

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



109a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1992

Tema 4.7 del programa provisional

CE109/14 (Esp.)

25 abril 1992

ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES

Entre los acuerdos relevantes que respaldan el presente documento, se encuentra la declaración de políticas sobre el niño y el adolescente suscrita por los Jefes de Estado de los Países en ocasión de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, en relación con la formulación de políticas, planes y programas en favor de la salud integral de los adolescentes y jóvenes a nivel global, regional y de los países.

Se describe en este documento sucintamente la situación demográfica, educacional y legal; se hace un análisis del proceso salud-enfermedad y de la naturaleza de la atención integral, y se señalan los problemas específicos relacionados con crecimiento y desarrollo, salud reproductiva, conductas de riesgo y sus consecuencias.

En base a los antecedentes políticos y teniendo en cuenta el marco situacional, se propone al Comité Ejecutivo un Plan de Acción Regional que permita intensificar la cooperación técnica en apoyo de la creación o replanteo de programas nacionales de salud integral en este importante grupo de población. Se pide al Comité que analice la situación de la salud de los adolescentes y la respuesta de la OPS incorporada en el plan de acción que se presenta en la sección III, para que se recomiende al Consejo Ejecutivo las acciones que podría tomar.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. MARCO POLITICO Y ANTECEDENTES EN LA REGION	1
II. EXPERIENCIAS EN LOS PAISES DE LA REGION	3
III. PLAN DE ACCION SOBRE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE .	13
A. Objetivos	13
B. Estrategias	14
C. Plan de actividades	16
ANEXO I: Marco conceptual	20
ANEXO II: Resoluciones de los Cuerpos Directivos	26
ANEXO III: Cuadros y figuras	28
ANEXO IV: Referencias y bibliografía	42

SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES

I. MARCO POLITICO Y ANTECEDENTES EN LA REGION

1. La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia

En la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño¹, en la parte introductoria, los Jefes de Estado manifiestan la decisión de esforzarse en favorecer el crecimiento y desarrollo del niño, prestando apoyo a los padres de familia para cuidar y atender a los niños desde su nacimiento hasta el final de la adolescencia, permitiendo a los niños llegar a la vida adulta en un medio cultural y social que les dé apoyo y sea enriquecedor, y esforzándose por lograr la protección especial de los niños que trabajan y la abolición del trabajo ilegal de menores y evitar que los niños se conviertan en víctimas del flagelo de las drogas ilícitas. La misma Declaración resalta los factores de mortalidad excesiva de madres jóvenes (500.000 muertes por año en el mundo). A fin de evitar esta tragedia debería prestarse particular atención a la salud, nutrición y la educación de la mujer. El documento enfatiza la importancia del ambiente cultural comunitario y la familia, así como del medio ambiente, para el crecimiento y desarrollo del niño (hasta el final de la adolescencia).

Entre las metas propuestas resaltan las siguientes:

- Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles;
- Atención especial a la salud y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes, y
- Acceso de todas las parejas a información y servicios para impedir embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos o demasiado numerosos.

¹ Naciones Unidas: Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, Septiembre, 1990.

2. Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido reiteradamente, en los últimos 20 años, la singular importancia de la salud y bienestar del adolescente y del joven, señalando la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos a su fomento y restitución y a la prevención de las enfermedades que los afectan. Numerosas resoluciones aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud han destacado el tema, con mención especial de los problemas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, la conducta reproductiva, el tabaquismo y el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas (ver Referencias: 1-10). La última de ellas (WHA42.41) toma como base la integralidad de la salud de los jóvenes y de su atención (ver Anexo II).

El informe final de las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes, celebradas en mayo de 1989 en ocasión de la XLII Asamblea Mundial de la Salud (11, 12) recomienda que la OMS debe colaborar con los Estados Miembros en el fortalecimiento de las instituciones nacionales para que emprendan investigaciones para mejorar el conocimiento de la situación de los jóvenes. Los gobiernos deben tener una política de salud explícita, traducida en planes de acción que las lleven a la práctica, se debe auspiciar la participación de la juventud y se deben fortalecer los esfuerzos colaborativos entre agencias e instituciones.

3. Organización Panamericana de la Salud

Los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud han abordado el problema en diversas ocasiones, entre ellas en las reuniones del Consejo Directivo de 1984, 1988 y 1991, y en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1990. En la XXXV reunión del Consejo Directivo se analizó al efecto el estado de los programas de salud materno-infantil y planificación familiar (13, 14), los avances realizados en la ejecución de las estrategias recomendadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana (15) y el compromiso adquirido por los Presidentes y Jefes de Estado de las Américas, compendiado en la Declaración de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (16). La Resolución XVI de la XXXV Reunión del Consejo Directivo (octubre, 1991) solicitó al Director (17) que incluya en el programa del Consejo Directivo de 1992 el tema sobre salud integral del adolescente y del joven.

En los últimos años la OPS ha dado mayor relevancia a las actividades de cooperación en el campo de la salud de los adolescentes y jóvenes, expresión de lo cual es un conjunto de publicaciones que han contribuido al apoyo de iniciativas en este campo en los países (19-24).

II. EXPERIENCIAS EN LOS PAISES DE LA REGION

Las actividades de atención de la salud de los jóvenes en la Región han adquirido cierta importancia en los últimos quince años. Recientemente se le ha dado más relevancia al enfoque psicosocial, al ponerse de manifiesto los problemas de la salud reproductiva, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los esfuerzos señalados, sin embargo, no han tenido un impacto detectable, habida cuenta de su limitada cobertura, su orientación a la solución de problemas específicos y sobre todo, por no estar respaldados por políticas explícitas que le den permanencia, coherencia e integralidad a las acciones.

1. Análisis epidemiológico de la salud del adolescente y el joven: Hechos y tendencias

1.1 Aspectos demográficos

De los aproximadamente 196 millones de adolescentes y jóvenes (10-24 años) en la Región de las Américas, 137 millones o sea 69% corresponden a la América Latina y el Caribe. Para el final del Siglo, esta cifra se elevará a 172 millones (25). (Cuadros 1 y 2).

En los países de la Región ha habido un aumento tanto en la proporción como en el número absoluto de adolescentes y jóvenes, producto de los fenómenos de transición demográfica. Este crecimiento representa demandas crecientes a los sistemas educacional, de salud, de trabajo y otros.

El acelerado ritmo de urbanización de los países de la Región, que en 1990 concentra 72% de la población total en zonas urbanas, es más marcado en adolescentes y jóvenes. Se estima que para el año 2.000 alrededor del 80% de ellos vivirán en zonas urbanas, en comparación con 75% para la población total que vivirá en las mismas zonas (26).

La rápida urbanización en la Región se ha dado principalmente en los sectores marginales, con condiciones socioeconómicas precarias, lo que, unido a la gran concentración urbana de este grupo poblacional, contribuye a conformar un ambiente psicosocial en el que predominan la violencia y la delincuencia juvenil.

1.2 Educación

En todos los países de la Región, se observa una mejoría evidente en el nivel de educación de los adolescentes y jóvenes, grupo en el que ha declinado en forma importante la tasa de analfabetismo. (27-31). (Cuadro 3).

A pesar de los progresos globales constatados, existen grandes disparidades en la Región (29), donde al lado de países con tasas de analfabetismo inferiores a 5%, existen otros con tasas superiores al 40%. En algunos países con mayor analfabetismo, se ha comprobado un menor número de años de escolaridad en mujeres. En esos mismos casos la tasa de analfabetismo es tres veces más alta en las zonas rurales que en las urbanas.

1.3 Aspectos legales

El término "adolescente" no está sancionado por el uso en los textos legales, utilizándose en su lugar expresiones tales como "menor", "menor de edad", "joven" y "juvenil".

La "adulthood legal", esto es, la edad en que la persona pasa a ser "competente" ante la ley y adquiere la llamada "mayoría de edad", es seleccionada arbitrariamente (32), siendo en la mayor parte de los casos los 21 años, con una tendencia a rebajarla a los 18.

Desde la perspectiva de la salud, estas disposiciones constituyen en muchos casos una barrera que limita las opciones del joven o coartan su acceso a los servicios. Esto es particularmente válido en el caso de tratamientos médicos y medidas de regulación de fecundidad, entre otras.

1.4 Empleo

Los problemas de desempleo y subempleo derivados de la crisis económica latinoamericana afectan especialmente a los grupos socioeconómicos más débiles y han tenido grandes repercusiones en los jóvenes, las mujeres y los grupos étnicos minoritarios.

Se estima que hay unos 10 millones de niños trabajadores en América Latina, muchos de ellos en situación ilegal, ajenos a los beneficios de la seguridad social, subremunerados y realizando tareas de alto riesgo para su salud (26). En el Cuadro 4 se muestra la variación en la participación en la actividad económica de adolescentes y jóvenes en un período de 15 años (1970-1985), observándose una disminución en el grupo de 10 a 14 años.

Existen países en que niños y adolescentes empiezan a trabajar cuando biológica, psicológica y legalmente no están en plena capacidad de hacerlo. Muchos de estos niños y jóvenes se encuentran doblemente expuestos a la fatiga, al tratar de mantener simultáneamente la asistencia al trabajo y a la escuela y alcanzar el rendimiento escolar requerido, lo que raramente consiguen, con el consecuente abandono de la escuela, limitando sus posibilidades futuras de mejorar su nivel de empleo. (27, 31, 32).

1.5 Condiciones socioeconómicas

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la proporción de población de estos países que vive en condiciones de pobreza varía entre el 19% y el 85%. Lo señalado se refleja en el gasto público por habitante, habiendo países que disponen de menos de US\$10 al año per cápita (Cuadro 5).

El impacto de la adversidad económica en los adolescentes y jóvenes de América Latina es enorme y se traduce en una menor disponibilidad cualitativa y cuantitativa de alimentos; servicios de salud inadecuados en cantidad, calidad y oportunidad; sistemas educacionales inadecuados; escasa o inexistente accesibilidad a actividades recreativas y deportivas; insuficiente o nula capacitación laboral, subempleo y desempleo.

2. El proceso de salud-enfermedad y de la naturaleza de la atención

Las fuentes de información para el análisis del proceso de salud-enfermedad en adolescentes y jóvenes de la Región son las mismas que se utilizan para otros grupos de edad, compartiendo sus fortalezas y debilidades. Diversos organismos internacionales publican periódicamente información relevante, pero su utilidad depende de la calidad y oportunidad de los datos de origen, generados en los países.

Las necesidades de salud del adolescente y joven no han sido evaluadas con exactitud. Entre los factores que contribuyen a esa situación están los relativos a la naturaleza de la información disponible y la escasez de profesionales capacitados para detectar sus problemas.

La salud del adolescente y joven, mas que en otras edades, requiere de un enfoque multisectorial y transdisciplinario, tanto en el terreno diagnóstico como en el de tratamiento y prevención. La información sobre alfabetismo y escolaridad, deserción escolar, deportes y recreación, trabajo y protección de la salud de los trabajadores menores, etc., constituyen por sí mismos indicadores de salud, algunos de ellos con la ventaja de representar aproximaciones "positivas" a la medición de salud.

3. Morbimortalidad general

La Mortalidad general en el grupo de 10 a 24 años es baja (26), como lo ilustra la Figura 1. Este hecho explica probablemente la baja prioridad asignada a la atención de este grupo.

La información disponible en varios países de América Latina indica que entre 1979 y 1988 la mortalidad de adolescentes de 10 a 19 años bajó de 1,09 a 0,74 por 1.000 lo que se muestra en la Figura 2 (27).

Las tasas desglosadas por países para adolescentes de 10 a 14 años, alrededor de 1985, se presentan en el Cuadro 6, observándose variaciones entre 138 y 18,9 por 100.000. Las diferencias por sexo confirman el mayor riesgo de los varones, especialmente en el grupo de 15 a 24 años (Cuadros 7 y 8).

Entre las causas de muerte en adolescentes en todos los países de la Región, el conjunto de accidentes, envenenamientos y violencias ocupa el primer lugar, seguido de tumores malignos, (mayoritariamente leucemias y linfomas). La mortalidad por problemas asociados a la función reproductiva ocupa también un lugar destacado en mujeres de este grupo de edad.

Los accidentes y violencias son responsables de una gran cantidad de años de vida potencial perdidos y de un impacto económico negativo, lo que justifica ampliamente la implementación de programas de prevención en este campo. Las altas tasas de mortalidad de adolescentes relacionadas con el proceso reproductivo apuntan, asimismo, a la necesidad de establecer adecuados programas de control de embarazo, asistencia del parto y del puerperio, sin dejar de considerar la prevención del embarazo no deseado a través de actividades de educación sexual y de planificación familiar y el control de enfermedades transmitidas sexualmente.

La información disponible en relación con la morbilidad proviene de encuestas esporádicas y de los datos suministrados por los consultorios externos, servicios de hospitalización y servicios de urgencia. Su utilidad es relativa por cuanto los registros adolecen de las debilidades señaladas antes y la información sólo representa la fracción de la población que recibió atención.

Las encuestas de morbilidad son escasas en los países de la Región. En una de ellas (34) se encontró que los adolescentes perciben 0,96 episodios de enfermedad aguda/persona/año, de los cuales 0,26 llega a recibir asistencia por parte del sistema, frente a un promedio de 5 episodios persona/año en población total, de los cuales la mitad recibe atención.

Cuando la atención es realizada por personal especialmente entrenado, se revela la especificidad de los problemas de salud del adolescente, tanto los biológicos como los de la esfera psicosocial: variaciones normales del proceso de crecimiento y desarrollo, acné, trastornos ortopédicos, problemas sensoriales, trastornos menstruales y relacionados con la salud reproductiva, angustia, consumo de sustancias etc. (33-35).

4. Problemas Específicos

4.1 Problemas relacionados con el crecimiento, el desarrollo, y la nutrición

Los problemas nutricionales en el adolescente y joven se conocen en forma parcial, mediante los hallazgos de las escasas investigaciones dirigidas al respecto.

4.2. Problemas asociados a deficiencias específicas

La anemia por deficiencia de hierro tiene significación en los países de la Región. (Cuadro 9). Los trastornos por carencia de yodo, entre ellos el bocio, continúan siendo un problema, especialmente en los países andinos (Cuadro 10).

Si bien los problemas relacionados con la salud oral incluyen otras patologías, la caries dental es la más importante por la frecuencia y precocidad de su aparición. Su prevalencia se acerca al 50% en los menores de 5 años y está alrededor del 90% en los de 15 años. Al impacto de los problemas dentales en la salud física, se agrega su repercusión en la salud mental de adolescentes y jóvenes, dado su efecto negativo en la estética, en un período de la vida en que se está muy centrado en la imagen corporal.

4.3 Salud reproductiva

Tendencias en fecundidad de adolescentes

La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años fluctúa en el período 1985-1990 entre 61 y 133 por 1.000. En general, las tasas de fecundidad en adolescentes tienden a ser más elevadas en los países de fecundidad alta (5,5 o más), que en los de baja (menos de 3). Entre 1950-55 y 1985-90 la tasa ha disminuido en la mayoría de los países en cifras entre 10% y 52%. Sin embargo, el descenso de la tasa de fecundidad específica en edades mayores hace que la proporción de embarazos e hijos en menores de 20 años aumente (25).

Nacimientos en adolescentes

Aunque la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a declinar, el número absoluto de hijos de adolescentes aumenta por el aumento del número de población en esa edad (25).

En los países de la Región como un todo, los nacimientos en madres menores de 20 son el 14,5%, habiendo cinco países que superan el 18%.

Determinantes de la fecundidad en la adolescencia.

El adelanto de la menarquia observado en la Región es un factor biológico que se acompaña de actitudes y comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio precoz de la sexualidad. Se producen en este campo grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que el individuo es considerado adulto con todos los derechos y deberes.

En América Latina, la edad media al contraer matrimonio es de 20,5 años. La edad mínima legal es de 12 años en 5 países y de 14 en otros 9. No siempre existe correlación entre la edad legal y la realidad. En todo caso, entre los factores determinantes del matrimonio, más que la edad legal, influye la posibilidad de acceso a la educación media y superior y al empleo y el sitio de residencia. De acuerdo con una encuesta reciente sobre demografía y salud realizada en ocho países latinoamericanos, aproximadamente la mitad de las mujeres se ha casado o iniciado una relación sexual antes de los 20 y un tercio antes de los 17 años.

Evolución del embarazo en adolescentes

Existen en la Región, numerosas publicaciones que documentan el impacto negativo del embarazo precoz. El hijo de madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de madre de más de 20 años, (38-43) que se traducen en mayor frecuencia de bajo peso al nacer, mayor morbilidad perinatal y posteriormente, riesgo de negligencia y maltrato.

En los aspectos psicosociales el embarazo de la adolescente afecta a su proyecto de vida, pues favorece la interrupción o término de su escolaridad, disminuye sus expectativas laborales y configura un futuro incierto. (44-48).

Aborto y mortalidad materna

Las tasas más altas de mortalidad materna entre jóvenes y adolescentes, la presenta un país de la Región con 17,8 muertes por cada 100.000 mujeres de 15 a 24 años. El mismo país tiene la mortalidad por aborto más elevada, con 4,8 por 100.000 mujeres de 15-24 años.

En general, un 30% de la mortalidad por aborto en América Latina se produce en mujeres de 24 años o menos.

Anticoncepción

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad. Aun entre adolescentes casadas, se observan tasas tan bajas como 9% en Guatemala, aunque puede alcanzar cifras importantes como 50% en Brasil y 30% en Colombia. Las cifras son más bajas en las áreas rurales (49).

4.4. Enfermedades de transmisión sexual

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes se conoce muy poco en la Región. Probablemente tiene alguna significación, de acuerdo a estudios parciales (50, 51).

Los casos de SIDA entre adolescentes representan el 4% de todos los casos notificados en todos los países, con excepción de Honduras con 8,3% y Estados Unidos con 9,8%

De acuerdo a un informe de la OMS, por lo menos la mitad de los infectados con el virus tienen menos de 25 años. Esto hace del SIDA un problema de máxima importancia en la población joven, sobre todo si se considera que los casos notificados subestiman la magnitud del problema al no representar al total de infectados.

4.5. Accidentes y las demás causas externas

Diversa información de la Región muestra un preocupante incremento del complejo problema de la violencia y el consiguiente impacto negativo en la calidad de vida, pérdidas de vidas de población joven y adulta joven y un alto costo económico-social. Los problemas de salud relacionados con la violencia constituyen la principal causa de utilización de servicios asistenciales en estas edades.

Además de los accidentes, homicidios y suicidios, a las muertes violentas del adolescente y joven contribuyen, en ocasiones en gran medida, los conflictos armados, internos e internacionales.

Las tasas de mortalidad por causas externas--accidentes y violencias--son altas en la mayoría de los países. En general, la mortalidad por estas causas ha disminuido en los últimos años en el grupo de 10 a 14 años de edad, pero se mantiene alta o tiende a aumentar en el de 15 a 24 con grandes variaciones en la Región.

Los accidentes están entre las 5 primeras causas de muerte en la población general de América (52), siendo la primera en el grupo de 15 a 24 (Cuadro 11). Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (25) indican que por cada adolescente que muere en un accidente de tránsito, 10 a 15 sobrevivientes de edad semejante, quedan con secuelas graves y de 30 a 40 presentan daños menos severos pero que requieren de cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación, cifras coincidentes con los resultados de investigaciones norteamericanas (53).

La accidentabilidad, atributo de algunas personas que tienden a sufrir un número excesivo de accidentes en comparación con sus pares (54), se observa con mucha frecuencia en esta etapa de la vida. Analizando los accidentes por vehículos a motor, se observa que ellos dan cuenta de algo más del 20% de las muertes por causas externas en este grupo (Figura 3).

Los homicidios, la más explícita expresión de violencia, son la segunda causa de muerte en adolescentes y jóvenes en la mitad de los países de la región y se encuentran entre la tercera y la quinta en la otra mitad (Cuadro 12). Se concentran en la población masculina de 15 a 24 años, habiendo un país en que la tasa en este grupo alcanza a 144 por 100.000.

El suicidio es una causa importante de muerte en la Región, con tasas globales que varían entre 22,6 y 0,2 muertes por 100.000 habitantes. En 19 países de la Región el suicidio está entre las primeras cinco causas de muerte en el grupo de 15 a 44 años. En la actualidad tiende a ocurrir a edades más bajas, llamando la atención que ya se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte en niños de 5 a 14 años en cinco países de la Región.

4.6. Consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas en la Región entre adolescentes y jóvenes ha adquirido proporciones considerables. Si bien este consumo es menor en los países de América Latina, su prevalencia tiende a aumentar, particularmente en algunos grupos,

como los que provienen de familias desintegradas, los desertores escolares, los desempleados, los pertenecientes a los estratos más pobres y postergados de la población y los que presentan ciertas patologías (55).

Se estima que del 10 al 30% de los adolescentes han tenido experiencias de consumo de sustancias ilegales, dependiendo la frecuencia del uso, de la oferta y la capacidad de adquisición (25).

La frecuencia del hábito de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población joven es de alta magnitud, observándose una tendencia al aumento.

Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas en el mundo ha aumentado en las últimas décadas (56), particularmente entre los jóvenes. En Chile (57) se encontró que más del 12% de los estudiantes de la capital consumían alcohol en forma excesiva. En México (58) una encuesta reveló que entre los entrevistados de 12 a 17 años de edad el 17.3% consumían alcohol cuando menos una vez al mes; 5.9% lo hacían de una a tres veces al mes y el 4.4% ingería licor una o más veces por semana. El 5.2% de la población de 18 a 29 años cumplía con los criterios de dependencia alcohólica.

Tabaco

El consumo de tabaco en Latinoamérica y el mundo en desarrollo, en contraste con su sostenida disminución en la mayoría de los países desarrollados, está aumentando, especialmente entre las mujeres jóvenes.

La Encuesta Nacional de Adicciones realizada en México en 1988 (59) demostró que el 42,4% de los fumadores tenían una edad que variaba entre los 18 y los 29 años, y el 6,6% era de 12 a 17 años. El 52,1% había iniciado el hábito antes de los 17 años; solamente el 5,5% había empezado después de los 30 años.

Drogas

En la actualidad, el abuso de sustancias psicoactivas por la población joven de la Región ha adquirido una magnitud importante y en algunos países constituye un importante problema de salud pública, llegando a alcanzar una prevalencia hasta el 80% en menores de 25 años.

Se ha encontrado que el consumo de tabaco, así como el de alcohol, se encuentran vinculados al consumo de sustancias químicas en general, entre los padres de los jóvenes estudiados (61).

Hay fuertes indicios de un incremento en el uso de ciertas sustancias, especialmente marihuana, cocaína, tranquilizantes y estimulantes del sistema nervioso central.

5. Respuestas sugeridas

Para dar respuesta a la problemática esbozada es necesario desarrollar políticas, planes y programas que se ajusten a un marco conceptual que permita entender las relaciones íntimas que existen entre la salud integral, la calidad de vida asociada al bienestar y el desarrollo psicoafectivo y social. Para ello, es necesario enfrentar grandes desafíos, entre ellos los relacionados con:

- a) La reducción de la desigualdad de oportunidades de los niños, adolescentes y jóvenes y sus familias;
- b) El incremento de los niveles de promoción y protección mediante la aplicación de la cadena de prevención, y
- c) El reforzamiento de la satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales del grupo.

El alcance de cuatro metas básicas pueden ser claves para enfrentar los desafíos mencionados:

- a) Incremento de la capacidad de autocuidado;
- b) Promoción de la ayuda mutua;
- c) Logro de microambientes saludables y;
- d) Promoción de estilos de vida y comportamientos sanos.

Lo anterior requiere la consolidación de las siguientes estrategias:

- Refuerzo de la participación social y del grupo;
- Refuerzo de los sectores de beneficio social (salud, educación, trabajo, legislación, promoción social y recreación y otros);

- Coordinación de políticas, planes y programas de manera intersectorial, y
- Aplicación de enfoques integradores y participativos, tales como: enfoque de riesgo que considera el control de factores de riesgo y la promoción de factores protectores, los enfoques familiar, comunitario y ecológico (microambientes), y el énfasis en las acciones de nivel local y primario.

La Organización está iniciando, desde hace alrededor de tres años, acciones que han llevado al desarrollo de un Plan de Acción propuesto para el cuatrienio 92-95 basado en parte en un proyecto estratégico apoyado por la Fundación W.K. Kellogg y que pretende ajustarse a un Marco Conceptual que se detalla en el Anexo I. A continuación se expone un resumen del Plan de Acción mencionado.

III. PLAN DE ACCION SOBRE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Propósito General:

Contribuir al desarrollo de iniciativas nacionales y regionales de salud integral de los adolescentes de los países de la Región.

A. OBJETIVOS

El proyecto descrito a continuación constituye un eje importante de la cooperación externa a los países en el área de la salud integral del adolescente.

Objetivos Generales:

- 1) Desarrollar mecanismos de apoyo para optimizar la participación y desempeño de las redes nacionales, subregionales y regionales de programas de salud integral del adolescente y para aplicar metodologías alternas de participación, especialmente del adolescente para promover y recuperar la salud integral en el nivel local.
- 2) Desarrollar medios para adecuar los servicios de salud a la atención de la salud integral del adolescente.
- 3) Diseñar y ejecutar un plan de desarrollo de recursos humanos para la enseñanza y prestación de Servicios de Salud Integral del Adolescente.

B. ESTRATEGIAS

El proyecto propuesto es, en sí, un mecanismo estratégico para fortalecer, acelerar y ordenar el proceso gradual de desarrollo de la salud de los adolescentes en la Región. A su vez estará encuadrado dentro del siguiente marco estratégico.

1. Desde el punto de vista de los procesos, basado en los principios de la atención primaria de Salud (APS):
 - a) Dar énfasis a la prevención primordial y primaria para la prevención a través de la promoción de factores protectores y el control de factores de riesgo y la disminución de la morbi-mortalidad.
 - b) Aplicar enfoques integradores:
 - Enfoque de riesgo;
 - Base comunitaria en planeación y promoción de participación social e intersectorial;
 - Enfoque familiar para prevención e intervención reparadora, y
 - Trabajo de equipo interdisciplinario e intersectorial.
 - c) Dar énfasis a la participación de organizaciones juveniles y del adolescente/joven en las diferentes etapas de la programación.
 - d) Aplicar el enfoque contextual para interpretación del origen y valor de los factores determinantes, de los estilos de vida/comportamientos de salud, y de los niveles de salud y desarrollo de los adolescentes en el:
 - Contexto político y económico (macro);
 - Contexto cultural y sus cambios (intermedio);
 - Contexto local (micro):
 - . Familia;
 - . Escuelas;

- . Lugar de trabajo;
- . Lugar de recreación;
- . Calle;
- . Otros.

2. Desde el punto de vista operacional cinco estrategias serán prioritarias:

- a) Aplicar los recursos locales, regionales y nacionales a través de sociedades científicas; instituciones técnico-científicas; convenios subregionales; líderes en salud materno-infantil y del adolescente programas y proyectos locales como los proyectos Kellogg y UNFPA para el desarrollo de actividades de difusión científica, capacitación, evaluación y demostración metodológica. Los recursos técnicos, tecnológicos y logísticos de carácter regional (OPS) y global (OMS) serán utilizados.
- b) Reforzar y activar las redes de líderes de proyectos de base comunitaria, programas e instituciones dentro y entre países seleccionados.
- c) Enfocar en las subregiones para la selección de países y para ciertas actividades, aprovechando la vecindad y cierto grado de similitud en las necesidades, recursos, cultura, etc. Se busca la optimización de recursos y eventualmente el intercambio de cooperación y experiencias. De este nivel puede pasarse al nivel nacional y al nivel local aprovechando la formación de multiplicadores (fenómeno de cascada).
- d) Seleccionar seis países como red para localizar las acciones de desarrollo apoyadas por centros localizados en otra red conformada por otros cinco países de la Región. La primera red de países focales será conformada por Argentina, Bolivia, Guatemala, Paraguay, República Dominicana y uno de los países del Caribe de habla inglesa a ser seleccionado. La segunda red estará configurada por centros en Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica y un país del Caribe de habla inglesa a ser seleccionado.

Como puede observarse, las dos redes corresponden a países localizados en las varias subregiones de América Latina y el Caribe. Esto es importante porque eventualmente, en aquellas actividades de desarrollo tales como la capacitación, disseminación de información, visitas de observación y otras pueden extenderse a la participación de países vecinos. En todos los países incluidos habrá especial interés en los niveles centrales, regionales y locales, en iniciar actividades en atención de la salud integral del adolescente. Hay también recursos locales, regionales (caso del Estado de São Paulo, Brasil) y aún nacionales (Costa Rica) con experiencias valiosas que pueden servir de

ilustración a otras áreas de los propios países y a otros países. También debe recalcar que se espera una interacción dentro de cada una de las redes y entre ellas mismas. En realidad, por lo menos los siguientes tipos de actividades pueden llevarse a cabo:

- Actividades en cada país focal con apoyo de los centros de referencia.
 - Actividades que involucren la red focal entera y la red de centros de apoyo o referencia.
- e) Identificar en los países focales centros de atención del adolescente que tengan liderazgo en el contexto nacional. Ejemplos de estos puntos centrales pueden ser una universidad que tenga relaciones con servicios de salud y con comunidades, u otra entidad nacional, regional o local de reconocido prestigio, tal como una comisión o comité de salud del adolescente de una sociedad de pediatría. El plan de acción en cada país focal debe, sin embargo, beneficiar una red cada vez más extendida de centros y programas que gradualmente se constituya en un recurso importante para iniciativas o programas nacionales de salud integral del adolescente.

Tal como se puede apreciar, se ha intentado lograr una representatividad de las varias subregiones: Centroamérica y el Caribe, Países Andinos, Brasil y el Cono Sur. Este enfoque facilitará, de manera concomitante y sucesiva, ampliar los resultados a otros países y dentro de los mismos, y realizar actividades de desarrollo de carácter subregional y Regional, como parte de las funciones regulares de cooperación externa de la Organización Panamericana de la Salud. Al mismo tiempo, se espera que lo realizado a nivel de los países seleccionados ayude a potenciar los programas locales de salud que está promoviendo la OPS como estrategia básica para aplicación de la filosofía de la atención primaria de salud y potenciando también los proyectos de base comunitaria en salud del adolescente que esté promoviendo la Fundación Kellogg en la América Latina y el Caribe.

C. PLAN DE ACTIVIDADES

Para fines de facilitar al desarrollo del Plan de Acción se ha considerado conveniente considerar cuatro componentes básicos:

1. Fortalecimiento de la red regional de instituciones que trabajan con adolescentes;
2. Desarrollo de medios para adecuar los servicios de salud a la atención de la salud integral de los adolescentes;

3. Diseño y ejecución de un plan de recursos humanos de servicios y enseñanza de salud integral de los adolescentes;
4. Apoyo a la capacidad operacional para la ejecución del proyecto.

Los primeros tres componentes coinciden con lo enunciado en los tres objetivos generales. El último hace relación al refuerzo de estructura y función de OPS para la conducción del proyecto. Debe enfatizarse que los cuatro componentes no pueden ser considerados como separados. Ellos forman partes complementarias de un todo.

A continuación se enumeran las actividades según los componentes anteriores:

Componente 1:

Refuerzo de las dos redes de países involucrados en el proyecto.

Actividades:

- 1.1 Promoción y difusión de publicaciones, normas y programas de atención de salud integral del adolescente.
- 1.2 Fortalecimiento y apoyo a tres centros de información a nivel de los países.
- 1.3 Realización de tres seminarios itinerantes para líderes de proyectos locales y nacionales.

Componente 2:

Desarrollo de medios para adecuar los servicios de salud a la atención de la salud integral de los adolescentes.

Actividades:

- 2.1 Desarrollo de instrumentos de evaluación de servicios en los niveles primario, secundario y terciario de atención.
- 2.2 Desarrollo de guías normativas de programación.
- 2.3 Apoyo a los procesos nacionales de normatización de la atención de la salud integral del adolescente.

- 2.4 Desarrollo de un modelo de historia clínica para adolescentes que incluya el instrumento, el instructivo, el manejo computarizado de la información y de su análisis.
- 2.5 Desarrollo de un instrumento para la identificación de familias disfuncionales.

Componente 3:

Diseño y ejecución de un plan de desarrollo de recursos humanos para la enseñanza y prestación de servicios de salud integral del adolescente.

Actividades:

- 3.1 Capacitación de capacitadores para personal docente y de servicios (siete cursos de tres semanas).
- 3.2 Promoción de la acción intersectorial en el trabajo de atención de la salud integral del adolescente en los países (siete seminarios multisectoriales).
- 3.3 Desarrollo de técnicas participativas para el trabajo con adolescentes.
- 3.4 Desarrollo de un módulo de capacitación sobre la atención del adolescente para trabajadores del nivel primario.

Componente 4:

Tiene como finalidad el promover la coordinación entre los proyectos locales de país de los países de cada una de las redes y entre las dos redes, así como la coordinación entre los proyectos locales de cada país y los niveles regionales y centrales a fin de potenciar el efecto de las iniciativas a nivel local e intermedio, en el sentido de apoyar las iniciativas nacionales de salud del adolescente.

Otras actividades del Programa de HPM relacionadas con la salud integral del adolescente, incluirán a través de la unidad de salud de los adolescentes y las unidades de la mujer y el niño, y sus actividades básicas de la cooperación técnica a los países de la Región, lo siguiente:

- a) La movilización de recursos, tanto de la OPS, como de otras agencias, especialmente el UNFPA, UNICEF, la OMS y ONGs (Carnegie Corporation, Pew, IYF). La movilización de las sociedades científicas de los países, subregiones y de la Región como instrumentos o mecanismos estratégicos para implantación de nuevas iniciativas y para reforzar las programaciones correspondientes a nivel de países, subregiones o Región.
- b) La distribución de material científico y educacional a nivel de instituciones de los países, también ocupará un lugar destacado.
- c) La asistencia técnica directa a los países, especialmente relacionada con formulación de planes y programas a través de los recursos de OPS/OMS y de consultores de corto plazo continuará dándose en la medida de las posibilidades. Algunos recursos técnicos ubicados en los países continuarán siendo movilizados para apoyar a otros países.
- d) Se continuará también con el apoyo a investigaciones de servicios de salud, incluyendo los aspectos operacionales, epidemiológicos y evaluativos.
- e) La inclusión de temas de adolescencia serán gradualmente incorporados en los cursos de salud materno-infantil y gerencia, internacionales y nacionales, auspiciados por el Programa.

Es muy importante señalar que la OPS, a través del Programa de Promoción de la Salud, está desarrollando planes y programas relacionados con las conductas de alto riesgo de la población en general, incluyendo a los adolescentes y jóvenes (tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, problemas de salud mental y accidentes).

ANEXO I

MARCO CONCEPTUAL

1. Salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo

La salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes constituye un elemento básico para el desarrollo de los países. El papel que juegan los componentes psicosociales en la conservación y restitución de la salud, el fomento del bienestar y la prevención de enfermedades son mas evidentes y probablemente mas críticas en este grupo de edad.

El bienestar y calidad de vida están condicionados por la salvaguarda de los derechos humanos, entre los que se distinguen el derecho a la educación, vivienda, nutrición y buena salud física y mental, así como el derecho al trabajo, a la recreación y a la participación. Del mismo modo el bienestar social no se logra si no se garantiza el acceso de los jóvenes a los servicios y se facilitan las oportunidades para su desarrollo integral (1).

Conviene así destacar que es la responsabilidad de los programas y servicios de salud dar una respuesta adecuada a las necesidades básicas de salud del adolescente, incorporándolo como co-responsable de su atención.

Es oportuno señalar, que a pesar de la magnitud de los problemas del adolescente y de la trascendencia sociopolítica de este grupo, solo parte de los países de la Región no disponen de políticas, planes ni programas de atención integral del adolescente y joven.

De otra parte, la imagen que el mundo adulto tiene del adolescente y el joven corresponde a estereotipos que resaltan su energía, soberbia y conflictividad, al tiempo que subrayan los problemas que afligen una proporción del grupo en relación con la delincuencia, consumo de drogas y embarazos extemporáneos. Esta imagen dificulta la creación de un clima apropiado para promover e implementar políticas, legislaciones y programas dirigidos a la satisfacción de sus necesidades, entre ellas las de salud.

La modernización de los países en desarrollo, además de sus aspectos positivos, produce efectos colaterales, entre los que destaca la llamada "crisis de la familia", (2) que afecta de un modo particular a adolescentes y jóvenes. La relación entre disfunción familiar, síntomas emocionales y conductas dañinas para la salud del adolescente ha sido ampliamente documentada (3,4).

2. Salud integral

2.1 Integralidad biopsicosocial

A pesar de la reiterada aseveración de que el ser humano es una unidad biopsicosocial, en la práctica, los programas de salud concentran los esfuerzos en la esfera biológica. Este sesgo, presente en la atención de todos los grupos de población, tiene un efecto muy definido en la salud y bienestar de la adolescencia y juventud.

Los procesos de crecimiento, desarrollo, maduración, diferenciación y adaptación se nutren con los aportes que los microambientes de familia, escuela y otras instituciones (iglesia, grupos de pares, centros recreativos, actividades deportivas, etc.), ofrecen al niño y al adolescente. Una tarea central de esas instituciones en relación con el proceso de socialización es transmitir a las nuevas generaciones las normas o valores sociales sancionadas por el grupo humano de pertenencia. En la adolescencia se inicia la consolidación del desarrollo espiritual, conformado por el sistema de criterios y creencias en base a los cuales las personas perciben, evalúan y hacen frente a situaciones de conflicto psicológico o con implicaciones éticas, condicionado también por la creciente capacidad de apreciar la naturaleza humana en sus varias dimensiones, la naturaleza en general y la belleza en las diferentes manifestaciones (1). Al igual que otras expresiones del proceso de crecimiento y desarrollo, sigue una secuencia de etapas al cabo de las cuales el adulto joven estará en capacidad de resolver los problemas que se le presenten (3). Las connotaciones del desarrollo para la salud espiritual, mental y equilibrio social del adolescente son evidentes. En consecuencia deben ser tenidas en cuenta por los programas de atención de la salud integral, que necesariamente deben desplegarse en un continuum que abarque todas las etapas del desarrollo.

A pesar de lo señalado, el desarrollo de estos factores y atributos está siendo postergado a nivel familiar y social, siendo reprimido en los niños, adolescentes y jóvenes por obra del comportamiento de los adultos como individuos, familias y sociedad (1).

2.2 Integralidad del sistema de atención

Al considerar los diferentes niveles de complejidad y de cobertura de los sistemas de atención, se pone de manifiesto que deben estar adecuadamente integrados para facilitar la fluidez del sistema y favorecer la relación con el joven en procura de servicios.

La experiencia con adolescentes muestra que su puerta de entrada al sistema es con mayor frecuencia la unidad de emergencias del hospital. Con todo, es importante entender que el sistema debe ir y hacerse presente en los varios nichos ecológicos en donde los adolescentes se encuentran.

El éxito del sistema dependerá en gran medida de las características del personal, que debe estar capacitado para la atención de adolescentes y jóvenes, tanto en relación con sus problemas somáticos como en el manejo de los aspectos psicosociales. El mecanismo más efectivo para ampliar la cobertura, detectar las necesidades y reforzar el éxito y la calidad del Servicio es el propio adolescente incorporado como agente de promoción y recuperación.

2.3 La cadena de prevención

La incorporación del enfoque de integralidad en la cadena de actividades en que se desarrolla la atención de salud, permite asignar a la prevención la jerarquía que le corresponde, articulándola con las diversas instancias en que se desenvuelve la prestación de servicios. De esta manera, sin descuidar las acciones de recuperación de la salud, se propician acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

La prevención primordial (promoción de la salud) implica el fortalecimiento de los factores protectores para evitar o controlar los riesgos, así como la capacidad y ejercicio del auto-cuidado y de la ayuda mutua (1).

Mediante el fortalecimiento de los factores protectores en la adolescencia y adultez temprana se puede mejorar el estado de salud y bienestar en etapas posteriores de la existencia. El hecho de que los factores de riesgo no están necesariamente asociados a daños en la etapa de la vida en que los factores protectores actúan más eficazmente, dan a la promoción mayor sentido y fuerza de prevención de la enfermedad, y mayor atractivo para la juventud hacer el mejor uso de ella.

Las intervenciones en este campo, dirigidas en especial a los jóvenes, pueden ser de naturaleza poblacional, grupal o individual. Su trascendencia es grande, tanto por su efectividad en prevenir enfermedades como en su aspecto positivo, reforzador de la calidad de la vida. El logro de la Prevención Primordial requiere no solo de intervenciones promotoras de salud sino, especialmente, de la incorporación del sentido de responsabilidad y de compromiso de los individuos, familias y grupos de adoptar estilos de vida saludables y comportamientos de autocuidado y ayuda mutua. Requiere, además que los sistemas de servicios permitan la participación amplia de los adolescentes y jóvenes tanto en el diseño y operación de los servicios de salud y bienestar, y en cuanto a los proyectos de ingeniería social que les atañe.

La prevención primaria al evitar la aparición o el efecto de factores contribuyentes y/o agentes causales específicos, tiene un impacto decisivo en la salud colectiva. Es el caso de las vacunas para las enfermedades inmunoprevenibles; la educación sexual para prevenir los problemas derivados del ejercicio precoz de la sexualidad; las medidas legislativas que hacen obligatorio el uso de cinturones de seguridad para reducir los efectos de los accidentes de tránsito, o las que retardan la edad para autorizar la conducción de vehículos motorizados o para consumir bebidas alcohólicas.

La gestión efectiva y oportuna de los sistemas asistenciales, especialmente en el caso de accidentes y traumas, así como la participación de redes de apoyo comunitarias en el manejo de problemas psicosociales, son ejemplos de prevención secundaria. El enlace intersectorial es efectivo en la prevención secundaria. Tal es el caso del trabajo con las escuelas, que permite la detección precoz de problemas de salud, especialmente los que primeramente repercuten en el rendimiento, como defectos en los órganos de los sentidos, los problemas cognoscitivos y de la atención, los desajustes emocionales y otros.

La prevención terciaria, al intervenir con el fin de disminuir los efectos residuales o secuelas y prevenir la cronicidad, representa el recurso de uso obligado cuando las otras formas de prevención han sido insuficientes o inefectivas. La reintegración a la sociedad del adolescente o joven que ha abusado del alcohol o las drogas, la rehabilitación física en el caso de los que han sufrido accidentes, y la rehabilitación psicológica, social, laboral, etc. son otros tantos ejemplos de prevención terciaria de amplia aplicación en la población adolescente.

2.4 Abordajes integradores

El enfoque participativo implica la ingerencia de los adolescentes y jóvenes en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación de los programas. La participación de los jóvenes es crucial para la determinación de sus necesidades sentidas e ideales en salud y bienestar. Su incorporación, en forma individual y como grupo permite ampliar los recursos y acceder a los más desprotegidos, que no acuden espontáneamente, ni prestan atención a la invitación de un adulto. La introducción de técnicas efectivas de comunicación y la promoción de redes comunitarias e institucionales que amplíen el alcance de los programas puede tener gran impacto en las actividades de promoción y prevención y en el progreso hacia la salud integral de adolescentes y jóvenes.

El enfoque anticipatorio utiliza la posibilidad de programar acciones de salud adelantándose a la secuencia de los eventos propios del proceso del crecimiento y desarrollo. Permite plantear intervenciones anticipadamente, en las que se interactúa con los adolescentes y jóvenes, sus familias, las escuelas y otros organismos comunitarios en antelación a la aparición de tales eventos.

El enfoque de riesgo en la atención de la salud de jóvenes y adolescentes tiene en cuenta el grado de vulnerabilidad de este grupo en función de la experiencia de su ciclo vital. Considera las debilidades o fortalezas inducidos por los cambios biopsicosociales de la etapa, influenciadas por los elementos del ambiente físico y humano. Esto incluye los microambientes de la familia, la escuela, el grupo de pares, las características culturales y los elementos de la macro estructura política, social y económica.

La investigación psicosocial está aportando cada vez mayor información acerca de las conductas de riesgo y los momentos en que se inician, posibilitando la definición, no sólo de la mejor estrategia de intervención sino de su oportunidad, idealmente previa a la aparición de dichas conductas.

La intersectorialidad, consustancial con el enfoque integral, implica la aceptación de la multidimensionalidad de la salud y su íntima relación con el bienestar y el desarrollo individual, grupal y social.

La efectividad de la vinculación intersectorial es esencial en el nivel local o comunitario, con organismos gubernamentales o no gubernamentales y con grupos juveniles. Su efectiva articulación permite la optimización del uso de recursos. El sector educativo, las organizaciones que contribuyen al buen uso del tiempo libre, especialmente en el plano deportivo y recreacional, y los movimientos comunitarios y de solidaridad, sobresalen entre las áreas con las que el sector salud debe fortalecer sus enlaces en relación con la salud y el bienestar del joven y del adolescente.

El ambiente, tanto en sus aspectos físicos como psicosociales, juega un papel singular en la salud, desarrollo y bienestar del adolescente. El ambiente puede, en ocasiones, distinguirse por la falta de oportunidades para la educación y la capacitación laboral, por la carencia de empleo, la falta de seguridad personal y la presencia de relaciones familiares insatisfactorias, factores todos que inciden negativamente sobre la salud y el bienestar del joven. El medio social en que éste se desenvuelve puede ser propicio a la asunción de riesgos tales como el consumo del tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la actividad sexual desordenada y la exposición a situaciones de violencia.

De otro lado, el ambiente puede proveer oportunidades para el desarrollo saludable en los aspectos social, emocional, intelectual, físico, sexual y moral. Puede contribuir al reforzamiento de la confianza del adolescente en si mismo y al desarrollo de la capacidad de enfrentar situaciones adversas y resistir a las presiones negativas de grupos.

3. Impacto y trascendencia actual y futura

Al considerar a los adolescentes y jóvenes como "grupo objetivo", se establece un eje de categorización referido a una etapa del ciclo vital, en contraposición con programas centrados alrededor de problemas específicos.

Desde una perspectiva biológica, el período de la adolescencia y juventud es determinante de la situación de salud del adulto, influyendo en la aparición y curso de las enfermedades y discapacidades. En esta etapa se afirman actitudes, creencias y estilos de vida que a su vez serán determinantes de la salud, bienestar y ajuste social en los períodos siguientes, en otras palabras, de la calidad de la vida.

En este contexto se reafirma la validez de los conceptos de crecimiento y desarrollo como proceso biográfico que no se circunscribe a determinadas etapas del ciclo vital. No obstante conviene resaltar la trascendencia de la etapa de la adolescencia, en la que la elección de opciones saludables tendrá efectos positivos en la calidad de vida presente y futura.

Existen innumerables estudios acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles, de alta frecuencia en el adulto y anciano, que demuestran que los factores de riesgo de daño ya estaban presentes en los afectados varias décadas antes. Las intervenciones de prevención primordial y primaria pueden tener su impacto máximo cuando se realizan en etapas tempranas de la vida, como la infancia, adolescencia y juventud.

La adolescencia y juventud constituyen el período de la vida en que, de acuerdo a los indicadores clásicos de salud y enfermedad, se es más saludable. Presentan las tasas de mortalidad mas bajas y la menor frecuencia de episodios percibidos de enfermedad. Es una etapa en que las demandas por servicios curativos son relativamente inferiores a las de otros períodos de la vida. Esta circunstancia debería en teoría facilitar la reorientación de los servicios, dándoles el debido énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

ANEXO II

RESOLUCIONES DE LOS CUERPOS DIRECTIVOS

Organización Mundial de la Salud

La Resolución WHA 42.41, 1989 urge a los Estados Miembros a:

- Dar prioridad apropiada a las necesidades de salud de los adolescentes.
- Proveer los recursos y facilidades necesarias para valorar críticamente la situación y necesidades de adolescentes y jóvenes e identificar los factores mayores que pueden influenciar su salud actual y futura, incluyendo políticas y programas de salud en otros sectores.
- Desarrollar programas y servicios social y culturalmente adecuados para dar respuesta a las necesidades de salud y desarrollo de todos los adolescentes y jóvenes, asegurando el involucramiento de las familias, el público en general, el sector salud y otros sectores relevantes y a los propios jóvenes.
- Identificar y proveer apoyo para dar respuesta a los requerimientos de salud y desarrollo de los grupos de jóvenes particularmente vulnerables, discapacitados o con necesidades especiales tales como los que pertenecen a grupos minoritarios, los marginados; recomendándose que tal atención no sea aislada pero hasta donde sea posible se configure como una parte integral de los programas que benefician a la juventud.
- Capacitar trabajadores de la salud y a los de otros sectores afines para que aprecien las bases del desarrollo de la juventud... y tener la habilidad de comunicación necesaria para relacionarse con ellos.
- Colaborar cercanamente con las organizaciones no gubernamentales, particularmente con las juveniles, en el desarrollo, implantación y evaluación de programas para responder a las necesidades de los jóvenes e involucrarlos en las estrategias nacionales de salud para todos.
- Atraer la atención de quienes trabajan en el sector salud, otros sectores y entre el público en general a las acciones requeridas para dar respuesta a la salud de la gente joven y a las importantes contribuciones de los jóvenes para la salud de todos a través de diferentes foros, los medios de comunicación y eventos tales como conferencias nacionales y la designación de días de la juventud.

La Resolución WHA 42.41, 1989, asimismo, solicita al Director General:

- Apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales multisectoriales de promoción de la salud y en la definición de necesidades de ella, así como fortalecer la investigación, la capacitación y los servicios para responder a las necesidades de la gente joven.
- Avanzar en el desarrollo, adaptar metodologías y enfoques innovadores en la promoción de la salud de la juventud, desarrollar indicadores para la evaluación de experiencias de los países, agencias y organizaciones que están dando respuesta a las necesidades de salud de la gente joven.
- Dar los pasos necesarios para fortalecer los programas de OMS trabajando con adolescentes y jóvenes en todos los niveles, incluyendo redes de instituciones y centros que trabajan en relación a la salud de los adolescentes, capacitándoles, si es necesario, en áreas de consejería y técnicas de comunicación e investigación.
- Movilizar financiamiento adicional y recursos humanos para reforzar la capacidad de OMS para responder, sobre pedido, a las necesidades de los Estados Miembros en esta area.
- Extender la colaboración de OMS dentro del sistema de Naciones Unidas y con las organizaciones bilaterales y organizaciones no gubernamentales para responder a la participación en el movimiento de salud para todos, Reportar a las futuras Asambleas de Salud el progreso logrado en relación a la salud de los adolescentes y jóvenes.

Organización Panamericana de la Salud

- La Resolución CD30.R8 del Consejo Directivo, septiembre - octubre de 1984, insta a los gobiernos miembros a que otorguen especial atención al problema del embarazo de las adolescentes y promuevan la enseñanza de la educación para la vida en familia de los jóvenes.
- La Resolución CD33.R13 del Consejo Directivo, septiembre de 1988, insta a los gobiernos miembros a que inicien acciones intersectoriales y sectoriales dirigidas a la comunidad, los maestros, y los padres, destinadas a que los adolescentes desarrollen estilos de vida saludables y eviten las conductas de riesgo que determinan drogadicción, accidentes, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- La Resolución CD35.R16 del Consejo Directivo septiembre de 1991, solicita al Director que incluya en el programa del próximo Consejo Directivo el tema de "Salud Integral del Adolescente".

ANEXO III

CUADROS Y FIGURAS

CUADRO 1
POBLACION ESTIMADA POR SEXO Y GRUPOS DE EDADES, 1990*
MILES DE PERSONAS, A MITAD DE AÑO

PAIS	TOTAL	GRUPOS DE EDADES								
		AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
		10-14	15-19	20-24	10-14	15-19	20-24	10-14	15-19	20-24
Argentina	32 322	3 216	2 768	2 435	1 632	1 403	1.232	1 584	1.365	1 203
Barbados	255	21	24	24	11	12	12	10	12	12
Bolivia	7171	894	767	638	445	384	321	448	383	322
Brasil	150 368	16 280	14 847	13 823	8.161	7 427	6.927	8.119	7.420	6 896
Colombia	32 978	3.833	3.442	3 486	1 945	1.737	1.744	1.888	1.705	1.742
Costa Rica	3 015	331	284	292	169	145	149	162	139	143
Cuba	10 609	749	1 107	1 159	383	565	592	366	542	567
Chile	13 174	1 197	1 234	1 236	608	625	624	589	609	612
Ecuador	10 588	1.274	1.151	1.029	646	583	520	628	568	509
El Salvador	5.251	731	622	484	371	310	235	360	312	249
Guatemala	9 198	1 190	985	805	605	500	407	585	485	398
Guyana	796	82	92	90	41	46	45	41	46	45
Haití	6 512	762	694	597	383	348	297	379	346	300
Honduras	5.138	650	589	481	330	299	243	320	290	238
Jamaica	2 455	271	282	272	139	144	136	132	138	136
México	88 598	110 358	10 740	9.145	5 266	5.439	4.608	5.092	5 301	4 537
Nicaragua	3.871	495	422	353	251	214	177	244	208	176
Panamá	2 418	268	265	243	137	135	122	131	130	121
Paraguay	4 277	493	439	398	251	224	203	242	215	195
Perú	21 551	2.575	2.346	2.089	1.308	1191	1.059	1.267	1.155	1.030
R. Dominicana	7.170	819	770	731	416	391	372	403	379	359
Suriname	421	40	47	48	20	24	24	20	23	24
Trinidad y Tabago	1.282	126	119	116	64	60	58	62	59	58
Uruguay	3.094	279	260	227	142	133	114	137	127	113
Venezuela	19.735	2.269	2.003	1.868	1.155	1.018	947	1.114	985	921
Total	442.247	49 203	46.299	42.069	24 879	23.357	21.168	24.323	22.940	20.906

Fuente: Boletín Demográfico, CELADE. América Latina: Proyecciones de Población 1950-2025 Año XXIII No 45, Chile, Enero 1990
Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe Edición 1990.

* Las cifras correspondientes a la proyección recomendada, que implica adoptar una hipótesis media de fecundidad

CUADRO 2
PROYECCIONES DE LA POBLACION TOTAL*
MILES DE PERSONAS, A MITAD DE CADA AÑO

PAIS	1990	1995	2000	2005	PAIS	1990	1995	2000	2005
Antigua y Barbuda	76	76	77	79	Guayana	796	829	891	948
Antillas y Neerlandesas	188	188	195	203	Haití	6.513	7.215	8.003	8.876
Argentina	32.322	34.264	36.238	38.235	Honduras	5.138	5.968	6.846	7.748
Bahamas	253	260	275	295	Jamaica	2.456	2.603	2.735	2.873
Barbados	265	259	265	272	México	88.598	97.967	107.233	116.302
Belice	187	187	209	230	Nicaragua	3.871	4.539	5.261	6.029
Bolivia	7.171	8.074	9.038	10.055	Panamá	2.418	2.659	2.893	3.116
Brasil	150.368	165.083	179.487	193.603	Paraguay	4.277	4.893	5.538	6.215
Colombia	32.978	36.182	39.397	42.556	Perú	21.550	23.854	26.276	28.702
Costa Rica	3.015	3.374	3.711	4.041	Rep. Dominicana	7.170	7.915	8.621	9.282
Cuba	10.608	11.091	11.504	11.848	Saint Kits y Nevis	44	44	44	44
Chile	13.173	14.237	15.272	16.246	Santa Lucía	150	150	164	177
Dominica	82	82	85	87	San Vicente y Las Grenadinas	116	116	122	128
Ecuador	10.587	11.434	13.319	14.712	Suriname	422	460	497	530
El Salvador	5.252	5.943	6.739	7.600	Trinidad y Tabago	1.281	1.376	1.484	1.588
Granada	85	85	83	83	Uruguay	3.094	3.186	3.274	3.365
Guadalupe	343	343	354	365	Venezuela	19.735	22.213	24.715	27.321
Guatemala	9.197	10.621	12.222	13.971	Total	443.779	487.770	533.067	577.725

Fuente: Boletín Demográfico, CELADE. América Latina: Proyecciones de Población 1950-2025 Año XXIII No. 45, Chile, Enero 1990. Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe. Edición 1990.

* Las cifras corresponden a la proyección recomendada, que implica adoptar una hipótesis media de fecundidad.

CUADRO 3
ANALFABETISMO
PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS DE EDAD

PAIS	ALREDEDOR DE			
	1960	1970	1980	1990 a)
Antillas Neerlandesas	11.3	...	...	...
Argentina	8.6	7.4	6.1	4.7
Bahamas	10.3 a)	8.8 a)	...	...
Barbados	1.8	0.7 a) b)	0.5 a) b)	...
Belice	13.4 b)	8.8 a)	...	...
Bolivia	61.2	36.8	18.9 c)	22.5
Brasil	39.7	33.8	25.5	18.9
Colombia	27.1	19.2	12.2 d)	13.3
Costa Rica	15.6	11.6	7.4	7.2
Cuba	...	..	2.2 c)	6.0
Chile	16.4	11.0	8.9	6.6
Dominica	..	5.9 a) e)	..	...
Ecuador	32.5	25.8	16.5	14.2
El Salvador	51.0	42.9	32.7 a)	27.0
Granada	.	2.2 a) b)	...	...
Guatemala	62.2	54.0	44.2	44.9
Guyana	12.9	8.4 a) b)	...	3.6
Haití	85.5	78.7	62.5	47.0
Honduras	55.0	43.1	...	26.9
Jamaica	18.1	3.9 a) b)	...	1.6
México	34.5	25.8	16.0	12.7
Nicaragua	50.4	42.5	...	...
Panamá	23.2	18.7	12.9	11.9
Paraguay	25.5	19.9 b)	12.3	9.9
Perú	38.9	27.5	18.1	14.9
República Dominicana	35.5	33.0	31.4 f) g)	16.7
Santa Lucía	..	18.3 a) b)	...	...
Suriname	...	...	35.0	5.1
Trinidad y Tabago	6.6	7.8	5.1	...
Uruguay	9.5	6.1	5.0	3.8
Venezuela	37.3	23.5	15.3	11.9

Fuente. Comisión Económica para América Latina y El Caribe Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe, Edición 1990.

- a Estimación de la UNESCO
- b Las personas sin escolaridad han sido consideradas como analfabetas
- c Corresponde a 1988
- d Se refiere a la población de 10 y más años de edad
- e Las personas sin escolaridad han sido consideradas como analfabetas
- f Excluye población indígena que vive en la selva
- g Se refiere a la población de 5 y más años de edad

CUADRO 4
PARTICIPACION EN LA ACTIVIDAD ECONOMICA POR GRUPOS DE EDAD, 1970-1985
(TASA ESPECIFICA* PARA AMBOS SEXOS)

PAIS	1 9 7 0			1 9 8 5		
	10 - 14	15 - 19	20 - 24	10 - 14	15 - 19	20 - 24
Argentina	8.9	47.2	65.7	3.4	38.7	65.1
Barbados	4.6	45.6	74.5	2.2	45.9	85.6
Bolivia	14.1	42.7	56.7	9.3	35.4	54.8
Brasil	12.8	42.5	57.1	10.0	46.2	65.3
Colombia	15.1	40.8	55.8	4.2	28.1	57.1
Costa Rica	11.3	45.2	58.9	6.0	38.7	61.1
Cuba	0.7	34.2	56.0	0.1	24.2	65.1
Chile	2.8	30.9	57.8	1.4	21.6	59.5
Ecuador	16.7	42.6	54.5	6.2	32.1	51.1
El Salvador	18.7	48.3	63.0	9.1	44.1	69.3
Guatemala	17.0	44.8	53.7	10.1	39.1	52.6
Guyana	2.0	43.6	65.3	1.4	42.0	66.4
Haití	41.9	65.4	82.1	25.0	47.0	73.2
Honduras	17.3	45.7	55.3	13.1	43.0	56.9
Jamaica	0.6	54.5	83.5	0.4	44.3	88.6
México	6.2	35.2	53.6	5.0	40.1	60.9
Nicaragua	13.3	38.1	55.3	12.7	38.8	59.4
Panamá	8.7	46.1	67.4	4.4	31.0	63.5
Paraguay	12.0	51.5	61.7	9.7	45.4	60.3
Perú	4.6	30.8	54.2	3.2	26.8	53.2
Rep. Dominicana	18.7	37.9	55.8	4.5	33.1	53.6
Suriname	0.7	28.4	59.8	0.4	21.9	58.2
Trinidad y Tabago	1.3	38.0	65.9	0.6	33.9	68.3
Uruguay	7.0	46.4	66.1	2.7	41.0	66.8
Venezuela	6.6	35.6	55.7	2.5	29.7	58.8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe, Edición 1990.

* Porcentaje de la población económicamente activa de un determinado grupo de edad sobre el total de la población en ese mismo grupo de edad y sexo

CUADRO 5
GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL EN SALUD POR PERSONA (EN US\$ DE 1988)
AMERICA LATINA Y EL CARIBE
1970 - 1988

PAIS/AÑO	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988
Argentina	10.36	13.73	17.55	13.89	18.62	22.91	...
Bahamas	...	...	242.59	311.35	322.73	333.82	351.24
Barbados	110.36	149.34	245.13	207.59	224.32	230.58	...
Bolivia	6.80	8.94	16.83	3.40	...	...	...
Brasil	18.89	24.63	32.34	6.51	9.51	...	...
Colombia	...	9.96	11.75	...	...	...	...
Costa Rica	7.22	21.37	36.01	7.64	7.14	6.75	...
Chile	43.94	45.10	49.01	57.66	54.85	...	...
Ecuador	4.14	10.94	28.58	27.26	27.01	...	...
El Salvador	10.75	13.76	17.22	15.22	...	...	...
Guatemala	...	10.25	25.60	10.79	11.04	...	...
Guyana	25.86	27.08	44.46	29.17	25.27	21.45	...
Haití	2.41	3.48	3.13	3.30	...	...	...
Honduras	11.24	10.32	13.37	17.22	22.96	19.29	...
Jamaica	50.59	61.98	61.50	36.39	...	...	...
México	42.69	56.47	62.66	41.31	28.80	31.42	...
Nicaragua*	8.00	18.96	50.20	94.13	...	...	...
Panamá	37.97	42.85	40.41	43.43	...	...	...
Paraguay	3.42	3.37	5.75	11.95	6.79	6.24	...
Perú	14.61	16.23	18.38	13.44	...	...	...
Rep. Dominicana	...	23.40	33.23	7.71	8.58	...	...
Suriname	...	86.09	16.26	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	...	68.01	116.63	196.04	194.10	178.24	...
Uruguay	...	23.75	34.22	23.95	...	...	...
Venezuela	53.52	56.13	48.63	44.10	48.61	...	...

Fuente: Basado en datos del Banco Interamericano de Desarrollo.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe, Edición 1990.

* Las estimaciones de 1980 en adelante probablemente reflejan tasas de cambio

CUADRO 6
MORTALIDAD EN NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS EN PAISES SELECCIONADOS ALREDEDOR DE 1985

PAIS	AÑO	NO	TASA a)
Antigua y Barbuda	.	..	..
Argentina	1985	1.112	40.4
Bahamas	1985	13	51.1
Barbados	1984	7	27.1
Belice	1984	6	32.9
Brasil	1986	7 839	51.4
Canada	1986	403	22.5
Colombia	1984	1 747	55.2
Costa Rica	1986	113	39.6
Cuba	1987	485	45.2
Chile	1986	461	36.8
Dominica	1985	1	10.6
Ecuador	1986	802	67.3
El Salvador	1984	372	63.5
Estados Unidos de America	1986	4 706	28.4
Guadalupe	1981	13	31.3
Guatemala	1984	984	100.3
Guayana Francesa	1984	3	33.3
Guyana	1984	72	67.9
Honduras	1981	344	69.2
Jamaica	1984	115	42.0
Martinica	1985	8	26.8
Mexico	1983	5 674	56.6
Nicaragua	.	...	...
Panamá	1987	104	37.3
Paraguay (area de información)	1986	145	53.1
Peru	1986	1.334	59.3
Puerto Rico	1986	91	27.2
República Dominicana	1985	311	36.4
San Kitts y Nevis	1985	1	18.9
San Vicente y las Granadinas	1986	8	57.7
Suriname	1985	28	58.3
Trinidad y Tabago	1983	61	51.9
Uruguay	1986	94	35.3
Venezuela	1983	964	50.7

Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica

a) Por 100 000 habitantes del grupo de edad

CUADRO 7
MORTALIDAD ESPECIFICA POR SEXO Y EDAD 15-24 AÑOS PAISES DE AMERICA
ULTIMA INFORMACION DISPONIBLE. TASAS POR 1.000 PERSONAS 15-24

PAIS	AÑO	EDAD EN AÑOS 15-24		
		AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Antillas Neerlandesas (Curazao)	1981	0.8	0.9	0.6
Argentina	1986	0.9	1.2	0.6
Bahamas	1987	1.4	2.0	0.6
Barbados	1988	0.6	0.8	0.5
Belice	1986	0.8	0.9	0.7
Brasil (Area de información)	1986	1.4	2.0	0.7
Canada	1988	0.7	1.1	0.4
Colombia	1984	1.5	2.1	0.8
Costa Rica	1988	0.6	0.9	0.4
Cuba	1988	1.1	1.3	0.9
Chile	1987	0.8	1.2	0.5
Dominica	1985	0.5	0.6	0.3
Ecuador	1987	1.3	1.5	1.0
El Salvador	1984	3.2	5.1	1.2
Estados Unidos	1987	1.0	1.5	0.5
Guadalupe	1981	1.1	1.5	0.7
Guatemala	1984	2.1	2.5	0.7
Guyana Francesa	1984	1.1	1.5	0.7
Guyana	1984	1.2	1.4	0.9
Honduras	1981	1.5	1.8	1.1
Islas Caiman	1983	.	...	...
Islas Malvinas	1983	...	9.6	..
Islas Turcas y Caicos	1987	4.9	...	...
Islas Virgenes (EUA)	1980	1.1	1.5	0.7
Islas Virgenes (RU)	1982	0.8	0.7	...
Jamaica	1984	0.6	1.0	0.4
Martinica	1985	0.7	1.0	0.3
México	1986	1.3	1.3	0.7
Panamá	1987	0.9	1.7	0.5
Paraguay (área de información)	1986	1.1	4.2	0.9
Peru	1983	1.0	1.2	0.9
Puerto Rico	1987	0.8	1.3	0.4
República Dominicana	1985	0.9	1.0	0.7
San Kitts y Nevis	1985	0.7	1.2	0.7
San Vicente y Las Granadinas	1986	0.5	0.7	0.3
Santa Lucia	1988	0.8	1.1	0.5
Suriname	1985	1.1	1.4	0.8
Trinidad y Tabago	1986	1.0	1.3	0.8
Uruguay	1987	0.7	1.0	0.5
Venezuela	1987	1.1	1.6	0.6

CUADRO 8
 RAZON ENTRE LAS TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD
 MASCULINA Y FEMENINA
 15 - 24 AÑOS
 EN PAÍSES SELECCIONADOS, AÑO MÁS RECIENTE

P A I S (AÑO)	
Argentina (1985)	2.04
Canadá (1986)	2.92
Colombia (1981)	...
Costa Rica (1988)	2.32
Cuba (1987)	1.33
Chile (1987)	2.37
Ecuador (1987)	1.63
El Salvador (1984)	4.16
Estados Unidos de América (1987)	2.82
Guatemala (1984)	1.52
Honduras (1981)	1.62
México (1986)	2.55
Panamá (1987)	2.72
Paraguay (1986)	1.25
Perú (1983)	1.26
República Dominicana (1985)	1.48
Trinidad y Tabago (1983)	2.45
Uruguay (1986)	2.13
Venezuela (1983)	2.84

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica

CUADRO 9
PREVALENCIA DE ANEMIA (SEGUN NIVEL DE HEMOGLOBINA
EN ESCOLARES, POR PAIS)
(PUNTO DE CORTE: HB = 12G/DL.)

PAIS	AÑO	%
Antigua & Barbuda	1981	17.9
Bahamas	1983	0.8 a)
Barbados	1981	25.4
Dominica	1981	40.0
Grenada	1986	37.0
Guyana	1982	57.0
Jamaica	1969	4.8
Islas Caimán	1979	29.7
Islas Turcas y Caicos	1985	59.7
Montserrat	1986	45.5
St. Kitts y Nevis	1975	22.2
Santa Lucía	1974	36.4

CUADRO 10
PREVALENCIA DE BOCIO ENDEMICO EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA

PAIS	AÑO	POBLACION	REPRESENTATIVIDAD	TAMAÑO DE LA MUESTRA	CLASIFICACION	PREVALENCIA (%)
BOLIVIA	1981	Escolar	Nacional	38 500	OMS, adapt	60.8
ECUADOR	1983	Escolar	Sierra	-	OMS	36.5
NICARAGUA	1981	General	Nacional	6 252	Pérez y Scamshaw	20.0
PARAGUAY	1986	Escolar	Cinco localidades	2 049	—	59.8
PERU	1986	Escolar	Sierra Selva	35 125 35 125	OMS OMS	34.0 19.0
URUGUAY	1980	Escolar	Departamental	1,254	Pérez y Scamshaw	2.0
VENEZUELA	1981	Escolar y Adolescente	Nacional	14 709	OMS, modificada	21.4

Fuente Programa ampliado para el control de los desórdenes por deficiencia de yodo en América Latina
Documento HPN/89 2 - Washington, D C Organización Panamericana de la Salud, 1989

a) 1 b = 10g/dl/
Fuentes CFNI, INCAP, y fuentes nacionales varias

CUADRO 11
UBICACION DE LA VIOLENCIA ENTRE LAS CINCO PRIMERAS
CAUSAS DE MUERTE
ADOLESCENTES Y JOVENES 15 - 24
PAISES CON MAS DE UN MILLON DE HABITANTES, ALREDEDOR DE 1986

PAIS	AÑO	15 - 24 Años								
		Accidentes (E800-E949) y lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente inflingidas (E980-E989)			Homicidios, intervencion legal y operaciones de guerra ((E960-E978, E990-E999)			Suicidios (E950-E959)		
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	1985	1	1	1	2	2	.	5	5	5
Brasil	1986	1	1	1	2	2	5	5	5	.
Canada	1986	1	1	1	4	4	4	2	2	2
Colombia	1981 a)	2	2	2	1	1	5		5	
Costa Rica	1986	1	1	1	3	4	3	4	3	4
Cuba	1986 b)	1	1	1			.		.	.
Chile	1986	1	1	1	4	4	.	3	3	4
Ecuador	1986	1	1	1	2	2	.			
El Salvador	1984	1	1	2	2	2	5	3	3	1
Estados Unidos de America	1986	1	1	1	2	2	2	3	3	3
Guatemala	1984	1	1	2	..	.	.	...	..	.
Honduras	1981	1	1	1	.			..	.
Mexico	1983	1	1	1	2	2	5	.	5	.
Panama	1986	1	1	1	2	2	.	4	3	4
Paraguay	1986	1	1	2	2	2	.	5	4	5
Perú	1983	1	1	1	.	4	.	.	..	..
Puerto Rico	1986	1	1	1	2	2	2	5	4	..
República Dominicana	1985	1	1	2	3	2	...	.	5	..
Trinidad y Tabago	1983	1	1	2	3	3	..	2	2	1
Uruguay	1986	1	1	1	5	.	4	2	2	2
Venezuela	1983	1	1	1	2	2	.	4	3	5

Fuente: Las Condiciones de Salud de las Américas, Publicación Científica 524 OPS/1990

- a) Están incluidos los grupos de 15 a 44 años
b) Incluye todos los accidentes y violencias

CUADRO 12
MORTALIDAD POR ACCIDENTES Y VIOLENCIAS EN ADOLESCENTES
10-14 AÑOS SEGUN CAUSAS, BRASIL, 1985

CAUSAS (CIE-9)	10-14	
	No.	Tasa a)
Accidentes y violencias (E-800 - E999)	3 258	21.8
Vehículos de motor (E810-E819)	1.161	7.8
Otros accidentes	1.433	9.6
Sumersión (E-910)	759	5.1
Incendio (E890-E899)	49	0.3
Caídas (E880-E888)	49	0.3
Envenenamientos (E850-E869)	5	0.0
Ingestión y aspiración de alimentos (E911)	3	0.0
Ingestión y aspiración de objetos (E912)	9	0.1
Sofocación mecánica (E913)	45	0.3
Los demás accidentes (Resto de E800-E949)	514	3.4
Suicidios (E950-E959)	73	0.5
Homicidios (E960-E969)	217	1.5
Las demás causas violentas (E970-E999)	374	2.5

Fuente: Ministerio da Saúde. Estadísticas de mortalidade Brasil, 1985. Brasília, 1988.

a) Por 100 000 habitantes de cada grupo de edad.

FIGURA 1
TASAS DE MORTALIDAD ESPECIFICAS POR EDAD
EN PAISES SELECCIONADOS DE LATINOAMERICA
1985 - 1990

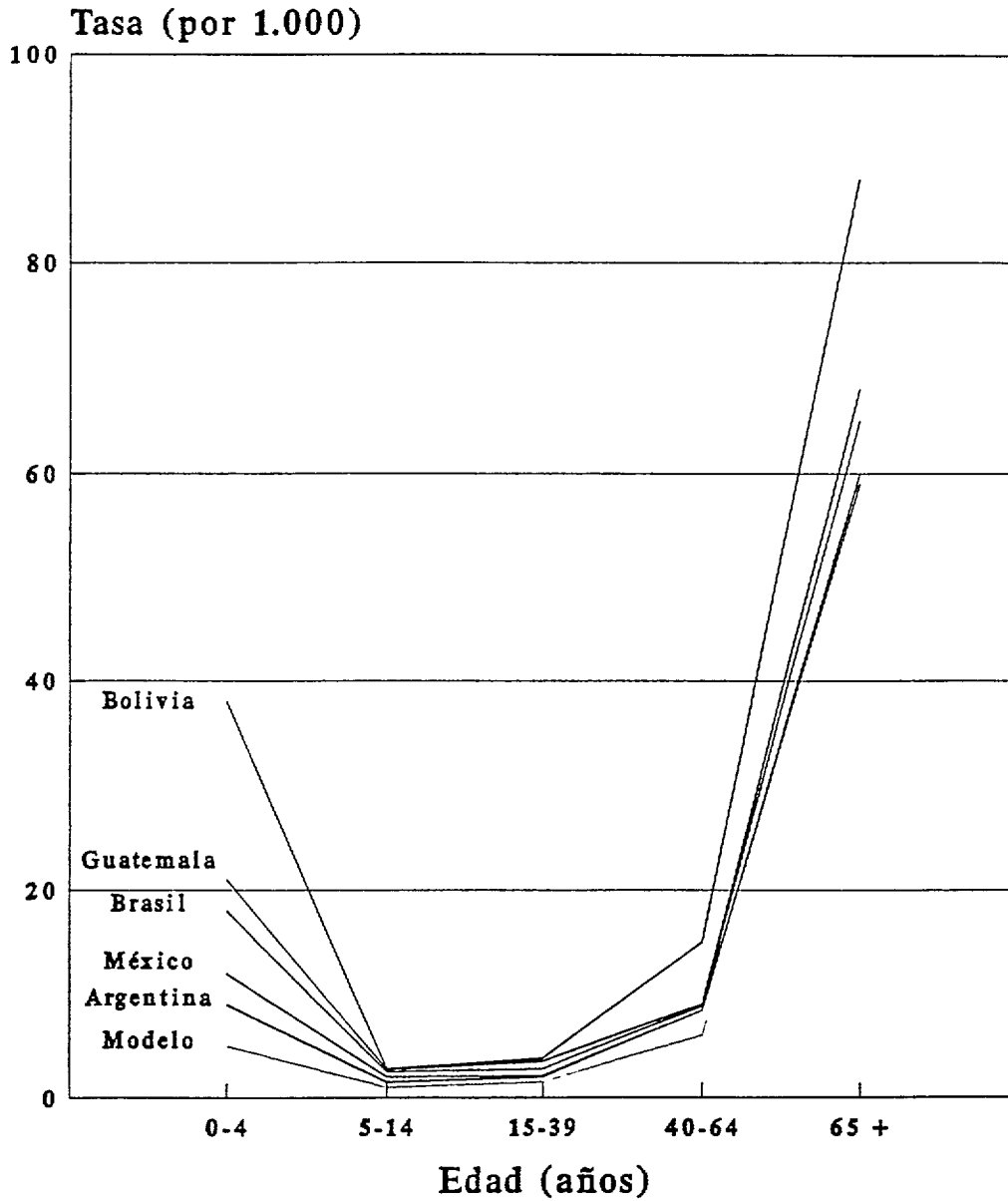
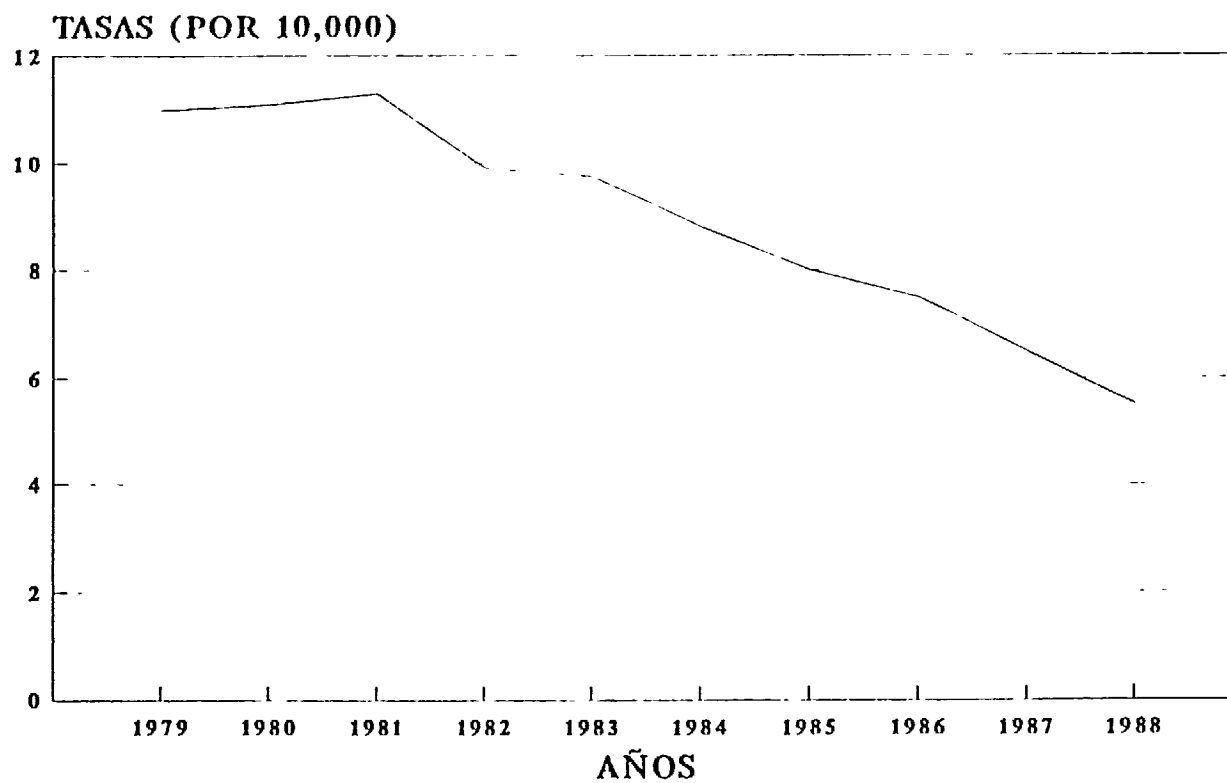
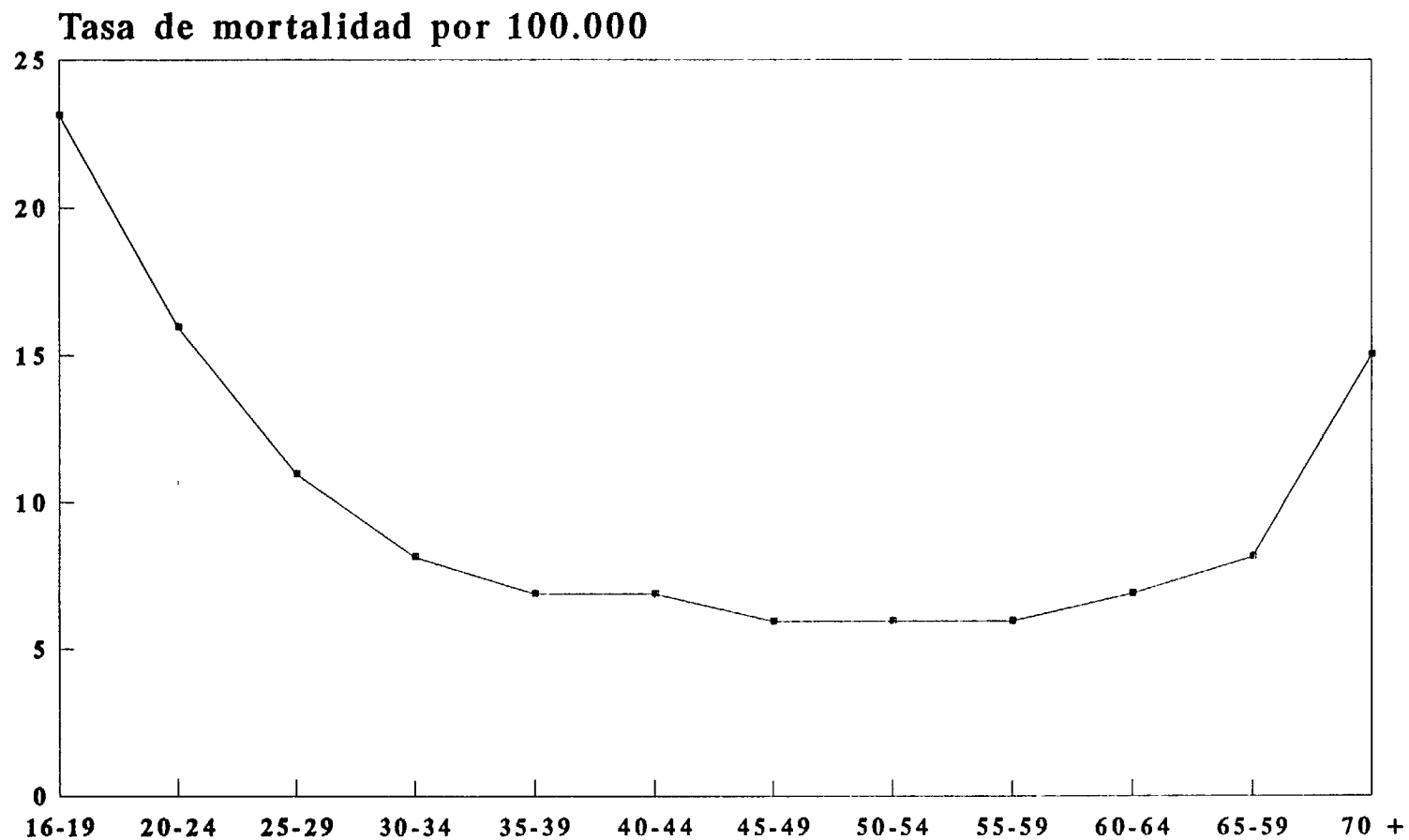


FIGURA 2
TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD
ADOLESCENTES 10-19 AÑOS
LATINOAMERICA 1979-1988



FUENTE: Maddaleno M. Adolescents in
Latin America: Are They Healthy? 1990

FIGURA 3
TASA DE MORTALIDAD DE CONDUCTORES DE
VEHICULOS PARA PASAJEROS POR EDAD, 1989



FUENTE: HARVARD INJURY CONTROL CENTER
INFORMACION ACTUALIZADA
VOL. 1 No. 3, INVIERNO 1992

ANEXO IV

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 27.28, 1974. (Abuso de sustancias).
- 2 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 29.57, 1976. (Salud ocupacional).
- 3 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 33.35, 1980. (Tabaco).
- 4 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 38.22, 1985. (Embarazo Adolescente).
- 5 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 32.40, 1979. (Alcohol).
- 6 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 33.27, 1980. (Substancias psicotrópicas).
- 7 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 37.23, 1984. (Substancias psicotrópicas).
- 8 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 29.55, 1976. (Tabaco).
- 9 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 31.56, 1978. (Tabaco).
- 10 Organización Mundial de la Salud: Resolución WHA 33.35, 1980. (Tabaco).
- 11 Organización Mundial de la Salud: The Health of Youth, Documento de trabajo para las Discusiones Técnicas. Documento A42/Technical Discussions/2; Ginebra, Mayo, 1989.
- 12 Organización Mundial de la Salud: The Health of Youth. Informe final de las Discusiones Técnicas. Documento A42/Technical Discussions/13 Rev.1, Enero, 1990.

- 13 Organización Panamericana de la Salud: Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Documento E 105/17, Rev. 1, Junio, 1990
- 14 Organización Panamericana de la Salud: Programas de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar. Tercer Informe de Avance. Plan de Acción sobre Asuntos de Población. Documento CD 35/17. Washington, D.C.15

Organización Panamericana de la Salud. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre, 1990.
- 16 Declaración de la Cumbre Mundial en Favor de La Infancia. Nueva York, 1990.
- 17 Organización Panamericana de la Salud: Resolución XVI de la XXXV Reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C., Septiembre 1991.
- 18 Organización Panamericana de la Salud: La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas. Publicación Científica 489. Washington, 1985.
- 19 Organización Mundial de la Salud: Guidelines for Facilitators of the "Grid" Workshops on Reproductive Health in Adolescence. Maternal and Child Health Unit, Division of Family Health. Ginebra, Nov, 1986.
- 20 Organización Panamericana de la Salud: Informe Seminario Taller Itinerante sobre Servicios de Salud para Adolescentes. Washington DC. 1987.
- 21 Organización Panamericana de la Salud / UNFPA / Fundación Kellogg: Informe Final del Taller Subregional de Servicios de Salud para Adolescentes. Campinas, San Pablo, 4 a 8 de Abril de 1988.
- 22 Organización Panamericana de la Salud: Fecundidad en la Adolescencia: Causas, Riesgos y Opciones. Cuadernos Técnicos #12. Washington, 1988.
- 23 Organización Panamericana de la Salud: Informe de la Reunión de Consulta sobre Prioridades, Estrategias y Planes relacionados con la Salud del Adolescente. Washington DC, Enero, 1989

- 24 Organización Panamericana de la Salud: Informe de la Reunión Regional sobre Salud del Adolescente. Montevideo, Abril, 1991.
- 25 Organización Panamericana de la Salud: Las Condiciones de Salud de Las Américas. Publicación Científica 524. Washington, 1990.
- 26 Centro Latinoamericano de Demografía CELADE: Boletín Demográfico. América Latina: Proyecciones de Población 1950-2025. Año XXIII # 45. Santiago, Chile. Enero, 1990.
- 27 Maddaleno M.: The Adolescents in the Americas: Are they Healthy? Special Project Report. MPH Program, G. Washington University, 1990
- 28 Comisión Económica para América Latina y El Caribe: Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe Edición 1990.
- 29 Moreno E.: Diagnóstico y Estrategias para la Atención del Joven en las Américas. Documento de trabajo del Seminario "Desarrollo de Alternativas para la Atención Integral del Adolescente". Fundación Kellogg / Universidad de Chile. Santiago, Chile, Mayo, 1991.
- 30 Sadik M.: Estado de la Población Mundial. Fondo de Población de las Naciones Unidas. FNUAP, 1990.
- 31 Fondo de Población de las Naciones Unidas: Hacia una solución de los problemas de población. Nueva York, 1990.
- 32 Paxman J.M., Zuckerman R.J.: Laws and Policies Affecting Adolescent Health Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1987.
- 33 Zubarew T.: Perfil de Morbilidad de Adolescentes en el Nivel Primario. Congreso Chileno de Atención Primaria, 1988.
- 34 Girard G., Bottini Z., Massa M. et als.: Atención médica primaria en adolescentes. Arch Arg Pediatr 80(1): 38-48, 1982.

- 35 Bianculli C., Andrada T. et als.: Importancia del enfoque médico clínico integral en adolescentes que solicitan orientación vocacional. Arch Arg Pediatr 80(5/6):573-577, 1982.
- 36 Estevez PA.: La relación médico paciente en adolescentes: Características y requisitos básicos. Arch Arg Pediatr 80(2): 255-257, 1982
- 37 Bianculli C., Andrada T. et als.: Perfil Sanitario de la Población concurrente a la sección adolescencia de un hospital general. Arch Arg Pediatr 82(2): 152-160, 1984.
- 38 Yunes J., Primo E.: Características da Mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federadas. Rev. Saúde Pública. Vol 17(4): 263-278, 1983.
- 39 Warman R., Coll A., Giorgio E., Méndez-Ribas J.: Evaluación de embarazo y parto en adolescentes de temprana edad ginecológica. Obst. Ginecol Latinoamericana Vol 41 (11/12): 499-505, 1983
- 40 Mateluna A., Rebolledo A., Molina R., Atalah E.: Características Nutricionales de adolescentes embarazadas controladas en Consultorio de Adolescencia. Santiago, Chile. Cuadernos Médico Sociales. Vol 25 #3: 106-111,1984.
- 41 Arechavaleta H., Uzcátegui O., Miranda M., et als.: Embarazo de Adolescentes. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela. Vol 45(2): 89-91, 1985.
- 42 Romero MI., Vargas S., Abara S., et als.: Embarazo, parto y recién nacido en madres adolescentes. Rev Chil. Pediatría Vol 54 (2): 123-130, 1983.
- 43 Aspectos del Embarazo, parto y recién nacido de madres adolescentes. An. Fac. Ciencias Médicas, Univ. Nac. Paraguay. Vol 19(1/2): 287-300, 1987.
- 44 Romero MI., Yentzen G., et al.: Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes: un estudio descriptivo de seguimiento. Cuad Médico Sociales. Vol 25 #3: 124-129, 1984, Santiago, Chile.
- 45 Silva J.: Fertilidade na adolescencia. J. Bras. Ginecol. Vol 91(2): 119-123, 1981
- 46 Molina R., Alarcón G., Luengo X. et al.: Estudio prospectivo de factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Rev Chil Obst Ginecol Vol 53(1): 27-34, 1988.

- 47 Ruzany MH., Eisenstein E., et al.: Atencao multidisciplinar a adolescentes gestantes no Hospital Univ. Pedro Ernesto, Rio de Janeiro. Coletanea sobre Saúde Reproductiva do adolescente brasileiro: 193-207. Brasilia, Brasil, 1988.
- 48 Palma I.: Embarazo en Adolescentes: Daño Psicosocial y Proyecto de Vida. Primer Congreso Chileno de Epidemiología. Libro de Contribuciones: 259-301. Santiago, Chile, 1990.
- 49 Maine D.: Family Planning: its impact in the health of women and children. Center for Population and Family Health, Columbia University, New York, 1981. Op. cit. en Las Condiciones de Salud de las Américas.
- 50 Bruno Z., Bruno Z.: Inquérito serológico da sífilis em adolescentes gestantes. Congresso Brasileiro de Adolescencia. 6 - 10 de junio, 1987.
- 51 Bernal J., Martínez MA., Triantafilo V., Suárez M., et al.: Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas chilenas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. Vol 54(2): 66-70, 1989
- 52 Organización Mundial de la Salud: Accidentes en la adolescencia y Juventud. Data Base System. 1992.
- 53 Centers for Disease Control: Childhood Injuries in the United States. Am. J Dis. Children, Vol 144: 627-646, June 1990.
- 54 Anzola E.: Accidentes en la adolescencia. Documento Preliminar. Programa de Promoción de la Salud, HPA. Organización Panamericana de la Salud. 1992.
- 55 Florenzano R.: Bases Conceptuales Acerca de la Salud del Adolescente. Seminario Fundación Kellogg / Universidad de Chile sobre Desarrollo de Alternativas para la Atención Integral de Salud del Adolescente. Documento de Trabajo #58/91: 15-29. Corporación Promoción Universitaria, Santiago, Chile, 1991.
- 56 Organización Mundial de la Salud: The Health of Youth: Facts on alcohol. Ginebra, 1990.
- 57 Florenzano R., Medina A.: Alcoholismo juvenil: La experiencia chilena. En: La Salud del Adolescente y joven en las Américas. Publicación Científica 489. OPS, 1985.

- 58 Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Adicciones: Alcohol. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México, 1990
- 59 Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México, 1990.

Bibliografía

- Covarrubias P., Reyes C., Muñoz M. Crisis en la Familia?. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1984.
- Florenzano R.L., Ringeling I. Salud Familiar, Edic. Corporación Universitaria, Santiago, Chile, 1986.
- Inkeles A. Individual Change in Six Developing Countries. *Ethos* (3(2): 323-342, 1975.
- Programa Regional de Salud Maternoinfantil. Marco de Referencia y Conceptual del Programa de Salud Integral del Adolescente. Documento de Trabajo. Organización Mundial de la Salud.
- Serrano C.V. Un Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes. Documento de trabajo. Conferencia sobre Salud y Desarrollo del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud, 1992.