

PLAN DE ACCIÓN DE
DESARROLLO Y SALUD DE
ADOLESCENTES
y **JÓVENES**
EN LAS **AMÉRICAS**

1998 - 2001



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

División de Promoción y Protección de la Salud
Programa de Salud de la Familia y Población
Salud del Adolescente

Noviembre de 1998



Las solicitudes para reproducir o traducir todo o parte de esta publicación deberán dirigirse al Programa de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

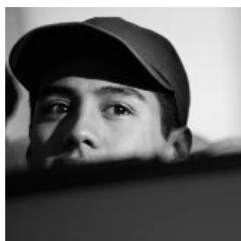
Texto preparado por:
Dra. Matilde Maddaleno
Asesora Regional del Programa de Desarrollo y Salud Integral del Adolescente

Coordinadora:
Francisca Infante

Colaboradoras:
Sylvia Singleton y Katherine Weaver

Diseño gráfico:
Miki Fernández
ULTRAdesigns

Documento de distribución gratuita



Prefacio 5

Introducción 7

Situación actual de los adolescentes y jóvenes 9

Historia reciente del trabajo de la OPS con adolescentes 13

Compromisos y Plan de Acción, 1992-1997 13

Puesta en práctica del Plan de Acción 1992-1997 13

Evaluación de los adelantos logrados 15

Lecciones aprendidas 15

Plan de Acción de desarrollo y salud de los adolescentes y jóvenes 1998-2001 15

Contraste entre programas de atención adolescente con enfoque de problema versus programas integrales 16

Riesgo y resiliencia 16

Marco conceptual de desarrollo de adolescentes 17

Promoción de salud y desarrollo de los adolescentes 19

Estrategia regional de la OPS para el desarrollo y la salud de los adolescentes y jóvenes 23

Estrategias operativas 23

Recomendaciones y líneas de acción 23

Bibliografía 29

Anexo 1: Resolución CD40.R16 31

Anexo 2: Evaluación de los adelantos logrados 33

Anexo 3: Consultores del Programa de Adolescencia de la OPS en los países 36

Anexo 4: Centros Coordinadores ADOLEC/BIREME 38

Solicitud de publicaciones 39



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido pionera en abordar la salud de los adolescentes y los jóvenes en el contexto de su ambiente social y económico, y en crear mecanismos para satisfacer sus necesidades, con especial énfasis en promoción y prevención.

En el XXXVI Consejo Directivo (1992), los Estados Miembros aprobaron el Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas, mediante el cual se instó a los gobiernos de la Región a establecer políticas y planes nacionales para promover la salud integral del adolescente; establecer vínculos de colaboración entre los organismos que se ocupan de la salud de este grupo de edad; fomentar la participación de los adolescentes en las actividades de promoción de la salud; e iniciar proyectos de colaboración entre los diferentes sectores gubernamentales.

Durante el período 1992-1997, la División de Promoción y Protección de la Salud a través del Programa de Familia y Población, de la OPS ejecutó el Plan de Acción y se movilizaron recursos

nacionales e internacionales para la salud de los adolescentes con el objetivo de mejorar la capacidad científica, técnica y administrativa de los gobiernos para iniciar y fortalecer programas de salud integral del adolescente. La evaluación de la ejecución del Plan de Acción determinó que, si bien los países lograron en poco tiempo extraordinarios avances en la creación de una infraestructura para la salud de los adolescentes, aún falta mucho camino por recorrer y se necesita un mayor compromiso de todas las partes interesadas.

En el XL Consejo Directivo OPS (Septiembre 1997) se aprobó el Plan de Acción sobre Salud y Desarrollo del Adolescente en las Américas. Durante dicha reunión se aprobó la resolución CD40.R16 (Anexo 1) que insta a los Estados Miembros a promover la inclusión del tema de adolescencia y juventud en la agenda política y pública, con miras a mejorar la capacidad de los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes mediante la formulación de políticas apropiadas y el fomento de la colaboración intersectorial entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, universidades y medios de comunicación, con amplia participación juvenil y una perspectiva de género.

El presente documento describe las estrategias Regionales de desarrollo y salud de los adolescentes de la OPS para los próximos cuatro años, analiza las estrategias operativas y se establece un nuevo marco conceptual para el período 1998-2001. ▀



La salud de los adolescentes y los jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de las Américas.

La salud de los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas; por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud, adquiridos durante la adolescencia, no se traducen en morbilidad o mortalidad durante el periodo de la adolescencia misma.

Los costos para los gobiernos y los individuos son considerables cuando un joven no logra llegar a la

adulthood gozando de buena salud, de una educación adecuada y sin embarazos indeseados. Estos costos suelen ser más altos que los costos de los programas de promoción y prevención que ayudan a los jóvenes a lograr esas metas. Un análisis de costos hecho en los Estados Unidos determinó que cada año se gastan aproximadamente US\$20 billones en pagos para mantener los ingresos, los servicios de salud y la nutrición de las familias encabezadas por adolescentes. Asimismo, los costos de por vida que representa un delincuente profesional varían entre \$1,0 y \$1,3 millones, y los cálculos son similares para un adicto crónico a las drogas. Incorporar el grupo de edad de los adolescentes en los planes de salud de los países de la Región y establecer la infraestructura necesaria para promover el desarrollo positivo de los adolescentes es una buena inversión para el futuro. ▶



La crisis económica, la consolidación de la democracia, la mejoría del nivel de educación y los valores culturales en transición afectan el presente y el futuro de los adolescentes



Carlos Gaggero



SITUACIÓN ACTUAL DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

Los adolescentes y los jóvenes representaban, en 1996, un 30% (148 millones) de la población de América Latina y el Caribe, mientras en los Estados Unidos de América y en Canadá, el porcentaje se situaba alrededor del 20% de la población. Se prevee que este número pase de 148 millones a casi 166 millones en el año 2000, y que el mayor porcentaje de este crecimiento se concentrará en los países más pobres de la Región (Burt 1998). El aumento de esta población recargará los sistemas sanitarios, educacionales y laborales, que actualmente no están capacitados para satisfacer las demandas. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la situación actual y las perspectivas futuras de los adolescentes y jóvenes, en las próximas décadas, están condicionadas por cuatro tendencias recientes que afectan a los países de la Región: la crisis económica que implica una pérdida de capital; la necesidad de reestructuración económica y el desarrollo de la competencia tecnológica y la competitividad internacional; el resurgimiento y la consolidación de los sistemas democráticos; la tendencia a largo plazo de mejorar los niveles de educación en cada cohorte sucesiva de jóvenes; y los cambios de las instituciones y de los valores culturales, debido a la globalización de las comunicaciones y el transporte. A pesar de cambios posi-

tivos observados en la sociedad, los adolescentes siguen afrontando muchos problemas que amenazan su transición saludable a la edad adulta.

Pobreza

En los países con menores recursos y en las zonas más pobres de los países más desarrollados de la Región, se siguen observando en los adolescentes las manifestaciones de la pobreza, tales como retraso en el crecimiento, bajo peso corporal y morbilidad y mortalidad derivadas de la nutrición inadecuada, la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas. En algunos países las enfermedades infecciosas agudas todavía se clasifican entre las principales causas de defunción en el grupo de edad de 10 a 14 años, y la incidencia de tuberculosis es alta en adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Educación

En América Latina los niveles de educación han aumentado en forma significativa durante las últimas décadas. Desde 1990 a 1995, el 73% de la población de la Región completó quinto básico, con un 45% matriculados en la educación secundaria (UNICEF 1997). Las tasas de matriculas varían mucho en la Región. En América Central, el 52% de los adolescentes están matriculados en la educación secundaria, a

diferencia de los Estados Unidos que presenta un 99% de adolescentes matriculados (CELADE, 1996). Latinoamérica, presenta un nivel educacional inferior al que se esperaría de acuerdo a su nivel de desarrollo, con un promedio de 5.2 años de educación para la población adulta en 1995 (Londoño, 1996). Dentro de los países existen diferencias alarmantes entre los jóvenes rurales y urbanos, los adolescentes varones y las adolescentes mujeres y las diferentes clases socio-económicas (ECLAC, 1996). En la gran mayoría de los países de la Región, al menos uno de cada diez jóvenes se matricula en la universidad. En Latinoamérica, durante los últimos 45 años, el crecimiento de la fuerza laboral analfabeta funcional ha sido paralelo al crecimiento de la población viviendo en condiciones de pobreza (Londoño, 1996). El nivel de educación es la variable que más influye en la mayoría de los resultados negativos en salud, como el embarazo precoz, el consumo de drogas, la violencia, y también en los resultados positivos como el tamaño de la familia y la edad en que se contrae matrimonio (UNICEF, 1997 en La Salud en las Américas, OPS 1998. Vol. I).

Urbanización y empleo

Se calcula que, en el año 2000 el 80% de la población joven de la Región vivirá en zonas urbanas. La migración de jóvenes hacia la ciudad se caracteriza por una

La esperanza de un futuro es esencial para que la juventud invierta en su propia educación y adquiera hábitos y estilos de vida saludables.



Armando Waak, OPS/OMIS



falta de servicios sociales, servicios de salud, falta de vivienda e infraestructura sanitaria. Las altas tasas de desempleo y la violencia son las principales características que afectan a los jóvenes urbanos. En Latinoamérica los adolescentes de 15 a 19 años constituyen alrededor del 30 al 40% de la población económicamente activa (PEA), con un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (2:1), aunque la tendencia actual ha sido el aumento de la participación de las mujeres, especialmente de las áreas urbanas (Cepal, 1995). El desempleo de los adolescentes duplica al de los adultos; además una alta proporción de adolescentes que trabajan lo hacen en el sector informal, con bajos salarios, mal calificados, y sin los beneficios del seguro social. El desempleo juvenil varía desde 36 a 66% en la Región (UNDP, 1996 en La Salud en las Américas, OPS 1998. Vol. I)

Estadísticas de salud

La información epidemiológica sobre los adolescentes en la Región es escasa y está influenciada por el marco conceptual de conductas "problema" y de riesgo. Por lo general, las estadísticas locales y nacionales de salud no están desagregadas por grupo de edad de 10 a 14 años, de 15 a 19 (adolescentes) y de 19 a 24 (jóvenes) ni por sexo, lo que dificulta las comparaciones entre comunidades, países o subregiones. Es necesario diseñar y probar indicadores de desarrollo e indicadores sociales para poder medir los efectos positivos de los programas promotores del desarrollo saludable y el impacto de los problemas sobre la mortalidad y la

morbilidad.

Las causas principales de defunción entre los adolescentes (10 a 19 años de edad) son externas, lo cual incluye homicidios, suicidios, accidentes y traumatismos, seguidos de tumores malignos, enfermedades infecciosas, y complicaciones del embarazo, parto y puerperio (OPS, 1996). La mortalidad es mayor en el sexo masculino y en los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad.

Salud sexual y reproductiva

Existe poca información sobre indicadores positivos de sexualidad y desarrollo en la adolescencia o de lo que se considera como adolescentes sexualmente sanos dentro de su ambiente cultural. Necesitamos más investigación sobre los valores, la identidad y los roles de género. La tasa de fertilidad de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años varía en la Región. A pesar de su disminución, todavía es extremadamente elevada (McDevitt, 1996). Los países con la tasa de fertilidad adolescente más alta son Nicaragua, Honduras, Guatemala, El Salvador y Venezuela. En general los países de Centro América tienen una tasa de fertilidad mayor (87 x 1000) que los países de el Caribe (78 x 1000) y que los países de Sudamérica (75 x 1000) (FNUAP, 1997). El inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos es un fenómeno común en las Américas. Se estima que en Latinoamérica el 50% de los adolescentes menores de 17 años son activos sexualmente. En los siete países que tienen datos

de la encuesta demográfica (DHS) entre 53 y 71% de las mujeres han tenido relaciones sexuales antes de los 20 años (FNUAP, 1997 en La Salud en las Américas, OPS 1998. Vol. I).

El inicio precoz de las relaciones sexuales pone a los adolescentes en riesgo de embarazo; enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA. Aproximadamente 15 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad tienen un hijo cada año, representando el 10% de todos los nacimientos mundiales. La encuesta demográfica (DHS) muestra que en promedio el 38% de las mujeres están embarazadas antes de los 20 años. En la mayoría de los países de la Región entre el 15 y 25% de todos los nacimientos ocurren en adolescentes (UNICEF, 1997 B). El uso de los métodos anticonceptivos es más bajo en este grupo de edad (la información muestra que sólo 1 de cada 10 adolescentes solteros y sexualmente activos utiliza algún método anticonceptivo), y aun cuando los conocimientos son adecuados, la percepción individual de riesgo es baja. Según la OMS, por lo menos la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen 24 años o menos, lo que hace de éste un tema crítico para la juventud de la Región. (La Salud en las Américas, OPS 1998. Vol. I).

Violencia

Durante las últimas décadas ha habido un aumento considerable del nivel de violencia en el mundo, que ha adquirido proporción de epidemia, llegando a ser uno de los problemas más serios de salud pública de la Región (Franco, 1990). El 28,7% de las muertes por homicidio en la

Mientras más adverso es el contexto en que se desarrolla el adolescente, mayor será la necesidad de apoyo que le permitirá sobrevivir y prosperar en el futuro.



Región ocurren en adolescentes entre los 10 y 19 años. Colombia, Puerto Rico, Venezuela, El Salvador y Brasil son los países con las tasas más elevadas de homicidios en varones de 15 a 24 años de edad y éstas tasas están en aumento (La Salud en las Américas, OPS 1998. Vol. I). La violencia intrafamiliar y contra la mujer recién empieza a aparecer. Las elevadas tasas de abuso sexual y la incidencia de violaciones, especialmente entre las madres adolescentes más jóvenes, empiezan a conocerse en la Región.

Salud mental

Los adolescentes y jóvenes son con frecuencia vulnerables a todo tipo de estresores que provocan inestabilidad emocional. Trastornos del desarrollo psicosocial son frecuentes y se reflejan en la alta incidencia de problemas de salud mental, tales como depresión, abuso de sustancias, suicidio y otras. Las tasas de suicidios entre los 15 y 24 años son elevadas en Canadá, Estados Unidos, El Salvador, Trinidad y Tobago, Cuba y Uruguay, y están en aumento en Brasil, Canadá y Venezuela. (La Salud en las Américas, OPS 1998. Vol. I). Los trastornos del apetito son un problema emergente (Florenzano, 1997).

Abuso de sustancias

El uso de tabaco, alcohol y otras drogas imponen una amenaza a la gente joven debido a las consecuencias de corto y mediano plazo asociadas con estas conductas. El uso de cocaína, especialmente pasta base, y el uso de inhalantes en pre-adolescentes, es un problema serio en los niños

y adolescentes de la calle. El aumento de la preocupación en relación al abuso de drogas no es sólo por el aumento de prevalencia, sino también por el abuso de drogas nuevas y más potentes (UNICEF, 1997). Latinoamérica y el Caribe tienen una alta prevalencia del hábito de fumar entre adolescentes, 57% de los adolescentes entre 15 y 19 años en Perú, y 41% en Cuba, en comparación con un 17% y 15% respectivamente en Canadá y Estados Unidos (Burt 1998).

La tendencia actual es que más mujeres y gente joven están fumando en los países industrializados y en desarrollo. El monitoreo del consumo de tabaco y la prevención del hábito de

fumar en adolescentes y jóvenes es importante, pues el tabaco se considera la puerta de entrada al consumo de otras sustancias más dañinas.

El consumo excesivo de alcohol en adolescentes ha sido un problema por años. La tasa de consumo de alcohol en general ha sido mayor en hombres, pero en algunos países, como Estados Unidos, las tasas son muy similares en ambos sexos (Rodríguez 1998).

El alcohol es la droga más usada por los adolescentes, disponible y barata. Ha sido usada por el 95% de los adolescentes a la edad de 18 años. El abuso de alcohol y su relación con los accidentes de tránsito es un problema para los países de la Región.

HISTORIA RECIENTE DEL TRABAJO DE LA OPS CON ADOLESCENTES

Compromisos y Plan de Acción, 1992-1997

En el XXXVI Consejo Directivo, en Septiembre de 1992, los Estados Miembros aprobaron un Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas. El Consejo Directivo aprobó la resolución CD36.R18, mediante la cual insta a los Gobiernos Miembros a que: 1) desarrollen iniciativas nacionales para la salud de los adolescentes; 2) creen y estrechen los vínculos de colaboración entre las entidades responsables de la salud del adolescente en sus países; 3) establezcan y fortalezcan los vínculos de colaboración con las organizaciones no gubernamentales, universidades y centros de investigación; 4) promuevan la participación activa de los adolescentes en las activi-

dades de promoción de la salud en diversos entornos, y 5) establezcan y fortalezcan la colaboración entre los ministerios de salud y de educación.

Puesta en práctica del Plan de Acción, 1992-1997

Durante el período 1992-1997, la OPS llevó a cabo el Plan de Acción con recursos propios y con apoyo de la Fundación W. K. Kellogg, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI). También se ha movilizado a nivel de los países una gran cantidad de recursos.

La iniciativa OPS/Kellogg para la salud integral de los adolescentes se inició en 1992, con el objetivo

Para ingresar al mundo de la economía global, los adolescentes necesitan tener valores para crecer en comunidades con diferentes grupos étnicos, religiosos y culturales



Armando Waak, OPS/OMS



global de fortalecer la capacidad científica técnica y administrativa de los países de la Región para iniciar o mejorar los programas de salud integral de los adolescentes. El proyecto fue un mecanismo estratégico para acelerar y ordenar la consolidación del Plan de Acción tanto a nivel regional como nacional.

Las actividades en colaboración con el FNUAP se centraron en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, incluyeron la preparación de materiales de capacitación para apoyar los servicios y programas que trabajan en el tema. En conjunto con ASDI se desarrolló un proyecto para abordar la violencia juvenil, como un problema emergente y grave de salud pública en la Región.

Evaluación de los adelantos logrados

En 1996, se realizó una evaluación externa en la ejecución de los diversos componentes del Plan de Acción en 22 países de la Región (Nirenberg 1996) (Anexo 2). En la evaluación participaron los consultores de país de las oficinas de la OPS, los puntos focales de adolescencia, los directores de programas nacionales e informantes clave. Además, se realizó en conjunto con la Universidad de George Washington un análisis de las políticas y la legislación vigentes en el tema de adolescencia en 30 países de Latinoamérica y el Caribe (Rodríguez-García *et al.* 1998).

Lecciones aprendidas

El Programa Regional de Salud Adolescente es un programa nuevo, que ha logrado avances

significativos en poco tiempo y ha establecido una infraestructura para la salud de los adolescentes. Sin embargo, la evaluación muestra que queda mucho camino por recorrer y es necesario un compromiso de todas las partes interesadas. Las lecciones críticas aprendidas han sido la necesidad de:

- ▶ dar prioridad de la abogacía de la salud de los adolescentes, ante el público general y los encargados de tomar decisiones;
- ▶ hacer hincapié no sólo en la formación de recursos humanos entre los profesionales de salud de hoy, sino también entre futuros profesionales de la salud, y otros, trabajando en el pregrado y postgrado de ciencias de la salud y de ciencias sociales de las universidades;

- ▶ promover y facilitar el uso de las nuevas tecnologías informáticas para aumentar la difusión de información y la cobertura de la formación de recursos humanos;
- ▶ concebir nuevos modelos para fomentar la participación y el empoderamiento juvenil;
- ▶ hacer hincapié en el establecimiento de programas nacionales de salud de adolescentes y en la formación de recursos humanos para dirigir estos programas;
- ▶ seguir invirtiendo en evaluaciones de calidad y en programas de costo-efectividad;
- ▶ incorporar al varón adolescente en el diseño e implementación de políticas, planes y programas;
- ▶ incorporar comunicación social como una herramienta poderosa para la promoción de desarrollo y salud del adolescente.

PLAN DE ACCIÓN DE DESARROLLO Y SALUD DE LOS ADOLESCENTES y JÓVENES 1998-2001

El Plan de Acción 1998-2001 brinda una oportunidad valiosa a la OPS para definir un nuevo marco conceptual que aborde la salud de los adolescentes y jóvenes, con una visión holística basada en sus necesidades y en el desarrollo humano.

En gran medida, el futuro desarrollo económico de los países de la Región depende del incremento permanente de poblaciones educadas, saludables y económicamente productivas. Sin embargo, aunque la educación y la salud contribuyen al potencial económico de los países, no lo garantizan. Es esen-

cial, también, que los países ofrezcan oportunidades económicas amplias y rentables. Existe, además, una interacción importante entre la oportunidad económica y la prontitud de la juventud actual de aprovechar la oportunidad. Sin una esperanza real de salir adelante, la juventud tiene poco incentivo para invertir en su propia educación y así evitar involucrarse en algunos de los hábitos dañinos que podrían adquirir durante la adolescencia. Igualmente, los inversionistas potenciales podrían mostrarse renuentes a comprometerse con el desarrollo econó-

mico del país al no contar con la expectativa de una fuerza de trabajo calificada para nuevos cargos. Mientras la juventud no se capacite, las esperanzas de su futuro económico son cada vez más tenues (Burt 1998). La inversión en adolescencia es importante para el desarrollo económico de los países, tanto para prevenir las consecuencias negativas de las potenciales conductas de riesgo, como para promover un desarrollo integral. La forma más efectiva de hacer inversiones en adolescencia es pensar y actuar de forma integral y desde un enfoque preventivo y de desarrollo (Burt 1998).

Contraste entre programas de atención adolescente con enfoque en problemas versus programas integrales

Los programas de atención de adolescentes en los países de América Latina, el Caribe y otras partes del mundo se centran con demasiada frecuencia en conductas problemáticas específicas, e intervienen cuando los comportamientos ya están bien arraigados. Los programas de prevención son relativamente escasos y en su lugar, se desarrollan programas que prestan "atención terciaria", dirigidas a reparar el daño (Barker & Fuentes, 1995). Más importante aún es que los esfuerzos terciarios que se concentran usualmente en una sola conducta problemática, como el embarazo temprano, el abuso de drogas o la delincuencia, se centran sólo en el individuo, y no utilizan un enfoque integral orientado hacia el adolescente, su familia, el ambiente y el con-

texto general en que ocurre el comportamiento. Este tipo de programas de prevención terciaria, centrados en el individuo, no han demostrado ser efectivo en cambiar la vida de los adolescentes y tienen un alto costo. Más aún, se comportan como si la población objetivo de sus intervenciones fuera diferente, dando lugar a manuales de prevención del SIDA, de embarazo, del consumo de drogas etc., resultando una duplicación de esfuerzos y de costos.

Numerosos estudios de investigación demuestran que los factores de riesgo de las conductas problemáticas y sus consecuencias en salud son comunes y que además están relacionados entre sí. En un reciente resumen de investigación de factores de riesgo, Catalano & Hawkins (1995) identifican los siguientes factores de riesgo, que son comunes en los casos de consumo de drogas, delincuencia, embarazo adolescente, abandono de la escuela y violencia: carencia extrema de recursos económicos, conflicto familiar, historia de conducta problemática en la familia y dificultades en el manejo de los conflictos familiares. Además, el abuso de drogas, la delincuencia y la violencia comparten características del vecindario que brindan oportunidades para desarrollar conductas problema: leyes y normas comunitarias que favorecen las actividades delictivas, el consumo de drogas y la adquisición de armas de fuego, grupos de pares involucrados en conductas problemáticas, una actitud favorable de los padres hacia el comportamiento problemático, poco sentido de pertenencia a las comunidades, y en

general, desorganización social. En esas circunstancias, los jóvenes que luchan por desarrollar su identidad, destrezas y estilos de vida, tienen fácil acceso a actividades sociales consideradas problema, y un acceso restringido a actividades que favorecen su desarrollo. Mientras más adverso es el contexto en que se desarrolla el adolescente, mayor será la necesidad de apoyo que le permitirá sobrevivir y prosperar en el futuro.

Riesgo y resiliencia

Así como en el ambiente del adolescente existen factores y antecedentes que aumentan la posibilidad de que el adolescente se involucre en problemas, también hay factores que lo protegen de las influencias adversas. La idea de los factores protectores proviene de estudios centrados en niños que parecen funcionar adecuadamente a pesar de vivir en condiciones de riesgo considerable (Burt 1998). A estos niños se les llama: "resilientes", "competentes" y "resistentes al estrés" (Garmezy 1983, 1987; Rutter 1987; Werner 1986, 1989; Werner & Smith 1982). Gran parte de los estudios recientes de investigación se han enfocado en la identificación de esos factores y en cómo funcionan; es decir, si son factores independientes, protectores en sí mismos o si ejercen su efecto primordialmente en presencia de factores de riesgo que es necesario contrarrestar o reducir.

Hasta la fecha, se han identificado factores protectores individuales, familiares y ambientales; muchos de los cuales funcionan como factores positivos indepen-

dientes, bien sea que el adolescente enfrente o no enfrente factores de alto riesgo. Grossman et al. (1992), resumen tales factores. Los factores protectores individuales (personalidad) incluyen la auto-estima (Garmezy 1983; Murphy & Moriarty 1976; Rutter 1979; Werner & Smith 1982) y el locus de control interno (sentirse confiado de que los propios esfuerzos producirán los efectos deseados) (Garmezy 1987; Werner 1986). Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal (Garmezy 1987; Rutter 1987), la cohesión familiar y una buena relación con al menos uno de los padres (Campbell 1987; Rutter 1979). Un factor protector que existe en el ambiente social más allá de la familia lo constituye una relación significativa con un adulto que no sea uno de los padres, que goce del aprecio del joven. Otros factores son involucrarse en actividades escolares y comunitarias y la creencia en un ser superior (Garmezy 1983; Murphy & Moriarty 1976; Rutter 1979; Werner & Smith 1982). Algunos estudios (Werner 1989; Werner & Smith 1982) han demostrado que la necesidad de esfuerzos protectores se incrementa con la mayor exposición del adolescente a los factores de riesgo. Así, más adolescentes enfrentarán eficazmente las circunstancias de bajo riesgo, sin la presencia de factores protectores, que adolescentes en circunstancias de alto riesgo, a no ser que en éstos cuenten con factores protectores.

Marco conceptual de desarrollo de adolescentes

Basados en las experiencias anteriores el Programa Regional de Adolescencia propone un nuevo marco conceptual de desarrollo humano integral y promoción de salud.

El marco conceptual plantea fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural (Figura 1) y un cambio de paradigma que apoya el desarrollo de los adolescentes como una estrategia para prevenir sus problemas.

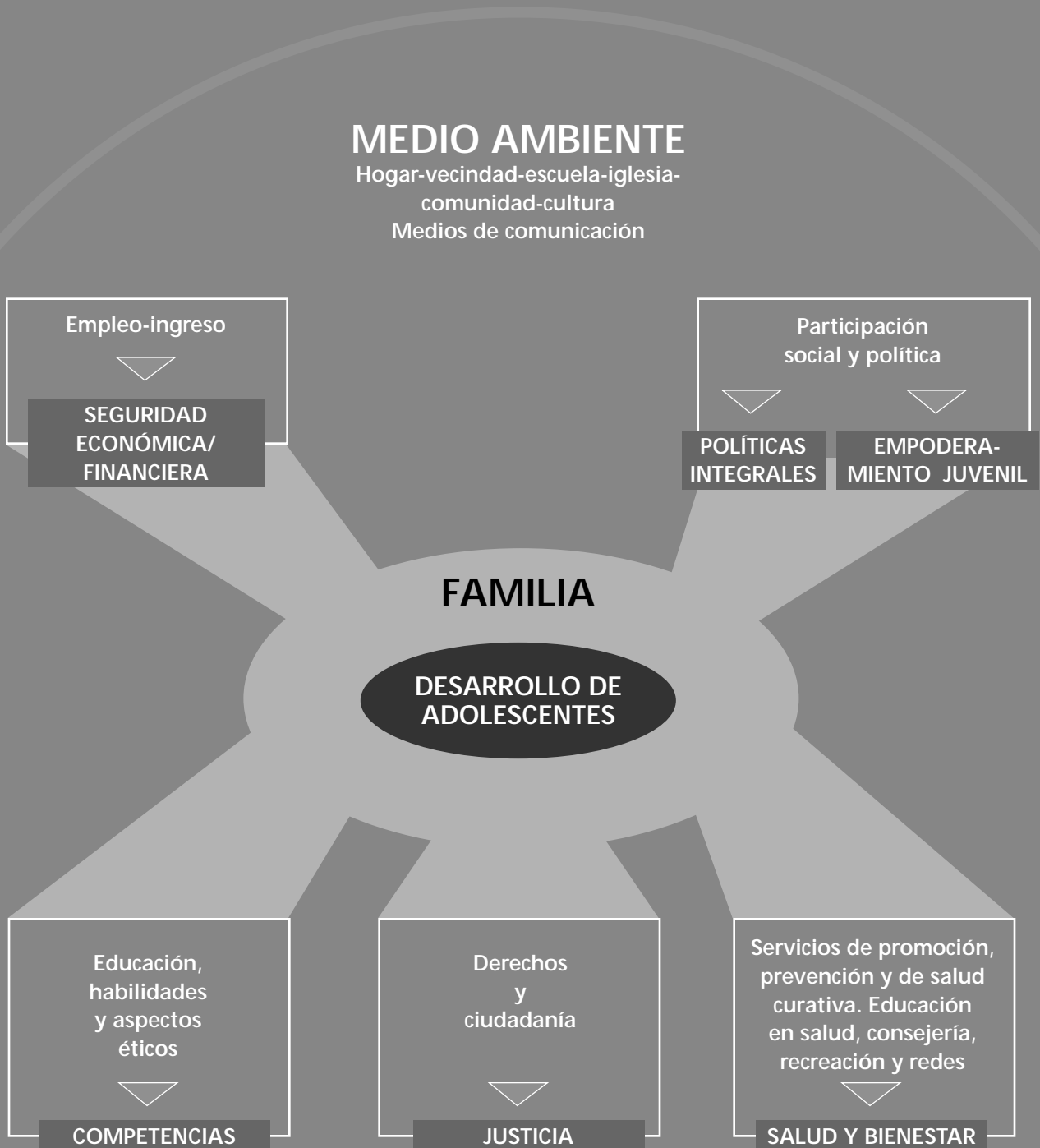
Desarrollo se define como un proceso continuo a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, desarrolla competencias, habilidades y redes sociales. Competencia es la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes; así definida, entonces, la competencia está ligada a un contexto específico. Para apoyar el desarrollo de los adolescentes son claves la salud y el bienestar, la educación, la justicia, el empleo y la participación social. El desarrollo no ocurre aislado y en este marco es importante apoyar a las familias y las comunidades para que sus instituciones e individuos guíen y apoyen el desarrollo de los adolescentes (Rodríguez y cols., 1998).

Los adolescentes tienen requerimientos básicos (derechos) (UNICEF, 1997) que necesitan ser satisfechos: nutrición, ejercicio, recreación y acceso a servicios. Según la OMS, para tener un desarrollo saludable los adolescentes y jóvenes necesitan

primero, haber tenido una infancia saludable; segundo, contar con ambientes seguros que los apoyen y brinden oportunidades, a través de la familia, los pares y otras instituciones sociales; tercero, información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de habilidades prácticas, vocacionales y de vida; y cuarto, tener acceso con equidad, a una amplia gama de servicios: educación, empleo, salud, justicia y bienestar (OMS, 1989). UNICEF agrega la necesidad de un macro ambiente que los apoye, creado por las políticas y la legislación, los valores de la sociedad, los modelos de roles positivos, y las normas de conducta, con apoyo de los medios de comunicación (UNICEF, 1997). El Carnegie Council for Adolescent Development subraya además la importancia para el desarrollo de adolescentes el tener un sentido de pertenencia y oportunidades para participar y ser miembros activos y contribuyentes a su comunidad como padres, trabajadores y ciudadanos (Takanashi, 1996). Los adolescentes necesitan creer en un futuro prometedor con oportunidades sociales y económicas reales. Sin la esperanza de triunfar económicamente, la juventud tiene poco incentivo para invertir en educación y evitar hábitos dañinos (Wilson, 1987). Para ingresar al mundo de la economía global y tecnológica, los adolescentes necesitan desarrollar capacidades técnicas y analíticas (Reich, 1991), desarrollar motivación para el aprendizaje permanente, prepararse para vivir en la incertidumbre y el cambio y tener valores para crecer en comuni-

FIGURA 1

Un modelo basado en el marco conceptual de salud y desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes



dades con diferentes grupos étnicos, religiosos y culturales. Esta perspectiva de adolescencia y desarrollo tiene importantes implicaciones en la manera de orientar el trabajo. Primero, es importante establecer una coordinación entre los diferentes sistemas y sectores para satisfacer las necesidades del desarrollo de una manera holística. Aún en los casos en que la salud es el foco principal del programa, es necesario reconocer y enfatizar otros aspectos, como la necesidad de ingreso económico, manejo de los problemas y conflictos familiares, educación, etc. Segundo, implica orientar las actividades al individuo, la familia, las comunidades y sociedades. Tercero, las actividades están orientadas a disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores y la resiliencia.

Este plan de acción pretende impulsar el desarrollo de políticas públicas que favorezcan el desarrollo de adolescentes en los diferentes ámbitos de acción: salud, justicia, educación, trabajo y participación social. Desafortunadamente, los políticos y el pueblo en general tienden a ser movilizadas más por los problemas de los adolescentes que por sus necesidades de desarrollo, por lo que la labor de abogacía en su implementación será clave. También intentará mejorar la respuesta institucional, fortaleciendo la coordinación de los diferentes sectores y la participación juvenil en las diferentes instancias.

En este marco conceptual el sector salud, que puede o no liderar el proceso, impulsará el desarrollo de políticas de salud coherentes con el desarrollo de

adolescentes, mejorando los conocimientos y habilidades de este grupo etéreo en salud, formando recursos humanos capacitados en desarrollo de adolescentes y en el manejo de sus eventuales problemas, implementando y fortaleciendo los servicios de atención en diferentes ámbitos (servicios clínicos, escolares y laborales), ofreciendo consejería individual y familiar y estableciendo redes de apoyo. El Plan de Acción Regional de desarrollo y salud de adolescentes de OPS busca implementar el programa a través de tres ejes fundamentales: la salud de los adolescentes hoy, los adolescentes promoviendo futuros saludables y los adolescentes como agentes de cambio (Cuadro 1).

Promoción de desarrollo y salud de los adolescentes

La promoción de salud emerge como una herramienta indispensable en el cambio social necesario para lograr el desarrollo y la salud de los adolescentes.

Promoción de salud se define como un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades ejercen control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejoran su estado de salud. Las estrategias de la promoción de la salud comprenden: la formulación de políticas públicas saludables; la reorientación de los servicios de salud; la potenciación de las comunidades para lograr el bienestar; la creación de ambientes saludables; el fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud y la construcción de alianzas estratégicas, especialmente con

los medios de comunicación. Las acciones de promoción de salud requieren esfuerzo y responsabilidad compartida entre individuos, familias, comunidades, organizaciones, instituciones de formación de recursos humanos, sistemas de salud y gobiernos. Los programas de promoción de salud de mayor impacto promueven cambios simultáneos a diferentes niveles: individual, grupal, organizacional y comunitario.

Para la planificación de los programas de adolescentes planteamos usar el modelo de Green-Kreuter (1991) PRECEDE - PROCEDE (Figura 2) que ha sido usado en programas de promoción de salud de adolescentes. Este modelo considera los factores determinantes de la salud y orienta a los planificadores de programas a identificar estos factores para el diseño de las intervenciones, facilitando la planificación, implementación y evaluación integral de programas, así como el desarrollo de las políticas y legislación.

El Modelo Precede-Procede enfatiza la idea básica de que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr el cambio de conducta esperado. El modelo tiene siete etapas, las cinco primeras de diagnóstico y las restantes de ejecución y evaluación, no necesariamente secuenciales:

- 1) Diagnóstico social de las necesidades, deseos y percepciones de los adolescentes,
- 2) Diagnóstico epidemiológico de la situación y los problemas de salud más frecuentes;

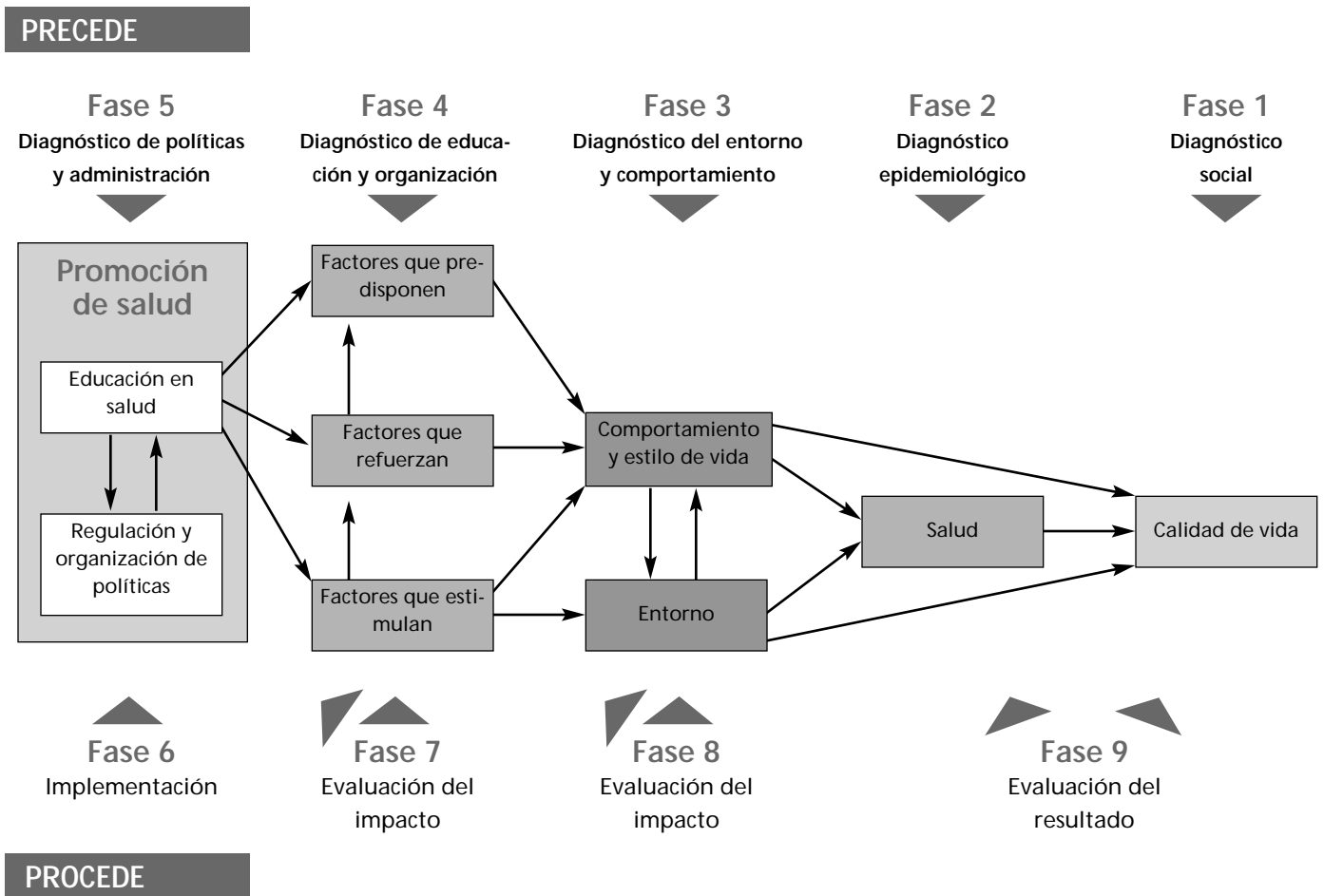
COMPONENTES DEL PLAN DE ACCIÓN

	Salud de los adolescentes de hoy	Adolescentes promoviendo futuros saludables	Adolescentes como agentes de cambio
	Centrado en: servicios de salud, consejería y educación sanitaria	Centrado en: preadolescentes en entornos escolares	Centrado en: participación y empoderamiento juvenil
Formulación de políticas, planes y programas	<ul style="list-style-type: none"> Programas nacionales de salud de adolescentes Prototipos de instrumentos de calidad de atención Desarrollo estudio de casos y diseño de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de políticas a nivel nacional Elaboración y puesta a prueba de modelos Comisión mixta salud-educación 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración y puesta a prueba de prototipos de participación juvenil Abogacía a nivel nacional
Desarrollo de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Cursos de efecto multiplicador, seminarios, talleres de APS/subregionales Educación a distancia Alianza estratégica con la Iniciativa Adolescente sano/ Kellogg Alianza estratégica con los Proyectos UNI/Kellogg 	<ul style="list-style-type: none"> Modelos de salud escolar Cursos de capacitación Alianza estratégica con la Iniciativa Adolescente sano/ Kellogg Alianza estratégica con los Proyectos UNI/Kellogg 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones subregionales Talleres y cursos de liderazgo Alianza estratégica con la Iniciativa Adolescente sano/ Kellogg Alianza estratégica con los Proyectos UNI/Kellogg
Difusión de información y redes	<ul style="list-style-type: none"> Red ADOLEC/BIREME Internet, redes de comunicación electrónica 	<ul style="list-style-type: none"> Red de Escuelas Promotoras de Salud Red ADOLEC/BIREME 	<ul style="list-style-type: none"> Base de datos de programas de jóvenes Red jóvenes Red líderes
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> Proyectos conjuntos con universidades, centros colaboradores/programas nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> Proyectos conjuntos con universidades, centros colaboradores/ONG 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de expertos Jóvenes investigando y actuando
Movilización de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Propuestas de subvención Colaboración intersectorial Designación de universidades como centros colaboradores OMS 	<ul style="list-style-type: none"> Colaboración entre el MS y el ME Propuesta de subvención conjunta con otros programas OPS 	<ul style="list-style-type: none"> Abogacía a través de los medios de comunicación Colaboración entre MS, ME, ONG, MJ Grupos de estudio interagenciales
Cooperación técnica directa	<ul style="list-style-type: none"> Nómina de consultores 	<ul style="list-style-type: none"> Nómina de consultores 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de una nómina de consultores

ME: Ministerio de Educación
 APS: Atención primaria salud

MS: Ministerio de Salud
 UNI: Nueva Iniciativa de Educación Profesional

MJ: Ministerio de Juventud



3) Diagnóstico de las conductas y del entorno;

4) Diagnóstico de los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento. Los factores predisponentes incluyen los conocimientos, actitudes, creencias, valores y percepciones del adolescente que facilitan o limitan el proceso de cambio. Los factores reforzadores son las recompensas y la retroalimentación que recibe el adolescente de las personas que lo rodean, una vez adoptada una conducta, (como los compañeros, amigos, familiares, medios de comunicación, profesores, personal de salud, etc.). Los factores favore-

cedores son aquellos que hacen posible o facilitan el cambio deseado, como las habilidades sociales (resistencia a la presión de pares, competencia social, ser una persona decidida, con habilidades de manejo de problemas y estrés), los recursos disponibles (acceso a los servicios, leyes, planes y programas) y/o las barreras que pueden favorecer la conducta deseada y limitar la indeseada (legislación, cultura); 5) Diagnóstico del ambiente administrativo y político que evalúa la capacidad organizacional gerencial y los recursos disponibles para el desarrollo e implementación de programas, y que pueden influenciar los fac-

tores de la conducta deseada. Las fases siguientes son de ejecución y evaluación.

El modelo Precede-Procede ha sido adaptado y aplicado con éxito en programas de promoción de salud de adolescentes en el sistema escolar de Estados Unidos, en las que se ha otorgado énfasis al desarrollo de habilidades y destrezas de adolescentes (resistencia a presión de pares, habilidades de competencia social, etc.), a los cambios ambientales (cambios en la estructura organizacional) y a la implementación de políticas y regulaciones (Brink et al 1988; Green, Wang, Deeds 1978; Sleet 1987).

Las acciones de promoción de salud requieren esfuerzo y responsabilidad compartida entre individuos, familias, comunidades, organizaciones, instituciones de formación de recursos humanos, sistemas de salud y gobiernos.



Armando Waak, OPS/OMS



ESTRATEGIA REGIONAL DE LA OPS PARA EL DESARROLLO Y LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

El Plan de Acción busca promover el desarrollo y la salud de los adolescentes y jóvenes de la Región fortaleciendo la capacidad instalada institucional de los países, apoyando la formación de recursos humanos, el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios en los niveles nacionales y locales, con perspectiva de género y una amplia participación juvenil y comunitaria.

Estrategias operativas

Dentro del sector salud los programas nacionales de salud de los adolescentes pueden ser una institución clave para liderar las actividades de país y para generar inversiones financieras y en recursos humanos a nivel nacional. Los ministerios de educación, de trabajo y de justicia, los cuerpos legislativos nacionales, los medios de comunicación, las ONG, las escuelas, los servicios de salud y las universidades son algunos de los socios que deben comprometerse con el Plan de Acción, mediante la participación en proyectos conjuntos, subvenciones de investigación, grupos de expertos, cursos de capacitación y talleres. El establecimiento de relaciones entre los países de la Región a través de la cooperación horizontal seguirá usándose como una estrategia operativa eficaz. Basados en las prioridades de los países se organizarán actividades que ofrezcan oportunidades de

aprendizaje conjunto, haciendo énfasis en las semejanzas y diseñando estrategias de acuerdo con las diferencias. Se fomentará la colaboración con otros programas y divisiones de la OPS y las relaciones con los proyectos de la fundación W.K. Kellogg, FNUAP, y ASDI.

El Plan de Acción se ha elaborado centrado en tres componentes prioritarios: 1) atención a las necesidades de salud de los adolescentes de hoy, a través del desarrollo de servicios de salud, consejería y educación en salud; 2) promover actitudes y comportamientos saludables que los adolescentes adopten para toda la vida, haciendo énfasis en preadolescentes en el entorno escolar, y 3) promoción de los adolescentes como agentes de cambio de sus pares, familias y comunidades, concentrándose en el empoderamiento y la participación de los jóvenes. Conforme a los enfoques funcionales de la OPS, el cuadro 1 muestra estrategias operativas para abordar cada componente.

RECOMENDACIONES Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Desarrollo de políticas, legislación y capacidad de abogacía

El Plan de Acción apoyará a los países en la revisión de las políticas y de la legislación vigente de los países de Latinoamérica y el Caribe, identificando aquellas

políticas que favorecen y apoyan el desarrollo y la salud de los adolescentes y jóvenes y también aquellas que lo dificultan y/o amenazan, como por ejemplo, la falta de acceso a la información y a los servicios (UNICEF, 1997). Aquellos países con más experiencia en el diseño e implementación de políticas de juventud y políticas de salud de adolescentes apoyarán a otros países que inician el proceso, a través de la cooperación horizontal. Estudios de casos de políticas se realizarán en países seleccionados de la Región para monitorear el proceso y evaluar su impacto. Se estimulará la participación juvenil en los procesos de nivel local y nacional. Se difundirán las legislaciones que incorporen el concepto de desarrollo y salud de adolescentes, legislación "modelo", y se identificarán las barreras de la aplicabilidad de ellas.

Los gobiernos no pueden hacer por sí solos todo lo que se necesita para proteger y promover la salud y el desarrollo de los adolescentes. Las sociedades civiles, las ONG, los grupos religiosos y el sector privado tienen un rol que desempeñar. Identificar a estos actores y realizar coaliciones será clave para la abogacía y el logro del desarrollo de planes y programas en la Región.

El Plan de Acción apoyará el diseño y disseminación de herramientas para abogar por el desarrollo y la salud de los adolescentes en los diferentes niveles, nacionales y locales. Se capacitará a profesionales y líderes que trabajen con



jóvenes y a los propios jóvenes, para realizar abogacía utilizando metodologías innovadoras.

Recomendaciones

- ▶ Apoyar a los países en desarrollo de instrumentos para efectuar análisis de políticas, abogacía a nivel local, análisis de situación a nivel nacional y evaluación de los programas y servicios para adolescentes;
- ▶ Realizar estudios de casos de políticas de desarrollo de salud integral de los adolescentes con enfoque de género en países seleccionados de la Región.
- ▶ Fortalecer los programas nacionales de salud de los adolescentes con infraestructura, instrumentos y recursos humanos capacitados para elaborar las políticas y un plan de acción nacional, realizar análisis de situación y precorizar las inversiones en la salud de los adolescentes,
- ▶ Apoyar el diseño y prueba de modelos de promoción de la salud de los adolescentes y abogacía a través de los medios de comunicación en diversos entornos (radio, televisión, periódicos).

Desarrollo e implementación de planes, programas y servicios

El Plan de Acción apoyará a los países en el diseño e implementación de planes, programas y servicios para adolescentes y jóvenes, tanto en el nivel nacional como local. Los planes y programas nacionales de salud integral de adolescentes se fundamentarán sobre la experiencia que los países ya tienen. En algunos de ellos será una oportunidad para

incorporar aspectos de desarrollo humano y de promoción de salud integral a los programas específicos ya existentes.

Los programas integrales de salud escolar son reconocidos como una estrategia valiosa tanto para aumentar la eficiencia del sector de la educación, pues disminuyen las deserciones y las ausencias, como para mejorar el acceso a los servicios de salud a un grupo de edad que generalmente tiene poco acceso a estos. El Plan de Acción apoyará la elaboración de modelos que incluyan habilidades para la vida, programas de educación en salud y de servicios de salud en las escuelas, así como la elaboración y puesta a prueba de modelos para la educación sexual que aborden la sexualidad como una parte del desarrollo humano. El fomento del empoderamiento de la juventud en los países de la Región, constituye la base para aprovechar las energías creativas y el vasto potencial de este segmento de la población único y vital. La OPS propone que el primer paso para promover la idea de los adolescentes como agentes de cambio sea conceptualizar y evaluar los modelos de programas de participación juvenil actualmente existentes en la Región.

Recomendaciones

- ▶ Apoyar la mejoría de la calidad de los servicios de salud y la inclusión de una perspectiva de género, a través de la capacitación de gerentes y proveedores, desarrollo de guías y normas, apoyo a la comunidad y la evaluación de las intervenciones.
- ▶ Apoyar a los países en la incorporación del tema de desarrollo y salud en los currículum escolares

enfaticando la capacitación en habilidades sociales y desarrollo de competencias con participación de las familias y comunidades. Se unirá así, al esfuerzo OPS/OMS de escuelas promotoras de salud.

- ▶ Apoyar el desarrollo de diferentes modelos de atención de salud que disminuyen las barreras de acceso, aumentan la cobertura y están centrados en las necesidades del adolescentes con amplia participación juvenil.
- ▶ Evaluar las experiencias.

Desarrollo de recursos humanos

El desarrollo de liderazgo y la inversión en capital humano forman parte de la base del Plan de Acción 1998-2001 y es un elemento clave para la sustentabilidad de las iniciativas en los países. Sobre la base de un perfil de liderazgo y un panorama de las instituciones de liderazgo Regionales, la OPS propone constituir un grupo multidisciplinario de líderes de la Región para apoyar y fortalecer los programas, las políticas y otras iniciativas sobre salud y desarrollo de los adolescentes incorporando la perspectiva de género. Para satisfacer las abrumadoras necesidades de capacitación de los proveedores de servicios, la OPS propone invertir en estrategias de educación que utilizan nuevas tecnologías electrónicas, incluidos los cursos de educación a distancia, así como el apoyo continuo a cursos que tengan efecto multiplicador y seminarios intersectoriales. En los programas de salud escolar y empoderamiento de la juventud, se usarán visitas, cursos

Las nuevas tecnologías, como la educación a distancia y las comunicaciones electrónicas, apoyarán a formas tradicionales de comunicación en la difusión de información.



y talleres participativos para desarrollar recursos humanos.

Una nueva iniciativa para la OPS será la de sentar las bases de la salud de los adolescentes en la formación de las nuevas generaciones de profesionales de salud a nivel universitario. Se ha establecido una relación con la Iniciativa Kellogg/Universidad (UNI) que consta de 20 universidades en la Región, para trabajar con los programas de nivel de pregrado y posgrado en ciencias de la salud. El proyecto UNFPA apoya a las escuelas de la salud en el mejoramiento de técnicas de enseñanza en Salud Sexual y Reproductiva

Recomendaciones

- ▶ Capacitar líderes de varios países y de diferentes campos (incluidos líderes juveniles) en salud y desarrollo de los adolescentes, gestión y evaluación de programas, formulación de políticas y abogacía en los medios de comunicación;
- ▶ Apoyar el diseño de curriculum para la capacitación en atención primaria de salud, en habilidades para la vida y educación en salud en las escuelas y clínicas escolares, y establecimiento de recursos humanos capacitados en los temas;
- ▶ Incorporar la salud de los adolescentes en el curriculum de las universidades, en los proyectos Kellogg/UNI, para los estudiantes de pregrado y de posgrado;
- ▶ Apoyar al fortalecimiento de la eficacia de los programas nacionales de salud de los adolescentes a través de la capacitación del personal en gerencia de programas, formulación de políticas y evaluación ;
- ▶ Capacitar profesionales de salud y otros a través de cursos

de educación a distancia, por Internet, sobre salud de los adolescentes.

Creación de redes y diseminación de información

Tres importantes tendencias han hecho que la formación de redes entre países, instituciones e individuos sea un componente fundamental de la salud y desarrollo de los adolescentes. En primer lugar, la vinculación de instituciones, individuos y programas es fundamental a medida que la tendencia apunta hacia la descentralización y municipalización; la segunda, el desarrollo acelerado de la tecnología de las comunicaciones que tal vez amplíe la brecha de información; y, tercera, la disminución de los costos. La OPS propone que se explore el potencial de estas nuevas tecnologías, en especial la educación a distancia, las comunicaciones electrónicas y otros sistemas de Internet, a la vez que se siga invirtiendo en las formas tradicionales de difusión y comunicación de información.

Recomendaciones

- ▶ Implantar un sistema eficaz en los centros existentes de ADOLEC/BIREME para difundir información sobre salud de los adolescentes y vincular a instituciones e individuos que usan las nuevas tecnologías, en especial Internet y World Wide Web;
- ▶ Seguir difundiendo información mediante conferencias y envíos postales masivos;
- ▶ Diseñar y probar modelos de nuevas tecnologías de comunicación en la Región, en especial la educación a distancia y la difu-

sión de documentos por medio de Internet;

- ▶ Poner en contacto a profesionales de la salud y líderes juveniles, incluyendo el proyecto Kellogg/UNI, con expertos en salud de los adolescentes de diferentes campos, mediante las nuevas tecnologías de la comunicación;
- ▶ Formación de redes con otros organismos e instituciones que trabajan en salud de los adolescentes en la Región, incluyendo UNICEF, FNUAP, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el International Youth Foundation (IYF), la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), la Organización de Estados Americanos (OEA) y otros.

Mejoramiento del conocimiento de los programas, prioridades y estrategias a través de la investigación

Las bases de la abogacía y de la toma de decisiones requiere disponer de datos sólidos sobre la situación de el desarrollo y la salud de los adolescentes en el campo, de lo que existe y lo que funciona en relación a programas, modelos y estrategias. La OPS propone estimular el desarrollo de una "cultura de la evaluación" en el campo de la salud de los adolescentes en la Región. Apoyará los análisis de costo-beneficios y las evaluaciones del impacto de programas y servicios a todos los niveles, lo que permitirá crear una base de programas exitosos que puedan servir de modelos para su replicación. Otra línea de acción en esta esfera es la de crear oportuni-

dades en las universidades y centros de toda la Región para la investigación en aspectos críticos de la salud y desarrollo de los adolescentes, incluida la prevención de la violencia, los estudios de género y la resiliencia de los adolescentes.

Recomendaciones

- ▶ Efectuar análisis de la situación de salud de los adolescentes y desarrollar estudios sobre los costos que acarrea el no invertir en salud de este grupo etéreo;
- ▶ Efectuar evaluaciones de costo-beneficio y evaluación de impacto de los programas y los servicios a nivel nacional, local y de distrito para desarrollar un repertorio de estrategias y programas eficaces, incluyendo clínicas escolares, educación sobre sexualidad y programas de empoderamiento de los jóvenes;
- ▶ Apoyar la investigación en temas prioritarios de la salud de los adolescentes tales como: salud reproductiva en adolescentes varones, resiliencia en los adolescentes, violencia, etc.

Comunicación social y abogacía

La comunicación social es una herramienta poderosa para la promoción de cambios de las conductas de los adolescentes. La mayoría de la información que los adolescentes tienen en salud la obtienen de sus pares o de los medios de comunicación. Estos tienen la ventaja de tener una cobertura amplia, un acceso inmediato, con una comunicación directa y atractiva.

Los medios de comunicación no sólo entregan información a los adolescentes, sino también

pueden monitorear sus problemas y la respuesta a ellos. Pueden incorporar a los adolescentes en el debate y diálogo de la sociedad acerca de los valores y conductas que amenazan tanto la salud como el desarrollo de este grupo etéreo. Los medios de comunicación directa o indirectamente juegan un rol en perpetuar la imagen social de las conductas de los adolescentes, tanto aquellas que favorecen, como las que amenazan su salud y desarrollo. Junto con los políticos y la legislación, pueden ayudar a crear ambientes que apoyen la promoción de salud y el desarrollo adolescente.

En este Plan de Acción, la OPS busca fortalecer la capacidad de las personas a todos los niveles para trabajar con los medios de comunicación y abogar por la inversión en la salud y desarrollo de los adolescentes, además de elaborar modelos de estrategias de comunicación exitosas dirigidos a adolescentes y a las audiencias secundarias (padres, profesores, etc).

Recomendaciones

- ▶ Desarrollar y probar modelos de promoción de salud usando los medios de comunicación en diferentes entornos: televisión, radio, revistas, iglesias y escuelas, en tres países;
- ▶ Apoyar la capacitación de los recursos humanos que trabajen con jóvenes, como proveedores de servicios de salud, maestros y líderes nacionales en las estrategias de los medios de comunicación;
- ▶ Aumentar la sensibilización de los profesionales de los medios de comunicación sobre temas de adolescencia y juventud, incluyendo género.

Mobilización de recursos

El Programa de Salud y Desarrollo de los Adolescentes de la OPS ha previsto movilizar recursos externos para trabajar en varios aspectos claves de la salud de los adolescentes. El Programa trabaja para desarrollar iniciativas de promoción de la salud y desarrollo con la Fundación W. K. Kellogg y sobre salud sexual y reproductiva con el FNUAP, prevención de violencia juvenil, Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (ASDI). Sin embargo, los recursos internacionales no podrán reemplazar los recursos institucionales, humanos y financieros en el compromiso político que es necesario movilizar por parte de los países de la Región para apoyar el desarrollo de la generación del siglo XXI.

Recomendaciones

- ▶ Apoyar a los países en la formulación de propuestas para movilizar recursos nacionales e internacionales;
- ▶ Desarrollar propuestas regionales para movilizar recursos que apoyen el plan de acción;
- ▶ Realizar abogacía por los adolescentes y los jóvenes de la Región como una estrategia para estimular la movilización de recursos a nivel local y nacional;
- ▶ Movilización de recursos del FNUAP para el trabajo en la salud sexual reproductiva de adolescentes y jóvenes;
- ▶ Movilización de recursos internacionales para apoyar las iniciativas de prevención de violencia en conjunto con otras divisiones.

- Barker, G. and Fuentes, M. 1995. "Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth." Washington, D.C. paper prepared for the World Bank, Human Resources Division, Country Department III, Latin America and the Caribbean Region.
- Blum, R. "Hacia un nuevo milenio: un modelo conceptual para la salud de los adolescentes en las Américas." Ponencia presentada al Taller de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe, celebrado del 8 al 12 de julio de 1996 en Washington, D.C.
- Brink, S.G., Simons-Morton, D., Parcel, G. and Tiernan, C. 1988. "Community Intervention Handbooks for Comprehensive Health Promotion Programming", *Family and Community Health*, 11 (1988): 28-35.
- Burt, M. *¿Por qué invertir en el adolescente?* OPS, Washington, D.C. 1998
- Campbell, A. 1987. "Self-Reported Delinquency and Home Life: Evidence from a Sample of British Girls." *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 167-177.
- Catalano, R.F and Hawkins, J.D. 1995. Risk-focused Prevention: Using the Social Development Strategy. Seattle, WA. Developmental Research and Programs, Inc.
- CELADE, Centro Latino Americano de Estudios Demográficos. Demographic Bulletin N° 58. Santiago, Chile, CELADE, 1996.
- Cohen, M.A 1995. The Monetary Value of Saving a High-Risk Youth. Washington, DC: The Urban Institute.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Tendencias actuales y perspectivas de los jóvenes en América Latina y el Caribe*. División de Desarrollo Social, Santiago, 1992.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina*. Washington, D.C., 1996.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina*. Washington, D.C., 1995.
- Florenzano R. Mental Health of Adolescents. Rev. EDISA N° 12. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; 1997.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. FNUAP y Adolescencia. New York: FNUAP, 1997.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. *The State of World Population 1997*. New York, NY: FNUAP; 1997.
- Franco S. *Violence: A growing public Health Problem in the region*. Epidemiological Bulletin. 1990; 11: 1-7.
- Garnezy, N. 1983. "Stressors in Childhood." In Garnezy and Rutter (eds), *Stress, Coping and Development in Children*. New York: McGraw Hill.
- Garnezy, N. 1987. "Stress, Competence, and Development: Continuities in the Study of Schizophrenic Adults, Children Vulnerable to Psychopathology, and the Search for Stress-Resistant Children." *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 159-174.
- Green, L.W., et al. 1978. "Guidelines for Health Education in Maternal and Child Health Programs", *International Journal of Health Education*, 21 (Suppl., 1978): 1-33.
- Green, L.W., and Kreuten, M.W. 1991. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Second Edition. Mayfield Publishing Company.
- Grossman, F.K., et al. 1992. "Risk and Resilience in Young Adolescents." *Journal of Youth and Adolescence*, 21(5), 529-550.
- Londoño, L. *Pobreza, inequidad y desarrollo de capital humano en Latinoamérica y el Caribe, 1950-2025*. Latin American Studies, Banco Mundial. Washington, D.C., 1996.
- McDevitt, T. World Population Profile. Washington, D.C.: USAID; 1996
- Macro International, Demographic and Health Surveys 1990-1996. Calverton, MD: Macro International; 1990-1996.
- Murphy, L.B. and Moriarity, A.E. 1976. *Vulnerability, Coping and Growth*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Nirenberg, O. y Perrone, N. *Proyecto OPS-Kellogg de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la Región de las Américas*. Informe evaluativo. OPS, noviembre de 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud integral de los adolescentes. Documento CD36/16. Washington, D.C., septiembre de 1992.
- Organización Panamericana de la Salud, Información técnica, base de datos en mortalidad, análisis de la situación, programa de la salud adolescente. 1996.
- Organización Panamericana de la Salud, La Salud en las Américas. OPS, 1998
- Rodriguez-Garcia, R. et al. The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean. GWU and PAHO, 1998.
- Rutter, M. 1979. "Maternal Deprivation, 1972-1978. New Findings, New Concepts, New Approaches." *Child Development*, 50, 283-305.
- Rutter, M. 1987. "Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms." *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sleet, D.A. 1987. "Health Education Approaches to Motor Vehicle Injury Prevention," *Public Health Reports* 102 (1987): 606-608.
- Takanishi, R. and Hamburg, D.A. (eds). 1996. Preparing Adolescents for the 21st Century: Challenges Facing Europe and the United States. New York: Cambridge University Press.
- United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 1997. New York, 1997
- United Nations Children's Fund. Youth Health for Change. A UNICEF Notebook on Programming for Young's Peoples Health and Development. New York. UNICEF; 1997
- United Nations Children's Fund B. Adolescent Child bearing in Latin America and the Caribbean. New York, N.Y.: UNICEF; 1997
- United Nations Development Program (UNDP). Human Development Report. Geneva: UNDP; 1996
- Werner, E.E. 1986. "Resilient Offspring of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age 18." *Journal of Studies on Alcoholism*, 47, 34-40.
- Werner, E.E. 1989. "High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 years." *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Werner, E.E. and Smith, R.S. 1982. *Vulnerable but Invincible: A Study of Resilient Children*. New York, McGraw-Hill. World Health Organization. A Picture of Health. Ginebra, 1995.
- World Bank. *World Population Projections*. Washington, D.C., 1994.
- World Health Organization. A Picture of Health. Ginebra, 1995



CONSEJO DIRECTIVO

COMITÉ REGIONAL



ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD

ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD



RESOLUCIÓN

CD40.R16

SALUD DE LOS ADOLESCENTES

EL XL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe del Director sobre la salud y desarrollo de los adolescentes en las Américas y el Plan de Acción para el fortalecimiento y el desarrollo de los planes y programas en esta esfera (documento CD40/21);

Considerando las decisiones sobre el tema adoptadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud aprobadas en la 42.^a Asamblea Mundial (WHA42.41) y en las 35.^a y 36.^a Consejos Directivos (CD35.R16 y CD36.R18), respectivamente;

Reconociendo la importancia que el desarrollo y la salud de los adolescentes tiene para el futuro económico y social de los países de la Región;

Reconociendo que la situación de salud de los adolescentes tiene consecuencias en los adolescentes de hoy, en su vida y en las próximas generaciones;

Valorando la participación de los jóvenes y su contribución al progreso social, económico y político de las Américas, y

Considerando el apoyo que la OPS ha prestado al desarrollo de los países y programas y la cooperación de instituciones internacionales, especialmente la Fundación W. K. Kellogg y el Fondo de las Naciones Unidas (FNUAP),

RESUELVE:

1. Aprobar el marco conceptual y el Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Américas presentado en el documento CD40/21.

./..

CD40.R16 (Esp.)

2. Instar a los Estados Miembros
 - a) a que aboguen para incluir el tema de adolescencia y juventud en la agenda política;
 - b) a que mejoren la capacidad de los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes mediante la formulación de políticas públicas para los jóvenes y la formación de recursos humanos;
 - c) a que fortalezcan el trabajo en redes y las acciones intersectoriales incorporando a las universidades, organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación.
 - d) a que incorporen la participación juvenil en los planes y programas, impulsando la participación activa de los adolescentes en la promoción de su propia salud y la salud de las comunidades.

3. Recomendar al Director:
 - a) que apoye el desarrollo y difusión del marco del Programa de Salud del Adolescente;
 - b) que colabore en el desarrollo de recursos humanos para atender las múltiples necesidades en materia de salud;
 - c) que refuerce y active las redes nacionales, regionales e internacionales que trabajan en favor de los adolescentes;
 - d) que promueva la investigación operativa sobre el tema.

*(Aprobada en la undécima sesión plenaria,
celebrada el 26 de septiembre de 1997)*

EVALUACIÓN DE LOS ADELANTOS LOGRADOS

En 1996, se realizó una evaluación externa en la ejecución de los diversos componentes del Plan de Acción en 22 países de la Región. En la evaluación participaron los consultores de país de las oficinas de la OPS, los puntos focales de adolescencia, los directores de programas nacionales e informantes clave (Nierenberg y Perrone 1996). En conjunto con la Universidad de George Washington se realizó un análisis de las políticas y la legislación vigente en el tema de adolescencia en 30 países de Latinoamérica y el Caribe (Rodríguez-García y Russell 1998). A continuación se presentan algunos resultados fundamentales.

Programas nacionales de salud de los adolescentes

Actualmente, 26 países han establecido programas nacionales de salud de adolescentes, y casi tres cuartas partes de los que respondieron a la encuesta refieren que existen equipos multisectoriales en el nivel central. Sin embargo, en la mayoría de los países los programas de adolescencia se encuentran dentro de otros programas ministeriales, como salud maternoinfantil, salud reproductiva y salud mental. Resultó evidente la deficiencia en la calidad de estos programas. La mitad de los 30 países encuestados no han efectuado un diagnóstico nacional de la situación de los adolescentes, ni han elaborado normas de atención o lineamiento de programación, y sólo cuatro han hecho una evaluación de sus programas nacionales. La colaboración entre las instituciones y entre los diferentes sec-

tores del gobierno fue calificada como deficiente. Si bien la mayoría de los programas nacionales colaboran con ONGs y organismos internacionales, menos de la mitad trabaja con el ministerio de educación o de justicia. En el ámbito de las políticas públicas, se determinó que actualmente 8 de los 30 países encuestados de la Región habían establecido una política nacional de salud de los adolescentes, y otros cinco países están en proceso de formulación.

Prioridad de la salud de los adolescentes

La percepción general de los entrevistados es que la salud de los adolescentes es de poco interés para los encargados de formular las políticas y para los gobiernos locales, y dos de cada tres entrevistados opinaron que la temática de adolescencia ocupa un lugar poco importante en la agenda pública y política.

Formación de recursos humanos

Resultó evidente la insuficiencia de recursos humanos capacitados en el tema de salud de los adolescentes en todos los niveles. Hay una necesidad de mejorar las capacidades gerenciales de los programas de salud adolescente y la capacitación de los trabajadores de atención primaria en salud de los adolescentes. Desde 1992, 1.200 profesionales han recibido capacitación en diversos aspectos de la salud de los adolescentes a través de cursos de multiplicadores, seminarios intersectoriales y talleres de sensibilización. El 87,1% de los encuestados refiere que el personal de servicios de salud en sus países recibió algún tipo de capacitación en salud de los adolescentes. Sin embargo, en todos los 22 países encuestados, el 100% de ellos considera que hay insuficientes recursos humanos capacitados.

Actualmente, 26 países han establecido programas nacionales de salud de adolescentes, y casi tres cuartas partes de los que respondieron a la encuesta refieren que existen equipos multisectoriales en el nivel central





Armando Waaik, OPS/OMS

Calidad de los servicios de salud

La aplicación de normas de atención es una estrategia para mejorar la calidad de los servicios de salud. Si bien estas existen en la mayoría de los países, menos del 2% de los entrevistados opinó que las normas se están usando adecuadamente en la práctica. La integralidad de la atención y la multiprofesionalidad se consideraron inadecuadas por la mayoría de los encuestados.

Durante 1992-1996, seis instrumentos de servicios clínicos para adolescentes fueron desarrollados por la OPS para evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud. El nivel de aplicación en el campo fue bajo, cinco de los seis instrumentos fueron utilizados en menos de un 20% de los países. Uno de cada diez entrevistados afirma que el instrumento de lineamientos de programación es utilizado en los programas nacionales de adolescencia.

Redes y difusión de información

Solamente uno de los 22 países calificó la difusión de información del programa de salud de los adolescentes y la comunicación social de su país como aceptable. El acceso a la información acerca de los programas de adolescencia también se calificó como deficiente por todos los entrevistados.

Desde 1992, la OPS ha establecido y conectado siete centros de información en una red dedicada a la salud de los adolescentes, llamada ADOLEC/BIREME. Se creó una base de datos, con más de 2.000 entradas, de personas e instituciones que trabajan con adolescentes en toda la Región. Los resultados indicaron que el servicio prestado por los centros de ADOLEC que fueron consultados se consideraron efectivos para difundir la información. Sin embargo, la existencia de la red era poco conocida en los países.

Participación comunitaria y participación de los jóvenes

Dos de cada tres entrevistados conocían programas para jóvenes en sus comunidades que incorporan a los adolescentes en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, dentro del ámbito de la salud, apenas entre el 8 y el 16% creía que la participación de la comunidad, las familias o los adolescentes se incorporaba adecuadamente en los servicios de salud a nivel local. En respuesta, la OPS elaboró el Manual de metodologías participativas en adolescentes, pero los encuestados afirman que sólo el 14,5% de los programas lo utilizan. ▀

Consultores de promoción de salud adolescente en los países de la Región
Organización Panamericana de la Salud

PAIS	PWR	PUNTO FOCAL	AREA DE TRABAJO
Argentina	Dr. Henri Jouval H.	Lic. Rosa María Borrell	Asesora en Desarrollo de Recursos Humanos
Bahamas	Dr. Claudette Harry		Promoción y Protección/Nutrición
Barbados	Dr. Karen Sealey	Sra. Patricia Brandon Dra. Beverley Barnett	Educación en Salud y Comunicación Social; Promoción de Salud y Comunicación Social Tabaco o Salud; Salud Mental y Salud del Adulto Mayor
Belice		Dra. Graciela Uriburu Dr. Katty Buttaro	Mujer, Salud y Desarrollo
Bolivia	Dr. Carlos Linger	Dr. Roberto Kriskovich	Promoción y protección/ Adolescencia
Brasil	Dr. Jacobo Finkelman	Dr. Javier Espindola Dr. Ricardo Fescina	Salud Maternoinfantil Salud Perinatal
Chile	Dra. Cristina Nogueira	Dra. Liliana Jadue	Promoción y Protección/ Adolescente
Colombia	Dr. Hernán Málaga	Dra. Magda Palacios	Promoción y Protección/ Adolescente
Costa Rica	Dr. Merlin Fernández	Dr. Fernando Rocabado	Promoción y Protección/ Adolescente
Cuba	Dr. Eduardo Patricio Yépez	Sra. Daisy del Valle Dr. Gabriel Montalvo	Comunicación Social Promoción y Protección/ Adolescente
Ecuador	Dr. Elmer Escobar	Dr. Hugo Noboa Dr. Carlos Samayoa	Salud, Familia y Población
El Salvador	Dr. Horacio Toro		Promoción y Protección/ Adolescente
Guatemala	Dr. Gustavo Mora	Dr. Gustavo Bergonzoli	Promoción y Protección/ Adolescente
Guyana	Sra. Veta Brown	Sr. Pedro Pons Sra. Paula Trotter Sra. Doolarie Hopkinson	Comunicación Social
Haití	Dr. Nolberto Martinez	Dr. Luis Codina	Servicio de Salud/ Adolescencia
Honduras	Dr. José Antonio Pagés	Dr. Miguel Dávila	Promoción y Protección/ Adolescente

PAIS	PWR	PUNTO FOCAL	AREA DE TRABAJO
Jamaica	Dr. Richard Van West Charles	Dr. Guillermo Troya Sra. María Rankine Sra. Pearlene Lee Sra. Carol Burgher	Promoción y Protección/ Adolescente Comunicación Social
México	Dr. José Luis Zeballos Zelada	Dr. Julio González	Promoción de Salud
Nicaragua	Dr. Philippe Lamy	Dra. Jeannette Aguirre	Promoción y Protección/ Adolescente
Panamá	Dra. Lilian Reneau Vernon	Dra. Gina Watson	Promoción de la Salud; Municipios Saludables
Paraguay	Ing. Diego Victoria	Dra. Edith Montecinos	Promoción y Protección/ Salud de Familia
Perú	Dr. Marie-Andrée Diouf	Dra. Myriam Cruz Olave	Promoción y Protección/ Adolescente
República Dominicana	Dra. Socorro Gross	Sra. Maritza Romero	Promoción y Protección/ Adolescente
Suriname	Dr. Habib M. Latiri		
Trinidad y Tobago	Sr. Paul Ellis	Dra. Bernardette Theodore Gandhi Dra. Rosemarie Paul Dra. Catherine Bocage	Promoción de Salud Promoción de Salud Nutrición
Uruguay	Dr. José Fiusa Lima	Lic. Gustavo Delgado	Promoción de Salud; Comunicación Social
Venezuela	Dr. Isaías Daniel Gutierrez	Dr. Nilton Arnt Dr. Eduardo Navas	Promoción de Salud Adolescencia
CAREC	Dr. Carl J. Hospedales	Sra. Leslie Fitzpatrick	Comunicación Social
CFNI	Dr. Fitzroy J. Henry	Sra. Clare Fonestor	Comunicación Social
INCAP	Dr. Hernán Delgado	Lic. Verónica de Palma	Comunicación Social

Nombres y direcciones de Coordinadores de Centros Subregionales del Proyecto ADOLEC/BIREME

Argentina

Alcance geográfico: Argentina
 Coordinadora
 Lic. Silvia Franco de Saraiva
 Dirección
 Responsable del Subprograma Salud
 Integral del Adolescente
 Programa Materno Infantil
 Ministerio de Salud
 Calle 51 N 1120-(1900)
 La Plata, Provincia de Buenos Aires,
 Argentina
 Voz/voice/fax: (54-21) 57-2530
 e-mail: silvia@mipba.sld.ar

Brasil

Alcance geográfico: Brasil
 Coordinador
 Dr. Ernesto Succi
 Bibliotecaria
 Sra. Heloisa de Castro-Correia
 Dirección
 Enfermería de Adolescent

NESA/HUPE/UERJ

Avenida 28 de Setembro, 77/3o.
 andar/ala C
 Río de Janeiro, Brasil
 CEP 20551-030
 Voz/voice: (55-21) 264-3498/587-
 6261/587-6262
 Fax: (55-21) 264-3805
 e-mail: succi@uerj.br, adolec@uerj.br

BIREME

Sra. Regina Célia Figueiredo Castro
 Dirección
 Administração das Bases de Dados
 BIREME/OMS/OPS
 Rua Botucatu, 862
 São Paulo, SP, Brasil CEP 04023-901
 Voz/voice: (55-11) 571-1919
 Fax: (55-11) 549-2611
 e-mail: regina@bireme.br

Chile

Alcance geográfico: Cono Sur
 (Chile, Paraguay, Uruguay)
 Bibliotecaria
 Sra. Eugenia San Martín Green
 Dirección
 Sistema Nacional de Información en
 Ciencias de la Salud
 Biblioteca Central
 Universidad de Chile, Facultad de
 Medicina

Centro de Documentación Integral
 del Adolescente
 Independencia 1027
 Casilla 70001- Correo 7
 Santiago, Chile
 Voz/voice: (562) 678-6116
 Fax: (562) 777-2785
 e-mail:
 esanmart@canela.med.uchile.cl

Colombia

Alcance geográfico:
 Países Andinos II- Colombia
 Coordinador
 Sr. Saúl Sánchez Toro
 Dirección
 Director Centro de Bibliotecas e
 Información Científica
 Universidad de Caldas, Facultad de
 Medicina
 Calle 65 no. 26-10
 Apartado Aéreo 275
 Manizales, Caldas
 Colombia
 Voz/voice/fax: (57-68) 86-2732
 e-mail:
 ssanchez@manizales.cetcol.net.co,
 ssanchez@cumanday.ucaldas.edu.co
 homepage:
 http://biblio.ucaldas.edu.co

Costa Rica

Alcance geográfico:
 América Central y Caribe español
 (Costa Rica, El Salvador, Cuba,
 Honduras, Guatemala, México,
 Nicaragua, Panamá, Puerto Rico,
 República Dominicana)
 Coordinadora
 Lic. Virginia Siles Rojas
 Dirección
 Directora Biblioteca Nacional de
 Salud y Seguridad Social (BINASS)/
 Caja Costarricense de Seguro
 Social/Ministerio de Salud
 Apartado de Correos 10105
 San José, Costa Rica
 Voz/voice: (506) 221-6193
 Fax: (506) 233-8359
 e-mail: vsiles@binass.sinicyt.go.cr
 vsiles@cariari.ucr.ac.cr

Ecuador

Alcance geográfico: Países
 Andinos I (Bolivia, Ecuador)
 Universidad Central de Ecuador,
 Facultad de Ciencias Médicas
 Contacto
 Lic. Janeth Cornejo de Jarrín,
 Directora
 Dirección
 Banco de Información Científico-
 Médica
 Iquique y Sodiro
 Apartado 6120
 Quito, Ecuador
 Tel: (59-32) 528-810/528-690 ext.
 166/148
 e-mail:
 red@bicme.ec/icme@ecuanex.apc.org

Jamaica

Alcance geográfico: Caribe de
 habla inglesa, holandesa y francesa
 University of West Indies, Medical
 Library
 Contacto
 Ms. Laxmi Mansingh, Bibliotecaria
 Dirección
 MONA-P.O. Box 107
 Kingston, Jamaica
 Tel: (1-809) 927-6661 ext. 924
 Fax: (1-809) 927-1073
 e-mail: imansingh@uwimona.edu.jm

Venezuela

Alcance geográfico:
 Perú y Venezuela
 Universidad Central de Venezuela,
 Instituto de Medicina Experimental
 Contactos
 Dr. Virgilio Bosch, Coordinador
 Científico
 Lic. Alecia Acosta, Secretaria General
 Dirección
 Sistema Nacional de Documentación
 e Información Biomédica (SINADIB)
 Apartado de Correos 50587-Sábana
 Grande
 Caracas, Venezuela
 Tel: (582) 693-1862
 Fax: (582) 693-1260
 e-mail: aacosta@conicit.ve

PUBLICACIONES GRATUITAS

Título	Idioma	Cantidad
Manual para la educación en salud integral del adolescente. OPS/UNFPA. Canessa, Nykiel, 1997.	<input type="checkbox"/> español	_____
Salud Sexual y reproductiva. OPS. Chelala. 1995	<input type="checkbox"/> español	_____
Familia y adolescencia: indicadores de salud; manual de aplicación de instrumentos OPS/Kellogg. Hernández. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención OPS/Kellogg. Moreno y Cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Guidelines for the Programming of Comprehensive Adolescent Care and Health Care Modules.	<input type="checkbox"/> english	_____
Diretrizes para a programação da saúde integral do adolescente e módulos de atendimento	<input type="checkbox"/> português	_____
Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Evaluation of Missed Oportunities for Comprehensive Adolescent Health Care	<input type="checkbox"/> english	_____
Avaliação sobre oportunidades perdidas de atenção integral do adolescente	<input type="checkbox"/> português	_____
Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes: estimación de complejidad; condiciones de eficiencia. OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Evaluation of Outpatient Health Services for Adoelscents. Determining Complexity and Consitions of Efficiency	<input type="checkbox"/> english	_____
Avaliação de sriços de atendimento ambulatorial de Adolescentes. Estimativa de complexidade Condições de eficiência	<input type="checkbox"/> português	_____
Financiando el futuro. Advocates for Youth. 1995	<input type="checkbox"/> español	_____
El embarazo en la adolescencia: lineamientos para el diseño de investigaciones de aspectos socioculturales	<input type="checkbox"/> español	_____
Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano Fundación Bernard van Leer. Grotberg, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS/Kellogg/ASID. Munist y Cols, 1998.	<input type="checkbox"/> español	_____
Capacitación para orientar adolescentes en sexualidad y salud reproductiva: guía para facilitadores, agosto 1993	<input type="checkbox"/> español	_____
Programa regional de adolescencia: proyecto OPS/Kellogg, informe evaluativo Niremberg. Perrone, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Guía para abogar por la salud integral de los adolescentes con énfasis en salud sexual reproductiva. Advocate for Youth/OPS, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulo del facilitador, segunda edición, OPS 1999	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulo de aprendizaje, segunda edición, OPS 1999	<input type="checkbox"/> español	_____

SOLICITUD DE PUBLICACIONES

PUBLICACIONES GRATUITAS

Título	Idioma	Cantidad
Estado de arte en resiliencia. OPS/Kellogg/ASID. Kotliarenco y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
El ambiente legislativo y de políticas para la salud de los adolescentes en América Latina y el Caribe. OPS/Kellogg. Rodríguez y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean OPS/Kellogg. Rodríguez y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> english	_____
Informe reunión de violencia en El Salvador. OPS/Kellogg/ASID, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
La violencia juvenil en las Américas: Estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención. OPS/Kellogg/ASID. McAlister, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Juvenile violence in the Americas: Innovative studies in research, diagnosis and prevention. OPS/Kellogg/SIDA. McAlister, 1998	<input type="checkbox"/> english	_____
La juventud y el liderazgo transformador. OPS/Kellogg. Blejmar y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/Kellogg. M. Burt, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Why Should We Invest in Adolescents? PAHO/Kellogg. M. Burt, 1998	<input type="checkbox"/> english	_____

PUBLICACIONES EN ESPAÑOL EN VENTA

La salud del adolescente y del joven: publicación científica 552 OPS 1995, 586 pp., ISBN 92 75 31552 3 / US\$ 32.00 / 24.00 in developing countries Order Code PC 552	<input type="checkbox"/> español	_____
La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro 1995, 52 pp., ISBN 92 75 32055 1 / US\$ 8.00 / Order Code C 6	<input type="checkbox"/> español	_____
Manual de medicina de la adolescencia: PALTEX 20	<input type="checkbox"/> español	_____

Dirigir su solicitud a:

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Programa de Familia y Población

525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037, U.S.A.

Tel. (202) 974-3268 • Fax (202) 974-3694

E-mail: maddalem@paho.org