

LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL JOVEN EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Dr. Jorge Rosselot Vicuña¹

La promoción de condiciones óptimas de salud y de bienestar social durante la adolescencia y la juventud se ha convertido en objetivo prioritario establecido por las Naciones Unidas y adoptado por los gobiernos de la Región de las Américas. En el artículo se expone una síntesis de las condiciones de la salud de los adolescentes y de los jóvenes en América Latina y el Caribe y de los sistemas de atención de la salud en los períodos mencionados.

Introducción

Los problemas vinculados con la salud maternoinfantil y el bienestar familiar tienen como característica fundamental afectar a individuos de determinados grupos de edad. Estos grupos y sus familias están expuestos a riesgos que ejercen un impacto en los procesos de crecimiento, desarrollo y reproducción (1, 2) y cuyas causas deben buscarse en factores múltiples entre los que se destacan los ligados al subdesarrollo socioeconómico y cultural, al incremento demográfico acelerado y a la dificultad subsecuente de proporcionar servicios sociales y de salud adecuados.

Convencionalmente se ha estimado que la fracción de la población afectada abarca todo un ciclo generacional que se inicia inmediatamente después de la concepción, continúa durante la vida embrionaria y fetal—etapa gestacional—prosigue durante el período neonatal, la infancia, la niñez, la adolescencia y la vida juvenil. Los trastornos mórbidos no letales que influyen en las condiciones de salud de dicha época contribuyen a determinar a su vez, el “estilo de vida” propio de la vida adulta.

Los problemas mencionados—que tienen características de notoria gravedad en la mayoría de los países de América Latina y el

Caribe—abarcan un segmento mayoritario de la población de la Región estimado en cerca del 70.0% de la misma, incluidos los niños menores de 15 años de edad, el grupo de edad juvenil y las mujeres en edad fértil.

En el último decenio en particular se han observado progresos, aunque limitados, en las condiciones de salud de madres y niños, los cuales se han traducido fundamentalmente en un descenso de las tasas de mortalidad pertinentes. Sin embargo, la mayor sobrevivencia en la época temprana de la vida establece una nueva situación con respecto a la salud en etapas posteriores de la vida. Ello es particularmente válido en lo que se refiere a la adolescencia y la juventud, períodos que configuran un estrato que muestra un incremento demográfico continuo: en América Latina y el Caribe el grupo de edad de 10 a 25 años se estimó en 67 millones en 1975 (3).

Si se tiene en cuenta que la familia—independientemente de su condición jurídica—constituye el medio más próximo e importante en el que se fomenta o limita el desarrollo humano, se comprenderá que solo cabe plantear los problemas de salud y bienestar social en la adolescencia y en la juventud en torno a la ejecución de programas integrados e intersectoriales de manera que tengan un impacto favorable en las condiciones de la vida familiar y comunitaria (4).

¹Asesor Regional en Salud Maternoinfantil, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.U.A.

Necesidades de salud y bienestar del adolescente y el joven

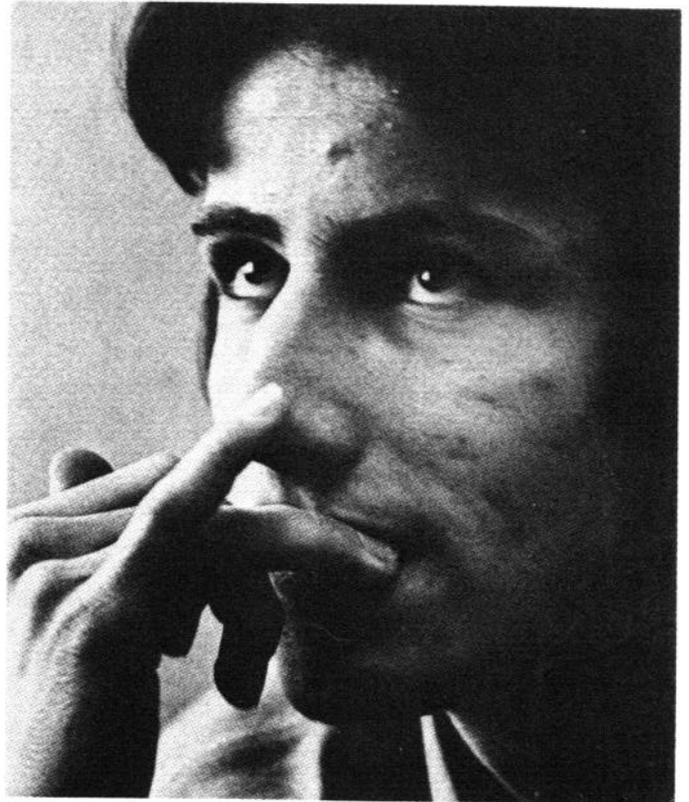
Concepto de adolescencia y juventud

La definición y el enfoque conceptual de adolescencia y juventud varían según los objetivos que se tengan presentes al establecer una delimitación de esos períodos.

En general puede señalarse que los criterios, en especial los de índole cronológica, son convencionales y apuntan más que a la esencia misma de los procesos mencionados, a la necesidad de definir grupos de edad que permitan identificar los requerimientos propios de la investigación epidemiológica o de la programación de los servicios sociales, médicos y de salud. Asimismo cabe destacar que esos conceptos tienen una connotación distinta según la época y el lugar.

Existe el consenso general de que el término adolescencia se refiere más bien a un proceso de madurez biológica que trasciende el área psicosocial y constituye un período durante el cual se inicia y trata de perfeccionarse la personalidad, el sentido de identidad, la capacidad de abstracción y la adaptación armónica al medio social (5). Esquemáticamente, y de acuerdo con los expertos de la Organización Mundial de la Salud, podrá convenirse en que dicha etapa transcurre entre los 10 y los 20 años de edad, iniciándose al comienzo de la pubertad (10-15 años) y finalizando al cumplirse gran parte del proceso de crecimiento y desarrollo morfofisiológico (6, 7).

Por otro lado, la juventud es una categoría fundamentalmente sociológica, en que las personas entran a formar parte de la sociedad, con plenitud de derechos y responsabilidades. El período juvenil así definido transcurre entre los 15 y los 25 años de edad y, por consiguiente, una parte del mismo coincide con la etapa pospuberal de la adolescencia, la prolonga e, insensiblemente, se continúa en la época de la adultez. En lo referente a la delimitación cronológica de la juventud, sus factores determinantes pertenecen más al



En la adolescencia se configura la personalidad, el sentido de identidad, la capacidad de abstracción y la adaptación armónica al medio social.

orden cultural y socioeconómico que al biológico. Sus variables mayores están constituidas por la duración y el momento en que tienen lugar las actividades educativas formales básicas y de orientación vocacional, así como por las posibilidades de incorporación efectiva a las fuerzas laborales.

Para identificar mejor las aparentes divergencias conceptuales es necesario destacar que el término adolescencia aparece más ligado al quehacer médico y de salud, en tanto que el concepto de juventud se refiere más bien al cumplimiento de la etapa de integración social de la persona.

Necesidades básicas de salud y bienestar

Solo desde fecha reciente se ha hecho evidente la necesidad de tener un conocimiento más amplio sobre la manera de satisfacer las necesidades de la adolescencia y la juventud. En distintos sectores de la comunidad la "presencia juvenil" ha fomentado situaciones de inadaptación que han trascen-

dido hacia el ámbito cultural y sociopolítico y, en consecuencia, han despertado profundo interés (8).

Necesidades biológicas

La transición biológica de la niñez a la edad adulta se caracteriza por profundas modificaciones orgánicas, que en el período de la pubertad, afectan a los distintos sistemas orgánicos y a sus funciones, especialmente a los vinculados con el proceso de maduración física, psíquica y sexual. Los factores hereditarios, nutricionales, endocrinos y ambientales influyen en todo ese proceso. En los medios en que el estado de nutrición es satisfactorio se observa un marcado aumento del peso y de la estatura así como un adelanto en el comienzo de la maduración sexual. Por el contrario, si el estado de nutrición es deficiente se comprueban alarmantes síntomas de limitación de la capacidad física y mental, y de las actividades psicosociales.

Se ha precisado que en todo el proceso mencionado el sistema neuroendocrino asume un papel de gran importancia; igualmente es significativo el papel del hipotálamo y su subsecuente influencia antehipofisaria que fomenta la aceleración del crecimiento y desarrollo sexual a través del incremento de andrógenos y estrógenos entre otras hormonas (9).

En la adolescencia, los requerimientos nutricionales—especialmente calóricos y de ciertos nutrientes—son mayores que en períodos previos de la vida (7, 10). En los sectores de mayor pobreza prevalecen factores que limitan la satisfacción de esas necesidades nutricionales; así, la falta de una dieta alimentaria biológicamente adecuada, las infecciones intercurrentes y, en otro aspecto, la privación afectiva, unidos a otros impactos orgánicos desfavorables ocurridos con anterioridad, reducen las posibilidades de un desarrollo cabal de la descendencia.

En los grupos menos favorecidos desde el punto de vista económico—aunque no exclu-

sivamente en ellos—la falta de una buena educación sexual condiciona una procreación precoz y no suficientemente espaciada, que aumenta los riesgos ligados al ciclo reproductivo en la joven y en su descendencia (11, 12).

Necesidades psicosociales

Durante el proceso evolutivo de la adolescencia y la juventud, el joven intenta modificar significativamente sus relaciones familiares y sociales tratando de establecer una independencia cada vez mayor con respecto al mundo adulto, especialmente sus padres, y de fortalecer sus relaciones con sus pares.

El papel que asumen los adolescentes y los jóvenes en la sociedad y los valores por ellos aceptados deben interpretarse como el resultado de la interacción entre diversos subsistemas, tales como núcleo familiar, escuela, trabajo, espacio ecológico, ética, religión, circunstancias legales y vocacionales. Cualquier alteración en alguno de estos subsistemas produce modificaciones en los otros y en el sistema total, es decir, en el joven (8).

Asimismo, es necesario considerar la relación intergeneracional según la cual, los adultos protegen al niño hasta cierta edad, la que varía apreciablemente de una sociedad a otra. El proceso de urbanización acelerado en la Región está cambiando esta relación pues la familia nuclear ha pasado a reemplazar a la familia extensa que comprendía a los más viejos e, incluso, a los jóvenes en sus primeros años de matrimonio. Hay que considerar que más del 60% de las mujeres se casan antes de los 25 años. Aunque los datos de la Región no permiten generalizar, se puede decir que en las zonas urbanas de algunos países los jóvenes suelen independizarse más pronto, adquiriendo responsabilidades laborales y familiares propias a edad más temprana. En las zonas rurales los jóvenes, en particular del sexo femenino, migran con más frecuencia que los integrantes de cualquier otro grupo de edad, alejándose automáticamente de su familia nuclear. Estas características crean situaciones de carencia en servicios esenciales de salud y

bienestar, ya que los jóvenes pasan por un período en que no son elegibles por no pertenecer ya al grupo familiar y no tener aún su propia ubicación legal en el sistema social. En esto también constituyen un grupo de transición y, como tal, presentan características de inestabilidad.

Necesidades educativas y ocupacionales

Entre 1950 y 1970, en ocho países de la Región un tercio de la población de 15 a 24 años era analfabeto, y un quinto de ella lo era en 15 países. Se ha estimado que en 1970, en América Latina el 75% de la población en la edad mencionada tenía acceso a la educación primaria, el 35% a la secundaria y el 5% a la superior. Dicha situación es aún más grave si se tiene presente el alto índice de deserción escolar que no concuerda con el aumento de la matrícula escolar. Por otra parte, los sistemas formales de educación solo cubren parcialmente las necesidades de formación de la población joven de América Latina, lo que recientemente ha obligado a promover y experimentar otros programas extraescolares (13).

Cabe destacar que en América Latina y el Caribe, más de la mitad de los jóvenes de 15 a 24 años integran las fuerzas laborales y llegan a constituir hasta un tercio de la población activa de los países. Las condiciones en que los jóvenes de la Región ingresan al empleo son difíciles en general. En las zonas urbanas en la mayoría de los casos ello ocurre antes de que hayan terminado el ciclo preuniversitario y, en las zonas rurales, la situación presenta inconvenientes mucho mayores aún. Por otra parte, suele ser frecuente la rotación laboral, lo que produce limitaciones tanto en lo que respecta a remuneraciones como al disfrute de los beneficios de la seguridad social. Los estratos juveniles de clase socioeconómica baja se encuentran generalmente en una situación de desocupación encubierta que conduce a una migración a las ciudades, en tanto que los grupos medios y altos tienen oportunidades laborales limitadas aunque

cuenten con capacitación adecuada. Con frecuencia esto da lugar a un sentimiento de frustración pues no alcanzan una situación y un nivel de remuneración adecuados; en este caso también quedan constituidos los factores determinantes de la migración (14).

Problemas de salud

La situación de salud del adolescente y del joven debe considerarse en un proceso vital continuo sobre el cual influyen los factores que han actuado con anterioridad tales como herencia, genética, nutrición, estado previo de salud e impacto del medio ambiente físico, social y económico sobre ese estado de salud. Es más, las circunstancias propias del medio económico, social, cultural y geográfico en que el sector juvenil está inserto crean una situación de continuo riesgo, situación que ya es manifiesta en una etapa anterior, o sea, en la preadolescencia. A su vez, la conducta del joven determina su salud, la de su familia y la de la comunidad. En síntesis, el pasado influye en el joven y este, a su vez, moldea las condiciones de salud de la próxima generación.

Por otra parte, la gran variedad de cambios fisiológicos y psicosociales que se operan en los adolescentes y jóvenes, hacen que se considere a estos grupos como heterogéneos desde el punto de vista de los problemas de salud que presentan; ahora bien, estos problemas no siempre se relacionan con un criterio cronológico definido, sino más bien con las etapas de maduración que se alcanzan en períodos diferentes.

Causas básicas de mortalidad

Accidentes, suicidio, homicidio, complicaciones durante el ciclo reproductivo, tumores malignos, enfermedades cardiovasculares e infecciones constituyen las principales causas de defunción en la adolescencia y en la juventud, con fluctuaciones en su prevalencia según los diversos países (cuadros 1 y 2) (5, 8).

CUADRO 1—Porcentaje de defunciones para las cinco causas principales de defunción, por orden de importancia, para la población de 15 a 19 años, en 10 países de las Américas, en el último año disponible.

País	Año	Accidentes		Suicidios		Homicidios		Tumores malignos		Enfermedades del corazón		Tuberculosis		Influenza y neumonía		Enteritis y otras diarreas		Complicaciones del embarazo		Anemia		
		Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	
Argentina	1969	I	37.0	II	6.9	-	-	III	6.7	IV	5.0	V	4.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	1969	I	29.8	-	-	II	7.9	V	4.1	III	6.1	-	-	-	-	-	-	IV	4.6	-	-	
Costa Rica	1972	I	39.1	III	6.5	-	-	II	9.8	IV	4.7	-	-	-	-	-	-	V	3.7	-	-	
Cuba	1971	I	33.1	II	15.6	III	7.7	IV	6.9	V	5.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chile	1972	I	43.6	III	5.4	-	-	IV	5.3	V	4.6	-	-	II	6.3	-	-	-	-	-	-	
Estados Unidos	1969	I	61.2	IV	4.9	II	6.8	III	6.3	V	2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	1971	III	11.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	I	15.9	II	14.7	-	-	IV	5.1	
Jamaica	1971	I	20.9	-	-	-	-	IV	6.5	II	13.1	-	-	-	-	-	-	III	7.2	-	-	
México	1971	I	26.9	-	-	II	7.3	-	-	III	6.4	-	-	IV	6.2	V	5.1	-	-	-	-	
Venezuela	1971	I	37.7	II	8.8	III	6.1	III	6.1	V	2.9	-	-	-	-	-	-	IV	3.3	-	-	

-No corresponde a ninguna de las cinco causas principales de defunción.

Fuente: OPS, Departamento de Estadística de Salud, 1974.

CUADRO 2—Porcentaje de defunciones para las cinco causas principales de defunción, por orden de importancia, para la población de 20 a 24 años en 10 países de las Américas, en el último año disponible.

País	Año	Accidentes		Suicidios		Homicidios		Enfermedades del corazón		Tumores malignos		Complicaciones del embarazo		Tuberculosis		Influenza y neumonía		Enteritis y otras diarreas		
		Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	
Argentina	1969	I	34.2	II	7.8	III	7.3	V	5.4	IV	5.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	1969	I	25.3	-	-	II	14.9	IV	5.8	-	-	III	6.3	V	4.7	-	-	-	-	-
Costa Rica	1972	I	38.3	IV	5.2	V	3.6	III	8.1	II	9.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	1971	I	35.5	II	14.4	IV	7.2	-	-	III	8.3	V	5.0	-	-	-	-	-	-	-
Chile	1972	I	44.3	II	6.0	-	-	III	4.8	V	4.5	IV	4.7	IV	4.7	III	4.8	-	-	-
Estados Unidos	1969	I	54.6	III	7.2	II	10.3	V	2.6	IV	6.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	1971	II	13.0	-	-	IV	9.5	-	-	-	-	-	-	-	-	I	14.2	III	12.5	-
Jamaica	1971	I	24.7	-	-	-	-	II	10.3	IV	5.7	III	8.0	-	-	V	4.6	-	-	-
México	1971	I	24.6	-	-	II	11.4	III	5.6	-	-	-	-	V	5.4	IV	5.5	-	-	-
Venezuela	1971	I	37.2	III	8.0	II	9.9	-	-	V	4.4	IV	4.5	-	-	-	-	-	-	-

-No corresponde a ninguna de las cinco causas principales de defunción.

Fuente: OPS, Departamento de Estadística de Salud, 1974.

Accidentes

Las causas externas de defunción—accidentes por vehículos de motor, homicidios, suicidios y otros—constituyen la primera causa de muerte para la población de 15 a 24 años en las Américas y, a menudo, se presentan relacionadas con la ingestión de alcohol y drogas.

Los accidentes de tránsito constituyen un problema de salud cuya epidemiología y alcance no se conocen con exactitud, especialmente en América Latina. Los grupos de población más afectados son los adolescentes y los adultos jóvenes.

Los accidentes atribuidos a vehículos de motor fueron la primera causa de defunción para la población masculina de 15 a 24 años de edad en Canadá, Costa Rica, Estados Unidos y Venezuela en 1969 (15).

Suicidios y homicidios

Las muertes por suicidio se registran entre las cinco primeras causas de defunción de la población juvenil en diez países de la Región. El número de defunciones por esta causa es mayor en los varones que en las mujeres; en

cambio, las tentativas de suicidio son mayores en las mujeres. Los varones emplean de preferencia armas de fuego y las mujeres alguna forma de envenenamiento. La tasa de suicidio de los estudiantes es a menudo superior a la de otros jóvenes de la misma edad. El estudio de las causas de suicidio es aún incipiente en América Latina, pero ellas parecen estar relacionadas con trastornos psíquicos y de adaptación social (16).

Las causas de muerte por homicidio son más elevadas en los varones entre 20 y 24 años, siendo una de las cinco causas principales de defunción en 15 países. Cabe señalar que en ellas se incluyen las ocurridas en el curso de disturbios sociales y políticos, que han afectado en particular a este grupo de edad en algunos países (16).

Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio

Las defunciones debidas a complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio figuran entre las cinco primeras causas de muerte en la cohorte femenina de 15 a 24 años de edad en el último quinquenio y en 19 países de la Región (cuadro 3).

CUADRO 3—Orden de importancia y porcentaje de defunciones por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (CIE 630-678) en la población femenina de 15 a 24 años, en 10 países de las Américas, en el último año disponible.

País	Año	Grupos de edad (en años)			
		15-19		20-24	
		No.	%	No.	%
Argentina	1969	III	8.1	II	10.9
Colombia	1969	II	10.9	I	15.5
Costa Rica	1972	III	11.3	III	9.1
Cuba	1971	IV	6.1	III	11.4
Chile	1972	II	10.7	II	14.4
Estados Unidos	1969	—	1.8	—	2.9
Guatemala	1971	V	5.5	III	7.2
Jamaica	1971	I	15.1	I	20.3
México	1971	II	10.2	I	12.7
Venezuela	1971	III	8.5	I	14.0

— No corresponde a ninguna de las cinco causas principales de defunción.

Fuente: OPS, Departamento de Estadística de Salud, 1974.

En 11 países dichos trastornos aparecen como la primera causa de muerte de mujeres de 20 a 24 años. Las tasas de mortalidad materna proporcionalmente son más reducidas en el grupo mencionado, debido a que en esta época son menores las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, debido a la mayor incidencia de embarazos en el grupo de mujeres de 15 a 24 años, hay un mayor número absoluto de defunciones por dicha causa.

El aborto clandestino es una causa importante de mortalidad materna, aunque sin duda se subestima porque se omite su registro estadístico, debido a razones culturales y legales.

En las zonas urbanas de 10 ciudades latinoamericanas el aborto constituía del 13 al 53% de las defunciones maternas. En un país, el 16% de las muertes maternas entre 15 y 24 años se debió al aborto según la investigación de Puffer y Griffith. Es de interés señalar que la mayoría de aquellas defunciones ocurridas en zonas urbanas y en dicho grupo de edad acaecían en mujeres solteras (16).

En la epidemiología de estas complicaciones—ligadas a una serie de factores mencionados anteriormente (12, 17, 18)—debe considerarse que traducen una problemática social, en la cual la transculturación, la urbanización y el papel protector precario que en muchos medios asume la familia en la actualidad son los factores predisponentes y determinantes.

Debe señalarse también que entre las cinco causas principales de muerte de la población entre 15 y 24 años en América Latina se encuentran los tumores malignos, las afecciones cardíacas y diverso tipo de enfermedades infecciosas, principalmente neumopatías y, en algunos medios, la tuberculosis.

Principales causas de morbilidad

Si bien existen diferencias en la incidencia de la morbilidad según se considere el medio urbano o el rural, en general, en América

Latina y el Caribe las causas de enfermedad en el grupo juvenil se concentran en tres áreas importantes: accidentes, afecciones ligadas al proceso reproductivo—incluidas las afecciones venéreas—y los trastornos mentales y psicosociales. Cabe señalar que en el sector rural, la desnutrición y las afecciones coexistentes agregan un impacto adicional sobre la salud de jóvenes y adolescentes.

Accidentes

Además de las pérdidas de vidas que ocasionan, los accidentes dejan un saldo de víctimas incapacitadas permanente o temporalmente, las cuales necesitan ser rehabilitadas. Por cada persona que muere en un accidente hay de 10 a 15 heridos graves y 30 ó 40 heridos leves;² esto da una idea del problema que significan los accidentes para la salud pública. Los conductores jóvenes son los más afectados, hecho que está ligado a factores psicológicos, fisiológicos y patológicos que determinan su comportamiento en la carretera.

Enfermedades venéreas

Se estima que en el último decenio se ha elevado la incidencia de las enfermedades venéreas, especialmente de la blenorragia, en numerosos países, cualquiera sea su grado de desarrollo. El aumento registrado ha sido significativamente mayor en el grupo joven que en el total de la población. En Estados Unidos, más de 2/3 de los casos de blenorragia ocurren en menores de 25 años. En Venezuela, en los varones de 10 a 19 años aumentó un 53.1%, en tanto que la tasa de aumento para toda la población fue de 10% (19).

Un estudio en nueve países (20) señala que en el grupo de 15 a 19 años la blenorragia y la sífilis adquirida presentan una distribución similar entre varones y mujeres, lo que no sucede para los grupos de edad mayores. Todo ello es la expresión de una patología social ya señalada, en la que debe incluirse la prostitución y la drogadicción. El aumento

²OMS. *Salud Mundial*, octubre de 1976.

del número de casos se debe también a una actitud sexual más permisiva, así como a la falta de educación sexual adecuada y de métodos preventivos eficientes. Además, la sanción cultural negativa propia de este tipo de afecciones dificulta tanto la atención médica oportuna como la adopción de medidas epidemiológicas eficaces.

Trastornos mentales y psicosociales

La adolescencia y la juventud se caracterizan por alteraciones en la conducta propias de las dificultades de adaptación social, las cuales se traducen fundamentalmente en depresión, alcoholismo y adicción a las drogas; en los casos más graves estas, a su vez, pueden conducir a la delincuencia.

Es posible suponer que una proporción de los alcohólicos—entre los que predominan los varones—inician su hábito en la juventud, lo mismo que los fumadores, por lo que es importante dirigir una acción preventiva y de investigación hacia el grupo de edad de 15 a 24 años.

Debe destacarse que además del daño orgánico específico que produce, el alcoholismo constituye un factor muy importante en la génesis de otros cuadros mórbidos, tales como suicidio (25% de los suicidios en Chile ocurrieron en alcohólicos), homicidios (17% de los homicidios en Colombia estuvieron asociados con alcoholismo) y accidentes de tránsito (1/3 de estos cuadros en Perú se presentó en alcohólicos) (21). Las farmacodependencias que afectan la adolescencia y juventud se originan en la curiosidad, la expresión de independencia y de pertenencia a un grupo dado, el escapismo y en la necesidad de experimentar un estado de bienestar. Los factores condicionantes del consumo residen en la disponibilidad y la aceptación social y familiar (22). En Estados Unidos, desde 1967 se observa un aumento importante en la ingestión ilícita de drogas no opiáceas, especialmente entre jóvenes de estratos

sociales medios que cursan los últimos años del ciclo secundario o los primeros de la vida universitaria o militar. La información obtenida en 1972 permite estimar que cerca de un 23.6% de la población norteamericana entre 12 y 17 años de edad había utilizado marihuana alguna vez (22).

Otros problemas de salud

Entre los problemas que afectan la salud del adolescente y el joven deben mencionarse los trastornos emocionales de diversa índole incluidos los relacionados con el aprendizaje y la orientación vocacional, la malnutrición, las parasitosis, la obesidad, la caries, diversos tipos de dermatosis—especialmente el acné—y alteraciones metabólicas y endocrinas, entre ellas el hocio y la diabetes.

Una nutrición adecuada—como ya se señaló al hablar de las necesidades biológicas—asegura un desarrollo normal. Sus técnicas de ponderación se han definido precisamente (23–25) pero no existe una vigilancia epidemiológica eficaz. Algunas encuestas indican que el subconsumo alimentario puede ser inferior en un 30% a las necesidades nutricionales requeridas durante la juventud (8).

Servicios de salud para adolescentes y jóvenes

La programación e institucionalización a nivel nacional de servicios de salud destinados a la adolescencia y la juventud es un hecho reciente en América Latina y el Caribe. Ello se debe a que ese grupo de edad no permite destacar con nitidez sus prioridades de atención si solo se establecen criterios relacionados con riesgos de morbimortalidad específica, que son relativamente limitados en esa época de la vida. Para lograr una verdadera eficacia en esta programación incipiente se deben analizar las características de la situación actual de los servicios de salud destinados a la adolescencia y a la juventud latinoamericana, así como los esfuerzos que para superar esa situación se llevan a cabo en los países contando, muchas



En la adolescencia y la juventud tienen una importancia destacada los servicios de orientación para la vida familiar así como la promoción de condiciones que permitan una convivencia adecuada dentro de la comunidad.

veces, con la cooperación de organismos internacionales (5).

Los programas y servicios de salud destinados a la adolescencia y juventud deben ser integrales, o sea que deben considerar los aspectos preventivos y curativos de los problemas. El joven exige ser considerado tanto objeto de las actividades de los programas en su calidad de usuario como sujeto en su papel potencial de promotor de las actividades de salud correspondientes (5, 8). Los programas de salud deben ser multidimensionales, confidenciales y ampliamente accesibles (26).

Como los aspectos psicológicos, culturales y sociales muchas veces constituyen factores condicionantes de las necesidades juveniles, un servicio de salud destinado a jóvenes debe ofrecer, en forma directa o por mecanismos de referencia, servicios educacionales, de orientación vocacional, en asuntos legales; asimismo, debe brindarse la oportunidad de desarrollar actividades recreativas y deportivas. Para ello, psicólogos, sociólogos, tra-

bajadores sociales y juristas deben trabajar con un enfoque interdisciplinario.

En general, un servicio de salud destinado a adolescentes y jóvenes debe incluir servicios médicos propiamente como tales, incluyendo registros estadísticos *ad hoc*, equipos de diagnóstico y tratamiento y de control de situaciones de emergencia, sistemas de seguimiento y de referencia. Igualmente, deben contemplarse los servicios de atención odontológica, la detección y tratamiento oportuno de las anomalías sensoriales y de los trastornos de conducta, tratamiento del alcoholismo y otras farmacodependencias y, sobre todo, debe tratarse de brindar al joven el consejo oportuno en materias relacionadas con estos dos últimos problemas mencionados (25).

Debe hacerse mención especial de los servicios de orientación para la vida familiar, incluidos los aspectos relacionados con educación sexual, información y provisión de métodos contraceptivos, detección precoz

del cáncer cervicouterino y mamario y, en general, con el diagnóstico y control de las afecciones venéreas (2, 7).

Finalmente y como hecho de singular importancia, deben atenderse las necesidades que demandan los problemas de aprendizaje, de orientación vocacional, de consejo jurídico y en general de fomento de la salud, asegurando una nutrición adecuada y la oportunidad de desarrollar actividades recreacionales y deportivas (5, 7).

En la programación de actividades de salud juvenil debe disponerse de información acerca de los conocimientos y actitudes de los mismos jóvenes y realizar estudios epidemiológicos que permitan conocer la realidad de cada medio. Existen sobre dicho tema interesantes investigaciones (27) que precisan el tipo de problemas que presentan los jóvenes, la prioridad que estos les asignan y las personas a quienes con mayor frecuencia consultan, entre ellas, el médico general, sus pares y sus familias.

La información obtenida debe ser confidencial, es decir no debe transmitirse indiscriminadamente a la familia, la escuela, la institución laboral u otra entidad que lo solicite. De esta forma se favorece el acceso del grupo juvenil y se evitan las sanciones a que suelen estar expuestos los jóvenes que padecen ciertas enfermedades.

Los servicios de salud deben ofrecerse, en general, en los locales de los servicios generales de salud pero, en ocasiones, su adscripción a los sitios de estudio, de trabajo habitual o de recreación favorecen la accesibilidad a los mismos (5, 7, 22). Es importante que se adopte una programación útil y realista que extienda la cobertura, en particular, a la atención primaria de la salud en áreas periurbanas y rurales, donde los problemas son más serios (5). En casos calificados, y contando con recursos específicos, se pueden ejecutar proyectos innovadores en torno a la salud juvenil a título de investigación y de adiestramiento (5, 8, 28).

Los programas de salud deben ofrecer condiciones que aseguren actividades de

investigación relacionados con la patología juvenil, con la eficacia operativa de los servicios otorgados y con el adiestramiento del personal profesional, técnico y voluntario. Este último aspecto es el componente de mayor importancia, ya que el personal debe crear una atmósfera especial de confianza (5, 7, 28).

Situación actual de la programación en los servicios de salud juveniles

A diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos, Canadá y en algunos países de Europa, en América Latina y el Caribe los servicios de referencia especializados destinados a la atención de patologías calificadas—entre otras los trastornos de conducta, invalideces sensoriales y psicomotoras, o ambas, y afecciones metabólicas—han logrado en general escaso desarrollo, excepto aquellos que están asociados a centros universitarios.

Las acciones de salud proporcionadas a los jóvenes no se han considerado en el contexto de mayor amplitud en que se atiende la salud juvenil por medio de locales para actividades culturales, educativas, de recreación y de fomento del bienestar físico. Tampoco se ha permitido de manera sistemática la participación de la juventud como protagonista en los programas de salud. La cooperación voluntaria de los jóvenes en este campo ha sido, en general, limitada y temporal. Cuando esto ha ocurrido los grupos juveniles han constituido más bien un recurso adicional de los servicios de salud y no se ha logrado aprovechar su liderazgo potencial en la formulación de los programas mismos.

El papel de la colaboración internacional

En el último decenio en el nivel internacional se ha asistido a una toma de conciencia, por parte de diversos organismos internacionales, en particular los pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas, acerca del papel primordial que compete a la juventud en la promoción de ideales de paz, respeto mutuo

y comprensión entre los pueblos (29, 30). Para ello se ha favorecido el proceso de coordinación entre las acciones de los Organismos de las Naciones Unidas y sus agencias especializadas (31) y se han establecido mecanismos de coordinación adecuados entre esas agencias, los gobiernos, las organizaciones juveniles de países y las de índole internacional (32).

Entre dichos programas cooperativos cabe mencionar los promovidos por el UNICEF, especialmente en torno al diagnóstico y a la formulación de políticas nacionales de protección de la juventud en América Latina (33, 34).

Revisten también especial importancia las actividades que ha cumplido la FAO—principalmente en coordinación con el Programa Mundial de Alimentos (PMA)—para fomentar condiciones nutricionales adecuadas de los jóvenes.

Asimismo, UNESCO y OIT han cumplido actividades promisorias en torno a la satisfacción de las necesidades educacionales y laborales de la juventud en el campo de la educación y del trabajo, respectivamente.

El Fondo de las Naciones Unidas de Actividades en Materia de Población (UNFPA) ha promovido el estímulo de investigaciones

sobre la reproducción humana y ha realizado actividades para fortalecer los programas de planificación de la familia, que incluyen entre sus beneficiarios a grupos juveniles (35).

La Organización de los Estados Americanos (OEA) ha contribuido al esclarecimiento del tema con la redacción de valiosos informes sobre el bienestar juvenil (36, 37). Mención especial merece la labor del Instituto Interamericano del Niño, en Montevideo, Uruguay, en lo referente a la protección integral de la infancia, la juventud y la familia (37).

En 1965 y 1976 se llevaron a cabo Reuniones de Expertos de la OMS en las que se definieron los problemas de la juventud y se sentaron las bases de los programas de salud destinados a adolescentes y jóvenes (6, 24).

De acuerdo con el Sexto Programa de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud lleva a cabo actividades cooperativas en la Región de las Américas como respuesta a los problemas y a las necesidades específicas que afectan la salud de los adolescentes y de los jóvenes, en los distintos países y de acuerdo con los requerimientos gubernamentales pertinentes.

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, efectuada en 1972



Con la participación de la OPS y durante la reunión efectuada en Ginebra en octubre de 1976, un Comité de Expertos de la OMS analizó el estado actual y las nuevas tendencias para subvenir a las necesidades de salud de la adolescencia.

en Santiago de Chile, con la asesoría técnica de la Organización Panamericana de la Salud, se postuló una política de protección de la salud de la madre, el niño, el joven y la familia, y se reseñó la estrategia que debe adoptarse para dar cumplimiento a las metas pertinentes (38). La educación para la vida de familia ha sido objeto de especial atención en la recomendación específica formulada durante la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (39) donde se estableció que en los programas de la Organización se diera más importancia al componente multidisciplinario de la educación para la salud, para aumentar la protección de madres, niños y jóvenes frente a los riesgos de la vida moderna.

La Organización Panamericana de la Salud presta su asesoría a través de proyectos de salud maternoinfantil, nutrición, salud mental y control de enfermedades venéreas. Sus cuerpos directivos (40, 41) han destacado que constituye un imperativo el diseño de una metodología *ad hoc* de análisis de la problemática de salud juvenil. Teniendo en cuenta dicho objetivo, la Organización ha realizado estudios preliminares (5, 8, 42, 43) con objeto de definir la situación que existe en América Latina y el Caribe, a los que deben seguir investigaciones de mayor precisión que permitan establecer un diagnóstico de la situación de salud juvenil para programar adecuadamente las acciones. Como ya se ha dicho, las actividades mencionadas deben incluirse en los planes y programas de los servicios de salud existentes, en coordinación con otros sectores y con la comunidad y, en particular, promoviendo la cooperación de la juventud misma y de sus grupos organizados.

Se estima que la estrategia de acción debe contemplar la formación de los recursos humanos, el estímulo y las investigaciones de índole biomédica y social. Los problemas más agudos que deben resolverse son los relacionados con el desarrollo físico y psicosocial, las anomalías del estado nutricional, las transformaciones endocrinas ocurridas durante la pubertad y la adolescencia, su repercusión en el comportamiento sexual y en el

ciclo reproductivo y los factores epidemiológicos asociados al alcoholismo, la drogadicción, la inadaptación social, la violencia y los accidentes.

La Organización Panamericana de la Salud actúa en este campo con sus recursos propios, en coordinación interagencial e intersectorial y en cooperación con los gobiernos.

Resumen

El concepto de adolescencia se refiere a un proceso biológico que trasciende el área psicosocial y constituye un período durante el cual se inicia y trata de perfeccionarse la personalidad del individuo, el sentido de identidad, la capacidad de abstracción y la adaptación armónica al medio social.

Por otra parte se define a la juventud como una categoría fundamentalmente sociológica, en que el individuo entra a formar parte de la sociedad, con plenitud de derechos y de responsabilidades.

Los grupos así definidos tienen necesidades básicas de salud y bienestar—biológicas, psicosociales, educativas y ocupacionales—que deben satisfacerse ya que la salud del joven moldea las condiciones de salud de la próxima generación.

Si bien los riesgos de morir del adolescente y del joven son inferiores a los registrados en otros períodos de la vida, la morbilidad específica es de importancia, en especial la relacionada con accidentes, trastornos del ciclo reproductivo, malnutrición y anomalías de la conducta.

Se analizan las bases metodológicas que permiten fomentar las actividades de salud que benefician a la juventud. En general, estas deben realizarse en el contexto de los servicios generales de salud los cuales deben contar con unidades de referencia especializada. Se insiste en la necesidad de contar tanto con la confianza de los jóvenes como con su participación activa en la provisión de servicios.

Para lograr una programación eficiente y una institucionalización de los servicios de

salud destinados a los adolescentes y la juventud es necesario promover la capacitación continua de los recursos humanos y estimular las investigaciones epidemiológicas; para ello es preciso analizar las características de la

situación actual de los servicios de salud en América Latina y el Caribe y otorgar la cooperación técnica requerida contando, muchas veces, con la colaboración de otros organismos internacionales. □

REFERENCIAS

- (1) Rossetol, J. Salud maternoinfantil en Latinoamérica. *Bol Of Sanit Panam* 70(5):407-422, 1971.
- (2) Rossetol, J. Formulación e implementación de programas en salud maternoinfantil y bienestar familiar en Latinoamérica y el Caribe. Documento mimeografiado. OPS, Washington, D.C., 1974.
- (3) Centro Latinoamericano de Demografía. *Boletín Demográfico*. Año VIII, No. 16, Santiago, Chile, julio de 1975.
- (4) OMS. Desarrollo humano y salud pública. Informe de un Grupo Científico. *Ser Inf Técn* 485, Ginebra, 1972.
- (5) OPS. Las necesidades de salud de la juventud en América Latina y el Caribe. Informe de un grupo de trabajo. (Washington, D.C., 9-12 de diciembre de 1975.) Documento mimeografiado.
- (6) OMS. Problemas de salud de la adolescencia. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. *Ser Inf Técn* 308. Ginebra, 1965.
- (7) OMS. The health needs of adolescents. Report of a WHO Expert Committee. (Ginebra, 28 de septiembre-4 de octubre de 1976.) En prensa.
- (8) Figueroa, T. Orrego de. Situación y perspectivas de las condiciones de salud de los jóvenes en América Latina y el Caribe. Informe de una asesoría temporera. Documento mimeografiado. OPS, Washington, D.C., 1974.
- (9) Dulanto, E. *El adolescente y su circunstancia*. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. Talleres de Impresiones Modernas, México, D.F., 1972.
- (10) OMS. *Handbook on human nutritional requirements*. Serie de Monografías 61. Ginebra, 1974.
- (11) Puffer, R. R. y C. V. Serrano. *El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: Tres importantes factores determinantes de la mortalidad infantil*. Publicación Científica de la OPS 294. Washington, D.C., 1975.
- (12) Puffer, R. R. y C. V. Serrano. Resultados de las investigaciones interamericanas de mortalidad referentes a la reproducción. *Bol Of Sanit Panam*. 81(3):252-264, 1976.
- (13) ONU. Educación, recursos humanos y desarrollo en América Latina. E/CN. 18.800. Nueva York, 1976.
- (14) Solari, E. A. *Algunas reflexiones sobre la juventud latinoamericana*. Santiago, Chile: Cuadernos de ILPES, No. 14, 1971.
- (15) Adriasola, G., C. Olivares, y C. Díaz Coller. Prevención de accidentes del tránsito. *Bol Of Sanit Panam* 72(1):1-18, 1972.
- (16) Puffer, R. R. y G. W. Griffith. *Características de la mortalidad urbana—Informe de la investigación interamericana de mortalidad*. Publicación Científica de la OPS 151. Washington, D.C., 1968.
- (17) OMS. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Informe de una Reunión de la OMS. *Ser Inf Técn* 583. Ginebra, 1975.
- (18) Centro Médico de la Universidad de Georgetown. *Fecundidad y adolescencia. Riesgos y consecuencias*. Informes Médicos. Serie No. 10. Washington, D.C., 1976.
- (19) Llopis A. El problema de las enfermedades venéreas en las Américas. En *Enfermedades venéreas como problema de salud nacional e internacional. Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Publicación Científica de la OPS 220. Washington, D.C., 1971.
- (20) Thorstein, G. Tendencias epidemiológicas en sífilis y blenorragia. En *Enfermedades venéreas como problema de salud nacional e internacional. Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Publicación Científica de la OPS 220. Washington, D.C., 1971.
- (21) Horwitz, J., J. Marconi y G. Adis Castro. *Epidemiología de los problemas de salud mental*. Buenos Aires: ACTA, Fondo para la salud mental, 1967.
- (22) OMS. La juventud y las drogas. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. *Ser Inf Técn* 516. Ginebra, 1973.
- (23) Tanner, J. M. *Growth at adolescence* 2ª ed. Oxford, Inglaterra: Blackwell Scientific Publications, 1962.
- (24) Falkner, F. Patterns in adolescent growth. En *The Health Needs of Adolescents. Report of a WHO Expert Committee*. (Ginebra, 28 de septiembre-4 de octubre de 1976.) En prensa.
- (25) Marshall, W. A. y J. M. Tanner. Variation in the pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 44:291-303, 1969.
- (26) Cohen, M. I., I. F. Litt, et al. Health care for adolescents in a traditional medical setting. Youth, Health and Social Systems Symposium. Washington, D.C., 1974. Documento mimeografiado.
- (27) Sternleib, J. y L. Munan. A survey of health problems, practices and needs of youth. *Pediatrics*. 49(2):177-86, 1972.
- (28) Millary, E. C. H. *Approaches to Adolescent Health*

- Care in the 1970s*. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service. DHEW Publication No. (USA) 76-5014. Washington, D.C., 1975.
- (29) ONU. *Youth, its Problems and Needs*. General Assembly 2770 (XXVI). Nueva York, 1971.
- (30) ONU. Declaration on the Promotion among Youth of the Ideals of Peace, Mutual Respect and Understanding between Peoples. General Assembly 2037 (XX), Nueva York, 1965.
- (31) ONU. Concerted action at the national and international levels to meet the needs and aspirations of youth and to promote their participation in national and international development. General Assembly 2037 (XX), Nueva York, 1965.
- (32) ONU. Channels of Communication with Youth and International Youth Organizations. General Assembly. 3022 (XXVII), Nueva York, 1972.
- (33) ONU. Long Term Policies and Programmes for Youth in National Development. Department of Economic and Social Affairs. ST/50A/103 Nueva York, 1970.
- (34) ONU. *Estadísticas sobre la infancia y la juventud en América Latina—Informe CEPAL-UNICEF*. Santiago, Chile, 1975.
- (35) ONU. World Population Conference. Action taken at Bucharest. Centre for Economic and Social Information/OP for the World Population Conference. CESI/WPY. Nueva York, 22 de noviembre de 1974.
- (36) OEA. Estudio preliminar para el diseño de una metodología básica para facilitar la incorporación de la juventud al desarrollo nacional en los países de América Latina SG/Sev. 4411-95. Washington, D.C., Noviembre de 1973.
- (37) OEA. Primera consulta interagencial sobre colaboración en programas para la juventud en América Latina. Volumen II. Informes de los organismos. Montevideo, Uruguay, 2-4 de abril de 1975.
- (38) OPS. *III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. (Santiago, Chile. 2-9 de octubre de 1972). *Informe Final. Plan Decenal de Salud para las Américas*. Documento Oficial No. 118. Washington, D.C., 1973.
- (39) OMS. Educación sanitaria de los niños y de los jóvenes. 27a Asamblea Mundial. WHA 27.28. Ginebra, 1974.
- (40) OPS. *XXIII Reunión del Consejo Directivo. XXVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Documento Oficial No. 139. *Informe Final*. Washington, D.C., 1976.
- (41) OPS. *XXIV Reunión del Consejo Directivo. XXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Documento Oficial No. 146. *Informe Final* Washington, D.C., 1976.
- (42) González, R. Problems of youth in America. Trabajo presentado al Binational Seminar on Adolescent Health (Ciudad Juárez, México, 4-6 noviembre de 1971.) OPS. Documento mimeografiado.
- (43) Rosselot, J. La salud en la niñez y en la adolescencia, con especial referencia a la problemática centroamericana. OPS. Oficina de Area III. Ciudad de Guatemala, 1968. Documento mimeografiado.

The health of adolescents and youth in Latin America and the Caribbean area (Summary)

The concept of adolescence corresponds to a biological process, but it goes far beyond psychosocial parameters. It is the period during which the personality of the individual gets its start and works toward the development of identity, ability to think in abstract terms, and harmonious adaptation to the social environment.

Youth, in turn, is basically a sociological concept. It refers to the individual's first steps toward becoming a full member of society with the corresponding rights and responsibilities.

The people in these two categories have basic needs for their health and well-being—biological, psychosocial, educational, and occupational—which are important to meet, since the health of today's youth determines that of the next generation.

Although the risk of dying is less for adolescents and youth than it is for persons in other periods of life, specific mortality is significant, especially

from accidents, disturbances in the reproduction cycle, malnutrition, and behavioral anomalies.

Methods of promoting health activities of benefit to youth are reviewed. These activities, generally speaking, should be conducted within the framework of the general health services, which should be equipped with special reference units for the purpose. Emphasis is placed on the importance of gaining the young person's confidence, as well as his active participation in the provision of services.

It is essential, if programming is to be efficient and the health services geared to adolescents and youth are to be institutionalized, to promote a continuing program of manpower training and to encourage epidemiologic research. Accordingly, it is necessary to analyze the current situation of health services in Latin America and the Caribbean area and to try to overcome the difficulties, in many cases with the collaboration of international agencies.

A saúde do adolescente e do jovem na América Latina e no Caribe (Resumo)

O conceito de adolescência refere-se a um processo biológico que transcende a área psicossocial e constitui um período em que a personalidade do indivíduo se manifesta e se procura aperfeiçoar no sentido da identidade, capacidade de abstração e adaptação harmônica ao meio social.

Por outro lado, define-se a juventude como categoria fundamentalmente sociológica, em que o indivíduo começa a formar parte da sociedade, com plenitude de direitos e responsabilidades.

Os grupos assim definidos têm necessidades básicas de saúde e bem-estar—biológicas, psicossociais, educacionais e profissionais—que devem ser satisfeitas, já que a saúde do jovem determina as condições de saúde da geração seguinte.

Embora os riscos de morte do adolescente e do jovem sejam inferiores aos registrados em outras etapas da vida, importante é a morbidade específica, principalmente a que se relaciona com

acidentes, distúrbios do ciclo reprodutivo, desnutrição e anomalias da conduta.

O autor analisa as bases metodológicas que permitem estimular as ações de saúde em benefício da juventude. Em geral, estas devem ser empreendidas no contexto dos serviços gerais de saúde, que devem contar com unidades de referência especializada. Insta-se pela necessidade de contar tanto com a confiança dos jovens como com sua ativa participação na prestação de serviços.

Para conseguir uma programação eficiente e uma institucionalização dos serviços de saúde para adolescentes e jovens é necessário promover a contínua capacitação de recursos humanos e estimular as investigações epidemiológicas; para tanto, é preciso analisar as características da situação atual dos serviços de saúde na América Latina e no Caribe e procurar superar essa situação, contando muitas vezes com a colaboração de organismos internacionais.

La santé de l'adolescent et du jeune en Amérique latine et dans les Caraïbes (Résumé)

Le concept de l'adolescence se réfère à un processus biologique qui transcende le domaine psychosocial et constitue une période pendant laquelle la personnalité de l'individu commence à se développer et à se perfectionner tout comme son sens de l'identité, sa capacité d'abstraction et son adaptation harmonieuse au milieu social.

D'autre part, on entend par jeunesse une catégorie fondamentalement sociologique où l'individu commence à faire partie de la société, avec tous ses droits et responsabilités.

Les groupes ainsi définis ont des besoins de santé et de bien-être de base—besoins biologiques, psychosociaux, éducatifs et professionnels—qui doivent être satisfaits puisque la santé du jeune façonne les conditions de santé de la génération suivante.

S'il est vrai que les risques de décès chez l'adolescent et le jeune sont bien moins grands que ceux encourus à d'autres périodes de la vie, il n'en reste pas moins que la morbidité spécifique est importante, en particulier pour ce qui a trait

aux accidents, aux troubles du cycle de reproduction, à la malnutrition et aux anomalies du comportement.

L'auteur analyse les bases méthodologiques qui permettent de promouvoir les activités de la santé dont bénéficient les jeunes. En règle générale, ces activités doivent avoir lieu dans le cadre des services généraux de la santé qui doivent être dotés d'unités de référence spécialisées. L'auteur insiste sur la nécessité de pouvoir compter sur la confiance des jeunes ainsi que sur leur participation active à la prestation des services.

Pour arriver à une programmation efficace et à une institutionnalisation des services de santé destinés aux adolescents et à la jeunesse, il importe d'encourager la formation permanente des ressources humaines et de stimuler les recherches épidémiologiques. A cet effet, il faut analyser les caractéristiques de la situation actuelle des services de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes et chercher à la surmonter, en recourant bien souvent à la collaboration des organismes internationaux.