

comité ejecutivo del
consejo directivo

grupo de trabajo del
comité regional



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



76a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1976

INDEXED

Tema 24 del proyecto de programa

CE76/23 (Esp.)
5 mayo 1976
ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD Y JUVENTUD

I. Introducción

Teniendo presente la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2037(XX)) y los objetivos del Segundo Decenio para el Desarrollo, y en conocimiento de que los problemas de salud y de bienestar de la juventud son motivo de interés creciente por los Gobiernos de los países de la Región, el Comité Ejecutivo en su 74a Reunión adoptó la Resolución VIII¹, en la que en síntesis se resolvió lo siguiente:

- Recomendar al Consejo Directivo que en su XXIII Reunión solicite a los gobiernos que concedan prioridad a la atención de la salud de la juventud, de acuerdo a sus problemas y necesidades específicas.

- Solicitar al Director de la Oficina que proporcione un diagnóstico de la situación actual de la salud de los grupos juveniles y elabore--en conjunto con otros organismos internacionales--planes intersectoriales de protección de la salud de los jóvenes, promoviéndose la capacitación de los recursos humanos necesarios y estimulándose el desarrollo de investigaciones de índole biomédica y social que permitan llevar a cabo con eficiencia los programas pertinentes.

En dicho contexto, el Director sometió a la consideración del Consejo Directivo, durante su XXIII Reunión, un informe² en que se analizó la situación actual y prospectiva de las condiciones de salud de los jóvenes de América Latina y el Caribe y se expusieron las actividades que han estado realizándose tanto por los países de la Región, como por la Organización en el campo aludido.

¹ Actas de la 74a Reunión del Comité Ejecutivo, Doc. Of. 138 de la Organización Panamericana de la Salud

² Salud y Juventud, CD23/18, XXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1975.

El Consejo Directivo, en ese marco de referencia, en Resolución XIV³, ratificó la Resolución VIII ya mencionada, agradeció al Director de la Oficina la información proporcionada y recomendó a los gobiernos que, previo el establecimiento del diagnóstico pertinente en sus países, procedan a iniciar o proseguir programas de promoción de la salud juvenil considerando la participación de los jóvenes mismos en su ejecución.

Con dicho propósito el Consejo Directivo requirió del Director de la Oficina el otorgamiento de la asesoría que fuera menester, y la formulación de un plan intersectorial en colaboración con otros organismos internacionales.

Asimismo el Director fue solicitado para proporcionar una información actualizada sobre el progreso de las actividades correspondientes realizadas en torno a la resolución adoptada por el Consejo Directivo en el área de salud y juventud.

II. Actividades de la Organización Panamericana de la Salud

1. Grupo de Trabajo sobre Necesidades de Salud de la Juventud en América Latina y el Caribe.

Con el fin de dar cumplimiento a las recomendaciones anteriormente expuestas y como una etapa previa al diseño de una estrategia operacional de índole regional, el Director consideró oportuno convocar a un Grupo de Trabajo ad hoc para estudiar el tema con mayor precisión en base a las experiencias y poder en esta forma estar en condiciones de analizar alternativas operacionales que fueran concordantes con los problemas, las necesidades y los recursos específicos de los países de la Región.

El Grupo se reunió en la Sede de la Organización entre el 9 y el 12 de diciembre de 1975.

El Grupo incluyó a 14 profesionales pertenecientes a diversas disciplinas relacionadas con los distintos aspectos de la salud juvenil, participando también oficialmente invitados observadores del UNICEF y de la Organización de Estados Americanos.

Al término de la reunión fue elaborado un informe que se anexa⁴ y que el Director tiene el agrado de someter a la consideración de la 76a Reunión del Comité Ejecutivo.

³ Actas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo, Doc. Of. 142 de la Organización Panamericana de la Salud, 1975.

⁴ Las Necesidades de Salud de la Juventud en América Latina y el Caribe, Informe de un Grupo de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 9-12 de diciembre de 1975.

En el documento mencionado se establecen las bases doctrinarias que deben fundamentar la elaboración de planes de protección de la salud de la juventud por parte de los gobiernos de los países de la Región y de la Organización misma, en aspectos relacionados con su función coordinadora y de asesoría.

Sintéticamente se pasa a exponer el enfoque conceptual adoptado en la Reunión en referencia y que define el contexto de las conclusiones y recomendaciones adoptadas.

- La juventud constituye un segmento de la población dentro del continuo del ciclo vital y, más que un grupo etario definido, representa una fase o categoría individualizada que traduce un cambio dinámico ocurrido en el proceso de maduración biosicosocial. Los límites del período juvenil pueden establecerse convencionalmente y con finalidad programática involucrando a los grupos etarios comprendidos entre 15 y 24 años de edad, aun cuando puede admitirse que, desde el punto de vista operativo, aquellos límites son más flexibles y permiten la inclusión de todo el proceso de la adolescencia desde su inicio.

- Los indicadores tradicionales que ponderan los riesgos de morbimortalidad no permiten otorgarle a los problemas de salud de los jóvenes una prioridad adecuada y por tanto se dificulta la explicitación de los programas pertinentes en los planes nacionales de salud, lo que hace imperativo el perfeccionar la información disponible de los daños de salud juvenil, utilizando criterios innovadores en que se contempla la multicausalidad de aquellos.

- La planificación de la salud de los jóvenes sólo puede estimarse como realista si se lleva a cabo con debida consideración del análisis de las condiciones en que se desarrolla la vida juvenil en los distintos grupos socioeconómicos, teniendo presente los diferentes parámetros epidemiológicos nacionales y los que corresponden a cada país y dentro de los mismos a las concentraciones poblacionales propias del medio urbano y las que caracterizan a las áreas rurales.

- La programación de los servicios de salud juveniles--cuyo desarrollo es incipiente en la mayoría de los países de la Región--debe contemplar prioridades bien definidas de acuerdo a los problemas mórbidos de mayor jerarquía detectados en cada medio, debiendo ser las actividades correspondientes integrales, de índole multiprofesional, de expedita accesibilidad, de prudente confiabilidad y de suficiente continuidad.

- Las acciones de los servicios de salud destinados a la juventud deben ser preferentemente preventivas, siendo el componente educativo esencial y susceptible de traducirse en la provisión de actividades de consejo consultivo entre otros tópicos de los relacionados con atención médica e higiene dental; prevención de trastornos conductuales, orientación para la vida familiar, con singular énfasis en los aspectos ligados al ciclo reproductivo y al ejercicio de una armónica vida conyugal, protección jurídico social, oportunidades recreacionales; orientación vocacional y participación cívica.

- Los modelos asistenciales propios de los servicios de salud juvenil incluyen desde centros complejos de referencia especializada, ubicados generalmente en el área urbana y comúnmente ligados a instituciones universitarias, hasta unidades establecidas a nivel comunitario, incluidas las propias del área rural destinadas a proveer el cuidado primario de la salud de la juventud, cuyos requerimientos son muy importantes.

- La implementación de los programas mencionados sólo es factible si puede llegar a institucionalizarse todo el proceso, debiendo existir a nivel gubernamental una entidad coordinadora para facilitar la incorporación de aquéllos en los planes nacionales de salud y de desarrollo, contemplando los aspectos jurídicos, financieros, la provisión de los recursos indispensables en particular de los relacionados con la asignación de personal debidamente motivado y adiestrado y el estímulo de investigaciones en especial de tipo operacional que permita la evaluación de las actividades en ejecución.

- La formulación y realización de los programas de salud juvenil exige el concitar el interés y el favorecer la participación activa de los jóvenes, para obtener el logro de condiciones sanitarias óptimas tanto para ellos mismos, como para la comunidad a que pertenecen.

- La colaboración internacional puede constituir un elemento importante de promoción o/y apoyo en la iniciación y en la prosecución de programas de salud destinados a la juventud. La colaboración interagencial debe contribuir a fortalecer, en áreas que los gobiernos estimen prioritarias, el desarrollo armónico e integral de los servicios de salud juveniles, tanto a través de la formulación de proyectos cooperativos específicos en países que así lo soliciten, como en la ejecución de actividades de índole regional que faciliten el intercambio de las experiencias existentes en las Américas.

Con dicha finalidad el Grupo de Trabajo mencionado propuso la realización de una conferencia en la que participaran todos los países de la Región y para la cual debiera contarse con asesoría especializada multidisciplinaria y, de ser posible, asimismo con una representación auténtica de organizaciones juveniles debidamente oficializadas. El copatrocinio de la conferencia aludida por instituciones de índole internacional en particular de las pertenecientes al Sistema de Naciones Unidas fue estimado importante, por cuanto ello facilita el aunar recursos técnicos y financieros que permitan la implementación ulterior de un plan intersectorial de protección y de fomento de la salud juvenil, contribuyéndose subsecuentemente a dar cumplimiento a las recomendaciones específicas establecidas en la XXIII Reunión del Consejo Directivo.

2. Actividades en desarrollo actual o previsto de la Organización Panamericana de la Salud

En el curso de los años 1975 y 1976, se han incrementado progresivamente las actividades que en diversos países de la Región se orientan directa o indirectamente a la obtención de condiciones más favorables de salud de la juventud. A ello ha contribuido principalmente el desarrollo de proyectos cooperativos interagenciales, promovidos principalmente por distintos

organismos de Naciones Unidas, y en los que colabora la Organización y que tienden a fortalecer los esfuerzos de coordinación nacional intersectorial, en el ámbito del bienestar de la niñez, la juventud y la familia. Asimismo ha adquirido una importancia creciente el desarrollo en varios países de la América Latina y el Caribe de servicios de educación para la vida familiar y de suplementación alimentaria, con un énfasis singular en su aplicación en el sector juvenil femenino, quien enfrenta especiales riesgos biológicos relacionados con los requerimientos propios del ciclo reproductivo.

En base a las disponibilidades presupuestarias actuales y en el contexto de los proyectos existentes de la Organización, el Director de la Oficina estima que es posible, aunque con obvias restricciones, el identificar con mayor precisión que en el pasado tanto los problemas propios de la salud de los jóvenes como el formar acciones destinadas a su control. Para ello se precisa el obtener una información perfeccionada de la situación pertinente ya recopilada, la que se está en proceso de solicitar a los países para su ulterior análisis en los niveles nacional y regional, facilitando el proceso de intercambio de experiencias. Con esta finalidad se ha estudiado el proponer a los Cuerpos Directivos de la Organización la apertura a partir de 1978 de un proyecto específico de "Salud y Juventud" y en el que se contempla un apoyo financiero limitado para proveer servicios de asesoría especializada y contribuir al desarrollo, entre otras actividades, de seminarios nacionales.

Todo ello deberá materializarse en etapas progresivas de acuerdo al interés existente en los países de la Región y teniendo presente la cooperación que la Organización logre promover a nivel de los organismos de colaboración internacional interesados en el bienestar de la juventud.

Anexo

LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA JUVENTUD
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Informe de un Grupo de Trabajo
de la Organización Panamericana de la Salud

Washington, D.C., 9-12 de diciembre de 1975

C O N T E N I D O

	Página
ANTECEDENTES	1
LA SITUACION JUVENIL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	3
Dimensión demográfica del problema	3
La problemática socioeconómica y cultural	3
PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD DE LA JUVENTUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	6
Tasas de mortalidad y causas principales de defunción	6
Rubros básicos de morbilidad	8
SERVICIOS DE SALUD DESTINADOS A LA JUVENTUD	8
Planificación y programación	8
Organización de los servicios	10
Adiestramiento del personal	10
ESTRATEGIA Y ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA REGIONAL SOBRE NECESIDADES DE SALUD DE LA JUVENTUD	10
Estrategia	10
Organización	11
Conferencia Regional sobre Necesidades de Salud de la Juventud	11
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	12
REFERENCIAS	15
PARTICIPANTES	17

ANTECEDENTES

La inclusión de la juventud en la planificación de la salud es una innovación en las Américas y en otras Regiones, a dicho respecto cabe señalar que progresivamente aquella problemática ha debido considerarse en el contexto de los planes generales de desarrollo. Para ello debe quedar debidamente explícito el componente de salud y bienestar social, en el cual se tendrán en cuenta el crecimiento de la población juvenil, la educación más amplia recibida por los jóvenes y, por sobre todo, su mayor capacitación de autoexpresión y participación en las actividades de la comunidad.

En este sentido, y con objeto de sentar las bases para la discusión del tema, resulta muy pertinente destacar que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XXIII Reunión (29 de septiembre-8 de octubre de 1975) ratificó (1) la Resolución VIII de la 74a Reunión del Comité Ejecutivo, sobre salud y juventud y aprobó la Resolución XIV (2) redactada en los siguientes términos:

El Consejo Directivo,

Considerando la Resolución VIII de la 74a Reunión del Comité Ejecutivo, que trata de la prioridad que debieran asignar los Gobiernos a la atención de la salud de la juventud;

Reconociendo que la salud del grupo juvenil de la Región merece atención especial por el crecimiento que se registra en ese grupo de población, por las características que ha adquirido su patología en el curso del proceso de desarrollo y por su capacidad en la promoción de actividades de salud y de bienestar social en su propio beneficio y en el de la familia y de la comunidad; y

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la situación actual de la salud de los jóvenes en América Latina y el Caribe y sobre el papel que puede desempeñar la Organización en este campo (Documento CD23 18),

Resuelve:

1. Confirmar la Resolución VIII de la 74a Reunión del Consejo Ejecutivo acerca de la salud y juventud.
2. Recomendar a los Gobiernos que formulen el diagnóstico de las condiciones de salud de los jóvenes en sus países respectivos, para iniciar programas adecuados de promoción de la salud juvenil, considerando la conveniencia de que los jóvenes participen ellos mismos en la ejecución de dichas actividades.
3. Agradecer al Director la información proporcionada y solicitar su cooperación en forma de asesoramiento técnico, investigaciones biomédicas y sociales, y adiestramiento del personal necesario para esos programas.

4. Encomendar al Director la preparación de un plan de acción intersectorial destinado a promover la colaboración técnica y financiera de organismos internacionales--gubernamentales y no gubernamentales--y de instituciones nacionales--públicas y privadas--que deseen participar en la importante tarea consistente en mejorar las condiciones de salud de los jóvenes, permitiéndoles a la vez participar en forma efectiva en los planes de desarrollo de sus propios países.

5. Recomendar al Director que proporcione información actualizada sobre la marcha de las actividades relacionadas con la resolución del Comité Ejecutivo sobre salud y juventud.

Con el fin de dar cumplimiento a las recomendaciones del Consejo Directivo, el Director de la OPS, por intermedio de la División de Salud de la Familia, consideró oportuno convocar a un grupo de trabajo para definir el tema con precisión y proponer estrategias para acción futura.

Asistieron al Grupo de Trabajo 14 profesionales pertenecientes a diversas disciplinas relacionadas con los distintos aspectos de la salud juvenil, así como observadores del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y de la Organización de los Estados Americanos.

En la sesión de apertura, el Dr. Charles L. Williams, Jr., Director Adjunto, dio la bienvenida a los participantes en nombre del Director. Destacó la importancia de la reunión para los programas futuros de la Organización en materia de salud de los jóvenes y la conveniencia de que el grupo lograra formular recomendaciones operativas que permitan iniciar una acción concordante con la urgencia del problema.

A continuación el Dr. Richard A. Prindle, Jefe de la División de Salud de la Familia, se refirió a los problemas propios de la salud juvenil, y destacó en especial, la función de la mujer joven en la formación presente y futura de la familia.

El Grupo eligió por unanimidad al Dr. Raymond Illsley como Presidente y a la Srta. Maritza Izaguirre y el Dr. Michael Cohen como Relatores.

El Grupo de Trabajo aprobó el programa de temas propuesto e hizo un análisis en profundidad de los siguientes aspectos:

. Definición del concepto general de la juventud como un grupo de edad y elemento biosocial de la población.

. Descripción de la problemática de salud de la juventud en América Latina y el Caribe.

. Análisis de los métodos disponibles y las estrategias que se proponen para abordar dichos problemas.

. Recomendaciones para un plan de acción que incluya la celebración de una conferencia regional sobre el tema, con representación oficial de los países de América Latina y el Caribe.

En la planificación de la reunión y en las deliberaciones del Grupo de Trabajo, quedó implícitamente establecido que los objetivos consistirían en explorar los componentes del problema, formular hipótesis y suscitar ideas, pero en ningún caso proponer una solución global y única.

El Grupo reconoció unánimemente la necesidad de adoptar enfoques nuevos, formular hipótesis y aportar ideas que pudieran aplicarse con flexibilidad en los países de la Región de acuerdo a sus necesidades y recursos. Con fines operativos, se analizaron críticamente diferentes esquemas y planes, a fin de reunir una variedad de conceptos y enfoques que podrían convertirse en programas concretos concordantes con las diversas situaciones existentes en los países.

Se llegó a la conclusión que el problema de salud de la juventud de la Región es complejo e importante y que debe encontrarse su solución con imaginación, energía y dedicación.

LA SITUACION JUVENIL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

La dimensión demográfica del problema

En 1970 en América Latina y el Caribe, el 61.0%, de la población tenía menos de 25 años y el 18.8% tenía entre 15 y 24 años de edad. En cifras absolutas se contaba a principios del presente decenio con 53 millones de personas entre 15 y 24 años que, de mantenerse las tendencias demográficas actuales, llegarían a ser 126 millones en el año 2000.

Para poder abordar los problemas de la juventud en la actualidad es preciso analizar la situación de un grupo de seres humanos cuyo número iguala a la población total del grupo andino que incluye a Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela (3).

La problemática socioeconómica y cultural

Los jóvenes pertenecen a distintos grupos socioeconómicos pero comparten características propias. La extensión del período de la juventud, debido en parte a un período prolongado de educación, guarda relación directa con esa situación, de modo que mientras más baja sea su posición socioeconómica, más cortos serán los años intermedios que separan a la niñez de las obligaciones de la edad adulta.

En términos generales se podrían diferenciar los siguientes grupos:

. El joven de las zonas rurales se integra muy temprano al trabajo agrícola (entre los 10 y los 15 años) y goza de manera restringida de las oportunidades educativas. A menudo emigra a la ciudad en busca de mejores perspectivas laborales y de progreso personal que no siempre encuentra; la gran mayoría se incorpora al grupo marginal de la sociedad, cuyos empleos se caracterizan por una remuneración reducida, una mayor inestabilidad laboral y casi ninguna seguridad social. La mujer joven forma la parte más numerosa de este grupo empleándose de preferencia en el cuidado doméstico y en otros aspectos de servicio.

. El joven de ingresos reducidos que ha nacido en la ciudad presenta características similares. Se incorpora a la fuerza laboral antes de los 15 años, y a más tardar a los 18. Es posible que haya tenido más oportunidades de educación, pero las deficiencias cuantitativas y cualitativas del sistema educativo y sus necesidades económicas lo hacen desertar temprano, reduciendo así su período juvenil.

. El joven de ingresos medios de las zonas rurales y urbanas aplaza su incorporación al trabajo lo más posible, según su situación económica, oportunidades de ingreso y permanencia en la educación técnica o superior. La información existente permite suponer que la gran mayoría de este grupo está empleada antes de cumplir los 20 años.

. El joven de ingresos medios y altos goza de un período juvenil que puede llegar a prolongarse hasta los 25 años. Este es el grupo más importante pues ejerce una participación política y social más activa y que se le considera como representativo de la juventud.

En términos cuantitativos, se podría concluir que cuando menos las dos terceras partes de la población juvenil (más de 35 millones en 1970) estarían en los dos primeros grupos; el tercio restante estaría constituido por unos 18 millones de jóvenes, de los cuales apenas unos 2 y medio millones tendría una juventud que se prolonga hasta pasados los 20 años.

El Grupo de Trabajo consideró que, para planificar la salud de los jóvenes, sería útil identificar las condiciones en que se desenvuelven estos en los distintos grupos socioeconómicos en cada país, así como los problemas inherentes de características y dimensiones muy diversas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la mayoría de los participantes coincidió en que el control de los riesgos de la salud de los jóvenes han adquirido en el último decenio carácter de urgencia en las zonas urbanas de los países. Se mencionaron los efectos de la concentración urbana--sinónimo de modernización y desarrollo--que han tenido un impacto especial en el grupo juvenil debido a los cambios en las funciones sociales de la familia y de la comunidad. Se señaló que, precisamente a partir del último decenio, se ha registrado una mayor incidencia de los problemas de la juventud, sobre todo los relacionados con los accidentes, la farmacodependencia, las enfermedades venéreas y el aborto, así como una patología social expresada en forma de delincuencia y prostitución y concentrada en las grandes ciudades. Esta situación se hace aún más crítica porque los servicios de salud de la Región no están en condiciones de hacer frente a esta compleja problemática.

Sin embargo, al considerar que los jóvenes de las zonas rurales constituyen el grupo más numeroso de la población juvenil en la mayoría de los países, el Grupo destacó que la atención de salud es más escasa y deficiente que en las ciudades y que por lo tanto no es posible seguir ignorando a este sector juvenil mayoritario.

Por otra parte, el Grupo llamó la atención sobre la necesidad de tener en cuenta a los jóvenes de las zonas urbanas y rurales, no solo como usuarios, sino que como un elemento potencial y tal vez decisivo en la prestación de servicios de salud a las comunidades a que pertenecen.

CUADRO 1. TASAS DE MORTALIDAD POR 1,000 HABITANTES MENORES DE 45 AÑOS, SEGUN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, EN 10 PAISES DE LAS AMERICAS, CORRESPONDIENTES AL ULTIMO AÑO DISPONIBLE.

País	Año	Total	Edad en años									
			Menos de 1*	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Argentina	1969	9.8	61.1	2.8	0.7	0.7	1.2	1.6	1.9	2.4	3.3	4.5
Colombia	1969	7.5	62.7	8.4	1.7	1.0	1.5	2.1	2.4	2.8	3.7	4.6
Costa Rica	1972	5.9	59.0	3.0	0.9	0.5	1.1	1.6	1.5	2.0	2.6	3.0
Cuba	1971	6.1	35.9	.9	0.5	0.5	0.9	1.1	1.2	1.4	1.7	2.6
Chile	1972	8.8	71.1	2.6	0.8	0.8	1.4	2.0	2.5	3.3	4.2	7.1
Estados Unidos de América	1969	9.5	20.9	.9	0.4	0.4	1.1	1.5	1.5	1.7	2.5	3.8
Guatemala	1971	14.1	84.1	25.9	6.5	3.0	3.1	4.3	4.8	5.9	7.3	8.2
Jamaica	1971	7.6	26.4	4.6	0.8	0.6	0.8	1.1	--- 1.6 ---	---	4.0	---
México	1971	9.0	63.3	7.9	1.8	1.1	1.7	2.6	3.3	4.0	5.1	6.3
Venezuela	1971	6.6	49.8	5.3	1.0	0.7	1.1	1.6	2.0	2.3	2.8	4.3

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

*Por 1,000 nacidos vivos.

CUADRO 2. PORCENTAJE DE DEFUNCIONES PARA LAS CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION, POR ORDEN DE IMPORTANCIA, PARA LA POBLACION DE 15 A 19 AÑOS, EN 10 PAISES DE LAS AMERICAS, EN EL ULTIMO AÑO DISPONIBLE.

País	Año	Accidentes		Suicidios		Homicidios		Tumores malignos		Enfermedades del corazón		Tuberculosis		Influenza y neumonía		Enteritis y otras diarreas		Complicaciones del embarazo		A-cetia		
		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	4.5	--	--	
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 de América	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	7.3	--	--	
México	1971	I	25.9	--	--	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	--	--	

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

-- No corresponde a ninguna de las 5 causas principales de defunción.

Esta última reflexión del Grupo se reforzó con la recomendación de los propios jóvenes (4-7) que señala la necesidad de realizar un diagnóstico sobre la salud de los jóvenes contando con su participación en el análisis de sus problemas así como en la planificación y ejecución de los programas de salud en las zonas rurales y urbanas.

PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD DE LA JUVENTUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

En importante medida la salud de la juventud está condicionada por lo acontecido en las etapas tempranas de la vida e influencia asimismo los periodos subsiguientes de la misma (8). En consecuencia el Grupo consideró que un requisito fundamental en el análisis de la problemática en referencia es identificar las necesidades y en general la situación de salud de los grupos juveniles, en el contexto de un continuo biopsicosocial.

Tasas de mortalidad y causas principales de defunción

Hubo consenso en que es preciso destacar que los indicadores tradicionales de morbimortalidad no reflejan con fidelidad los riesgos de la salud de los jóvenes, razón por la cual no se les puede otorgar una prioridad significativa en la programación de las actividades que tiendan a fomentar condiciones óptimas de salud y bienestar en esos grupos (9).

La información disponible que se resume en el cuadro 1, permite apreciar que las tasas de mortalidad van en descenso, según se avanza en las distintas etapas de la vida, desde la época de la infancia (-1 año), la niñez (1-4 años), la escolaridad (7-14 años), la adolescencia y la juventud (10).

En los cuadros 2 y 3 se señalan las prevalencias, de determinados trastornos como causas de defunción en el período juvenil. Así se hace evidente que los accidentes, en particular, y los homicidios, suicidios y afecciones relacionadas con el ciclo reproductivo, en menor magnitud, constituyen causas principales de defunción en la época juvenil en la mayoría de los países de las Américas.

Las defunciones debidas a complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, como es obvio, configuran una fisonomía especial a la problemática ligada al sexo femenino (cuadro 4). Es así como las afecciones ocurridas en el último quinquenio y en 11 países de la Región se registran como causa principal de muerte en la cohorte de mujeres de 20 a 24 años.

Por otra parte, el aborto clandestino inducido es una causa importante de mortalidad materna, la que sin duda es subvalorada porque se omite del registro estadístico debido a razones culturales y legales. En las zonas urbanas en 10 ciudades latinoamericanas, el aborto constituía entre el 13 y el 53% del total de las defunciones maternas. Es de importancia señalar, que muchos de dichos decesos ocurrieron en jóvenes solteras (11). Esta situación destaca las dimensiones socioculturales del problema de la mujer

CUADRO 3. PORCENIAJE DE DEFUNCIONES PARA LAS CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION, POR ORDEN DE IMPORTANCIA, PARA LA POBLACION DE 20 A 24 AÑOS EN 10 PAISES DE LAS AMERICAS, EN EL ULTIMO AÑO DISPONIBLE.

País	Año	Accidentes		Suicidios		Homicidios		Enfermedades del corazón		Tumores malignos		Complicaciones del embarazo		Tuberculosis		Influenza y otras neumonías		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 de América	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	--	--	--	--	--	--

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

-- No corresponde a ninguna de las 5 causas principales de defunción.

joven que inicia su vida en la ciudad separada de su núcleo familiar, y que cuenta por lo común con medios económicos limitados y oportunidades restringidas de atención médica.

Rubros básicos de morbilidad

En cuanto al análisis de los riesgos de morbilidad que afectan a la juventud en los países de América Latina y el Caribe, no se dispone por lo general de estadísticas nacionales confiables, lo cual crea una situación peyorativa que debe superarse.

Según encuestas y estudios especiales, que deben ampliarse, aparecen como de importancia cierto tipo de enfermedades infecciosas, en particular tuberculosis, enfermedades entéricas y las relacionadas con la transmisión sexual (12), patología dental y trastornos metabólicos. Muchas veces como sustrato mórbido común se encuentra la malnutrición-que siendo poco frecuente en Latinoamérica y el Caribe la obesidad - se traduce en procesos de desnutrición manifiesta o larvada, que subsecuentemente constituyen la génesis tanto de un déficit intelectual, que influencia un restringido rendimiento escolar, como de riesgos de salud incrementados, durante la gestación y en el período neonatal.

El Grupo llamó la atención sobre la necesidad de conocer mejor las afecciones neuropsíquicas y sensoriales, la farmacodependencia y alcoholismo y en general los trastornos de la conducta que afectan con frecuencia a la juventud y suelen ser el resultado fundamental de una anómala adaptación psicosocial ambiental (13). Coincidieron los participantes en que no solo interesa perfeccionar la información disponible actualmente, que permita cuantificar con exactitud los riesgos de salud de la juventud, a través de las tasas de morbimortalidad específicas, sino que es indispensable obtener un mejor conocimiento epidemiológico de los trastornos que los afecta, para lograr que las actividades futuras se desarrollen más eficazmente en torno a la protección de la salud de los jóvenes, cuya patología multidimensional con frecuencia es prevenible si se constituyen sistemas adecuados de provisión de servicios a la juventud, en el contexto de los programas de salud.

SERVICIOS DE SALUD DESTINADOS A LA JUVENTUD

La falta de un conocimiento integral de las condiciones de salud y de bienestar de los grupos de jóvenes y por consiguiente de una motivación adecuada, confirman, en opinión del Grupo, que las necesidades y los problemas de salud de la juventud no se expresen explícitamente en los planes de salud.

Planificación y programación

Para superar dicha situación, los participantes señalaron que no solo debe perfeccionarse el diagnóstico pertinente, en cada ámbito--nacional, regional y local y en cada nivel geográfico: urbano, periurbano y rural--sino considerar que los programas futuros deben estar formulados en el contexto de los planes de desarrollo global (14).

CUADRO 4. ORDEN DE IMPORTANCIA Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO (630-678) EN LA POBLACION FEMENINA DE 15 A 24 AÑOS, EN 10 PAISES DE LAS AMERICAS, EN ULTIMO AÑO DISPONIBLE.*

País	Año	Grupo de edad (años) población femenina			
		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 de América	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

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

-- No corresponde a ninguna de las 5 causas principales de defunción.

Organización de los servicios

Los servicios de salud destinados a la juventud deben incluir a grupos de edad difíciles de definir con precisión desde el punto de vista operativo y que incluyan jóvenes desde el inicio de la pubertad hasta los 24 años de edad. El Grupo destacó la necesidad de que esos servicios se proporcionen con sentido multidisciplinar y pluriprofesional, que permita enfocar los aspectos biológicos y socioculturales y en un medio en que se fomente la confiabilidad y se asegure la continuidad de las actividades. Según las circunstancias propias de cada nivel pueden considerarse, a juicio del Grupo, los siguientes modelos asistenciales: unidades de salud para los jóvenes en hospitales y clínicas de salud existentes, ligadas o no a centros de estudio, universitarios, técnicos o laborales y servicios de salud para jóvenes ubicados en la misma comunidad.

Los participantes destacaron que cuando menos los siguientes podrían ser los componentes esenciales de un programa de salud para los jóvenes: servicios básicos, incluida la atención médica; de higiene mental, considerando los aspectos relacionados con la prevención del alcoholismo y de la farmacodependencia y de la conducta psicosocial anómala y delictual; de estímulo intelectual, sensorial y recreativa y orientación vocacional.

El consejo nutricional y según corresponda la suplementación de la dieta alimenticia, la orientación para la vida familiar, con debida consideración a la regulación de la fecundidad y al fomento de la paternidad responsable y la protección jurídica y la promoción de la participación cívico comunitaria, son otras de las actividades que el Grupo consideró de importancia en la provisión de servicios de salud juveniles.

Obviamente y así fue considerado por los participantes, existe una necesidad fundamental de establecer sistemas de referencia, que permitan ofrecer atención a los casos que lo requieran, en centros especializados (14-18).

Adiestramiento del personal

El Grupo otorgó prioridad singular a lo relacionado con el tipo de personal profesional o de colaboración funcionaria o voluntaria que debe haber en la ejecución de los programas de salud juvenil. A este respecto se destacó la necesidad de propender no solo a su formación técnica adecuada, como a la adquisición de habilidades para el trabajo en equipo y el desarrollo de actitudes que permitan un fácil y confiable acercamiento a los jóvenes, contribuyendo a obtener su cooperación tanto en la solución de sus problemas individuales de salud, como los de sus pares y de la comunidad a que pertenecen.

ESTRATEGIA Y ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA REGIONAL SOBRE NECESIDADES DE SALUD DE LA JUVENTUD

Estrategia

La programación de los servicios de salud de la juventud a nivel de cada país y de la Región en su conjunto, como ya se mencionó, exige definir

previamente tanto a la población a ser atendida--que convencionalmente, y por razones de índole estadística, se estima que debiera incluir los grupos de edad que van de 15 a 24 años--como su nivel de salud, basado esto último en la obtención de datos de actualidad y debidamente perfeccionados.

Aun cuando existen diversas instituciones que llevan a cabo o que pueden encargarse en el futuro del tipo de programas que se comenta, el Grupo coincidió en que debe existir, a nivel gubernamental, algún tipo de entidad coordinadora para facilitar tanto la incorporación de los programas en los planes nacionales de salud y de desarrollo, como para hacer más efectiva la colaboración internacional.

Organización

La organización de los servicios y su implementación adecuada exige con carácter prioritario que se analice el tipo de personal que se requerirá, en particular el profesional. Asimismo, desde el inicio del programa, debe tenerse presente la mecánica institucional que permitirá la participación activa de los jóvenes en el desarrollo de las actividades pertinentes, según lo destacado por los participantes.

Conferencia Regional sobre Necesidades de Salud de la Juventud

Con objeto de analizar las experiencias de los países de la Región en materia del funcionamiento de servicios locales de salud para los jóvenes o de programas nacionales, según el caso, hubo consenso en el Grupo en que una etapa de singular importancia en la estrategia de colaboración regional era que la Organización Panamericana de la Salud fomentara la celebración de una Conferencia sobre las "Necesidades de Salud de la Juventud", con participación oficial de todos los países del Continente. Asimismo, se estimó que se debiera invitar a este evento tanto a técnicos con experiencia en las diversas disciplinas involucradas, como a representantes de organizaciones juveniles de renombre.

De acuerdo con este criterio, el Grupo aceptó que el número total de participantes podría alcanzar a cerca de 50, estableciéndose asimismo en principio que la sede debiera ser un país de América Latina o el Caribe y de preferencia a nivel de una ciudad-capital provincial, en la que hubiera un centro universitario.

También se acordó que se debía invitar a otros organismos internacionales encargados del fomento de programas de promoción juvenil. A dicho respecto el Grupo acogió con particular beneplácito los propósitos de colaboración expresados por los representantes de algunas agencias participantes.

Los participantes estimaron asimismo que sería muy conveniente la constitución de un Comité Organizador ad hoc para que, con la debida oportunidad, se definieran los términos de referencia de la Conferencia, su programa de temas y otros asuntos relacionados con su organización, incluidos los aspectos presupuestarios correspondientes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La juventud constituye un segmento sumamente importante de la población y, más que un grupo de edad definido, representa una fase o categoría individualizada que traduce un cambio dinámico ocurrido en el proceso de maduración biosicosocial. En cambio, la adolescencia se refiere más propiamente al proceso de crecimiento y desarrollo morfológico y fisiológico.

Los límites de edad de la época en referencia pueden establecerse desde el punto de vista cronológico, y convencionalmente involucran a los grupos de edad comprendidos entre los 15 y los 24 años de edad. En un contexto operativo, relacionado con la provisión de servicios sociales y de salud, dichos límites parecen ser más flexibles y hacen necesario incluir en el período reseñado, a la adolescencia desde su inicio, alrededor de los 12 años de edad.

2. No se dispone de información precisa acerca de los problemas de salud de la juventud, cuyas características varían según las condiciones económicas, sociales, culturales y geográficas existentes en los diversos medios.

Los riesgos de salud que enfrentan los jóvenes tienen una epidemiología polifacética que exige que los programas y servicios pertinentes de su prevención o control sean interdisciplinarios o intersectoriales.

3. Los indicadores de salud de la juventud expresados en las tasas específicas de mortalidad no reflejan la magnitud y naturaleza de la problemática correspondiente. En todo caso, la información disponible señala que en América Latina y el Caribe los accidentes, las muertes violentas del tipo del homicidio y el suicidio, los tumores y algunas enfermedades infecciosas figuran entre las cinco primeras causas de defunción en la juventud. Adquieren también destacado relieve en lo que respecta al sexo femenino, los trastornos ligados al ciclo reproductivo y que se relacionan con la patología de la gestación y en particular con el aborto inducido clandestino.

4. Los rubros mórbidos que prevalecen en la Región son desnutrición, que suele ser especialmente grave por sus consecuencias ulteriores durante la época escolar y el embarazo; el alcoholismo; la farmacodependencia; las enfermedades de transmisión sexual; los trastornos endocrinos; la patología dental, y las anomalías de la conducta, incluida la delincuencia juvenil. En todo este proceso influyen, de manera decisiva la pobreza, el desempleo, la discriminación social y la libertad de expresión limitada.

5. A fin de establecer una programación nacional de los servicios de salud destinados a los jóvenes--la que en la actualidad no se considera por lo general en los planes de salud--es preciso obtener un diagnóstico más preciso de la situación actual de la salud de los jóvenes y conocer con mayor exactitud la causa de los trastornos en referencia. Ello implica, desde luego, perfeccionar los sistemas de información estadística vigentes y llevar a cabo estudios epidemiológicos adicionales.

6. Los programas de salud destinados a los jóvenes deben tener prioridades netamente definidas de acuerdo con los problemas mórbidos de mayor importancia en cada medio; entre ellos debe destacarse la jerarquía especial que debe alcanzar el desarrollo de actividades tendientes a fomentar la orientación para la vida en familia, contemplando específicamente los riesgos que genera la gestación temprana y no deseada, el cuidado de los hijos, la armonía conyugal y en general el bienestar de la familia.

7. Los servicios preventivos constituyen un componente esencial de los programas de salud de los jóvenes, los que en todo caso deberán ser integrales, de índole multidimensional, de fácil accesibilidad, de prudente confidencialidad y de suficiente continuidad. En dichos programas el enfoque educativo es esencial y debe traducirse en servicios consultivos o de consejo, sobre diversos temas, tales como atención médica, protección jurídico-social, oportunidades recreativas, orientación vocacional y participación en la colectividad.

8. Los distintos modelos asistenciales propios de los servicios de salud de la juventud incluyen desde unidades complejas ubicadas generalmente en el medio urbano y ligadas muchas veces a instituciones universitarias, hasta el funcionamiento de centros ubicados en la comunidad y destinados a fomentar actividades de cuidado primario de la salud de la juventud. Ello es especialmente válido a nivel del medio rural, donde los requerimientos pertinentes no pueden ser postergados.

El esquema reseñado obviamente debe funcionar a través de un sistema de atención regionalizada que provea el envío oportuno de los pacientes, a centros asistenciales de mayor complejidad, si la situación así lo amerita.

9. En la programación de los servicios destinados a los jóvenes y a través de todas sus fases, es fundamental concitar el interés y facilitar la participación activa de aquellos a fin de obtener las condiciones óptimas de salud para ellos mismos, para sus pares y para la comunidad a que pertenecen. En el cumplimiento de este propósito, debe evitarse toda forma de supeditación de él a otros intereses que impliquen cualquier tipo de presión sobre la libre decisión de los jóvenes.

10. La implementación de los programas mencionados implica, entre otros hechos, el logro de una institucionalización adecuada del proceso, en el contexto de los servicios generales de salud existentes, asegurando una coordinación intersectorial indispensable y una implementación que contemple los aspectos jurídicos, financieros y la provisión de los recursos correspondientes, en particular los relacionados con el personal requerido. A este respecto debe destacarse que una tarea de la mayor trascendencia radica en la formación y capacitación ad hoc de los recursos humanos pertinentes.

11. La colaboración internacional puede constituir un elemento importante de fomento o de apoyo en la iniciación y en la prosecución de programas de salud destinados a la juventud. La colaboración interagencial debe contribuir a fortalecer--en áreas que los Gobiernos estimen prioritarias--el desarrollo armónico e integral de los servicios de salud para los jóvenes ya sea a través de proyectos cooperativos específicos en países que así lo soliciten como en la ejecución de actividades de índole regional que permitan

el intercambio de las experiencias existentes en las Américas.

12. La realización de una Conferencia Regional sobre las Necesidades de Salud de la Juventud - propuesta - puede constituir el punto de partida de un proceso de motivación gubernamental sobre la urgencia de llevar a cabo programas eficaces de salud juvenil.

Dicho evento, contaría con participantes de los países de la Región, asesores técnicos calificados y representantes de organizaciones juveniles. Se considera que el co-patrocinio de dicha Conferencia por diversos organismos internacionales, en particular de instituciones pertenecientes al Sistema de Naciones Unidas, es muy importante por cuanto permite aunar recursos técnicos y financieros, y se contribuye en esta forma a dar fiel cumplimiento a las recomendaciones específicas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Actas de la 73a y la 74a Reunión del Comité Ejecutivo. Documento Oficial 138. Washington, D.C., 1975.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Actas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo. Documento Oficial 142. Washington, D.C., 1975.
- (3) Figueroa, Teresa 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. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1974.
- (4) Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. Res. 1842 (LVI), 1974.
- (5) Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Long-term Policies and Programmes for Youth in National Development. Documento ST/50A/103. Nueva York, 1970.
- (6) Naciones Unidas, Asamblea General. Res. 3022 (XXVII), 1972.
- (7) Naciones Unidas, Asamblea General. Res. 3140 (XXVIII), 1973.
- (8) Rosselot, J. La salud en la niñez y en la adolescencia, con especial referencia a la problemática centroamericana. Documento mimeografiado. Guatemala, Oficina de la Zona III, Organización Panamericana de la Salud, 1968.
- (9) Rosselot, J. Salud maternoinfantil en Latinoamérica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LXX, No. 5, 1971.
- (10) Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Estadística de Salud, 1974.
- (11) Puffer, R. R. y G. W. Griffith. Características de la mortalidad urbana. Publicación Científica 151. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1968.
- (12) Llopis A. El problema de las enfermedades venéreas en las Américas. En: Enfermedades venéreas como problema de salud nacional e internacional. Publicación Científica 220. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1971.
- (13) Horwitz, J., C. Marconi y C. Adis Castro. Epidemiología de los problemas de salud mental. Buenos Aires, ACTA, 1967.
- (14) Organización Mundial de la Salud. The Health Needs of Youth. Symposium on Participation of Youth in the United Nations Second Development Decade. 1970.

(15) Cohen, M. I. Health Care for Adolescents in a Traditional Setting. Conference on Youth, Health and Social Systems. Washington, D.C., abril de 1974.

(16) Conference on Youth, Health and Social Systems. Washington, D.C., 1974.

(17) Locker, S., L. Hendrick y J. Turanski. New dimensions in adolescent psychotherapy. The Pediatric Clinics of North America, Vol. 20, No. 4, noviembre de 1973.

(18) Organización Panamericana de la Salud. Salud y juventud. Tema 31 del programa de la XXIII Reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C., 1975.

PARTICIPANTES

Miembros:

Dr. Michael Alleyne, Director de Planeamiento Educativo, Ministerio de Educación, Trinidad.

Sra. Nelly Candeias, Profesora de Educación de la Salud, Universidad de Sao Paulo, Brasil.

Dr. Michael Cohen, Director, División de Salud del Adolescente, Hospital Montefiore, New York.

Dr. Sergio González, Profesor de Salud Maternoinfantil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Dr. Lorraine Hendricks, Director Médico, The Door, A Center of Alternatives, New York.

Dr. Raymond Illsley, Profesor de Sociología Médica, Centro de Estudios Sociales, Universidad de Aberdeen, Escocia.

Dra. Maritza Izaguirre, Directora, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad Católica "Andrés Bello", Caracas, Venezuela.

Dr. E. James Lieberman, Director del Proyecto de Planificación Familiar de la American Public Health Association (APHA), Washington, D.C., U.S.A.

Srta. Maricel Manfredi, Directora, Departamento de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dr. Braulio Mejía, Jefe, División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Caracas, Venezuela.

Dr. Roberto Nicholson, Profesor Asociado de Ginecología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Sr. Charles D. Terry, Director, Programa Clínico de Legislación Urbana, Escuela de Leyes, Universidad de New York, New York.

Dr. Rafael Velasco, Director General, Dirección General de Salud Mental, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

Dr. Samuel M. Wishik, Profesor Emeritus, Centro de Población y Salud de la Familia, Universidad de Columbia, New York.

Representantes de otras Organizaciones:

Dr. Ricardo Asturias Valenzuela, Consultor del UNICEF, Guatemala, Guatemala, C.A.

Sr. Nelson Mello e Souza, Director de la Oficina de Coordinación de Actividades para la Juventud, Organización de Estados Americanos, Washington, D.C., U.S.A.

Secretariado:

Dr. Richard A. Prindle, Jefe de la División de Salud de la Familia, OPS/OMS.

Sra. Teresa Orrego de Figueroa, Coordinadora y Consultora, División de Salud de la Familia, OPS/OMS.

Dr. Jorge Osuna, Asesor Regional en Planificación Familiar, División de Salud de la Familia, OPS/OMS.

Dr. Carlos Daza, Asesor Regional en Nutrición, División de Salud de la Familia, OPS/OMS.

Dr. Jorge Rosselot, Asesor Regional en Salud Maternoinfantil, División de Salud de la Familia, OPS/OMS.