en un modelo de actuación.

Por último, surge del proceso de evaluación externa DID, la recomendación de mejorar los mecanismos de observación y retroalimentación de las prácticas, (i) estableciendo un sistema de medición de la satisfacción de los usuarios con el servicio, y (ii) realizando instancias de divulgación de resultados a la dirección del centro de salud, las coordinaciones de RAP y las redes locales en las que están insertos los AS, para incrementar así la visibilidad del servicio, el compromiso y motivación de los actores vinculados a la intervención y facilitando la tarea de generación de redes.

➤ ACUERDO DE MEJORA

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

A continuación se presenta una síntesis de las principales acciones de mejora acordadas entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Administración de Servicios de Salud del Estado relativas a la intervención Programa de Acompañamiento Socioeducativo Adolescente.

El objetivo de los acuerdos de mejora es contribuir al fortalecimiento de las intervenciones públicas a través de la identificación e instrumentación de acciones de mejora que optimicen su diseño, implementación y/o desempeño.

Estas acciones fueron identificadas por los equipos técnicos de AGEV y de la intervención evaluada a partir de las conclusiones y recomendaciones resultantes del proceso de evaluación DID. El proceso dio lugar a la celebración del Acuerdo de Mejora entre ambos organismos.

Diseño

- Reperfilar el diseño de la intervención "Programa de Acompañamiento Socioeducativo Adolescente", definiendo sus alcances y limitaciones para la superación de la "vulnerabilidad sanitaria" (problema a abordar y sus dimensiones). Validar la propuesta en conjunto con autoridades y técnicos aprovechando el conocimiento tácito de los equipos de la intervención.
- Conceptualizar y generar acuerdos sobre los factores que influyen en la "vulnerabilidad sanitaria" adolescente a efectos de reperfilar la estrategia y servicios prestados por la intervención.
- Construir perfiles de beneficiarios en función de las diferentes situaciones de vulnerabilidad sanitaria que faciliten el reperfilamiento del servicio.
- Redefinir las características del tipo de acompañamiento a los adolescentes que se encuentran en situación de vulnerabilidad (por ejemplo más o menos intensivo), estableciendo ejes de trabajo acotados y realizables en función de las dimensiones anteriormente priorizadas de la vulnerabilidad sanitaria.
- Elaborar guías técnicas que incluyan herramientas de abordaje diferenciales para cada tipo de acompañamiento, protocolizar las acciones de sensibilización en salud en función de la estrategia de la intervención reperfilada y describir los mecanismos de captación de los adolescentes a atender.
- Diseñar un plan de capacitación en: (i) los nuevos procedimientos de trabajo, (ii) la temática de acompañamiento y (iii) otra formación relevante para los Agentes Socioeducativo.
- Desarrollar en conjunto con otras áreas de ASSE involucradas un sistema de M&E que permita medir los resultados de la intervención. Incorporar la medición de la satisfacción de los usuarios del servicio.
- Realizar un estudio de cuantificación de la población potencial que está en condiciones de recibir el servicio, en función de los nuevos perfiles diseñados.

Implementación

- Realizar la priorización de áreas poblacionales a abordar desde la intervención organizando los recursos humanos según corresponda a partir de los estudios realizados (según se refirió en la cuantificación de la población potencial).
- Establecer acuerdos con los programas vinculados al mismo perfil de adolescentes (por ejemplo Uruguay Crece Contigo o Jóvenes en Red) para establecer espacios de actuación y coordinación comunes. Documentar los referidos acuerdos alcanzados.
- Realizar instancias periódicas de coordinación a nivel central con programas existentes que brindan acompañamiento a adolescentes en situación de vulnerabilidad sanitaria.
- Definir las responsabilidades y el marco de actuación en relación al nuevo modelo de trabajo que se defina para el acompañamiento de adolescentes (en conjunto con las Redes de Atención Primaria).
- Elaborar manual de procedimientos de trabajo que incorpore las modificaciones al perfil de la intervención y el marco de actuación del Agente Socioeducativo.
- Realizar instancias de difusión y capacitación sobre los manuales y protocolos definidos, dirigidas a autoridades de los centros de salud y a los Agentes Socioeducativos.
- Actualizar el perfil del cargo del Agente Socioeducativo en función de las características del acompañamiento, definiendo las profesiones que pueden llevar a cabo la tarea.



JOSÉ ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
BICENTENARIO.UY



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
Oficina de Planeamiento y Presupuesto



**Dirección de Gestión y Evaluación
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Presidencia de la República Oriental del Uruguay**

Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso
Montevideo, Uruguay
Tel. (+598-2) 150 int. 8005 / 8001
contacto@agev.opp.gub.uy
www.agev.opp.gub.uy