

X CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE MINISTRAS Y MINISTROS DE SALUD

“JUVENTUD, SALUD Y DESARROLLO EN IBEROAMERICA”

San Salvador, 11 y 12 de julio de 2008

**Documento Marco de Referencia
Situación actual de la Salud de la Adolescencia y la Juventud en
Iberoamérica**

ORGANIGRAMA Y MIEMBROS DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Comité Organizador:

Dr. José Guillermo Maza Brizuela	Ministro de Salud
Dr. José Ernesto Navarro Marín	Viceministro de Salud
Dr. Humberto Alcides Urbina	Director General
Licda. Judith Zárate de López	Directora Administrativa

Secretaría Protémpore:

Dr. José Ernesto Navarro Marín	Coordinador
Dra. María Elena Avalos	Apoyo Técnico
Dra. Evangelina de Ventura	

Comisión Sustantiva:

Dra. Evangelina de Ventura	Coordinadora
Dra. María Elena Avalos	Apoyo Técnico
Dr. Jorge Cruz González	
Dr. Moisés Guardado	

Secretaría Ejecutiva:

Dr. Rolando Hernández Argueta	Coordinador
Licda. Angela Anaya de Escalante	Apoyo Técnico
Dr. Marco A. Figueroa	

Comisión de Logística:

Licda. Anabel de Molina	Coordinadora
Arq. Gilda Lorena Martínez de Mira	Apoyo Técnico
Licda. Milagro de Lemus	
Licda. Patricia de Mazariego	
Lic. Rodolfo E. Saravia	
Ing. Juan C. Mercado	
Licda. Gladys Rivera	
Ing. José A. Benjamín Arías	

Equipo de Redacción:

Dra. María Elena Avalos	Coordinadora
Licda. Ana Dionicia Montoya	Apoyo Técnico
Licda. Concepción Claros de Flores	
Dr. Julio César Campos Yada	
Dr. Mario Ernesto Soriano Lima	

Asistencia técnica:

Dra. Matilde Maddaleno. Oficial de Adolescencia y Juventud, OPS Washington
 Dr. Juan Pablo Villa Barragán. Consultor Internacional OPS.
 Dra. Amalia Elisa Ayala. Consultora OPS / El Salvador.

PRESENTACION

Distinguidos colegas de las naciones participantes en la "X Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud" **"Juventud, Salud y Desarrollo"**, sean bienvenidos a El Salvador para celebrar este encuentro internacional, en el cual trataremos un tema muy importante para los países de nuestra Región Iberoamericana, como lo es la Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes.

Sin salud, no hay educación ni desarrollo, es por ello, que los aportes de todos y cada uno de nosotros, serán fundamentales para alcanzar el objetivo propuesto en esta cumbre: **Fortalecer las políticas públicas en salud y desarrollo dirigidas a la adolescencia y juventud.**

El tema central de la conferencia será: **"Compromiso con la Juventud para lograr Salud y Desarrollo"**. Otros interesantes temas serán: **"Determinantes Psicosociales y Ambientales en el desarrollo de la Juventud Iberoamericana"** y **"Adolescentes y jóvenes para una Iberoamérica saludable"**.

Como base para el análisis y consenso de las propuestas de nuestros países, se presenta el documento marco de la situación de adolescentes y jóvenes en la región, así como la Iniciativa Regional que contribuirá a mejorar el desarrollo y la calidad de vida de nuestros adolescentes y jóvenes.

Esta iniciativa regional consensuada en esta Décima Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud **"Juventud, Salud y Desarrollo"**, será elevada a la **XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno**, que tendrá lugar en octubre próximo en San Salvador.

Reitero a todos la más cordial bienvenida a nuestra querida nación.

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	6
El modelo de atención en salud de la adolescencia y juventud.....	6
Evolución de modelos de atención en salud.	6
Atención a la salud de las y los adolescentes y jóvenes: reto para el desarrollo. ...	9
Aspectos demográficos y la magnitud de la población de jóvenes y adolescentes ...	11
Población de adolescentes y jóvenes	14
Factores de riesgo en adolescentes, ciclos integrales con enfoque a determinantes sociales	15
1. Exclusión social, marginación y pobreza.	16
1.1 Participación económica	16
1.2 Servicios básicos y medio ambiente	19
1.3 Escolaridad y exclusión social	20
1.4 La Pobreza	22
2. La familia en los países de Iberoamérica.	23
3. Sexualidad y reproducción	24
3.1 Consejería para adolescentes y jóvenes.....	26
4. Servicios de atención a la salud de adolescentes	27
4.1 Coordinación intersectorial.....	28
4.2 Prevalencia e incidencia de enfermedades en menores de 25 años	29
4.3 Mortalidad en adolescentes	30
5. Medios de comunicación, cultura y esparcimiento de los jóvenes en Iberoamérica	32
Recomendaciones.....	34
Iniciativa Regional Adolescentes y Jóvenes para una Iberoamérica Saludable.....	35
Anexos: Información adicional indicadores en Latinoamérica, España y Portugal.....	45

Resumen ejecutivo

El presente documento contiene un Marco de Referencia para la toma de decisiones de las autoridades sanitarias que participan en la X Conferencia Iberoamericana a efectuarse en la República de El Salvador en julio de 2008.

En sus contenidos se describe la evolución de los modelos en salud y la inclusión de la atención a adolescentes y jóvenes, así como los diferentes enfoques, desde el clínico hasta el social.

El documento contiene información de los daños a la salud, conductas de riesgo y riesgos específicos la cual se encuentra ordenada en relación a las determinantes socioeconómicas, biológicas, epidemiológicas y ambientales, y que inciden en los problemas de salud que actualmente vive esta población como lo son: accidentes, enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, abortos, violencia, entre otros.

Esta información hace evidente la necesidad de establecer un modelo de atención para la región, que desarrolle estrategias para el abordaje integral y la prevención de los problemas de adolescentes y jóvenes.

Este modelo debe ser la base para la creación e implementación de Programas de Salud para adolescentes y jóvenes, homogéneos para Iberoamérica y que sean adoptados por cada país tomando en cuenta sus particularidades por grupo poblacional y región.

Se concluye reclassificando la temática en torno a la propuesta general de trabajo que hará el Ministerio de Salud de El Salvador, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, y que consta de siete puntos específicos.

Este documento Marco es un instrumento que da apertura al consenso de la propuesta de Declaratoria que presentará El Salvador, la cual será elevada por los países Iberoamericanos a la Reunión de Mandatarios de los países para la discusión de una intervención integral.

Introducción

En el presente documento se revisa la visión general de los países iberoamericanos en torno a la adolescencia, juventud y desarrollo.

Esta visión tiene como propósito proveer de información a tomadores de decisiones de la Región para fortalecer las políticas públicas en salud para este grupo de población, información que tendrá un manejo en dos dimensiones, la dimensión países y sus comparaciones y la dimensión que evalúa el nivel de necesidades de acuerdo a grupos de variables seleccionadas.

Para este documento se ha retomado la definición de adolescencia como aquella población entre 10 y 19 años; jóvenes a la población entre 20 y 24 años. Cabe aclarar que algunos países como México y Portugal han extendido el concepto de jóvenes hasta los 29 años de edad pero son la excepción entre los 28 países considerados en este documento.

Como resultado específico se señala que la situación socioeconómica tiene una fuerte influencia en conductas, riesgos y por ende daños a la que presentan jóvenes y adolescentes de la región, motivo por el cual muchas de las decisiones que se tomen tendrán que ser objeto de análisis por los grupos de trabajo y sustrato de los acuerdos que se tomen en torno a la X Conferencia de Ministros de Salud de países de Iberoamérica.

El modelo de atención en salud de la adolescencia y juventud

Evolución de modelos de atención en salud.

La aplicación de modelos de atención en salud tiene relación con las causas que los originan, en el caso de enfermedades infecciosas los modelos de atención se han relacionado con el enfoque médico o de enfermería prevalente en las sociedades,

La medicina social encuentra auge en la aplicación de sistemas a la salud que tienen relación con una división de la atención en tres niveles, dando a cada

nivel un papel resolutivo de acuerdo a la complejidad biológica de los padecimientos pero tomando en cuenta que la familia es un vínculo importante en el proceso salud enfermedad.

Esta corriente da paso a la integración de modelos de medicina familiar que posteriormente encontrarán una consolidación en la Cumbre del Alma Ata con para reconocer el acceso universal a los servicios de salud de toda la población, con énfasis en la disminución de los daños a la salud en la mujer sobre todo en etapa obstétrica y de los niños menores de 5 años.

En la época de los años 70 aparece una corriente que predica la necesidad de descubrir con precisión la influencia de ciertos factores de riesgo, que en la imposibilidad de identificar las causas requiere intervenciones específicas.

En esa misma época, el mundo experimenta el peso de una crisis monetaria intensa que tienen como efecto inmediato el detrimento de los niveles de salud y sobre todo del acceso a los servicios.

En 1979 se retoma el interés de los gobiernos en detener los efectos de las enfermedades declarando la estrategia de Atención Primaria a la Salud que tiene como eslogan emblemático *“Salud para todos en el año 2000”* esta estrategia implicó que diversos teóricos iniciaran enfoques de atención individual y atención colectiva, los países desarrollados iniciaron la búsqueda de la calidad de la atención interpretada como el trato digno y la atención médica efectiva que posteriormente evolucionó hacia el concepto de satisfacción del usuario, llevando al terreno de la salud conceptos empresariales, Planeación estratégica y Gerencia de Servicios de Salud.

En los países de América la transición demográfica tiene impacto sobre la estructura de la población debido a que la disminución de la natalidad y la mortalidad en población joven tiene como consecuencia que se alargue la esperanza de vida y se disminuyan en cuantía las cohortes de niños dando, paso a la mayor cohorte de adolescentes de la historia de los países para el año 2000; la alarma de los gobiernos se encuentra cuando teóricos y demógrafos en los planes de población desarrollan la necesidad de actuar

sobre la población adolescente, con programas de desarrollo social a la cual determinan como el “**Bono poblacional**”.

Ciertas brechas en la sociedad generan otro fenómeno sociodemográfico importante que es la **polaridad social**, la distribución de la riqueza siempre desigual encuentra en la presente década diferencias abismales entre ricos y pobres.

Los sistemas de salud siempre en búsqueda de recursos experimentan en la última década del siglo XX necesidades aunadas a resolver: los rezagos en salud, mortalidad materna y la de menores de cinco años; las enfermedades nuevas como del VIH/SIDA entre otros; y aquellas enfermedades reemergentes como la tuberculosis y la malaria, que han experimentado exacerbaciones significativas ante la implantación inadecuada de los programas de control. Ello encamina a las cumbres internacionales de salud a proponer la Reforma de los Sistemas de Salud que considera a la salud como un insumo **económico** de la sociedad.

Los bancos internacionales que intervienen en apoyo de los países pobres con financiamiento, con préstamos a mediano plazo tienen como impacto, un incremento en el pago por el servicio de deuda externa, lo cual disminuye la posibilidad de incrementar el gasto público en salud.

Otro fenómeno muy interesante de considerar, en la crisis de finales del siglo XX, fue la inminente decadencia de los sistemas de seguridad social debido a que en su modalidad de **Cajas** o mutualidades, fueron calculadas para satisfacer necesidades de población hasta los 65 años en forma conjunta con sus cónyuges e hijos menores de entre 16 y 25 años de edad y según su condición de estudios, y que el fenómeno de la globalización permitió que permanecieran estables solamente aquellas que recurrieron a fondos privados y a la desconcentración de las pensiones.

Al evaluar los logros de la estrategia mundial de “Salud para todos en el año 2000” al final del milenio los países se dieron cuenta que los logros eran bajos con respecto a la expectativa de su propuesta, por lo que surgió en ese mismo año una iniciativa de las Naciones Unidas llamada las “Metas del Milenio”, las

metas importantes en salud fueron relacionadas nuevamente por la salud de las mujeres y de los niños menores de 5 años y orientadas a factores sociales de base como el combate a la pobreza y la dotación de agua limpia para todos.

Paralelo a lo anterior, existen modelos de atención orientados al desarrollo en salud de los países, al interior de países grandes como México, Argentina y Brasil varias estrategias confluyen en sistemas segmentados a poblaciones que reciben servicios de atención en seguridad social y a población abierta.

Los modelos de atención bajo planeaciones inducidas por políticas internacionales, obligan a los países a consumir tecnología y medicamentos recomendados que no siempre han sido acompañados de evidencia científica, no se ajustan a la diversidad de las poblaciones y mucho menos enlazan en forma ordenada los programas, de tal forma que el cuidado a la salud no se enfoca en garantizar la salud y la longevidad de la población.

Atención a la salud de las y los adolescentes y jóvenes: reto para el desarrollo.

En el marco del tema de Salud de Adolescentes Jóvenes y su desarrollo, la implementación de programas de atención a la salud de la adolescencia en Iberoamérica, debe tomar en cuenta los modelos descritos por Frenk y cols.^{1, 2} que sugieren el análisis de los problemas de salud en la población desde tres vertientes:

- Vertientes biológicas para la atención inmediata de problemas y prevención de enfermedades.
- Vertientes de riesgo para el ataque de factores predisponentes de las enfermedades antes de que ocurra.

¹Londoño Juan-Luis, Frenk J. Pluralismo estructurado hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Observatorio de la salud: Necesidades, Servicios, Políticas. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. México, D. F. 1997. pp 307-347

² Frenk J, Lozano R, Gonzáles-Block MA et al. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para Salud, A. C. México, D. F. 1994.

- Vertientes económicas donde el principio fundamental es el ciclo económico de la enfermedad.

Bajo la vertiente biológica, la problemática de la adolescencia debe ser abordada inicialmente con los servicios de salud instalados para cubrir acciones sustantivas con paquetes básicos de servicios de salud y un enfoque de atención integrada en función de la experiencia de la atención del menor de 5 años como lo propone la OPS/OMS.³

Un segundo planteamiento es la atención a los factores de riesgo enfocándolos en la promoción de la salud y tomando en cuenta el concepto de resiliencia, con el propósito de invertir el paradigma de la atención al riesgo hacia el de fortaleza y desafío.^{4,5}

Para el enfoque de los programas y proyectos de atención en salud no toda condición de riesgo, en el sentido de la resiliencia, representa factor predisponente, y muchas veces, significa un fortalecimiento de la voluntad y la capacidad de desarrollar habilidades positivas para la vida. Aunque existe una tendencia por medir los niveles de salud desde el enfoque del daño. Los programas constituidos en América Latina tienen un planteamiento dirigido a desarrollar métodos generalizados a toda la población para la identificación y medición de condiciones de resiliencia y su fomento en los servicios de salud.

Este enfoque, de la tercera vertiente relacionada a la inversión social en las y los adolescentes para incrementar el capital humano, debe incorporar los principios económicos de la salud al pretender el incremento del gasto y el uso de los servicios gubernamentales disponibles para este grupo poblacional.^{6 7}

³Moreno E., Serrano CV., García LT., Maddaleno M., Ruzany HM. Lineamientos generales para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de Atención. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Fundación W. F. Kellogg. Washington, DC. pp 12-37.

⁴ Kotliarenco MA., Cáceres I., Fontecilla M. El estado de arte en resiliencia. OPS/Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el desarrollo, (CEANIM) Centro de Estudio y Atención del Niño y la Mujer. Washington, D. C, 1997

⁵ Munist M., Santos H., Kotliarenco MA., Suárez O. EN., Infante F., Groteberg E.. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS/Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI). Washington, D. C, 1998

⁶ Burt M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/ Kellogg, Programa de Salud del Adolescente. Washington, D. C, 1997

Otro concepto de interés es el enfoque de Género, es oportuno, social e históricamente, debido a que en este discurso de identidad, se debe destacar la invisibilidad social de grupos que por su construcción histórica padecen no solamente la lucha de clases sociales e inequidad sino que son depositarios de riesgos y daños a la salud.⁸

Por lo tanto las tres dimensiones a considerar en la salud de la adolescencia y la juventud están relacionadas con los daños, los riesgos y además con las conductas de riesgo que ostentan estos grupos de población.

Aspectos demográficos y la magnitud de la población de jóvenes y adolescentes

El cálculo de población para 2008 de Iberoamérica es de 585.6 millones de habitantes, presentan una tasa de crecimiento poblacional de 1.3% la cual ha ido descendiendo desde 2.4 en 1990. La proporción total de dependencia económica es de 53.2, es decir población de niños menores de 10 años (43.2) y población de adultos mayores de 65 años (10.3%). La población de niños ha descendido desde 57% y la de mayores de 65 ha aumentado desde un 4%.⁹

En el caso de España y Portugal la cuantía de la población joven está bajando, esto se debe a que los índices de fecundidad alcanzado por las poblaciones de estos países fueron inferiores al nivel de reemplazo durante la década de 1980, condición que excepto Cuba y Chile, no ha acontecido en Latinoamérica pese al pronunciado descenso de la fecundidad. En la península Ibérica la población de adolescentes y jóvenes no es superior a 36%. La reducción de los jóvenes ha tenido impacto en la disminución de la incidencia de conductas socialmente riesgosas como los accidentes, violencia y el consumo intensivo de drogas ilegales.

⁷ Villa Torres Laura Patricia. Identificando necesidades y redefiniendo estrategias de atención de los servicios de salud para los y las adolescentes y jóvenes en México. Ipas México A. C. 2002.

⁸ Encuesta Nacional de Juventud 2006 (ENJ). Resultados Generales. Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud. México, Agosto 2006

⁹ La Juventud en Iberoamérica, tendencias y urgencias. CEPAL. OIJ. Buenos Aires, Argentina Agosto de 2007. 2ª. edición.

Tres de cada cuatro habitantes de Iberoamérica viven en los 6 países más populosos (439.2 millones), los cuales enfrentan constantes muy similares de tipo económico, social y psicosocial, derivados del crecimiento desordenado de las grandes urbes y de la planificación orientada al rezago educativo y de salud de la población entre otros. Los servicios van detrás del crecimiento poblacional en un promedio de 25 años (Banco Mundial reporte 2007) y por lo tanto el desarrollo es poco tangible en relación a la independencia tecnológica y la conservación de los recursos ambientales.¹⁰

Otro 22% (129 millones de personas), de la población viven en 16 países que tienen entre 3 y 17 millones de habitantes, y presentan desigualdades muy importantes derivadas del idioma; la diversidad étnica, donde los más pobres son aquellos con poblaciones descendientes de nativos africanos y/o americanos, entre otros; las guerras del último tercio del siglo XX; el índice de GINI que es indicativo de las desigualdades sociales en este grupo de países se encuentra entre 0.49 y 0.64 para distinguir la brecha entre países que se ahonda más cuando comparamos al interior de cada país a las poblaciones rurales y urbanas.

La esperanza de vida es de 72.9 años en promedio, 69.8 para los hombres y 76.1 para las mujeres, las cifras tienen relación con diferentes eventos demográficos y sociales, por un lado las tasas genéricas de natalidad y mortalidad, la mortalidad infantil que para la región tienen diversidades que van desde 7.2 por 1000 nacidos vivos (Chile) hasta 45 en Bolivia o 54 en Haití, este indicador es universal para el desarrollo de los países y es consistente más alto para los hombres (25.3 por 1000 NV) que para las mujeres (19.4 por 1000 NV).

En la esperanza de vida por tanto se refleja el nivel de desarrollo de los países, el nivel más alto, Cuba, Costa Rica y Chile tienen valores superiores a 78 años en promedio (hombres entre 74.4 a 76.5 y en las mujeres 79.4 a 81.5 años de esperanza de vida al nacer).

Los países peninsulares han incrementado su esperanza de vida a 81 años para la mujer y 77 para el hombre.

¹⁰ Potrero L., Paloma y col. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. Rev. Española de Salud Pública, 2002; 76: 577-584.

La amplitud de la brecha guarda relación directa con el índice de GINI o de equidad social y también con el ingreso per capita de los países. La diferencia total entre hombres y mujeres es en promedio de 6 años (Gráfica 1).

Los anteriores datos dan una idea de la tendencia de la natalidad y la mortalidad cuyo efecto necesariamente se relaciona con el incremento de la esperanza de vida. Para 2008 la tasa natalidad de estos países es de 20.1 por mil habitantes (hab.) y la de mortalidad de 6.0 por mil hab.

El número de hijos por mujer es aún alto (2.4) aunque en muchos países esta cifra se encuentra por debajo de 2.0 en aquellos que ostentan el mayor desarrollo (Cuba, Chile, Barbados) y en otros llega por encima de 3.5 hijos por mujer (Haití, Guatemala).

En España y Portugal no solo ha descendido la tasa a cifras menores a un dígito sino que el promedio de embarazo en las mujeres es a los 30 años con 0.5 hijos en promedio en España y de 1 hijo por mujer en Portugal.¹¹

La mortalidad ajustada por grupo de edad es más alta en poblaciones con menor desarrollo y sin ajustar en aquellos con población envejecida. El menor índice neto de crecimiento se encuentra en países donde la migración internacional es más alta.

En la siguiente figura existen tres tipos de crecimiento en los países: crecimiento acorde a la tasa de natalidad (Costa Rica, Chile); otro grupo sin información de natalidad y finalmente una mayoría cuya tasa de crecimiento es divergente con la tasa de natalidad debido muy probablemente a altas tasas de mortalidad en menores de cinco años, como indicador de bajo desarrollo y pobreza y otros países que además tienen alta migración internacional como Haití, Argentina, Puerto Rico, México, Perú, entre otros.

El 79.4% de la población en la Región es urbana y este fenómeno se ha acrecentado en los últimos 20 años desde un 62%. Este indicador es importante debido a que muchos países con bajo desarrollo económico tienen

¹¹ Morlachetti, Alejandro. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes; un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Población No. 85. CEPAL. 2006.

proporciones muy bajas de población rural que en general y a diferencia de los países europeos y el Estado de Israel por ejemplo, tienen consistentemente una mayor vulnerabilidad social y pobreza. Países medios con poblaciones con menor proporción urbana son Haití, Belice, Honduras, Jamaica, Guatemala, Nicaragua, El Salvador, Paraguay, Ecuador y Bolivia (menos de 66% del total de la población).

Población de adolescentes y jóvenes

Considerando la proporción de los países que cuentan con información, el 28.0% de la población se encuentra entre 10 y 24 años de edad (164 millones de personas); otro 8% tiene entre 25 y 29 años de edad, 49.5 millones de habitantes.

De los países de más de un millón de habitantes aquellos con menor proporción de jóvenes son Cuba, Uruguay, Puerto Rico, Chile, Argentina, Panamá, España y Portugal, quienes pueden considerar que su **bono poblacional** ha sido rebasado, que reflejan el futuro del resto del continente iberoamericano y que tienen una juventud y adolescencia por encima del promedio regional.

Los países señalados cuentan con el nivel más alto de ingreso per capita, pero así mismo presentan índices importantes de polaridad social e inequidad en la distribución de su riqueza interna.

En Iberoamérica se concentran en 12 países, el 90% de la población adolescente y joven de la Región, casi 187 millones de personas entre 10 y 29 años.

En Brasil, México, Colombia, Argentina y Perú viven casi 3 de cada 4 jóvenes de la Región y 2 de ellos en los países de mayor migración del mundo, prácticamente el 65% de ellos seguramente no vivirá en su edad adulta en el lugar donde nació. (Villa y col. Migración y salud en jóvenes en AL, 2005).

El modelo de atención debe contemplar el enfoque de que la adolescencia y la juventud requieren una carga efectiva de información para la toma de decisiones que en salud implican circunstancias más amplias, orientadas a los determinantes sociales.

Factores de riesgo en adolescentes, ciclos integrales con enfoque a determinantes sociales

Existe una variabilidad alta entre los factores que ponen en riesgo a la salud de las y los adolescentes y jóvenes en Iberoamérica, toda la gamma de aspectos socioculturales que han sido mencionados a lo largo del documento son determinantes de los efectos y de la exposición a estos factores.

Falta de conocimiento, problemas psicológicos, frustración, incomunicación y agresividad contenidas, son algunas conductas definidas en la reunión de expertos de El Salvador y son determinantes proximales de los accidentes, homicidios y suicidios así como de la violencia secundaria a toda la maquinaria del narcotráfico y las adicciones.

El concepto de determinantes sociales, “*la causa de las causas*”, es un auxiliar en la definición de ciclos completos de riesgo sobre efectos en salud, por ello se ejemplifican ciclos relacionados con determinantes distales y proximales entre las y los adolescentes y jóvenes que nos llevan a plantear problemas y soluciones objetivas y prácticas en los programas de los países.

Incremento de la pobreza, familias monoparentales o extensas, bajos salarios, transporte y mala planeación urbana y de servicios son determinantes del cuidado de los niños (abandono), accidentes, obesidad o malnutrición, ineficiencia escolar, maltrato infantil, resentimiento adolescente, adicciones y suicidio y homicidio, es otra cadena viciosa que tiene soluciones integrales.

El inicio de la vida sexual activa es un elemento de riesgo cuando se ejerce con baja escolaridad, sin información, con baja disponibilidad de servicios. Se han mostrado algunos datos pero es oportuno mencionar que países como Honduras, El Salvador y Ecuador tienen entre las mujeres menos del 25% de uso de anticonceptivos modernos en su primera relación sexual, no así España que presenta 85% y Portugal 62%. Brasil y Costa Rica tienen tasas altas entre los países de AL pero no rebasan el 35%. Existe una correlación inversa entre el uso de anticonceptivos y el % de embarazo adolescente y las tasas de VIH/SIDA en Iberoamérica.

Vivir en una familia disfuncional, es un factor determinante para el abandono escolar y para algunas conductas antisociales.

El abandono escolar y el número de años de estudio están relacionados con las adicciones, el inicio de vida sexual a menor edad, el embarazo adolescente y la reclusión por violencia y narcotráfico.

Los espacios inadecuados, falta de espacios para esparcimiento, deterioro ambiental, zonas calientes en las ciudades, pandillerismo, entre otros forman círculos viciosos con el acoso de las fuerzas públicas y los jóvenes.

A continuación se detallan algunas determinantes de la salud de adolescentes y jóvenes en Iberoamérica:

1. Exclusión social, marginación y pobreza.

1.1 Participación económica

En los países de mayor población y que cuentan con información sobre el empleo de sus poblaciones la tasa de participación económica en mayores de 10 años, es aproximadamente del 55.5% del total de la población, aunque algunos datos del Banco Mundial (2006) refieren que la población con empleo ambulante es de aproximadamente el 30%. La tasa de participación económica entre hombres y mujeres es de 76.5 y 51.7 respectivamente.

Para los jóvenes entre 15 y 24 años la tasa de empleo en poblaciones totales es del 50.3% y sin embargo, en áreas urbanas es de 94% para hombres y 67.2% para las mujeres, esto quiere decir que la industria y los servicios ocupan poblaciones jóvenes para el desarrollo de actividades productivas y que existen mayores oportunidades de trabajo en las ciudades que en el campo, además de que los jóvenes prefieren actividades industriales y de servicios, de aquí en algunos estudios sobre juventud se refiere que a diferencia de las poblaciones adultas la tasa de aseguramiento social es inferior y los flujos migratorios más primitivos del campo a las ciudades.

No hay referencia en los países de AL y el Caribe sobre programas de jóvenes en centros de trabajo, casi todos están enfocados a las escuelas.

La tasa de desempleo urbano abierto en 18 países con información es de 9.5% a diferencia de países desarrollados (OECD, 2007) en el que el desempleo promedio es de 3.5%; y en la encuesta de jóvenes en México se menciona que

para este grupo de población el desempleo llega a 6.4%, pero más elevado para hombres (7.8%) que para **las mujeres (5.6%)**.

Cabe inferir que la tendencia de los países en AL y el Caribe a la maquila de industrias eléctricas y de otros productos o ensambles medianos para computadoras y textiles (ropa y accesorios de vestir), ocupan un amplio porcentaje de población en las fronteras y estos a su vez prefieren a mujeres jóvenes que hombres, sobre todo en México y Centro América, esta hace que la población se desplace internamente en los países hacia las zonas fronterizas o de carga generando desequilibrios importantes en las zonas comerciales y en la estructura familiar y de los barrios residenciales con una subocupación muy importante sobre todo de los hombres, situaciones que se comprueban con el incremento de problemas psicosociales en los lugares donde esto ocurre (Honduras, El Salvador, ciudades fronterizas con EUA como Ciudad Juárez, Chihuahua y Reynosa, Tamaulipas en México).

En la siguiente gráfica vemos como los países más pobres tienen mayor participación agrícola y la industria es más o menos constante en un rango de 10 a 25% de la población.

La categoría servicios implica empleos desde limpieza hasta de gobierno, sin embargo la escolaridad tiene una relación inversa con la proporción de población que ingresa al mercado de trabajo.

Las diferencias de género son interesantes en el empleo, consistentemente las mujeres tienen una menor participación en el trabajo, sobre todo a menor edad.

Las mujeres en general tienen una participación de 51.7 versus el 87% de los hombres, estas cifras bajan con relación directa al ingreso per cápita del país.

En los países con reportes del nivel de ocupación de la población existe una participación general en servicios que va desde 75.4 hasta 58.1% de la población, las mujeres tienen tasas de participación en servicios más altas y se mueven en un rango más amplio, que varía de acuerdo al índice de GINI en los países menos desarrollados desde un 88.4% (Argentina) a un 56.5% (Bolivia).

En Agricultura ambos sexos se mueven desde 1.1 hasta 37.5%, las mujeres se mueven en rangos más amplios que van desde 0.6 hasta 33.4%, este último dato en poblaciones con menos desarrollo.

El empleo femenino tiene diversas afirmaciones: Tiene salarios inferiores; es más vulnerable a crisis de desempleo; presenta mayor demanda en áreas donde en general la capacidad de adquisición ha disminuido.

En mujeres de cada 10 empleos nuevos, 8 son contratados por terceros y 6 no cuentan con seguridad social, esta situación se recrudece en adolescentes y jóvenes y se acentúa más en poblaciones rurales.

Existe en Iberoamérica un 8% de población adolescente que trabaja en condiciones insalubres de trabajo, 3% de explotación sexual entre jóvenes que se hace más frecuente en centros recreativos.

La industria de la construcción se encuentra poblada de población rural en más del 75% y de población migrante interna de un 17% y de población migrante de otros países de un 8%.

Existe en las poblaciones en reclusión un alto porcentaje de jóvenes entre 18 a 30 años de edad de aproximadamente el 57%, sobre todo de población con bajos ingresos y que incrementa continuamente por delitos contra la salud en específico del narcotráfico. Existe un círculo vicioso entre las pandillas urbanas, el acoso de las fuerzas públicas hacia los jóvenes y maltrato social, lo que genera problemas de vandalismo y delincuencia sobre todo en las grandes urbes del país.

La migración interna en Iberoamérica es del 12% de la población total y de ellos 76% son menores de 25 años, se mueven de sus lugares de origen con fines laborales y encuentran una tasa de mortalidad aproximada de 7% anual. 3% del total de las poblaciones de los países de Iberoamérica se mueven a otros países y retornan en el siguiente año el 1.5%, los lugares de destino son EUA, México como lugar de tránsito, Panamá, Venezuela y Chile, en donde la mayor migración es hacia trabajos de agricultura y de servicios después de un año de haber migrado. Los países peninsulares, España y Portugal se han constituido como lugares de destino para inmigrantes internacionales. El nexo

con la migración latinoamericana sobre todo de España como receptor, es cada vez más fuerte.

En cuanto a la migración internacional de jóvenes esta tiene dos vertientes, por una parte hay estímulos para la movilidad entre países y por otra, fuertes barreras al ingreso y permanencia en los lugares de destino.

La mayor predisposición para migrar de los jóvenes reconoce ciertas causas que le imprimen un papel particular: a. Migración laboral; b. Migración educativa; c. Migración nupcial; d. Migración emancipadora; y e. Migración familiar. En términos generales las dos primeras son las más frecuentes en la región.

1.2 Servicios básicos y medio ambiente

América Latina y el Caribe tienen el nivel más alto de urbanización del mundo en desarrollo. El 77% de la población vive en áreas urbanas con una proyección del 81% que lo harán para 2030.

A pesar de que el entorno urbano es un determinante favorable para la salud representa amenazas importantes para las y los adolescentes, jóvenes y su desarrollo, debido a que el crecimiento desordenado de las ciudades expone a un alto porcentaje de la población a carencia de servicios básicos o su racionalidad, falta de agua potable y drenaje, recolección de basuras, electricidad, entre otros. Los cinturones periféricos tienden a conturbarse con las grandes metrópolis y a la creación de mega metrópolis en la mayoría de los países de la región.

Existe una intensa reducción de áreas verdes y espacios naturales para el esparcimiento de la población generando zonas de calor que hacen extrema la capacidad de tolerancia de los habitantes.

La recolección de basuras y su confinamiento generan un problema de contaminación ambiental muy importante debido a que más del 70% de ellas son depositadas en tiraderos inadecuados en las grandes urbes de la región.

Otro problema ambiental significativo es la vivienda con hacinamiento y espacios estrechos para familias urbanas que en promedio son de 5 personas

o más, ello provoca que los adolescentes y jóvenes busquen espacios de privacidad en áreas de la ciudad que no son adecuadas para el esparcimiento y propician el vandalismo y la delincuencia con el consecuente ciclo vicioso con las fuerzas públicas.

El consecuente panorama de enfermedades urbanas incluye para los jóvenes las adicciones, violencia, lesiones y enfermedades infecciosas, producto del crecimiento urbano no planificado.

La deforestación y la degradación del suelo son fenómenos que en 1990 destruyeron 46.7 millones hectáreas en Iberoamérica, lo que significa la mitad de la pérdida mundial y a un ritmo dos veces mayor. Casi la mitad de esta pérdida regional ocurrió en Brasil.

La degradación de las costas y la contaminación de los mares la sufre más de la mitad de la población en un radio de 100 km de costa, mientras que 38% de la población mundial vive en esa situación, derivada del turismo, industria y la explotación del petróleo.

1.3 Escolaridad y exclusión social

El analfabetismo en mayores de 15 años, es un indicador muy importante de marginación y exclusión social, que además hace vulnerable a la sociedad debido a que de la escolaridad depende el nivel de empleo y satisfacción de necesidades así como la aparición de problemas de alimentación y nutrición y por ende enfermedades. En general la región tiene un 9.5% de personas que no saben leer ni escribir para el año 2005.

Existen diferencias de género, las mujeres tienen 10.3% de analfabetismo y los hombres 8.8%. La brecha de género hace muy importante esta característica y es más que un indicador de desarrollo uno de equidad social.

Existen países con índices bajos de analfabetismo pero con brechas entre hombres y mujeres que van de 0.2 en Cuba hasta 10.8% de diferencia en Bolivia.

En otros países con niveles de desarrollo más altos la diferencia en contra de los hombres va desde -0.1 hasta -7.3 en Jamaica.

Las diferencias casi siempre son en contra de las mujeres países con este problema son, Guatemala, Bolivia y Perú, situaciones que dejan ver alto analfabetismo y diferencias importantes entre hombres y mujeres.

Sin embargo entre los jóvenes el analfabetismo es un fantasma que está desapareciendo, la brecha entre la población general y la de jóvenes muestra que el esfuerzo de los gobiernos ha dejado una huella muy importante en la educación de los países situación que muestra como el analfabetismo entre los jóvenes es menor a 7.0% en países en donde el general llega hasta 28.2.

Es decir nuestros jóvenes son mejores cada día por lo cual es necesario que el desarrollo de programas tenga como objetivo dar soporte al capital humano que se está gestando como producto del esfuerzo de muchas personas por dar a pesar de las vicisitudes de las comunidades, un mejor futura para sus hijos.

En la matriculación de las y los adolescentes y jóvenes de acuerdo a los diferentes grupos de edad es interesante conocer que existen brechas sociales acentuadas a partir de los 20 años donde el 80% de las y los jóvenes ya no acuden a las escuelas, las consecuencias son interesantes sobre todo por el rezago tecnológico que asumen los diferentes países, sin embargo es interesante notar que las brechas entre hombres y mujeres son mínimas para estos grupos de edad en nuestros países.

En educación nos encontramos bajo nuevos paradigmas, el promedio de escolaridad de las y los jóvenes ha aumentado, la adolescencia y juventud son etapas que tienden a urbanizar a los países en un intento continuo de superación.

La movilidad social que acompaña al desarrollo humano tiende a incrementar una migración que se detendrá con el **bono poblacional** de la mayoría de los países en Iberoamérica y que será producido por población con mayor nivel de escolaridad.

Sin embargo en el tejido social hay que preparar escenarios mejores en torno a las oportunidades laborales de la población, mejorar la adecuación de los puestos de trabajo a las capacidades de los jóvenes y sobre todo, intercambiar capacidades entre los países hermanos en relación al trabajo agrícola y de

servicios, sobre todo combinando el desarrollo humano con transferencia laboral y tecnológica.

1.4 La Pobreza

En 18 países analizados en Latinoamérica la pobreza alcanza en un 41% de la población joven en 2002, equivalente a 58 millones de personas (21.2 millones de pobres extremos). En el caso español se tiene que, del total de pobres severos existentes, 53% (1999), era menor de 25 años (niños y jóvenes).

Las etapas de mayor pobreza las presentan las familias jóvenes en expansión con hijos pequeños.

En cuanto a género en Iberoamérica las mujeres son 4% más pobres que los hombres, aunque esa brecha pudiera no representar significancia, esta se recrudece cuando existen hijos menores de 15 años y adultos mayores de 30 años.

Sin embargo las cohortes más importantes son en los diferentes países y entre jóvenes rurales y urbanos, donde la incidencia es en ocasiones superior 64% (Perú).

La pobreza extrema la refleja la hambruna traducida en calorías consumidas per capita en las personas, a pesar de tener poca información y la media de ella, la pobreza alimentaria está ligada a los extremos de la vida, los menores de 19 años y los mayores de 65 tienen las curvas más altas, las iniquidades en este renglón vulneran a las poblaciones rurales quienes sufren más de hambruna abriendo una brecha muy importante donde coexistente en la actualidad la obesidad y la desnutrición y no necesariamente entre los más ricos y los más pobres.

En Argentina apenas el 3% de la población tiene problemas de insuficiencia alimentaria pero en Haití es el 46%, en República Dominicana, Nicaragua, Honduras, Panamá y Guatemala, las cifras son desde 23 a 26%.

Los conceptos de alimentación se sobrepone a los de obesidad que se encuentran no necesariamente en los diferentes polos sociales sino que es un problema urbano emergente.

Los estilos de vida y las conductas de riesgo se acompañan de trastornos de la alimentación aunada en ocasiones, como es el caso de la bulimia y la anorexia a problemas relacionados con adicciones y salud mental.

2. La familia en los países de Iberoamérica.

Las vicisitudes y conflictos que pasan los individuos no solo dependen de fenómenos externos sino también de los valores culturales y la construcción de género que se reproduce socialmente en las familias, la percepción de la ética, la estética, la religión y las costumbres y tradiciones, exportan modelos de familia en una diáspora incesante.

Más de la mitad de los jóvenes entre 15 y 29 años de edad viven en familias nucleares, un 33% en familias extensas, 3.3% en familias compuestas y 1% en familias unipersonales. Entre 4.5% y 32% en familias monoparentales con la mayoría de los hogares con mujeres como jefas de familia.

En general los datos dan idea de un fenómeno de prolongación de la permanencia en la familia de origen (“síndrome de la autonomía postergada”).

Los individuos con sus grupos se adaptan y adoptan modelos de familia que hacen que la sociedad se transforme y adquiera, cada comunidad, una fisonomía e idiosincrasia particular en torno a las costumbres familiares.

En la movilidad rural a urbana, las familias se vuelven núcleos compactos transitorios, sobre todo cuando migran dentro de los países.

Ya en el entorno urbano el crecimiento de familias con mujeres a la cabeza como jefas de familia, agrega el ingrediente del enfoque de género, dando mayor oportunidad escolar y de trabajo a mujeres jóvenes, pero con menores salarios y trabajos cada día más precarios, sin seguridad social y con riesgos de acoso y maltrato. Sin embargo se advierte un fenómeno creciente en el aumento de mujeres solteras al finalizar la juventud en todos los países iberoamericanos.

En cuanto a los roles de género al interior del hogar, cabe destacar que existen importantes diferencias, alrededor de un cuarto de las mujeres de 15 a 29 años se dedican a quehaceres domésticos (25.6%), en tanto que en los hombres

solamente el 2%. Las mujeres abandonan con mayor frecuencia los estudios ante el embarazo, aunque cada día se integran más al mercado de trabajo.

Las familias se mueven en busca de sustento, alimentación y la formación de una familia de acuerdo a sus derechos, en situación de pobreza su desarrollo depende del trabajo y la productividad, se considera en la actualidad más importante la disfunción que la desintegración ya que la familia ha pasado de ser “un núcleo de padre madre hijos” a un grupo de personas bajo el mismo presupuesto y que funcionan de manera integrada para las funciones de crecimiento, afecto, estatus, entre otras que declara la escuela Canadiense de Medicina Familiar.

El desarrollo de las mujeres en las áreas urbanas en combinación con la transición de los varones para la equidad, genera problemas de disfunción sobre todo en el cuidado de los hijos pequeños y el abandono de las y los adolescentes quienes en su mayoría inician una carrera por la posición social en países donde la cultura los agrade y no encuentran un lugar donde sean respetados y amados. Más bien el acoso y la agresión son parte de su crecimiento con un consecuente deterioro de sus conductas de riesgo.

Las variables que rigen los paradigmas actuales de la familia son los valores históricos, económico- sociales, morales, entre otros, las diversas dinámicas hacen que las personas cuenten con múltiples parejas, diversas preferencias sexuales que al entrar en el comercio ilegal ponen en situación de riesgo a grupos particularmente vulnerables dentro de las y los jóvenes y adolescentes.

Para los padres la relativa autonomía de los jóvenes los hace invisibles en las familias, no existen datos sobre la necesidad que tienen de estar acompañados, pero la formación de pandillas urbanas son una muestra indirecta de ello.

3. Sexualidad y reproducción

El inicio de vida sexual en promedio en los hombres es a los 16 años y en las mujeres a los 13. Estas cifras varían de acuerdo a la legislación interna y al carácter punitivo del inicio de vida sexual antes de los 18 años.

En países más desarrollados y donde el promedio de escolaridad es por arriba de 6 años de estudio, el inicio de vida sexual es por arriba de los 17 años para ambos sexos, con variaciones internas obviamente.

El desarrollo en salud y en la legislación sobre los derechos sexuales y reproductivos ha sometido a discusión el tema del aborto y se encuentra que fue clasificado por Population Action el estado de la legislación en este tema. Clasifica del I a V la prohibición total hasta la aceptación nacional. El único país que se clasifica en nivel V es Cuba y México quien tiene aceptado el aborto en el Distrito Federal que involucra a un 16° de su población total. Otros países del Caribe Inglés tienen un nivel III de aceptación donde se tolera la práctica del aborto bajo una legislación apegada a la agresión sexual y a las enfermedades.

Las mujeres adolescentes en unión representan entre el 18 y el 45% del total de las mujeres en edad fértil, la maternidad adolescente se acompaña de vulnerabilidad social, violencia y abandono escolar, en todos los países incluidos los Ibéricos.

En los países de Iberoamérica se menciona que en promedio, 7.5% de las mujeres de 15 a 19 años dieron a luz en un año y que de ellas tuvieron un segundo embarazo antes de cumplir los 20 años cerca del 35%. Hay países como Nicaragua, Guatemala y Honduras donde el embarazo en adolescentes con parto llega hasta el 14%.

Sin embargo en España y Portugal las mujeres tienen hijos en promedio de 0.5 y 1 por mujer a los 30 años, respectivamente.

A medida que los países son más pobres la atención del parto en instituciones calificadas es más bajo Centroamérica tiene un promedio de 50% de atención de parto, al igual que la región andina con un 63% aproximadamente.

La atención del parto en instituciones tiene una correlación inversa alta con la razón de mortalidad materna y en especial este problema se recrudece con las mujeres adolescentes y solteras hasta con un riesgo 2 veces mayor.

No ocurre la misma situación con el número de consultas por embarazada, el nivel de 4 consultas no tiene una correlación significativa con la muerte materna.

La correlación es menos significativa en población de jóvenes. El modelo debe considerar la verdadera utilidad del modelo de atención prenatal, sobre todo en el sentido de controlar la muerte materna.

Los recién nacidos con bajo peso al nacer derivados de mujeres mayores de 20 años es de 11%, en menores de 20 años el promedio es de 15% con diferencia significativamente mayor.

Ajustado por tamaño de la población, en general se utilizan en un 75% métodos de planificación familiar sin embargo hay países con poblaciones pequeñas y con menor desarrollo llegan a cifras de 40 a 50% solamente.

En la población adolescente un marcador de ello es el uso de condón, la información disponible señala en 6 países el uso de condón de 17% (Nicaragua) al 30% (Colombia).

3.1 Consejería para adolescentes y jóvenes

En Iberoamérica los jóvenes requieren de consejería continua, para minimizar los efectos que la soledad urbana, la susceptibilidad a episodios de depresión, ansiedad y adicciones, inicio temprano de las relaciones sexuales, embarazos y abortos; así como suplir la necesidad de ser escuchados.

Por esta razón encuestas nacionales en 18 países de AL y la Península Ibérica mostraron que en cuestiones sexuales y reproductivas el referente más importante es la madre, seguido de los maestros, entrenadores deportivos, personal de salud y religiosos; mientras el padre es un referente distante.

Por otro lado, más del 75% de madres menores de 25 años no están preparadas ni han recibido capacitación para el manejo de adolescentes y jóvenes. Entre el personal de salud solamente el 10% tiene alguna noción del manejo de adolescentes sobre todo en primer nivel. Entre las y los religiosos esta cifra es casi nula en cuanto a la vanguardia en el manejo de jóvenes.

La consejería en salud sexual y reproductiva, que otorgan los educadores, personal de salud y religiosos, está influenciada por estereotipos sobre todo en referencia a las relaciones interpersonales, en creencias y prejuicios con una construcción de género ancestral.

4. Servicios de atención a la salud de adolescentes

El gasto en servicios de salud expresa el nivel de desarrollo de un país, el porcentaje promedio de gasto en relación al PIB nacional en AL es de 6.4% con variaciones desde (4.3 Perú, 4.7 Venezuela y Jamaica hasta 10.2% en Argentina, 8.1 Uruguay, 8.3 en Nicaragua); En España, Portugal y Andorra en la Península Ibérica el gasto en salud es superior al 11% del PIB.

Esta es una cifra general promedio pero en dólares norteamericanos constantes el PIB en Perú es de menos de 6,372 al año por lo que la disponibilidad de efectivo en salud es de 274 USD. Bolivia tiene apenas 203 USD per capita al año; Honduras 226; el presupuesto más alto obviamente es para quien tiene el PIB per capita más alto (Argentina, Brasil, México, Costa Rica, Chile), con más de 700 USD per capita al año. De este gasto en salud en promedio es gasto privado el 44.3% del total.

En la península Ibérica el gasto privado no rebasa el 32% y su disponibilidad neta es de 2, 300 USD al año.

Por otra parte, los precios de los medicamentos son más o menos constantes a nivel global y que entre mayor pobreza existe en los países se requiere de mayor atención médica y mayor consumo de medicamentos, por lo tanto entre menor es el gasto en salud mayor el porcentaje de gasto en medicamentos y así menor inversión en atención preventiva.

La atención preventiva está encaminada a niños y mujeres. El 80% del gasto se dedica a estos grupos de población, mientras que la atención a adultos mayores de 60 años representa un 15%, siendo de tipo curativa.

Ningún país ha calculado el gasto en salud para los jóvenes, sin embargo es probable que no rebase el 5% de la atención, la cual debe estar dirigida a la atención de accidentes y violencia y a las consecuencias de las adicciones.

Por otro lado la seguridad social tiene un conflicto en la mayoría de los países con adolescentes y jóvenes, en primer lugar la falta de equidad en el empleo propicia que en el mejor de los casos en AL esta población tenga acceso solamente en menos del 30% de los trabajos. El segundo punto es que como beneficiarios de la seguridad social en la mayoría de los regímenes de los países dejan de tener acceso al servicio entre los 12 y 16 años, debido a lo anterior la mayoría de los embarazos y atenciones post aborto en menores de 20 años quedan descubiertos del sistema de seguridad social y son atendidos en hospitales públicos.

4.1 Coordinación intersectorial

Los servicios para jóvenes son escasos y poco coordinados lo que compromete la accesibilidad y la cobertura. En general la atención se brinda fragmentada, según subsectores (público, privado y de la seguridad social), atendiendo problemas urgentes y más preparados para la atención de crisis, que respondiendo a una planificación integral y continua dirigida a los grupos de mayor riesgo.

Los servicios para jóvenes se han desarrollado en hospitales de mediana o alta complejidad y en áreas urbanas, cubriendo un número reducido de jóvenes.

Esta situación se mantiene en la mayor parte de los países de América Latina y Caribe en los últimos años puede constatarse un progreso significativo en la organización de servicios diferenciados, este progreso ha tenido un escaso avance en la organización del primer nivel de atención -puerta de entrada del sistema- y su enlace con otros sectores sobre todo el educativo y el laboral, con probable exclusión de quienes pueden ser los más necesitados y vulnerables. Estos mismos servicios desarrollados en la Región, son desconocidos por la escasa promoción y derivación desde los servicios de menor complejidad.

Las actuales características de organización y distribución de los servicios a los jóvenes se caracterizan por ser limitados en cantidad, calidad y oportunidad, lo que compromete seriamente el acceso y la resolución adecuada de los problemas. Esta circunstancia, en buena parte originada por el impacto de la adversidad económica de los países, se acompaña de sistemas educacionales

insuficientes; provisión deficitaria de alimentos; escasa o inexistente accesibilidad a actividades recreativas; poca o nula capacitación laboral, subempleo y desempleo.

Además, existe tendencia de la gente joven a no usar los servicios públicos a su disposición. Algunas de las razones son que estos no se adecuan a sus intereses y necesidades, como: horarios diferenciados¹², personal capacitado, privacidad, entre otros. Los jóvenes con más necesidades de atención, suelen pertenecer a grupos marginados: analfabetos, migrantes, sin hogar, desempleados; factores que se convierten en verdaderas barreras para el acceso a los servicios no sólo de salud, sino también de educación, trabajo y recreación.

El acceso insuficiente de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud es limitado, lo que da como resultado la prevalencia de enfermedades y muertes tempranas.

4.2 Prevalencia e incidencia de enfermedades en menores de 25 años

Más del 80% de las causas de enfermedad en las y los adolescentes y jóvenes son prevenibles, sobre todo debido a que ellas son producto de causas externas que constituyen los accidentes, homicidios y lesiones autoinflingidas, efecto de interacciones externas de riesgo que impactan con mayor fuerza a los hombres que a las mujeres en una escalada de género definitiva.

El VIH/SIDA entre las y los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad constituye una tasa de 2.9 x 100 mil, aunque muy inferior a la de los adultos (16.9) ha crecido en forma alarmante. Existen poblaciones con fronteras transitadas que tienen altas prevalencias de la enfermedad prevaleciendo aún con una razón de 6:1 en varones versus mujeres y con un patrón predominante de relaciones sexuales hombre con hombre, aunque existen diferencias muy importantes entre los países y otros donde el crecimiento del VIH/SIDA tiene relación con usuarios de drogas inyectables.

¹² Moreno, Elsa. Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes. Los desafíos de acceso y calidad. Encuentro Internacional sobre salud adolescente, Cartagena de Indias, Colombia, 1995.

Se calcula que anualmente se presentan entre las y los adolescentes y jóvenes 23 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual, entre ellos el virus del papiloma humano, el cual, como causante de la enfermedad hace que aparezcan cada día casos nuevos de cáncer de cérvix en mujeres menores de 25 años en la región y sobre todo en áreas de mayor pobreza.

Sin embargo dada la baja probabilidad relativa, de morir por causas endógenas, de los jóvenes, con respecto a otros grupos de edad, y que estas causas son prevenibles en más del 90% no son consideradas con frecuencia como tema permanente en las agendas de las políticas sanitarias de los países.

Entre los adolescentes y jóvenes la salud mental representa la cuarta parte de la carga de enfermedad total en los países de Iberoamérica, no obstante entre los países existe una brecha muy importante entre los problemas de salud mental y la respuesta de los servicios de salud a la atención de ella en menores de 25 años. La atención a la salud mental tiende a centrarse en los problemas psiquiátricos tales como la ansiedad la depresión, la conducta compulsiva y el consumo de drogas ilegales. Sin embargo existen pocos servicios de salud preparados para la atención de situaciones de violencia, desastres, entre otros que padecen los jóvenes.

La salud oral en los jóvenes reportada solamente en tres países, muestra que se acompaña de otros trastornos generales de salud, y sigue siendo un aspecto muy crítico de la salud de los jóvenes, la salud bucal muestra índices más bajos en la región que en los otros países del mundo y a esto contribuye al alto costo de la atención y la baja disponibilidad de estos servicios de salud. La fluoración y la promoción de tecnologías simples pueden llevar a la reducción de la incidencia de padecimientos bucodentales.

4.3 Mortalidad en adolescentes

La mortalidad entre los jóvenes en Iberoamérica ha descendido sensiblemente en los últimos 50 años, si lo comparamos con la mortalidad general. En ello concurren el avance en el desarrollo de los servicios básicos y sanitarios y el incremento de la capacidad individual para prevenir y enfrentar las enfermedades. Comparada con otros grupos de edad las tasas de mortalidad

de los jóvenes son inferiores a 4 x mil habitantes y en la adolescencia no supera el 2 x mil.

Al compararse con la tasa de mortalidad de los jóvenes españoles, de 49.3 x 100 mil, el promedio latinoamericano lo supera con creces (134), la probabilidad de morir con todo ha disminuido notablemente en Bolivia, Colombia, Perú y algunos países de Centroamérica como El Salvador.

Existen diferencias muy importantes de género, para Latinoamérica la mortalidad de los 15 y los 24 años de edad en mujeres es de 68 y para los hombres de 198, tres veces más alta. En España es de 24.5 y de 72.9 para hombres y mujeres.

El perfil de mortalidad se ha modificado notablemente en casi todos los países, las enfermedades transmisibles han dejado de ser las principales causas de enfermedad y muerte y dicho lugar lo ocupan ahora los padecimientos de tipo crónico degenerativo, así como las causas derivadas de las lesiones del tráfico y los homicidios.

Entre los adolescentes y jóvenes la principal causa de mortalidad la constituyen los accidentes y violencias (Colombia, Venezuela, El Salvador y Brasil tienen las tasas globales más altas), la razón hombre mujeres es muy significativa de lo que acontece en los países, por ejemplo en Colombia y Venezuela mueren más de 4 veces más los hombres que las mujeres, en El Salvador y Nicaragua entre 1.7 y 2. Estas relaciones permiten establecer que en los dos primeros países existen condiciones en las que los hombres jóvenes están expuestos a muertes prematuras, el componente más importante aquí son los homicidios. En el segundo caso donde las muertes entre hombres y mujeres tienen menores brechas hacen pensar que los factores de riesgo se distribuyen de manera homogénea, esto puede ser el exceso de riesgo durante los procesos migratorios.

En general el componente más importante del rubro accidentes y violencias lo constituyen los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios, sobre todo en poblaciones urbanas donde los hombres presentan 7 veces con mayor frecuencia accidentes.

Un componente importante es el suicidio o lesiones autoinflingidas, este problema se acentúa en poblaciones en transición económica, en migrantes y sobre todo con 6 veces más frecuencia en hombres que en mujeres entre los 15 y 24 años de edad.

En las estadísticas encontradas en algunos países de Iberoamérica como México, Brasil y Venezuela, el cáncer y las neoplasias son el segundo lugar de mortalidad entre las y los adolescentes, sobre todo con el componente de leucemias y linfomas. Esta tendencia tiende a modificar el panorama de las enfermedades en este grupo de población sobre todo porque se han desplazado hacia la adolescencia estos padecimientos debido al incremento de la cronicidad y al incremento de la sobrevida.

5. Medios de comunicación, cultura y esparcimiento de los jóvenes en Iberoamérica

La influencia de los medios masivos en la población general y en particular en adolescentes y jóvenes, conduce a una relativa esclavitud a mensajes extranjeros confusos y fuera de contexto en los cuales coexisten los mensajes de salud o las recomendaciones de bienestar, con el consumo de alimentos “chatarra”, alcohol, tabaco, entre otros.

No conforme con lo anterior a los jóvenes comunicadores se les enseña a engañar a las masas antes que a construir una regulación y a diseñar los ciclos sociales de los consumos de medios. La intención de este párrafo no es resolver o dar información sobre los medios de comunicación, sino señalar que este tema, que es probablemente una de las piedras angulares de los programas de adolescentes y jóvenes de los próximos 50 años entre ya en la mesa de discusión con los expertos necesarios.

En Iberoamérica, en 1960 existían 9 líneas telefónicas por cada 100 habitantes, en la actualidad con la telefonía celular han llegado a 60. En la Península Ibérica 97 de cada 100 habitantes mayores de 10 años cuentan con ella.

Los habitantes entre 10 y 25 ven la televisión un promedio de 3.7 horas al día. Leen un promedio de 2 horas a la semana y completan un libro cada 6 meses

en promedio. En la Península Ibérica, leen 1 libro cada 15 días y ven televisión 30 minutos en promedio diario, Argentina y Chile son casos similares.

En AL cuentan con 1 biblioteca por cada 300,000 habitantes a las cuales tiene acceso libre solamente el 30% de la población. En la Península Ibérica hay 1 biblioteca por cada 45,000 habitantes y el consumo de papel en toneladas métricas por habitante es 35 veces mayor que en LA.

Cuentan con Internet en AL 25% de la población, tienen acceso a él 74% y lo utilizan un promedio de 2 horas a la semana, los jóvenes lo pueden usar hasta 2 horas diarias en promedio.

La juventud encuentra en los medios una forma de comunicación entre las subculturas juveniles urbanas como *emos*, *góticos*, *darketos*, - que siempre han sido reflejo del antagonismo hacia los adultos, constituyen identidades, relacionan territorios, ritos y competencias; la música es un medio fascinante, por su diversidad y versatilidad, que entrelazada con el narcotráfico genera actitudes desafiantes ante la muerte y formas muy peculiares de lenguaje y religiosidad.

En el tiempo libre los jóvenes reparten en actividades diversas, de acuerdo a la edad, sexo, ingresos y en general el modo de vida de sus familias. Ven televisión, escuchan música, realizan actividades lúdicas con su pareja, platican, practican algún deporte o se reúnen en la calle con sus amigos.

Recomendaciones

Este documento tiene como propósito servir de base para la toma de decisiones sobre las acciones en salud dirigida a la atención de adolescentes y jóvenes de los países de Iberoamérica.

Debe tomarse en cuenta que los modelos de atención en salud, para atender a los y las adolescentes y jóvenes, deben seguir un patrón orientado a la promoción de estilos vida saludable, prevención de conductas de riesgo y finalmente la atención de los daños a la salud. Se recomienda a los países de la Región Iberoamericana, fortalecer las siguientes líneas de acción:

Información estratégica e innovación

Para atender las demandas y dirigir con mayor precisión la inversión y la movilización de recursos es necesario implementar **Sistemas de información homogéneos a todos los países** con un enfoque a los grupos de población de 10 a 24 años como un estándar iberoamericano.

Entornos favorables y políticas públicas basadas en datos científicos

Las y los adolescentes y jóvenes requieren que las políticas públicas se apliquen bajo evidencia científica que se desarrolla en los países la cual debe aplicarse en las normas y programas de acción, estas políticas públicas deben favorecer un entorno de bienestar y desarrollo humano integral, en la comunidad, mediante la provisión de servicios de salud integrados e integrales.

Servicios de salud integrados e integrales

Los servicios de salud en la actualidad no responden a las necesidades particulares de cada país y en general para la población adolescente y joven; es necesario hacer que los servicios de salud sean integrados lo cual implica que tengan recursos humanos capacitados para el abordaje de este grupo y una interacción con la escuela y la comunidad, dado que la mayoría de esta población ya no estudian después de los 19 años de edad. El concepto de

integrales se enfoca en aplicar acciones dirigidas a prevenir los daños que son causa de morbilidad y mortalidad, pero así mismo fomentar las buenas prácticas en salud para la edad adulta.

Aumento de la capacidad de recursos humanos

Se debe fortalecer la capacidad instalada para que los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria elaboren políticas y programas que procuren promover el desarrollo de adolescentes, jóvenes, la comunidad y los servicios de salud de calidad; así como las competencias de los profesionales para la prestación de servicios de salud y lograr la meta de atender integralmente las necesidades de salud de esta población.

Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela

Promover la participación de la población joven, sus familias, las comunidades y las escuelas en la provisión de programas de promoción y prevención culturalmente sensibles, como parte del enfoque integral de mejora de su salud y bienestar.

Es imprescindible que se establezcan oportunidades para la participación y el empoderamiento significativos de la población joven, sus familias y las comunidades en el proceso decisorio, el diseño y la ejecución de los programas que los afecten, con el fin de disminuir los riesgos a la salud, prevenir el abandono escolar y ampliar las actividades de los servicios siempre con un enfoque de prevención de daños, riesgos y conductas de riesgo.

Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores

Es necesaria la coordinación de diversos sectores públicos y privados para evitar la duplicidad de acciones u omisión de ellas; un programa estratégico homogéneo puede permitir el desarrollo de puntos de contacto y de reestructuración de la coordinación en la mayoría de los países para prestar mejores servicios, coordinarlos, otorgar mayores oportunidades de aprovechamiento y generar un impacto en la salud y bienestar de la población joven.

Se debe fortalecer la colaboración entre los organismos de las Naciones Unidas, las entidades gubernamentales, las organizaciones privadas, las universidades, los medios de comunicación, la sociedad civil, las organizaciones de jóvenes y las comunidades (incluso la comunidad religiosa, los maestros, los padres y jóvenes mismos).

Comunicación social y participación de los medios de difusión

Se debe aprovechar el alcance y la influencia de los medios de comunicación en la población joven, trabajando con ellos para crear imágenes positivas de la adolescencia y la juventud, y para promover comportamientos, compromisos y normas sociales positivos con respecto a la salud.

Usar técnicas de comunicación social y las nuevas tecnologías de comunicación para propugnar la capacidad de la población joven de adaptarse y mantener modos de vida saludables, y para que accedan a los servicios de salud; y responder activamente a la promoción de comportamientos negativos cuando esta influencia pudiera ser perjudicial para la salud.

Tomando como base la información expresa en este documento y las líneas de acción propuestas por la Organización Panamericana de la Salud a través de la ESTRATEGIA REGIONAL INTEGRADA SOBRE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES, se presenta la **Iniciativa Regional Adolescentes y Jóvenes para una Iberoamérica Saludable: Fortaleciendo la Respuesta Integrada del Sistema de Salud para Adolescentes y Jóvenes**, para ser consensuada por los países participantes en la X Conferencia de Ministras y Ministros de Salud de Iberoamérica y ser elevada a la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, a ser celebrada en El Salvador en el mes de Octubre del año 2008.

Iniciativa Regional Adolescentes y Jóvenes para una Iberoamérica Saludable:

Fortaleciendo la Respuesta Integrada del Sistema de Salud para Adolescentes y Jóvenes

FORMULACION DE UNA INICIATIVA ADSCRITA A LA XVIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE JEFES DE ESTADO Y DE GOBIERNO EL SALVADOR, 2008

Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)



EL SALVADOR, CENTROAMERICA.

DOCUMENTO DE FORMULACION DE UNA INICIATIVA REGIONAL ADSCRITA A LA XVIII CUMBRE IBEROAMERICANA

Iniciativa Regional Adolescentes y Jóvenes Saludables para una Iberoamérica saludable:

Fortaleciendo la Respuesta Integrada del Sistema de Salud para Adolescentes y Jóvenes

1. Justificación y Contexto de la Iniciativa Regional:

En la actualidad la Región Iberoamericana cuenta con la mayor cohorte de población joven en toda su historia. Son aproximadamente 186 millones los jóvenes entre 10 y 29 años de edad que viven en América Latina, el Caribe, España y Portugal, representando el 37% de la población total.¹³ Los adolescentes y jóvenes conforman una población heterogénea, con diferencias considerables relacionadas a su edad, educación, estado civil, cultura, etnicidad, identidad y orientación sexual, así como el nivel socio-económico. Viviendo en una de las regiones con mayor desigualdad social a nivel mundial, los jóvenes sufren de los consecuentes problemas socio-económicos, territoriales y los que están basados en género y etnia. Un 39% de los jóvenes Latinoamericanos y del Caribe están afectados por la pobreza.¹⁴ Los más afectados son los jóvenes provenientes de las minorías étnicas, los indígenas, los que viven en comunidades rurales y aquellos que viven en hogares con un padre ausente. Estos mismos grupos tienden a tener servicios de educación y de salud más deficientes y una mayor tasa de desempleo.¹⁵ La falta de oportunidades ocasiona altos niveles de migración rural hacia zonas urbanas dentro de los países, así como también de migración internacional, con la consecuente desintegración de familias y comunidades, la formación de empleo inseguro, ilegal e informal y de numerosos riesgos a la salud.

¹³ CEPAL y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) 2004. *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias*.

¹⁴ Naciones Unidas de El Salvador, editores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008.
www.pnud.org.sv

¹⁵ CEPAL y la OIJ (2004). Jóvenes de Iberoamérica disponen de más oportunidades, pero menos acceso a ellas. *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias*.

Como resultado de los cambios en las tendencias demográficas, la mayoría de los países tienen un “bono demográfico” y aquellos capaces de aprovechar el potencial que ofrece esta población, tienen ante sí la oportunidad sin precedentes de fortalecer su crecimiento económico. Con una inversión adecuada, esta población joven económicamente activa puede ser el motor del crecimiento económico y un agente para cambio social. Por el contrario, si se la descuida, puede convertirse en una extraordinaria carga para la sociedad y los fondos públicos.

Cada año 4 de cada 1,000 jóvenes adolescentes iberoamericanos pierden la vida, principalmente a causa de accidentes de tránsito, suicidio, violencia interpersonal, complicaciones relacionadas con el embarazo y el aborto, así como por enfermedades que son prevenibles o tratables.¹⁶ El consumo de alcohol y otras sustancias se relacionan estrechamente con comportamientos que comprometen la salud y son frecuentemente causales de muerte de jóvenes y adolescentes.

Es de importancia crítica durante la próxima década poner énfasis en los temas de salud relacionados a enfermedades sexualmente transmisibles, VIH/SIDA,¹⁷ violencia juvenil, uso y abuso de sustancias, salud mental, salud oral, trastornos nutricionales, obesidad, actividad física, enfermedades crónicas y su impacto desproporcionado entre jóvenes de bajos recursos, bajo nivel de educación, indígenas y afro descendientes. Se debe considerar particularmente el impacto diferenciado que tienen los temas de salud sobre los jóvenes de diferentes sexos y el rol que juegan las normas de género tradicionales en la propagación de comportamientos asociados a estos temas.

Tradicionalmente las políticas públicas han pasado por alto las necesidades de adolescentes y jóvenes y sólo les han prestado atención cuando su comportamiento resulta inadecuado. La promoción de la salud debe dedicarse a fomentar estilos de vida saludables y a trabajar sobre los determinantes de la salud. El sector salud juega un rol primordial en la promoción, prevención y cuidados de la salud del adolescente y joven, así como en la abogacía y

¹⁶ CEPAL. La Juventud en Iberoamérica. Tendencias y Urgencias.
www.oij.org/documentos/doc1202813603.pdf

¹⁷ UNFPA (2007). UNFPA: Marco de Acción para Adolescentes y Jóvenes.
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/715_filename_adolescent.pdf

coordinación de acciones conjuntas con otros sectores que son fundamentales para influenciar a los determinantes de la salud.¹⁸

La información estratégica es crítica para la toma de decisiones. A pesar de la creciente sofisticación de la información tecnológica, aún es difícil la obtención de datos sobre la salud de la población joven. Esta información en muchos países es a menudo incompleta, imprecisa o inconsistente. Los datos obtenidos muchas veces no permiten especificar cuales son los grupos con riesgos particulares, los factores de riesgo y protección de conductas de salud que serían útiles en el diseño de políticas y legislaciones. Por otro lado algunos temas de salud como el suicidio y el abuso sexual no son reportados por temor al estigma que conllevan.

La falta de información estratégica así como el monitoreo y evaluaciones deficientes resultan en el continuismo de intervenciones de poca eficacia. La evidencia sugiere que los programas deben influenciar a los jóvenes a diferentes niveles, tomando en consideración las necesidades específicas de cada etapa del desarrollo, su cultura, edad, género y etnia. La intervención temprana o durante la pre-adolescencia tiene el potencial de influenciar en los comportamientos saludables antes de que se formen los hábitos. Familias unidas con buenas relaciones, que participan activamente en la educación de sus hijos crean factores protectores a las conductas riesgosas. También las comunidades y escuelas juegan un rol crítico, con el potencial de facilitar el acceso a los servicios de salud y de ser espacios críticos en la promoción de la salud.

El acceso a los servicios de salud es limitado para adolescentes y jóvenes en la mayoría de los países. Los esfuerzos deben redoblar para mejorar la oferta y demanda de servicios de salud de calidad para promocionar mensajes de salud preventiva, así como el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los diferentes problemas de salud. En el contexto del modelo de Renovación de la Atención Primaria, los proveedores de salud deben responder a las necesidades individuales a lo largo del ciclo de vida. Para ello requieren tener conocimiento de las necesidades específicas de los jóvenes y de las barreras que estos enfrentan. Muchos jóvenes enfrentan barreras legislativas, financieras y ambientes poco amigables en los servicios de salud, incluyendo la ruptura de confidencialidad, discriminación, juicios negativos y actitudes de desaprobación

¹⁸ OPS. Renovando la Atención Primaria de la Salud en las Américas: (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS, 2007.

relacionados con la actividad sexual y el uso de drogas. Estas barreras impiden a los proveedores de salud establecer una comunicación efectiva y a promover el desarrollo de comportamientos saludables.

Generalmente los programas, las políticas y servicios para la salud de los adolescentes y jóvenes están desarrollados de forma vertical y están orientados con una perspectiva de problemas, como por ejemplo en el enfoque al HIV, embarazo y consumo de alcohol como entidades separadas. Esto resultada en una duplicación de esfuerzos costosos y un impacto limitado. Se requiere un cambio de paradigma que considere que las conductas están interrelacionadas y tienen factores de riesgo y protección comunes. Luego requieren respuestas integradas e integrales.¹⁹

Gracias a los avances tecnológicos en las comunicaciones, la mayoría de los jóvenes están expuestos a los medios masificados, los celulares y el Internet, permitiéndoles conectarse con la cultura global, revolucionando así las interacciones sociales. Están al mismo tiempo expuestos a imágenes y mensajes frecuentemente poco saludables. El alcance de la promoción de salud hacia los jóvenes puede ser mejorada usando medios de comunicación modernos influenciando los valores, actitudes y creencias saludables.

Los proveedores de salud deberán mantenerse actualizados con las nuevas investigaciones y tecnologías en salud para adolescentes y jóvenes, tales como investigaciones sobre el desarrollo cerebral, las nuevas vacunas, los métodos de detección y los exámenes diagnósticos.

La atención de las necesidades de los adolescentes y jóvenes es crucial para la salud pública mundial, y la OPS y sus Estados Miembros tienen la obligación ética y legal de proteger y promover los derechos de los adolescentes y los jóvenes según se ha establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño.²⁰ La inversión en los jóvenes conducirá a una sociedad más saludable

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud: Renovando la Atención Primaria de la Salud en las Américas (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS, 2007.

²⁰ Ver Resolución CD 42.R12 . “Salud del Niño”, 42do Consejo Directivo, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C., 28 de Setiembre 2000.

http://www.paho.org/english/gov/cd/cd42_fr-e.pdf.

Ver tambien: Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, Objetivo Estrategico 7, 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1-5 Octubre 2007, <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-od328-e.htm> y Agenda de OPS para las Américas http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf

en los años venideros, lo que además promoverá el desarrollo económico y la sostenibilidad, además de contribuir al compromiso mundial con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).²¹

El logro del ODM 1 esta relacionado con el embarazo de adolescentes que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza. Así los hijos de madres adolescentes pobres tienden a ser adultos pobres que criaran a su vez hijos empobrecidos cerrando el ciclo de la pobreza.

Ninguna meta del milenio se cumplirá si no se logra el ODM 3 avanzando la agenda en equidad de género y apoyando los derechos y el empoderamiento de las adolescentes mujeres. Se deberá trabajar activamente en la socialización de los varones adolescentes.

El ODM 4 de reducción de la mortalidad infantil esta íntimamente relacionada con el embarazo en adolescentes y con los hijos de madres adolescentes. El embarazo precoz está asociado con una mayor mortalidad neonatal, bajo peso al nacer y prematuridad, una mayor tasa de mortalidad infantil, mayor morbilidad física y mental, con un riesgo mayor de enfermedad, desnutrición, así como de abuso y maltrato.

Para cumplir con el ODM 5 de reducción de la mortalidad materna se deberá disminuir el embarazo no deseado en adolescentes, el aborto inseguro, el embarazo en menores de 15 años y se deberá invertir en un parto seguro. El riesgo de morir de una madre adolescente de causas obstétricas duplica al de una mujer mayor de 24 años. Todos sabemos que el ODM 6, de disminuir las infecciones por enfermedades sexualmente transmitidas, así como también el VIH/SIDA es inalcanzable sin invertir en salud sexual y reproductiva del adolescente (SSRA).

En general en el tema de Salud Sexual y Reproductiva (SSRA), queda claro que la situación del adolescente ha mejorado, pero queda aun mucho camino por recorrer. En general, hemos aprendido que: 1) los adolescentes están sexualmente activos e inician su actividad sexual a una edad temprana; 2) las adolescentes tienen embarazos no deseados; 3) las tasas de VIH/SIDA están creciendo, particularmente en jóvenes y adolescentes; 4) las intervenciones de

²¹ ODM. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU – Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas 2005-2008.

salud sexual y reproductiva muchas veces marginaliza a jóvenes de zonas pobres y rurales; 5) existe una asociación entre conductas de riesgo y la masculinidad, por lo que los adolescentes varones no se sienten cómodos accediendo a los servicios de salud existentes; 6) ninguna meta del milenio se logrará cumplir sin el empoderamiento de las mujeres adolescentes.

A través del área de Familia y Comunidad, OPS ha desarrollado proyectos exitosos de desarrollo de políticas, planes y programas en la formación de recursos humanos, servicios de salud e intercambio de información con enfoque de género, etnia, derechos y participación juvenil. En esta iniciativa se toman en cuenta las necesidades de los adolescentes y jóvenes tanto en su diseño como en su ejecución.

2. Organización impulsora de la Iniciativa Regional

El Ministerio de Salud de El Salvador con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) ha desarrollado un marco conceptual de desarrollo y de salud integral de adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud integral que aboga por la formación de políticas, legislaciones, planes y programas con intervenciones basadas en la evidencia para asegurar que los derechos de los y las jóvenes sean promovidas en la región de manera integral.²²

La participación de otras organizaciones queda aún por definirse.

3. Participantes y ubicación geográfica de la Iniciativa Regional:

10 países de la Región Iberoamericana.

4. Destinatarios de la Iniciativa Regional:

Adolescentes y jóvenes de 10-24 años de edad, provenientes de los 10 países interesados en el desarrollo de la iniciativa.

5. Objetivos de la Iniciativa Regional:

²² OPS/OMS. Plan de Acción Estratégico para la Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2008-2012.
http://intranet.paho.org/DPM/PPS/Strategic_Plan_0812_INTRANET-eng.doc

El objetivo principal es fortalecer la respuesta integrada de los sistemas de salud y otros sectores para satisfacer y contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y el bienestar de los adolescentes y jóvenes de Iberoamérica.²³ Este objetivo se logrará desarrollando un ambiente político y técnico favorable para la implementación de políticas, planes, programas y servicios, el desarrollo de recursos humanos y de acciones intersectoriales que permitan el ejercicio de los derechos de salud de los adolescentes y jóvenes en un marco de equidad de género, etnia, y de inclusión social.

6. Principales actividades:

Se busca la creación de alianzas estratégicas y exitosas con diferentes organizaciones para construir a partir de los logros previos, con las ventajas comparativas de cada uno, y así encarar asuntos emergentes con respecto a la salud integral de los/las adolescentes y jóvenes de la Región. Esto servirá para continuar innovando los programas de salud a través del desarrollo de intervenciones innovadoras, de actualización constante de la información científica basada en la evidencia y con la incorporación continua de las perspectivas de edad, género, etnia y de la participación juvenil.²⁴

Líneas de acción para obtener los resultados:

1. Información estratégica
2. Políticas públicas
3. Servicios de salud
4. Capacitación de recursos humanos
5. Intervenciones a nivel familiar, comunitario y escolar
6. Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores
7. Comunicación social y medios tecnológicos modernos de comunicación

²³ Agenda de la Salud para las Américas. http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf

²⁴ OPS/OMS. Plan de Acción Estratégico para la Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2008.

La Iniciativa Regional se implementará a lo largo de tres años.

Los resultados esperados para el año 2011 son:

Resultados esperados para 2011:	
1. Información estratégica	Los países habrán fortalecido sus sistemas de información, monitoreo y evaluación. Los datos estarán desagregados por edad, sexo y etnicidad con análisis basados en género, los cuales servirán para la formulación de políticas innovadoras, integradas y destinadas a mejorar la salud y desarrollo de los adolescentes/jóvenes.
2. Políticas públicas	Los países habrán formado e implementado políticas de juventudes integrales y políticas de salud y protección social considerando las necesidades de los jóvenes y especialmente los más vulnerables. Habrán incluido las recomendaciones del comité de Convención de los Derechos del Niño en los programas Nacionales de Salud de Adolescentes. Habrán revisado la legislación vigente en temas claves de salud: edad de matrimonio, edad de imputabilidad penal, acceso a servicios y al uso de métodos anticonceptivos.
3. Servicios de salud integrados	Se habrán desarrollado e implementado servicios de salud integrados de calidad, con programas de apoyo a jóvenes y comunidades. Estos servicios tendrán un enfoque integral, comprensivo y adecuado a las diferentes etapas de desarrollo de los adolescentes/jóvenes, los cuales tendrán acceso a cuidados confidenciales, libres de discriminación, de juicios negativos y de desaprobación. Se habrán implementado modelos de atención innovadores y alternativos para aumentar el acceso a servicios de salud, como el uso de clínicas móviles, centros de salud asociados a las escuelas, farmacias entre otros.

<p>4. Formación de recursos humanos</p>	<p>Los países tendrán la capacitación instalada para la formación de recursos humanos en políticas, gerencia de programas y la prestación de servicios. La capacitación incluirá el uso de intervenciones basadas en evidencias, el monitoreo y la evaluación de los programas y harán uso de las tecnologías modernas, como las plataformas de aprendizaje por Internet, para así suplir la demanda de profesionales entrenados en proveer servicios de salud. Estarán implementados los cursos de educación a distancia, los cursos presenciales y el uso de CD-ROMs auto instructivos. Estarán establecidas las alianzas estratégicas con las universidades e institutos de formación de la región.</p>
<p>5. Intervenciones a nivel familiar, comunitario y escolar</p>	<p>Se habrá establecido la participación de jóvenes, familias y comunidades en la toma de decisiones, diseño e implementación de los programas de promoción y prevención de la salud. Esto hace parte del enfoque holístico integral en la mejoraría de la salud y bienestar de los jóvenes, asegurando que los programas sean apropiados para ellos y que suplan sus necesidades específicas.</p>
<p>6. Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores</p>	<p>Se habrá incrementado la colaboración dentro del sector salud y también con otros sectores y socios estratégicos para asegurar la coordinación de acciones e iniciativas, minimizando la duplicación de esfuerzos y maximizando el impacto de recursos limitados. El énfasis de la colaboración será entre las agencias de las Naciones Unidas, entidades gubernamentales, organizaciones privadas, universidades y sociedad civil, organismos juveniles y comunidades (incluyendo las religiosas, maestros, padres de familia y jóvenes)</p>

7. Comunicación social y medios tecnológicos modernos de comunicación	Los países habrán desarrollado medios de comunicación con alcance e influencia sobre los adolescentes/ jóvenes, colaborando en la creación de imágenes positivas, incentivo de conductas saludables, normas sociales y compromisos en temas de salud. Se usarán técnicas de comunicación social y tecnología moderna para incentivar la adopción y mantenimiento de estilos de vida favorables y estimular el acceso a los servicios prestadores de salud. Se habrán formulado políticas para evitar la promoción de conductas cuya influencia pueden ser negativas a la salud, como el abuso de bebidas alcohólicas, uso de drogas y la violencia, entre otras.
---	--

7. Integración de Género y Etnia:

El propósito de la iniciativa es contribuir a desarrollar un ambiente político y técnico favorable para la implementación de políticas, planes, programas y servicios que permitan el ejercicio de los derechos de salud de los adolescentes y jóvenes en un marco de equidad de género, de etnia y de inclusión social.²⁵

8. Indicadores de evaluación de la Iniciativa Regional:

Serán diseñados de acuerdo a las necesidades de los 10 países participantes.

9. Organización para el desarrollo de la Iniciativa Regional:

Se contará con un comité técnico integrado por la OPS y SEGIB, con la participación de representantes de ministerios de salud, quienes estarán a cargo de la estructura organizativa, la coordinación y seguimiento de la iniciativa. También promoverá la apropiación de la iniciativa por parte de los 10 países participantes, los términos de procesos de decisión y de procesos operativos, reflejados en un reglamento interno que cubra los aspectos necesarios para el buen funcionamiento de la misma. Se estimarán los costos según los países participantes.

²⁵ OPS/OMS. Plan de Acción Estratégico para la Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2008.

ANEXOS

Anexo 1. Proporción de adolescentes y jóvenes respecto al total de la población de cada país. Proyección al quinquenio 2005 a 2010

País	Proporción de adolescentes y jóvenes respecto al total de la población de cada país				
	Total	Adolescentes		Jóvenes	
		10-14	15-19	20-24	25-29
Antillas Neerlandesas	25.8	8.2	7.2	6.2	4.1
Cuba	26.8	6.7	7.4	6.4	6.3
Barbados	28.1	6.5	7.2	7.2	7.2
Islas Vírgenes	28.8	8.5	8.5	6.8	5.1
Uruguay	29.4	7.6	7.3	7.0	7.5
Puerto Rico	29.4	7.3	7.2	7.5	7.3
Chile	32.7	8.9	8.8	7.9	7.1
Argentina	33.4	8.6	8.4	8.1	8.3
Bahamas	34.3	9.0	8.4	9.0	7.8
Panamá	35.4	9.4	9.2	8.6	8.2
Brasil	35.8	8.6	9.1	9.4	8.7
Suriname	36.0	8.9	9.8	9.8	7.6
Colombia	36.2	9.9	9.2	8.7	8.3
Jamaica	36.5	10.6	9.9	8.8	7.2
Trinidad y Tabago	36.9	7.9	9.7	10.6	8.8
Guyana	37.2	9.0	8.8	9.8	9.6
México	37.4	9.9	9.5	9.0	9.0
Venezuela	37.6	10.1	10.0	9.2	8.4
Costa Rica	37.8	9.8	10.2	9.4	8.3
Santa Lucía	37.8	11.0	9.8	9.8	7.3
República Dominicana	37.8	10.0	10.1	9.6	8.1
Ecuador	37.9	10.4	10.0	9.2	8.3
Perú	38.4	10.6	10.0	9.2	8.7
El Salvador	38.6	10.5	9.6	9.1	9.5
Bolivia	38.7	11.6	10.2	9.0	7.9
Paraguay	39.5	11.6	10.7	9.6	7.7
Guatemala	40.2	12.4	10.7	9.4	7.8
Belice	41.0	11.9	10.4	9.7	9.0
Honduras	41.2	12.3	10.9	9.7	8.3
Haití	41.4	11.2	11.8	10.1	8.2
San Vicente y las Granadinas	41.7	10.0	11.7	10.0	10.0
Nicaragua	42.7	12.3	11.5	10.4	8.5
Iberoamérica	36.4	9.6	9.4	9.0	8.5
América Latina	36.7	9.6	9.4	9.1	8.6
Caribe	34.7	9.1	9.5	8.6	7.5

N= Total estimado en millones de personas por grupos de edad:

Población Total de AL y el Caribe	585.6 millones
10 a 14	55.9
15 a 19	55.0
20 a 24	52.9
25 a 29	49.5

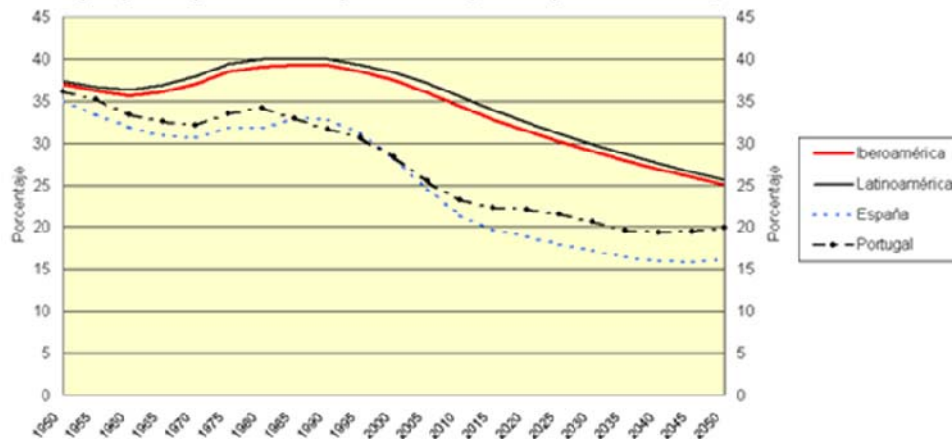
Anexo 2. Concentración de adolescentes y jóvenes quinquenio 2005-2010

Referencia	10-14	15-19	20-24	25-29	Total	%	Acumulado
Brasil	16,663	17,457	18,049	16,375	68,544	32.9	32.9
México	10,858	10,351	9,675	9,531	40,415	19.4	52.4
Colombia	4,709	4,331	4,105	3,884	17,029	8.2	60.5
Argentina	3,456	3,361	3,225	3,268	13,310	6.4	66.9
Perú	2,993	2,810	2,590	2,429	10,822	5.2	72.1
Venezuela	2,717	2,697	2,461	2,230	10,105	4.9	77.0
Chile e/	1,488	1,463	1,322	1,171	5,444	2.6	79.6
Guatemala	1,624	1,380	1,180	953	5,137	2.5	82.1
Ecuador	1,393	1,341	1,227	1,094	5,055	2.4	84.5
Haití	1,051	1,107	943	754	3,855	1.9	86.4
Bolivia	1,121	981	855	750	3,707	1.8	88.1
República Dominicana	919	925	879	745	3,468	1.7	89.8
Los 12 países					186,891	89.8	

Fuente: CEPAL. Población de AL y el Caribe. 2005-2010.

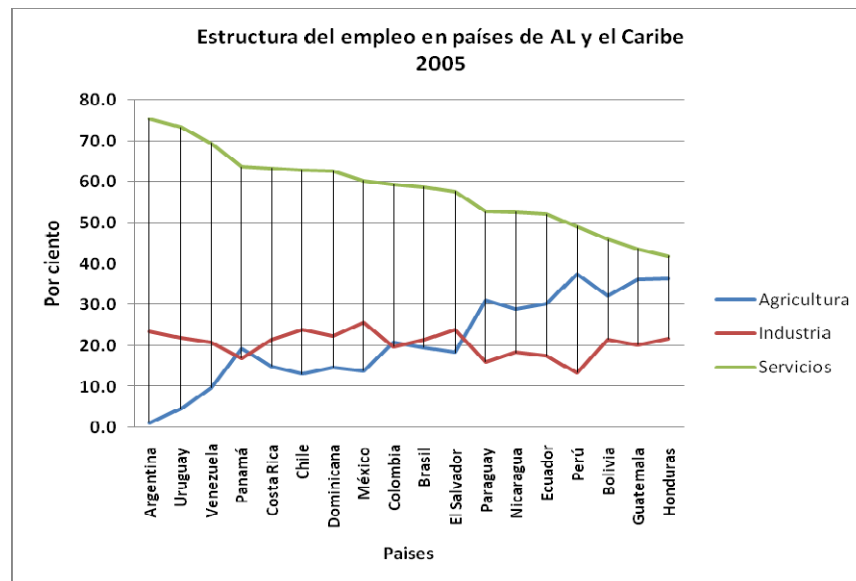
Anexo 3. Estimaciones y proyecciones del porcentaje

Iberoamérica, Latinoamérica, España y Portugal: estimaciones y proyecciones del porcentaje que representa la población joven (10 a 29 años), 1950-2050

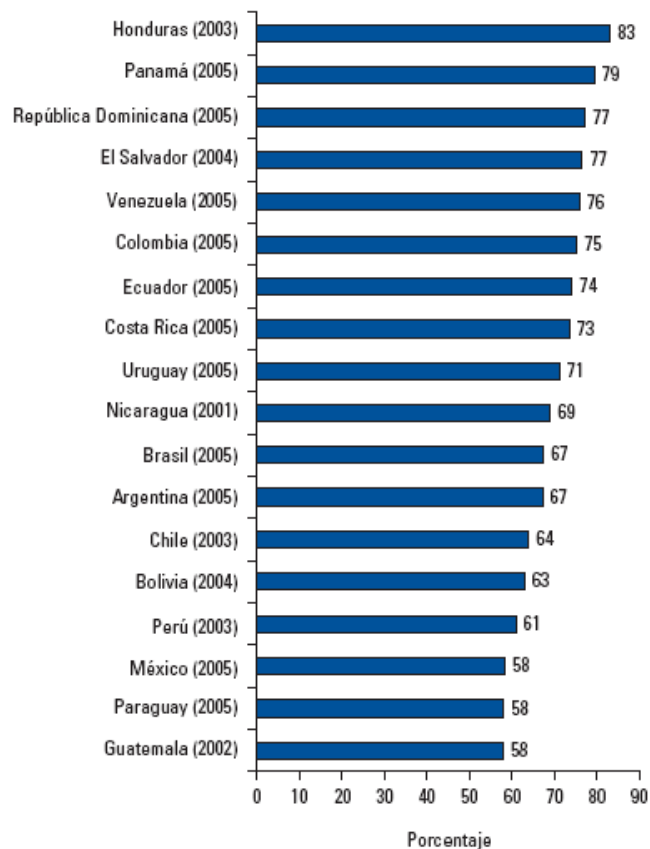


Anexo 4. Empleo en países de AL y el Caribe 2005

Fuente: CEPAL proyecciones de empleo por tipo en AL y el Caribe. 2005-2010



Anexo 5. Ingreso medio de las mujeres como proporción del ingreso de los hombres, países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible.



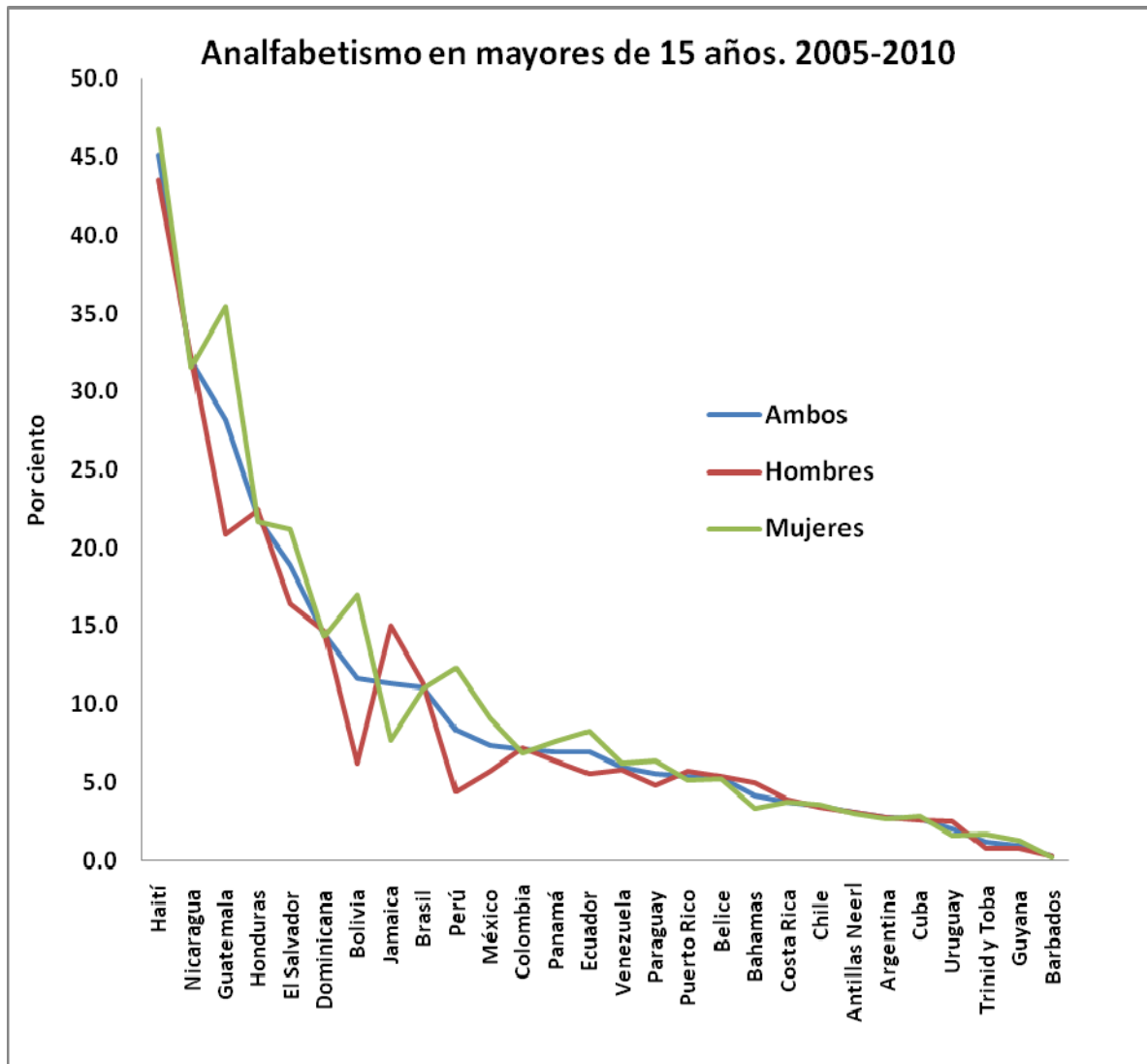
Fuente: CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

Anexo 6. Estructura de empleos de la población 2005-2010

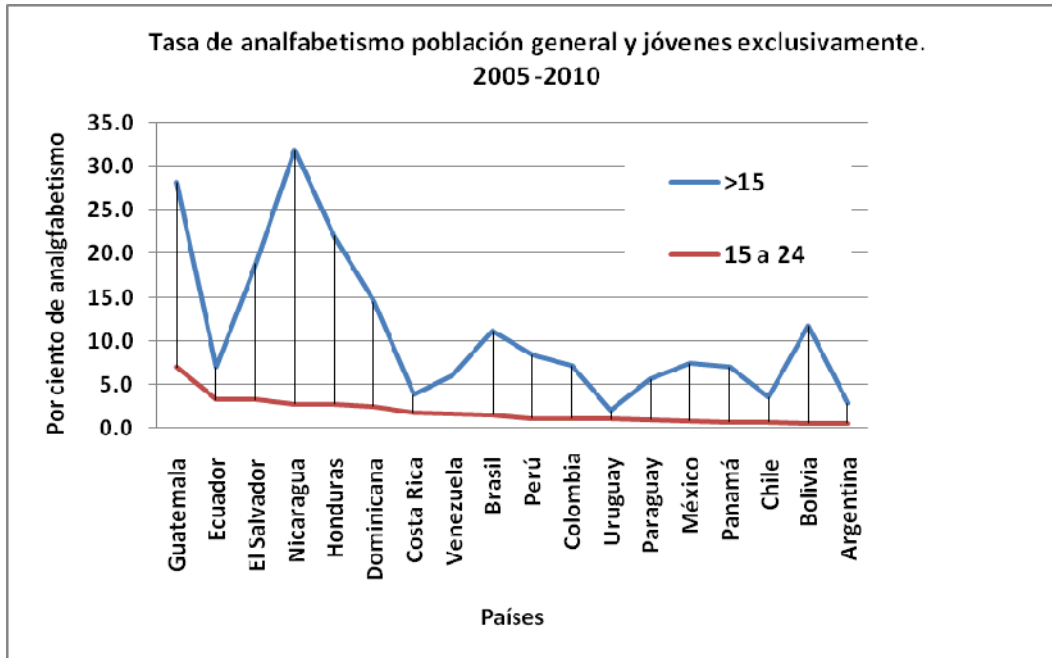
País	Estructura de Empleos de la Población en %. 2005-2010								
	Total			Hombres			Mujeres		
	Agricultura	Industria	Servicios	Agricultura	Industria	Servicios	Agricultura	Industria	Servicios
Argentina	1.1	23.5	75.4	1.5	32.7	65.9	0.6	11.0	88.4
Uruguay	4.6	22.0	73.4	7.1	29.3	63.6	1.5	12.8	85.7
Venezuela	9.7	20.8	69.5	14.4	26.8	58.8	2.0	11.2	86.8
Panamá	19.3	17.0	63.7	26.3	20.6	53.1	6.9	10.9	82.3
Costa Rica	15.0	21.6	63.4	20.6	26.5	53.0	4.7	12.6	82.7
Chile	13.1	23.9	62.9	17.2	31.3	51.5	6.3	11.5	82.2
Dominicana	14.7	22.5	62.8	20.6	26.3	53.1	3.0	14.8	82.2
México	13.9	25.7	60.4	8.0	30.7	51.3	7.3	17.6	75.1
Colombia	20.9	19.8	59.4	30.0	21.8	48.2	7.4	16.7	75.9
Brasil	19.6	21.6	58.8	22.7	27.7	49.6	15.5	13.3	71.2
El Salvador	18.4	23.9	57.7	29.0	25.5	45.5	3.3	21.6	75.1
Paraguay	31.1	16.1	52.8	37.0	20.8	42.2	22.0	9.1	69.0
Nicaragua	29.0	18.4	52.6	41.2	19.3	39.5	10.0	16.9	73.1
Ecuador	30.3	17.6	52.1	33.5	22.4	44.1	25.4	10.1	64.5
Perú	37.5	13.4	49.1	40.7	17.9	41.4	33.4	7.7	58.8
Bolivia	32.3	21.6	46.0	32.5	30.1	37.3	32.1	11.4	56.5
Guatemala	36.2	20.2	43.7	48.2	20.2	31.6	13.9	20.1	66.0
Honduras	36.5	21.8	41.9	50.7	19.9	29.5	8.4	25.4	66.1
Total	21.3	20.6	58.1	26.3	25.0	47.7	11.3	14.2	74.5

Fuente: CEPAL. Proyecciones de población y empleo para 2005-2010

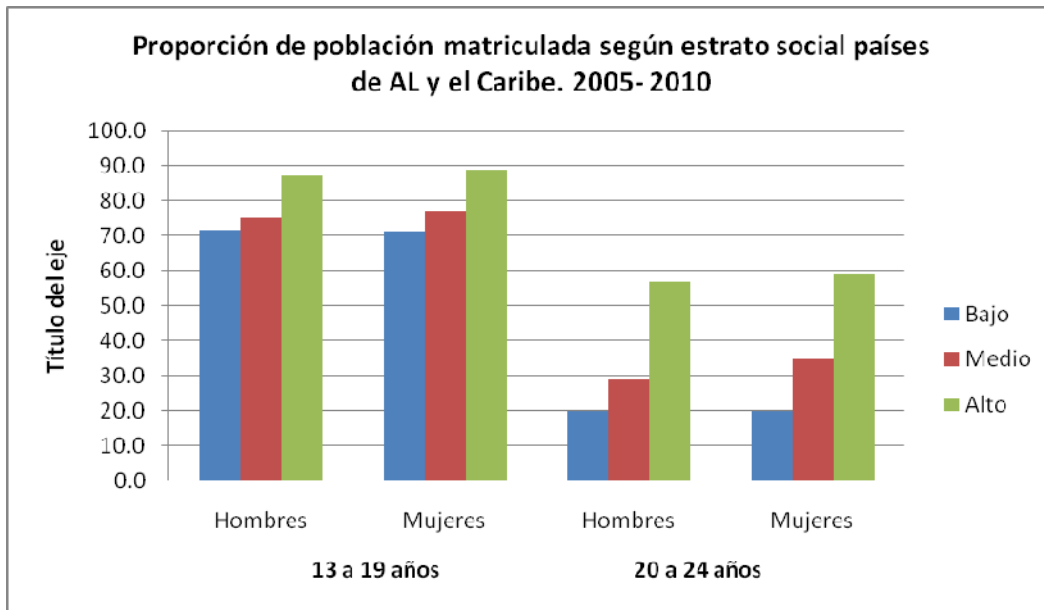
Anexo 7. Analfabetismo en mayores de 15 años. 2005-2010



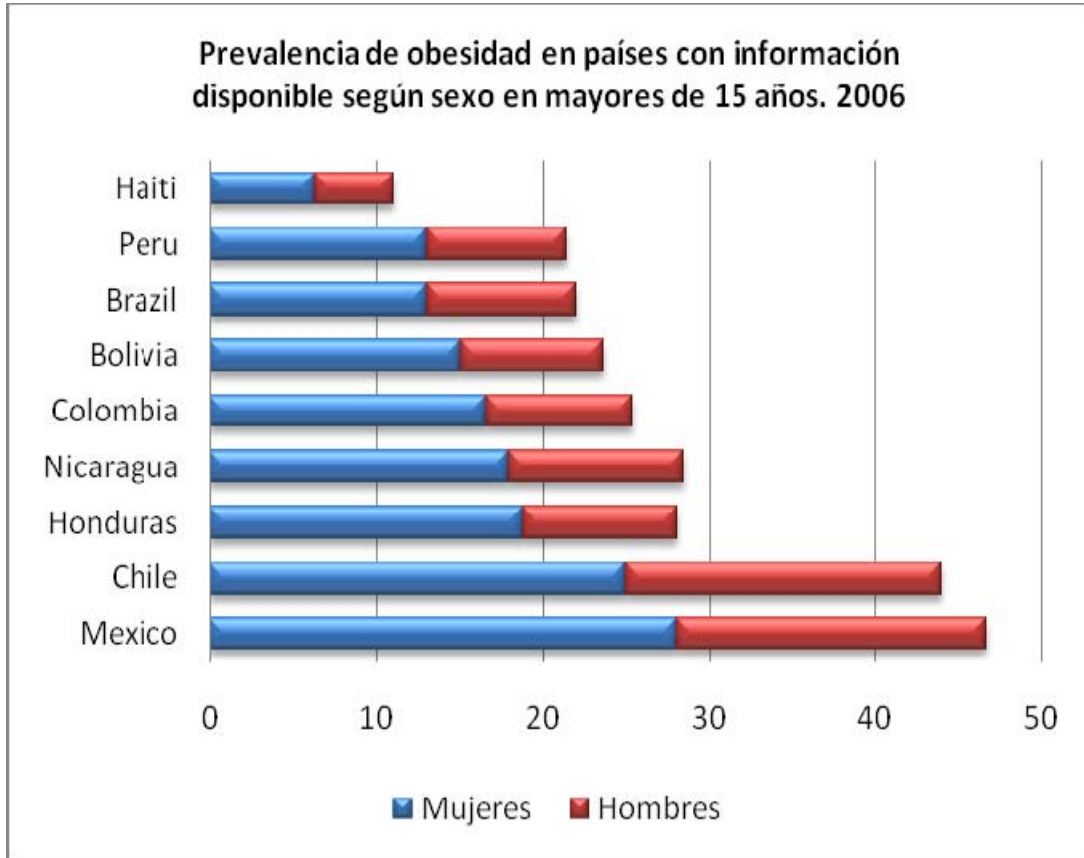
Anexo 8. Tasa de analfabetismo población general y jóvenes exclusivamente.



Anexo 9. Proporción de población matriculada según estrato social



Anexo 10. Prevalencia de obesidad en países según sexo en mayores de 15 años. 2006



Anexo 13. Nivel de manejo del aborto en países con información 2007.

Nivel de manejo del aborto en países con información 2007

País	Nivel de aceptación del aborto
Haiti	I
Honduras	I
Dominican Republic	I
El Salvador	I
Guatemala	I
Panamá	I
Venezuela	I
Brazil	I
Paraguay	I
Chile	I
Nicaragua	I
Peru	II
Argentina	II
Uruguay	II
Ecuador	II
Costa Rica	II
Bolivia	II
Trinidad and Tobago	III
Jamaica	III
Colombia	III
Mexico	IV
Cuba	V

Nivel I= Para salvar la vida de la mujer o prohibido.

Nivel II= Para preservar salud física o la vida de la mujer

Nivel III= Para preservar la salud mental y las anteriores.

Nivel IV= Incluye la evaluación de factores socioeconómicos de la mujer.

Nivel V= Sin restricciones

Anexo 14.

Mortalidad en población de 15 a 24 años según sexo. Iberoamérica. Dato disponible.

País	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Razón Hombre/Mujer
Colombia 1998	212	83	338	4.1
Venezuela 2000	171	59	280	4.7
El Salvador 1999	164	122	206	1.7
Brasil 1998	153	76	230	3.0
Nicaragua 2000	148	100	197	2.0
Ecuador 2000	119	97	141	1.5
Perú 2000	112	78	145	1.9
República Dominicana 1998	104	82	125	1.5
México 2000	101	53	149	2.8
Panamá 2000	87	53	119	2.2
Uruguay 2000	85	44	124	2.8
Chile 1999	74	36	111	3.1
Argentina 97	73	48	97	2.0
Costa Rica 2001	66	34	97	2.9
América Latina y el Caribe	134	68	198	2.9
España 2001	49.3	24.5	72.9	3.0

Fuente: La Juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias. CEPAL. 2004.