



**ENCUENTRO
INTERNACIONAL
SOBRE SALUD
ADOLESCENTE**

*16-19 de Mayo de 1995
Cartagena de Indias (COLOMBIA)*



PROGRAMA REGIONAL DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DE LA
JUVENTUD EN AMÉRICA LATINA 1995-2000 (PRADJAL)



UNFPA FNUAP

United Nations
Population Fund

Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ORGANIZACIÓN
IBEROAMERICANA
DE JUVENTUD



Viceministerio de la Juventud
Ministerio de Educación Nacional
REPÚBLICA DE COLOMBIA





ENCUENTRO INTERNACIONAL SOBRE SALUD ADOLESCENTE

*16-19 de Mayo de 1995
Cartagena de Indias (COLOMBIA)*



Edita: Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).
Secretaría Ejecutiva.

Diseño y maquetación: Grafismo, S. L.

Fotografías obtenidas del banco fotográfico del diario EL PAIS.

Impresión:

Depósito Legal:

Queda autorizada la reproducción total o parcial de los documentos incluidos en esta publicación, siempre que se cite su procedencia.

I N D I C E

PRESENTACIÓN

Por una vida mejor para los jóvenes latinoamericanos. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente.	5
--	---

INTRODUCCIÓN

LA SESIÓN INAUGURAL

• Palabras de Bienvenida del Alcalde Mayor de Cartagena, Sr. D. Guillermo Paniza Ricardo.	11
• Palabras de Bienvenida de la Viceministra de Juventud de Colombia, Sra. D ^a Adelina Covo de Guerrero.	13
• Discurso del Presidente de la Organización Iberoamericana de Juventud, Sr. D. Ernesto Rodríguez.	17
• Intervención del Representante de la Organización Panamericana de la Salud, Sr. D. João Yunes.	21
• Discurso de Apertura Oficial del Encuentro a cargo de la Primera Dama de la República de Colombia, Excm. Sra. D ^a . Jaquín de Samper.	23

EL COMPROMISO DEL UNFPA

• La salud de los jóvenes y los adolescentes: La conferencia internacional sobre la población y el desarrollo de El Cairo.	27
--	----

LOS DOCUMENTOS BASICOS

• ESTILOS DE VIDA Y JUVENTUD, Dr. José Antonio Infiesta.	33
• SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES: LOS DESAFÍOS DE ACCESO Y CALIDAD, Dra. Elsa Moreno.	41
• LA SALUD REPRODUCTIVA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Sra. D ^a Ana Angarita.	53
• LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA FASE JUVENIL, Sra. D ^a Dina Krauskopf.	69
• LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN EN LOS JÓVENES, Dr. Maurizio Mannocci.	81

LAS MESAS REDONDAS

LAS EXPERIENCIAS NACIONALES: LOS CASOS DE BRASIL, CHILE, COLOMBIA Y COSTA RICA

• O PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE (PROSAD) NO BRASIL, Dra. Olga Maria Bastos.	91
• LA SITUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA Y DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL ADOLESCENTE EN CHILE, Dr. Jaime Sepúlveda.	95
• PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADOLESCENTE DEL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, Sra. D ^a Monserrat Muñoz.	101
• PROYECTO DE EDUCACIÓN SEXUAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS EN COLOMBIA, Sra. D ^a Carmensa Velez.	107
• EL PROGRAMA NACIONAL DE ADOLESCENTES DE COSTA RICA, Dr. Alberto Morales Bejarano.	115

LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES:

LOS CASOS DEL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, LA FUNDACIÓN PATHFINDER INTERNATIONAL Y LA ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE JUVENTUD.

- LA HETEROGENEIDAD DEL MUNDO JOVEN Y LA SALUD REPRODUCTIVA:
UNA VISIÓN DEL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 121
Sr. D. O. J. Sikes.
- EL PROGRAMA DE ADOLESCENCIA DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y POBLACIÓN
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 125
Sra. D.^a María Elena Ruzany.
- LA FUNDACIÓN PATHFINDER INTERNATIONAL:
LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES, 129
Sr. D. Carlos Aramburu.
- LA PROPUESTA DE LA ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE JUVENTUD, 137
Sr. D. Ernesto Rodríguez.

LOS ACTORES Y AREAS DE INTERVENCIÓN

- LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES:
LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN PARA ADULTOS JÓVENES (CORA) DE MEXICO, 145
Dra. Anameli Monroy.
- UNA OPINIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL:
LA NECESIDAD DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DESTINADOS A LOS Y LAS ADOLESCENTES, 149
Sra. D.^a Susana Goldós.
- LA VISIÓN DE LOS JÓVENES, 151
Sra. D.^a Ximena Aguirre.
- LA ÓPTICA DESDE LA EDUCACIÓN, 157
Sr. D. Pedro Guerrero.

LOS GRUPOS DE TRABAJO 167

DOCUMENTO FINAL: UN PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES 175

LA SESIÓN DE CLAUSURA

- Discurso de la Viceministra de Juventud de Colombia, 193
Sra. D.^a Adelina Covo de Guerrero.
- Discurso del Director Regional para América Latina de la Fundación Pathfinder International, 195
Sr. D. Carlos Aramburu.
- Discurso del representante de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas, 197
Sr. D. Martín Hopenhayn.
- Discurso del representante de la Organización Panamericana de la Salud, 199
Dr. Solum Donas.
- Discurso de la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 201
Sra. D.^a Mercedes Borrero.
- Discurso del Presidente de la Organización Iberoamericana de Juventud, 203
Sr. D. Ernesto Rodríguez.
- Discurso del Excmo. Sr. Ministro de Salud de Colombia, 205
D. Alonso Gómez Duque.

DOCUMENTOS ANEXOS

- Declaración de Intenciones. 209
- Convenio Organización Iberoamericana de Juventud / Fondo de Población de las Naciones Unidas. 211
- Directorio Oficial de Participantes. 215

POR UNA VIDA MEJOR

PARA LOS JOVENES LATINOAMERICANOS

Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente

Los aspectos relacionados con la salud de los jóvenes y adolescentes de América Latina requieren de una atención especial por parte de los gobiernos de la región, de los organismos internacionales y de la sociedad en general.

En efecto, esta exhortación ética adquiere mayor vigencia en momentos en que la humanidad se encuentra conmocionada por los efectos derivados de la propagación del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y del SIDA, particularmente en los niños y los jóvenes, a lo cual se unen otros fenómenos sociales tales como la persistencia de las enfermedades de transmisión sexual, el aumento de los embarazos precoces en adolescentes y el penoso incremento de los índices de mortalidad de las mujeres jóvenes provocados por los abortos ilegales.

No menos graves son los efectos del consumo creciente de sustancias psicotrópicas en la población joven y la presencia cada vez más evidente de fenómenos relacionados con el narcotráfico y las adicciones en la sociedad actual, como tampoco menor gravedad reviste el aumento de las muertes producidas por accidentes de tráfico y otras manifestaciones de violencia, que la mayor parte de las veces se encuentran relacionadas con el abuso del alcohol. Adicionalmente preocupantes son los episodios vinculados con las muertes de jóvenes por suicidios, que manifiestan de manera dramática la precariedad o ausencia de programas específicos destinados a atender de manera sistemática la salud mental de los jóvenes.

Surge pues, de modo cada vez más imperativo, la necesidad de reaccionar con políticas eficaces destinadas a recuperar terreno en el ámbito de la atención a la salud integral de las nuevas generaciones.

Con mayor insistencia, estos problemas demuestran tener identidad propia y de por sí justifican una acción concertada, a todos los niveles, entre los gobiernos y sus instituciones. Su entidad es también lo suficientemente significativa como para avalar la

puesta en marcha de estrategias que involucren a la sociedad en su conjunto, en particular a las organizaciones no gubernamentales, mediante programas adecuados e innovadores que garanticen resultados tangibles. En este contexto, las estructuras responsables de juventud de la región deben también jugar un rol protagónico, insertándose activamente en este proceso, coordinando y movilizándolo al conjunto de los actores institucionales, con la finalidad de contribuir a erradicar los obstáculos que condicionan el desarrollo de prácticas saludables de vida y con el propósito de prevenir las conductas de riesgo a que están expuestas las nuevas generaciones.

Inicialmente y con este espíritu, la VI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Juventud, celebrada en 1992 en Sevilla, España, incluyó entre sus temas centrales de análisis y de resolución aquellos relacionados con la salud de los jóvenes. Posteriormente, el tema ha sido incluido como uno de los ejes centrales del Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América Latina (PRADJAL), aprobado por la IV Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Cartagena de Indias, Colombia, en 1994. En dicha oportunidad, los gobernantes iberoamericanos acordaron encajear a la Organización Iberoamericana de Juventud la ejecución del mencionado PRADJAL.

En septiembre de 1994, en El Cairo, Egipto, las Naciones Unidas convocaron la celebración de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo. El Programa de Acción aprobado por los participantes incluyó, entre otros aspectos relevantes, un conjunto de recomendaciones orientadas al establecimiento de políticas y programas que brindarán una atención preferente a las nuevas generaciones en las estrategias destinadas a salvaguardar los derechos y la salud reproductiva de la población, así como también lo que dice relación con la prevención del VIH y del SIDA. No menor fue la preocupación expresada por esta Conferencia sobre los problemas que afectan a las mujeres jóvenes, tales como los riesgos del embarazo precoz y la mortalidad como consecuencia de prácticas abortivas sin medidas profilácticas adecuadas.



ENCUENTRO
INTERNACIONAL
SOBRE SALUD
ADOLESCENTE

Amparados por las orientaciones de estos dos instrumentos guías para el desarrollo de políticas de juventud y de población -el PRADJAL y el Programa de Acción de la Conferencia de Población-, la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), resolvieron integrar sus esfuerzos para dar respuesta a sus respectivos mandatos institucionales. Para ello coincidieron en proponer la celebración de un Encuentro Internacional que, junto con analizar las problemáticas específicas, ofreciera un escenario amplio para el diálogo del conjunto de actores institucionales y, consecuentemente, articular una actuación concertada en torno a una plataforma conceptual común. A este esfuerzo se unieron como colaboradoras otras instituciones relevantes en la temática, tales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) y el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas (UNDCP).

Gracias a la generosa oferta del Gobierno colombiano, a través del Viceministerio de la Juventud de ese país, fue convocado en Cartagena de Indias, entre los días 16 y 19 de mayo de 1995, el Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente.

El Encuentro, tanto por la calidad de sus participantes como por la elevada participación institucional congregada, puede definirse como la iniciativa más importante en estos dominios celebrada en el curso de la última década.

Las instituciones promotoras de este esfuerzo no podemos sino sentirnos halagadas y satisfechas por los resultados obtenidos. El alto valor de las ponencias presentadas y el Plan de Acción aprobado permitirán identificar con mayor nitidez las políticas y los programas relacionados con la salud de los jóvenes y adolescentes a ejecutarse en el curso de los próximos años.

Marisela Padrón

Jefa Regional Fondo de Población de las Naciones Unidas

Adelina Covo de Guerrero

Viceministra de Juventud República de Colombia

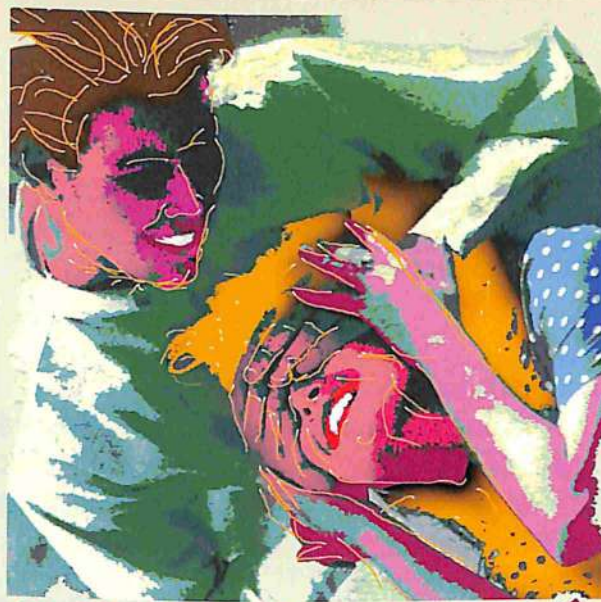
Es un deber para nuestras instituciones felicitar a los delegados de los Ministerios de Salud, de los organismos oficiales de juventud, de las instituciones no gubernamentales, de las asociaciones de jóvenes, de los organismos internacionales y a los expertos participantes, por la entrega, solvencia profesional y disponibilidad que manifestaron durante las jornadas de trabajo que nos reunieron en Cartagena de Indias.

La presente Memoria da cuenta del trabajo realizado. Tenemos la certeza que ella permitirá contar con un valioso instrumento de trabajo para quienes operan en el ámbito de la salud de los jóvenes y adolescentes en América Latina, que les ayudará a despejar dudas y a hacer más eficiente su labor en el marco de una estrategia concertada, que auguramos será capaz de responder adecuadamente a los desafíos que hoy nos impone una realidad marcada por profundas incertidumbres sociales.

Estamos convencidos que esfuerzos multisectoriales y multilaterales de esta naturaleza permiten contribuir a la edificación de una mejor calidad de vida para los jóvenes latinoamericanos, en el contexto de una sociedad que tiene el deber de ofrecer una perspectiva de vida más feliz y de mayor equidad y sostenibilidad para todos sus ciudadanos.

Miguel Angel Briones

Secretario Ejecutivo Organización Iberoamericana de Juventud



INTRODUCCIÓN

El Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, celebrado en Cartagena de Indias (Colombia) entre los días 16 y 19 de mayo de 1995, ha sido un importante foro de consulta y análisis de aquellos aspectos centrales que afectan a las políticas de juventud en el ámbito de la salud de la población de jóvenes y adolescentes de América Latina.

La Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Viceministerio de la Juventud de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), actuaron como instituciones organizadoras de esta iniciativa, contando con la notable colaboración técnica de la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Fundación Pathfinder International.

El Encuentro Internacional contó con una nutrida presencia de técnicos, investigadores y especialistas de la región iberoamericana en materia de salud adolescente, garantizándose, en todos los casos, al menos dos representantes por país procedentes de las instituciones gubernamentales de juventud y de los ministerios de salud pública. En no pocos casos, la delegación de cada país incorporó delegados de organizaciones no gubernamentales especializadas y de plataformas y consejos nacionales de la juventud. A este contingente ha de sumarse la destacada presencia de funcionarios de agencias multilaterales y de cualificados investigadores de fundaciones y organismos internacionales.

Tras la solemne sesión inaugural, en la que la apertura oficial del Encuentro corrió a cargo de la Excm. Sra. Jaquín de Samper, Primera Dama de la República de Colombia, tuvo lugar la Ponencia Marco presentada por la Sra. Marisela Padrón, Jefa Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Esta exposición magistral contextualizó y enmarcó las diversas categorías de conceptualización que serían tratadas posteriormente a lo largo de las distintas intervenciones y en el curso de los debates.

El desarrollo del Encuentro Internacional se integró en cuatro líneas de análisis que corresponden a los bloques temáticos del Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América Latina (PRADJAL), impulsado por la OIJ. Estas son: "Estilos saludables de vida", "Acceso oportuno a los servicios de salud", "Salud sexual y reproductiva", y "Conductas de riesgo".

Cada línea de análisis temático fue introducida por diversos especialistas a través de la elaboración y presentación de la correspondiente ponencia.

El primer ponente, el Dr. José Antonio Infiesta, Coordinador de la Escuela Andaluza de Salud Pública de España, planteó diversas técnicas metodológicas para aproximarse a la promoción de estilos saludables de vida, entendiendo las condiciones de salud de los jóvenes y adolescentes en un sentido integral que, en su diagnóstico y respuesta, se encuentra estrechamente ligado a los modos de vida que habitualmente practica esta población.

La Dra. Elsa Moreno, Profesora de Salud Pública de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina, una de las principales autoridades académicas en materia de Salud Adolescente en América Latina, aportó sugerentes reflexiones en torno a la problemática derivada del acceso oportuno de los jóvenes a los servicios de salud, subrayando las dificultades detectadas y planteando líneas de trabajo de naturaleza propositiva para superar las limitaciones identificadas.

El desafío de la salud reproductiva fue objeto de un detallado análisis por parte de la Sra. Ana Angarita, Oficial de Programas para América Latina del Fondo de Población de las Naciones Unidas, abordando diversos elementos de naturaleza promocional, preventiva, informativo, etc. La ponencia fue comentada por el Dr. Alfredo Guzmán, representante para América del Sur de la agencia especializada Pathfinder International, que complementó las aportaciones realizadas por la Sra. Angarita incorporando determinados aspectos de carácter aplicado fruto de experiencias contrastadas en la práctica.

La temática relativa a las conductas de riesgo fue analizada en profundidad por la Sra. Dina Krauskopf, Consultora de la OPS/OMS y especialista en materias de juventud, quien planteó los enfoques y las técnicas metodológicas más novedosas utilizadas al respecto. Esta intervención fue seguida de una interesante exposición, abocada centralmente en el desafío de las adicciones y en la utilización indebida de drogas, por parte del Dr. Maurizio Mannocci, Subdirector del Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización y Control de Drogas (UNDCP) en Colombia.

De forma complementaria se realizaron tres Mesas Redondas orientadas a enfocar las temáticas globales propuestas desde diversas ópticas y ámbitos de actuación. El panel relativo a "Experiencias Nacionales" supuso la presentación de cinco estudios de caso específicos, cuyos elementos centrales, en términos de resultados y dificultades, fueron de gran utilidad para conocer los avances programáticos existentes y su eventual replicabilidad en el ámbito de la salud de los adolescentes.

La Mesa Redonda sobre "Experiencias Internacionales" abordó los contenidos, metodologías y estrategias de implementación que, desde el punto de vista y la práctica de diversas agencias internacionales de desarrollo, tienen y/o deben tener las aplicaciones de las políticas, programas y proyectos que afectan a la salud de jóvenes y adolescentes en América Latina.

Los expositores que participaron en el panel "Actores y áreas de intervención", analizaron los núcleos temáticos propuestos incorporando interesantes elementos de reflexión y análisis desde la óptica de los movimientos sociales y la sociedad civil organizada; desde los medios de comunicación, enfatizando su creciente rol como agentes de socialización en la sociedad moderna; desde el ámbito educativo, ante la permanente necesidad de reforzar y repensar sus estrategias y potencialidades; desde, en fin, el movimiento juvenil asociado cuyas aportaciones devienen imprescindibles en todo el ciclo programático de intervención en materia de salud de jóvenes y adolescentes.

Con un formato de talleres de análisis, se organizaron grupos de trabajo según los cuatro bloques temáticos, a los que se incorporaron los participantes en función de su afinidad profesional con los aspectos tratados.

Asimismo y en base a un sólido documento propuesto por el Sr. Martín Hopenhayn, Consultor de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), se elaboró el Plan de Acción que recoge el consenso sobre los acuerdos y compromisos de actuación en este ámbito.

Basándose en las ponencias presentadas, en las intervenciones realizadas en los paneles de experiencias internacionales, nacionales y de actores sociales así como en las reflexiones y propuestas vertidas en los grupos de trabajo, se fueron elaborando las conclusiones correspondientes a cada bloque temático, cuyo resultado final fue incorporado a la versión definitiva del Plan de Acción.

Finalmente, las agencias internacionales asistentes convinieron en suscribir una Declaración de Intenciones para dar seguimiento a las iniciativas que se deriven del Plan de Acción y constituirse en Comité de Enlace a esos efectos.



LA SESIÓN INAUGURAL



La 1ª Dama de Colombia, Sra. Dña. Jaquín de Samper, acompañada por el Presidente de la OIJ y por la Viceministra de Juventud de Colombia.

PALABRAS DE BIENVENIDA DEL ALCALDE MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS, Sr. D. GUILLERMO PANIZA RICARDO

Me corresponde, como Alcalde Mayor de Cartagena, dar la bienvenida a este importante evento a un grupo de destacadas personalidades que en América Latina se preocupan por un tema tan fundamental como es el de la salud de la población joven, encabezado por la Primera Dama de nuestro país, D^a Jacquin de Samper, quien instala oficialmente este Foro, y por la Viceministra para la Juventud, Adelina Covo de Guerrero, oriunda de esta ciudad.

Me complace mucho participar como anfitrión de este importante evento, en el cual se tratarán temas relacionados con la salud de un sector que es, ni más ni menos, que el presente y el futuro de América Latina: los jóvenes. Tengo perfecta conciencia de que el Gobierno del Presidente Samper ha sido un defensor ferviente de las políticas en favor de la juventud; no en vano su propuesta y creación de un viceministerio para la juventud, que en nuestro país representa casi el 40% de la población, con gente menor de 18 años, según estadísticas del último censo realizado, y que en América Latina representa la más alta población existente considerando rangos de edad.

Sin embargo, podemos afirmar también que es precisamente entre la juventud donde se presentan los mayores problemas de salud de todos los grupos de población en el concierto latinoamericano, razón que justifica la necesidad imperante de aunar esfuerzos, tanto del sector público como del privado, para que se adelanten acciones concertadas con resultados concretos en materia de salud para los adolescentes.

Cartagena registra índices muy preocupantes de deficiencias de salud entre su población joven, los cuales se acrecientan aún más debido a las gravísimas consecuencias de tener que vivir en ambientes altamente contaminados, como le sucede a mucha parte de la población joven de nuestra ciudad. Y es que en Cartagena existen dos ciudades: una, aquella hermosa ciudad colonial, patrimonio histórico de la humanidad, de la cual todos sentimos un gran orgullo, y esa otra Cartagena donde gran parte de la población alcanza los más altos índices de pobreza del país, y donde existen zonas en que la muer-

te promedio de un niño-día impide que exista un joven más. Es allí donde nuestro mayor compromiso se da, y cuando digo nuestro quisiera incluir a todos los aquí presentes por ofrecer a la gran población joven que allí subsiste -ya que difícilmente puede llamarse de otro modo-, acceso oportuno y eficiente a los servicios de salud ya no solamente básicos sino concretos y de prevención, que eviten la propagación de epidemias y enfermedades típicas hoy de la población joven. Ya no sólo se trata de ofrecer los servicios básicos de salud sino de un proceso que permita el desarrollo de modos saludables de vida; de tener acceso a la información permanente, herramienta fundamental de los procesos de salud de hoy, y una actitud sana de parte de los jóvenes, producto de una educación adecuada que los anime a llevar una vida responsable.

Los tiempos han cambiado de tal forma la manera de mirar y entender los problemas de la salud, que difícilmente podemos aceptar que el esquema tradicional de atención pueda aún subsistir cuando la especialización de la especialización en temas de salud, y perdonen la redundancia, es cada día mayor. Hoy influencias como las de la droga y la sexualidad entre la población joven obligan a una mayor atención, información y especialización de las acciones. Pero no quiero extenderme más en un tema que será ampliamente discutido en este foro, en el que estoy seguro de que los propios jóvenes -y esto debe ser reconocido como algo tan importante como los planteamientos de los expertos-, darán a conocer sus puntos de vista y sus experiencias individuales y colectivas en el ámbito de la salud. Bienvenidos, pues, todos ustedes a esta ciudad dispuesta a la reflexión y al análisis en favor de quienes, como ningún otro grupo de la población, encarnan la esperanza de nuestros pueblos.

PALABRAS DE BIENVENIDA

DE LA VICEMINISTRA DE JUVENTUD DE COLOMBIA,

Sra. Dña. ADELINA COVO DE GUERRERO

Quiero dar la bienvenida, en nombre del gobierno colombiano, a todos los delegados asistentes a este importante evento y celebrar la participación de los delegados colombianos, al tiempo que quiero destacar la invaluable labor que viene desarrollando la Organización Iberoamericana de Juventud (O.I.J.) para lograr la integración de los programas de juventud de los países iberoamericanos.

Celebro de manera especial que esta conferencia se esté llevando a cabo en Cartagena de Indias, ciudad amable de Colombia, que hoy acoge, como sólo ella sabe hacerlo, a los dirigentes y funcionarios encargados de la juventud de todos los países iberoamericanos. Nunca antes se había reunido en Colombia un auditorio tan especializado en el tema de juventud como éste que hoy nos convoca, ni con un selecto grupo de conferencistas como el que tendremos oportunidad de escuchar aquí durante esta semana en un tema tan interesante y de tanta vigencia como es el de la salud de nuestra gente joven.

Se dice a menudo que los jóvenes tienen grandes dificultades de adaptación, que algunos psicólogos definen como la verdadera crisis de identidad del adolescente, pero lo que debemos saber es que estos problemas no se originan en el desarrollo psicofísico del muchacho, sino que se derivan de su relación con el entorno cultural. Es evidente que en este proceso de crecimiento del joven se origina, de manera casi inevitable, la confrontación de poderes entre éstos y las personas mayores, encarnadas éstas en los padres, en los maestros, en los religiosos, en los militares y, por qué no decirlo, en el gobierno. A esta confrontación el muchacho responde con una protesta que se ve representada en esas costumbres que tan celosamente desarrollan: uso de una moda diferente, a veces hasta un poco estrambótica; escuchar una música que rompe con el esquema de los mayores; utilización de un lenguaje extraño que generalmente incluye palabras que los mayores no entienden, pero muy especialmente la formación de grupos pares, más conocidos como parches, combos, pandillas, etc.

Aunque la adolescencia coincide con la aparición de la pubertad, su prolongación y duración dependen del ambi-

to social donde habite el joven. En algunas culturas esta etapa de la vida del hombre es prácticamente inexistente, como lo demostró Margaret Smith en sus estudios realizados en Samoa. En América Latina podemos ver en los estratos más populares que la adolescencia es de muy corta duración, mientras que en los estratos altos se prolonga mucho más allá de los veinte años.

Son muchos los factores que podrían explicar este desarrollo desigual en nuestra sociedad; por ejemplo, en los sectores pobres, la necesidad de los jóvenes de salir a ganarse la vida desde muy temprano o el embarazo precoz, la mayoría de las veces indeseado; el abandono del hogar por maltrato doméstico, lo que obliga a muchos niños a afrontar desde muy pequeños la dura realidad de la calle; la prostitución infantil y juvenil, un fenómeno aberrante ante el que nuestra sociedad no ha querido abrir los ojos; los desplazamientos causados por la violencia en ciertas zonas rurales; el problema del narcoconsumo, que no sólo ya está entrando en nuestros países sino que ha generado el de la narco-producción y el del narcotráfico, que desafortunadamente ha involucrado a algunos de nuestros jóvenes.

Al lado de esta situación, el bienestar de la clase alta y media alta permite educar a los hijos rodeados de mayores comodidades, asistir a las mejores universidades, llegar en algunos casos a las especializaciones de postgrado, aunque a pesar de ello se presenta en estos grupos otro tipo de problemas característicos de la adolescencia, que en no pocas oportunidades coinciden con los de las clases populares.

Conscientes de esta problemática y asumiendo (de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud) que la salud no es solamente la ausencia de la enfermedad sino el completo bienestar físico, psíquico y social de las personas, hemos centrado el principio fundamental de la política de juventud del gobierno, a cargo de este Viceministerio, en el reconocimiento del joven como sujeto de derechos y deberes, y a la vez poseedor de un gran potencial. Es por ello que consideramos que el papel del Estado consiste en garantizar el respeto por estos derechos, así como generar condiciones propicias para el desarrollo



*Dña. Adelina Covo de Guerrero,
Viceministra de Juventud de Colombia,
se dirige a los participantes durante la
sesión inaugural.*

de ese gran potencial que hemos denominado como la formación de un ciudadano pleno, sin tener en cuenta su sexo, raza, condición económica, religión o creencia, de manera que contribuyamos a formar un hombre solidario al servicio de nuestra sociedad y de nuestra gente.

Por otra parte, los jóvenes constituyen el 27% de la población colombiana y son la fuerza más importante con que contamos para el desarrollo del país, para la modernización social y económica y para la construcción de la democracia y de la paz, especialmente de la paz, por haber sido tan esquiva para nosotros los colombianos. Ejecutar una política de juventud coherente y bien estructurada constituye hoy un tema importante en la agenda de muchos gobiernos de los países de América Latina que comparten retos similares al de Colombia, por lo que los esfuerzos de integración económica y cultural en marcha hacen necesario disponer los lineamientos comunes y las posibilidades de intercambios de experiencias dentro de todos los países iberoamericanos en materia de juventud.

Siguiendo ese orden de ideas, los objetivos de este Viceministerio de la Juventud a mi cargo se centran en la promoción de oportunidades para el desarrollo de los intereses de los jóvenes, de modo que sirvan de instrumentos efectivos para su propio enriquecimiento personal y espiritual, así como a su inserción pacífica y amable en la sociedad, en la vida civil, democrática y laboral, de tal manera que contribuyan al engrandecimiento del país ejerciendo el respeto por los demás y los derechos humanos.

Es por ello, por ese gran respeto que profesamos hacia el joven, que nuestro programa se ha estructurado con base en la concertación con los mismos muchachos. Así lo vienen haciendo los alcaldes y gobernadores, que han entendido la bondad de este proyecto y que se han involucrado en él, considerándolo como un aspecto vital de su programa de gobierno. El objetivo final de la política de juventud es contribuir a formar un hombre más participativo y bien involucrado en el desarrollo de su comunidad, por lo que hemos comprendido que no es suficiente con extender la cobertura y la calidad de los programas del Estado a la juventud en forma unilateral, sino que hay que hacer a los muchachos partícipes desde la elaboración de un diagnóstico hasta la formulación de los planes de acción y la ejecución de estos mismos.

De tal manera se complementa la acción del sistema educativo, contribuyendo con el otorgamiento de esta responsabilidad a la formación del joven como ciudadano y no sólo como estudiante. Esto implica apoyar todas las oportunidades que, generadas en el sistema educativo, trasciendan el espacio de las aulas para vincularse a otros espacios de la vida del joven y de la comunidad tales como el servicio social, las becas, la vinculación a la vida económica, la tarjeta joven que lanzará próximamente el Presidente Samper, las casas de la juventud, que son el escenario para iniciar y mantener el programa con los jóvenes, los programas de promoción juvenil y la prevención integral tanto para la población escolarizada como para aquella que no tiene acceso al sistema educativo.

Para este Viceministerio es fundamental la promoción de la salud en el grupo juvenil mediante acciones de formación, capacitación, diseño, elaboración y distribución de los materiales educativos, acceso a los servicios de atención en salud, estímulo a la realización de investigaciones sobre la condición de la juventud en diferentes regiones del país y otros aspectos fundamentales del manejo de la salud adolescente, tema central de esta conferencia que hoy nos convoca.

Es así como le damos un apoyo decisivo y decidido a la educación sexual dentro y fuera de la escuela, para lo que se desarrollan diversas propuestas de trabajo que vinculan a la comunidad educativa, a los padres y a las madres de familia, a los medios de comunicación, así como a las organizaciones juveniles mismas. Por otra parte, dentro de nuestras políticas, está la promoción de la recreación, la cultura y el deporte como elementos fundamentales para el pleno bienestar de la juventud. En cuanto a la justicia y a los derechos humanos de los jóvenes, la acción del Viceministerio de la Juventud, en cooperación con los organismos competentes, se orienta a garantizarlos por parte de los cuerpos armados del Estado, inculcando de manera especial el respeto al derecho a la vida de los jóvenes.

Este programa que coordinamos nosotros en Colombia no puede aislarse dentro del contexto iberoamericano, por lo que es de gran interés para nosotros la realización de conferencias como ésta que se inicia hoy con el auspicio de la Organización Iberoamericana de Juventud y el Gobierno de Colombia, que nos permiten unificar criterios en torno a un tema tan importante para el desarrollo de nuestros pueblos.

Las conclusiones de esta conferencia deberán ser analizadas y ojalá puestas en práctica por los países asistentes, por lo que queremos invitar a los gobiernos y a las organizaciones internacionales, aquí representadas, para mancomunar esfuerzos en beneficio de nuestras poblaciones juveniles, y desde ya comprometo al gobierno colombiano para que, después del correspondiente estudio, apoye y lidere en el país el Plan de Acción que va a surgir de este importante evento.



1. The first part of the paper
is devoted to a general
survey of the subject.
The author discusses the
history of the subject
and the progress of
research in the field.
He also points out the
importance of the
subject and the need
for further research.
The second part of the
paper is devoted to a
detailed study of the
subject. The author
discusses the various
aspects of the subject
and the results of his
research. He also
points out the
importance of the
subject and the need
for further research.

The third part of the
paper is devoted to a
detailed study of the
subject. The author
discusses the various
aspects of the subject
and the results of his
research. He also
points out the
importance of the
subject and the need
for further research.
The fourth part of the
paper is devoted to a
detailed study of the
subject. The author
discusses the various
aspects of the subject
and the results of his
research. He also
points out the
importance of the
subject and the need
for further research.

DISCURSO DEL PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE JUVENTUD, Sr. D. ERNESTO RODRÍGUEZ

Cuando hace apenas un año los Jefes de Estado de nuestros países, al finalizar la IV Cumbre Iberoamericana, aprobaron en esta misma sala el Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América Latina (PRADJAL), no nos imaginamos que esta hermosa ciudad volvería a ser testigo privilegiado de esta nueva y trascendente iniciativa vinculada con las políticas de juventud en América Latina.

Pero qué mejor sitio que éste para reafirmar nuestro compromiso con los jóvenes del continente en una esfera tan crítica como es, sin duda, la de la salud de los adolescentes. Qué mejor lugar que éste, que ha sido testigo de numerosos y trascendentes eventos internacionales, en los que se ha tratado siempre de impulsar el desarrollo de acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de los latinoamericanos, en el más amplio y profundo sentido de esta expresión.

Permítanme comenzar, entonces, por agradecer profundamente la hospitalidad con que el pueblo colombiano nos está acogiendo, y el decidido apoyo que el gobierno de este país brindó desde el primer momento a la realización de este encuentro. Sin duda este respaldo está resultando decisivo para el éxito que -descontamos- tendrá esta reunión. Muchísimas gracias, Sra. Primera Dama, muchísimas gracias, Sr. Alcalde de Cartagena, muchísimas gracias, Sra. Viceministra de la Juventud.

No pretendemos detenernos en el análisis de la dramática situación en la que viven los jóvenes de la región, ni sobre las acciones que estamos desarrollando en la actualidad y aquellas otras que queremos impulsar en el futuro inmediato de manera concertada con todos ustedes. Pero permítanme resaltar al menos que, para la Organización Iberoamericana de la Juventud, este encuentro tiene una importancia muy significativa, por cuanto nos permitirá profundizar el intercambio de experiencias en estas materias, y, por sobre todo, mancomunar esfuerzos para que en el porvenir podamos responder con más eficacia y eficiencia a los múltiples y complejos problemas que aquejan a nuestros jóvenes.

Como todos sabemos, en el año 2000 tendremos más de 100 millones de jóvenes, concentrados en un 80 por ciento en el medio urbano, y viviendo -en la mitad de los casos- en condiciones de pobreza e indigencia. Más de la mitad de los desempleados y subempleados en casi todos nuestros países son jóvenes, y son los jóvenes los principales perjudicados con las carencias de cobertura y de calidad que ostentan, aún hoy, casi todos nuestros sistemas educativos. Por si fuera poco, son el sector más desprotegido desde el punto de vista de la cobertura de los servicios de salud a lo largo y ancho del continente, y el acceso a una vivienda decorosa por parte de aquellos jóvenes que pretenden constituir nuevos hogares resulta prácticamente imposible.

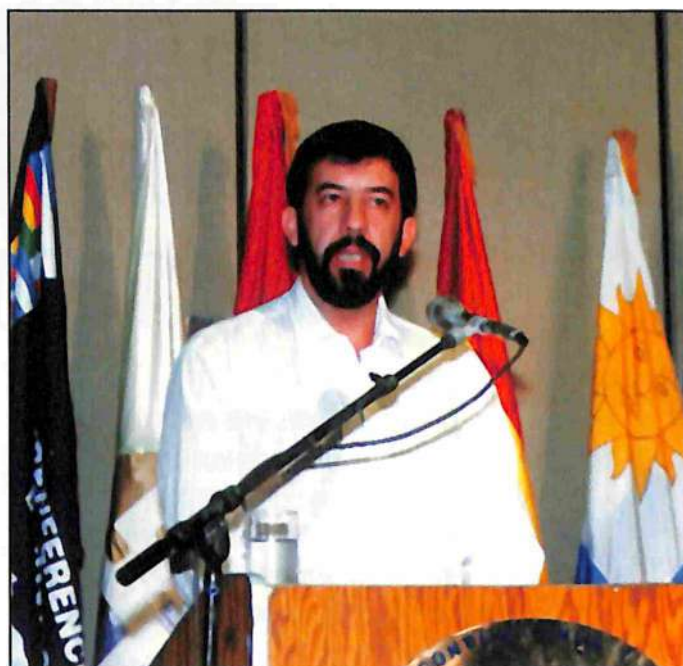
Ciertamente, no podemos menos que manifestar nuestra más absoluta disconformidad y preocupación con tan desolador panorama. Y es precisamente esa disconformidad y esa preocupación que todos compartimos, la que nos impulsa a trabajar constante y denodadamente en procura de una mejor calidad de vida para nuestros jóvenes, y en particular lo que nos convoca a este encuentro, al que acudimos conscientes de la responsabilidad que implica el representar a nuestras instituciones, asumiendo el compromiso de impulsar nuestros respectivos ámbitos de trabajo las acciones que aquí acordemos entre todos.

Más adelante tendremos la oportunidad de contar con la presentación de sendos documentos de trabajo, en los que algunos de los expertos que están respaldando nuestras acciones expondrán los principales parámetros de los temas que habremos de analizar en estos días de trabajo en común. Podremos concentrarnos simultáneamente en la revisión de los programas y proyectos que hemos venido ensayando en los últimos años, en la esfera de la salud reproductiva de nuestros jóvenes, en la prevención y el tratamiento de las diversas conductas de riesgo a las que éstos se ven expuestos, en la dinámica de los servicios de salud que hemos puesto a disposición de adolescentes y jóvenes a lo largo y ancho del continente, y en las múltiples acciones que venimos desarrollando en procura de la concreción de estilos de vida más saludables para las nuevas generaciones.

Por ello, no voy a referirme a los contenidos de los debates que vamos a desarrollar, no sólo por razones de tiempo, sino fundamentalmente porque en lo inmediato tendremos una presentación sistemática de dichos temas por parte de nuestra gran amiga, la Dra. Marisela Padrón, que conoce mucho mejor que nosotros estos temas y, a la vez, inviste la representación de un organismo que viene trabajando desde hace mucho tiempo en estas esferas, con gran solvencia y con una particular sensibilidad frente a estos problemas, todo lo cual resulta decisivo a la hora de impactar adecuadamente en los destinatarios de estas acciones.

En cambio nos importa insistir en que desde el ángulo de la OIJ- estas acciones no deben ser vistas simplemente como un componente residual de las políticas sociales, que nuestros países instrumentan para compensar los efectos perversos que -muchas veces- provocan los ajustes económicos puestos en práctica en casi todos los países de la región. Para nosotros, las políticas de juventud son un componente central de las estrategias de desarrollo en América Latina, desde el momento que consideramos a los jóvenes un actor estratégico de ese desarrollo, y no sólo un grupo poblacional particularmente afectado por la crisis.

Nadie mejor que los jóvenes para responder al desafío que imponen las nuevas tecnologías, que cumplen roles cada vez más centrales en la dinámica económica y social en América Latina; nadie mejor que los jóvenes para hacer frente a los múltiples desafíos que nos plantea la reestructuración económica internacional, especialmente en materia de transformación productiva de nuestras economías, en la búsqueda de mayores ventajas competitivas y ya no sólo comparativas; nadie mejor que los jóvenes para hacer suyo este nuevo impulso integracionista que recorre con renovados bríos nuestro continente; nadie mejor que los jóvenes para impulsar la modernización de nuestras sociedades, sin atarse a modelos ya caducos; nadie mejor que los jóvenes para consolidar nuestras democracias, a través de la más amplia y decidida participación social y política a todos los niveles.



El Presidente de la OIJ, Sr. Ernesto Rodríguez, haciendo uso de la palabra en la sesión inaugural.

Por eso, permítanme que lo subraye una vez más: no estamos aquí solamente para definir acciones que mejoren la calidad de vida de nuestros jóvenes. Estamos aquí, también y sobre todo, para colaborar con nuestro esfuerzo en la efectiva inserción social de las nuevas generaciones a todos los niveles y, en definitiva, para construir con ellos una América Latina más próspera y más equitativa, una América Latina que sólo podrá afirmarse con claridad en el concierto internacional si avanza decididamente en su propia integración social, económica y política, tanto entre países como entre sectores sociales y regiones en cada país en particular.

Por lo dicho, no hemos concebido este encuentro como un simple seminario académico ni como una instancia más de intercambios de experiencias. Hemos realizado en muchas otras oportunidades ese tipo de tareas, y todos sabemos que resultan fundamentales. Sin embargo, todos sabemos también que son insuficientes si no se complementan con instancias en las que puedan tomarse decisiones trascendentes, con repercusiones directas y palpables en el plano de la acción.

Por ello, hemos concebido este "Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente" como una instancia clave para la toma de decisiones, y aspiramos a aprobar un Plan de Acción sobre Salud Adolescente, que guíe claramente nuestros trabajos en el futuro inmediato, y que permita concretar un gran salto en términos de cobertura y de calidad en los programas que venimos impulsando. Queremos que este Encuentro posibilite la articulación de una estrategia mancomunada que viabilice el Programa Regional de Acciones, el PRADJAL, en su vertiente relacionada con la salud de los jóvenes, y que lo hagamos con ustedes - con los jóvenes, con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con los organismos internacionales que son actores privilegiados a la hora de poner en práctica el mandato que nos asignara la Cumbre de Jefes de Estado de Iberoamérica.

No corresponde describir aquí los principales componentes de dicho Plan de Acción, dado que será presentado por el representante de la CEPAL, a quien agradecemos profunda y sinceramente el riguroso trabajo realizado. Pero permítanme destacar apenas dos aspectos del mismo, que desde la O.I.J. consideramos centrales, y que están íntimamente relacionados. En primer lugar, un juicio categórico, que nosotros suscribimos: "la salud de adolescentes y jóvenes, depende mayoritariamente de determinantes exógenos al sector de la salud".

Y en segundo lugar, la consecuencia lógica de dicha aseveración: necesitamos desarrollar en el plano de la acción un enfoque integrado que permita articular los esfuerzos de una muy amplia gama de actores institucionales, gubernamentales y no guber-

namentales, nacionales y locales, para actuar mancomunada y decididamente allí donde los jóvenes se reúnen e interactúan, haciendo un fuerte énfasis en la prevención, más que en la atención de las consecuencias que traen aparejadas las diferentes conductas de riesgo a las que se ven expuestos nuestros jóvenes.

Porque estamos convencidos de la pertinencia de este tipo de enfoques es por lo que hemos convocado a este Encuentro a una gama tan diversa pero tan convergente de actores institucionales vinculados a la esfera de la salud de los adolescentes. Están aquí, por supuesto, las instituciones gubernamentales de juventud, y también están, como es lógico, los ministerios de salud. Aspiramos a que estos días de trabajo en común nos permitan conocernos más y mejor, y reafirmar nuestra voluntad de trabajar mancomunadamente en estas materias en adelante.

Nos acompañan también expertos que han acumulado en los últimos años muy ricas y variadas experiencias, a través del desarrollo de investigaciones y del impulso de programas y proyectos muy diversos, que en muchos casos han contado con la asistencia técnica y financiera de varios organismos de cooperación internacional que nos acompañan en este evento. Aspiramos a que con ellos podamos profundizar en la comprensión de los fenómenos que hemos priorizado y en el perfeccionamiento de nuestras respuestas operativas.

Nos acompañan asimismo representantes de diversas plataformas o Consejos Nacionales de Juventud, porque pensamos que son el canal más privilegiado para interactuar con los propios jóvenes, organizados de una u otra manera a lo largo y ancho del continente. Sin duda el esfuerzo de los técnicos y especialistas en estas temáticas es muy necesario, pero estamos convencidos de que la participación de los propios jóvenes en el desarrollo de las acciones que impulsemos en el futuro resulta imprescindible.

Nadie mejor que un joven para transmitirle a otro joven sus vivencias y propuestas específicas, o para escuchar atenta y solidariamente las preocupaciones o angustias de sus pares. Aspiramos, por tanto, a que los jóvenes que nos acompañan en este Encuentro nos ayuden a comprender de la manera más directa y vivencial posible el universo que los rodea y las percepciones que tienen del mismo, así como a construir juntos las respuestas que todos queremos comenzar a instrumentalizar.

Seguramente, si logramos un efectivo involucramiento entre servicios públicos y privados por un lado, y organizaciones y movimientos juveniles por el otro, todos ganaremos en eficiencia y efectividad en nuestras labores, y, lo que es más importante

todavía, los destinatarios de nuestros esfuerzos recibirán un apoyo mucho más pertinente y oportuno. Los invito a reflexionar profundamente sobre los muchos y muy profundos cambios que deberemos introducir en nuestros servicios de salud a todos los niveles, de modo que se tornen más atractivos y efectivos para los jóvenes de la región.

Contamos también entre nosotros con la presencia de algunos especialistas vinculados a otras dos esferas claves para el éxito de las iniciativas que queremos impulsar, y aunque no son demasiados, esperamos que su contribución nos aliente a ampliar nuestros diálogos en dichas esferas. Me estoy refiriendo al ámbito educativo y al mundo de los medios de comunicación. Todos tenemos clara conciencia de la importancia que tienen ambas esferas para el desarrollo de estilos saludables de vida entre los jóvenes, por lo que también los invito a interactuar intensamente con quienes representan en esta ocasión dominios tan relevantes del desarrollo de nuestras sociedades.

Queríamos compartir con ustedes muchas otras reflexiones, pero preferimos dejarlas para los debates que en estos días vamos a concretar, dado que no queremos abusar de este privilegio que implica el poder hacer uso de la palabra en esta sesión inaugural. Queremos -ante todo- escuchar. Queremos aprender, queremos conocer más y mejor acerca de las múltiples especificidades de los temas que vamos a tratar, y, para ello, nada mejor que atender las opiniones de quienes trabajan cotidianamente en estas materias.

Creemos que esta actitud es la más constructiva desde todo punto de vista y en todo tipo de situaciones, pero lo es mucho más cuando se trata de cumplir roles centrales de articulación de esfuerzos como los que ustedes le están confiando a la O.I.J. en estas circunstancias. Créanme que somos plenamente conscientes de la enorme responsabilidad que implica este desafío, y que haremos todos los esfuerzos que correspondan para estar a la altura de la confianza que todos ustedes están depositando en nosotros.

Para terminar, sólo nos resta -muy sinceramente y más allá de las obligaciones protocolares-, agradecer a todos aquellos que han hecho posible la concreción de este Encuentro. En primer lugar, al Fondo de Población de las Naciones Unidas, por el decidido apoyo técnico, político y económico brindado desde el primer momento a esta iniciativa, y por la firme voluntad de respaldar la puesta en práctica de las resoluciones que emanen de esta reunión. En segundo lugar, a la Organización Panamericana de la Salud, a la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas, a la Organización de Estados Iberoamericanos y a la Fundación Pathfinder, por el importante respaldo técnico brindado en todo momento. Y en tercer lugar, al Gobierno colombiano, por recibirnos tan calurosamente en esta hermosa ciudad, y por el apoyo logístico que con gran energía y con la mayor eficiencia está brindando al desarrollo de este evento.

Pero por sobre todas las cosas, quisiéramos extender nuestro agradecimiento más sincero y fraternal a todos ustedes, por haber respondido tan entusiasmáticamente a nuestra convocatoria, por dedicarnos esta semana de su tiempo y de su trabajo, dejando seguramente de lado muchas responsabilidades personales y profesionales en sus respectivos países, y por su evidente interés por formar parte de este esfuerzo colectivo que a todos nos convoca y a todos nos compromete.

Seguramente, no todo aquello a lo que aspiramos será posible de alcanzar en estos días de trabajo en común, pero todos sabemos que lo importante es comenzar. Ojalá este Encuentro Internacional sea el inicio de una nueva era en el desarrollo de acciones vinculadas con la salud y la inserción social de los jóvenes latinoamericanos, una nueva era signada por la efectiva articulación de esfuerzos de quienes perseguimos los mismos propósitos, aunque lo hagamos desde distintas lógicas o metodologías. No se trata de ponernos de acuerdo acerca de quien tiene que coordinar a quien. Se trata, en realidad, de trabajar en adelante concertadamente y con renovadas energías, desde la lógica de los propios jóvenes, que son en definitiva el principio y el fin de todos nuestros esfuerzos.

Queridos amigos, para terminar, permítanme abusar de la oportunidad que me ofrece esta ocasión para, en nombre de la Organización Iberoamericana de Juventud y -estoy seguro- de todos ustedes, simbolizar nuestro agradecimiento y nuestro cariño a Colombia y a los colombianos, y a aquellas instituciones que junto a nosotros también creen y apuestan por los jóvenes latinoamericanos. Permítanme ofrecer esta modesta expresión de afecto a nuestras amigas, a la Primera Dama de Colombia, la Excm. Sra. Jacquín de Samper y a Marisela Padrón, testimonios ambas de lo que queremos sean nuestros compañeros de viaje.

INTERVENCIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, DR. JOÃO YUNES.

Inicialmente quería agradecer la invitación y realmente felicitar a la OIJ por haber escogido la salud como pauta de análisis y discusión por primera vez en dicha Organización. La OPS tiene como mandato prestar asistencia y cooperación técnica a más de treinta países de la Región de las Américas, pero uno de los programas prioritarios para nosotros es la salud integral del adolescente y del joven. Los expositores que me antecederon resaltaron que nuestra población es joven; realmente en la Región de las Américas tenemos que doscientos millones de habitantes tienen entre 10 y 25 años, de los cuales el 71% vive en América Latina y el Caribe. Con la baja de la mortalidad infantil está aumentando la población joven de la Región. En relación con los principales problemas de la salud presentados por la población de adolescentes y jóvenes de nuestra Región, tenemos que los accidentes, principalmente los de tráfico, representan una importante causa de mortalidad.

En nuestra Región, principalmente en América Latina y el Caribe, las enfermedades infecciosas representan una importante causa de morbilidad y mortalidad: la tuberculosis no es solamente una enfermedad importante en los jóvenes, sino que está aumentando en nuestra Región, principalmente por estar asociada al SIDA. Por increíble que parezca, en algunos países, en los adolescentes de 10 a 14 años, las diarreas, la fiebre reumática y las enfermedades de transmisión sexual cuya proporción es alta, están aumentando principalmente por efecto del SIDA y el HIV positivo, incidiendo en más del 50% de la población con menos de 25 años.

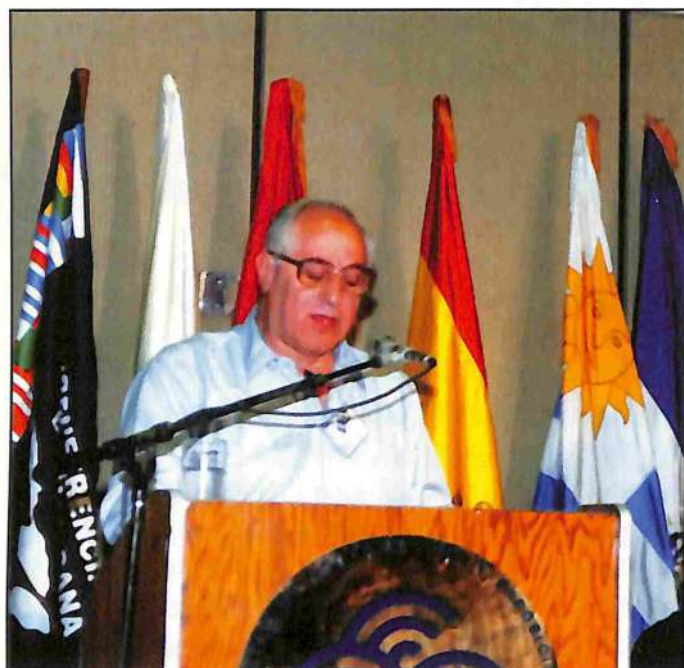
Tenemos dos epidemias en el fin de siglo en nuestra Región: el SIDA y la violencia. Los problemas nutricionales también están presentes. La desnutrición por falta de alimentos aparece en nuestra Región así como la obesidad asociada a la pobreza. La salud bucal, así mismo, es un problema de gran magnitud entre los adolescentes y los jóvenes. En algunos países, 1/3 de los adolescentes ya no tiene sus dientes, siendo éste un problema importante de salud pública.

Las enfermedades relacionadas con la salud reproductiva, como las enfermedades ginecológicas, el embarazo

no deseado de la adolescente y el aborto, constituyen un serio problema. En algunos países, además de esta morbilidad, la mortalidad materna en la población de las adolescentes y jóvenes es elevada. Los problemas dermatológicos son muy típicos de esta edad.

El hábito de fumar está aumentando entre los jóvenes, principalmente entre las adolescentes. Esta situación ocurre en varios países, como por ejemplo en Estados Unidos, Canadá y en España. El consumo de alcohol representa en nuestra Región un importante factor de riesgo. En países como Estados Unidos y Canadá, aparece entre los jóvenes un consumo de alcohol mayor que entre los jóvenes, aunque no sabemos aún realmente cuál es la causa de esa diferencia. En nuestra Región las drogas más utilizadas son la marihuana, los inhalantes y la goma de zapatero. Por supuesto, en relación a la mortalidad hay grandes variaciones en el perfil epidemiológico asociado a las grandes disparidades sociales. Pero, realmente, las principales causas de mortalidad son las representadas por los factores externos: accidentes, homicidios y suicidios. La mortalidad por accidentes de tráfico en nuestra Región es un grave problema en países como Brasil, Canadá, Estados Unidos y Venezuela.

La mortalidad por suicidios constituye un motivo de preocupación en países como Argentina, Canadá, Estados Unidos, Uruguay y Trinidad y Tobago. La mortalidad por homicidio es particularmente alarmante: es la epidemia de la última década, principalmente en países como Colombia, Brasil, México, Panamá y Puerto Rico; es un problema grave que incide, principalmente, entre los adolescentes y jóvenes. El impacto económico y social de las muertes violentas es de gran magnitud: investigaciones promovidas por la OPS estiman que del 4 al 7% del gasto nacional en salud se destina a atender a las víctimas de la violencia. Si se consideran los costos directos e indirectos, éstos representan pérdidas anuales de aproximadamente un 1% del producto interno bruto del conjunto de los países de la Región. Una investigación hecha en algunos servicios de emergencia demuestra que del 7% al 10% del presupuesto hospitalario se destina a gastos originados por la atención a la violencia. La propuesta del sector salud es la aten-



El representante de OPS, Sr. Joao Yunes, hace uso de la palabra durante la inauguración del Encuentro

ción integral del adolescente y del joven a través de medidas de promoción de la salud, teniendo como uno de los componentes básicos la intersectorialidad. El sector salud, aislado, no va a resolver los principales problemas de salud de los adolescentes y de los jóvenes.

La participación del propio adolescente es fundamental en la propuesta de salud integral. Por fin, si queremos una sociedad más justa y con mayor equidad, tenemos que considerar al adolescente y al joven no solamente como problema sino como la principal víctima del desempleo y de las necesidades sociales, traducidas por la brecha que aumenta cada vez más en esta Región entre los segmentos más pobres y más ricos de la población. Es fundamental considerar al adolescente y al joven como sujetos y agentes de la transformación social y política de nuestra sociedad. Solamente así podremos tener esperanza en un futuro con mayor equidad social, económica y política.



APERTURA OFICIAL A CARGO DE LA PRIMERA DAMA DE COLOMBIA, Excma. Sra. D^a JAQUÍN DE SAMPER

En nombre de Colombia, permítanme expresarles nuestra cordial bienvenida a este Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente en Países Iberoamericanos, evento por cuya organización y promoción expreso mis reconocimientos a las entidades gubernamentales y civiles internacionales que han hecho posible la grata presencia de todos ustedes aquí. En especial, quiero destacar la iniciativa del Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América Latina, del Viceministerio de la Juventud de Colombia y de la Organización Iberoamericana de Juventud, en cuyos objetivos comunes se inscribe esta reunión, sin duda el primer gran esfuerzo integracionista que tiene como propósito fundamental la atención de las nuevas generaciones latinoamericanas.

Esta ciudad patrimonio de la humanidad, Cartagena de Indias, es el escenario ideal que les ofrecemos con la certeza que su estadía aquí no sólo será fructífera sino, además, muy agradable.

Para comenzar a reflexionar sobre el tema propuesto conviene advertir que un diagnóstico certero, si se asume con claridad y realismo, lleva a soluciones positivas. Sabemos que los problemas de salud en nuestros países tienen su mayor incidencia en los sectores infantil y juvenil y que, por lo tanto, estos sectores particularmente vulnerables requieren políticas, programas y acciones específicas orientados a su detección, prevención y tratamiento. En este sentido es necesario adoptar criterios que, al mismo tiempo que tienen en cuenta los rasgos distintivos de los niños y los jóvenes, asuman integralmente su posición de miembros plenos de nuestras sociedades.

La condición del niño y del adolescente se realiza cuando interactúan con el mundo, con la naturaleza y con los demás, y no aislados dentro de su aparente autonomía. Si bien cada niño o joven es un mundo, su relación con el mundo determina su futuro. Toda acción que propenda por el mejoramiento de las condiciones de vida de

los niños y de los adolescentes tiene que contribuir, por lo tanto, a proteger a los miembros más débiles de la sociedad para que ésta y ellos puedan subsistir y progresar mutuamente.

La participación de los jóvenes en el estudio y análisis de sus problemas, en el diseño y ejecución de sus programas, en la dirección y el control de los mismos es determinante, desde esta perspectiva, para alcanzar buenos resultados. Muchos proyectos bien intencionados, elaborados conforme a rigurosos criterios técnicos, políticos y operativos, fallan a la hora de su aplicación porque no responden a esos mecanismos subjetivos que caracterizan la adolescencia. Y para que esa participación se obtenga, es indispensable crear una comunicación afectiva y efectiva, intensa, sincera y enriquecedora. Me refiero a ideas, sentimientos y valores que el adolescente posee, pero que no sabe expresar y en ocasiones hasta desconoce que posee.

Con fórmulas frías, con razonamientos áridos y con argumentos burocráticos, no es posible ganar a los adolescentes para una causa que les es definitiva: la de su propio bienestar, la de su propia calidad de vida, esa vida de la cual todos somos responsables.

Quiero finalizar recordando que a pocos metros de aquí, en el Portal de los Escribanos en esta misma ciudad de Cartagena de Indias, a finales del siglo pasado un joven enfermó de la única enfermedad por la que según Gabo, nuestro grandioso Gabriel García Márquez, vale la pena morir: la enfermedad del amor que le suscitó una hermosa adolescente. Con ese mal, cuyo remedio él persiguió durante décadas hasta que al fin obtuvo en un barco que navegaba nuestro río de la Magdalena, ese joven permaneció vigoroso y activo y hasta su último momento se convirtió en un hombre productivo. Los invito a colaborar en la construcción de un destino que nos permita a todos tener el derecho a vivir por el amor y con el amor como lo hacen los jóvenes siempre.



EL COMPROMISO DEL UNFPA



Dña. Marisela Padrón, Directora de División del Fondo de Población de Naciones Unidas, presentando la Conferencia Mafistral del Encuentro Internacional.

THEY SAY
10 500 L...
...
...

THEY SAY
10 500 L...
...
...

...

LA SALUD DE LOS JOVENES Y LOS ADOLESCENTES: LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACION Y EL DESARROLLO DE EL CAIRO

La Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en la ciudad de El Cairo, del 5 al 13 de septiembre de 1994, no sólo tuvo como objetivos fijar los principales parámetros a nivel nacional, regional e internacional orientados a ralentizar la tasa de crecimiento de la población. El Cairo, colofón de dos grandes conferencias que le precedieron -Bucarest en 1974 y México, diez años más tarde- estableció por primera vez un Programa discernido, comprensivo, novedoso e integrador acompañado de importantes compromisos en materia de cooperación internacional, poniendo de manifiesto la interdependencia de las cuestiones mundiales sobre población, pobreza, sistemas de producción, modalidades de consumo y medio ambiente, orientados a promover el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible.

Si la Conferencia de Bucarest, que precisamente coincidió con el período de mayor crecimiento ininterrumpido de la población de todos los tiempos, tuvo la particularidad de centrarse -casi en su totalidad- en temas vinculados al desarrollo, esgrimiendo el slogan "el desarrollo es el único anticonceptivo eficaz y aceptable", la Declaración y el Plan de Acción aprobados en la Conferencia de México, reconocería la posibilidad de hacer compatibles las políticas de población con las políticas de desarrollo, cambiando el slogan anterior por el de "la planificación familiar es también desarrollo".

Ambas Conferencias Internacionales, servirían de soporte a la línea de reflexión utilizada en El Cairo y especialmente a su Programa de Acción aprobado para los próximos 20 años.

En los informes que suceden a la Conferencia de El Cairo, habría de mencionarse, prudentemente, la necesidad de frenar el rápido crecimiento de la población, cambiando la tradicional concepción de alcanzar metas cuantitativas en esta materia, por atender primero las necesidades de hombres y mujeres, tratados individualmente. Por esta razón, temas más cualitativos como la educación, la salud y la participación popular fueron prioritarios frente al demográfico por ser aquéllas causa y consecuencia de esto último.

El Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, establece su política de primer orden combinando crecimiento económico con la reducción de la pobreza; el mejoramiento de la educación -especialmente de mujeres, adolescentes y niños-; la promoción de la igualdad y equidad entre los sexos ofreciendo una nueva concepción del rol de la mujer en la sociedad; el perfeccionamiento de la salud a fin de reducir la mortalidad infantil, juvenil y maternal; así como, el progreso en el tema de la planificación de la familia que, como se contempla en este Programa, queda definido en su moderna acepción de salud reproductiva, junto con la salud sexual.

Todo ello, con el largo propósito de frenar el rápido crecimiento de la población, considerado como uno de los mayores obstáculos para alcanzar el desarrollo sostenible y avizorar un horizonte más esperanzador para toda la humanidad.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Como se señala anteriormente, el crecimiento vertiginoso de la población y la forma cómo se incrementa ésta, constituye uno de los principales impedimentos para alcanzar el crecimiento económico en el marco del desarrollo sostenible.

En la actualidad, según fuentes de las Naciones Unidas, la población mundial para 1994 se estimaba en unos 5,600 millones de personas. A comienzos del siglo pasado ésta se calculaba aproximadamente en unos mil millones de personas. Esta cifra tardaría en duplicarse 123 años. Sin embargo, 33 años más tarde, es decir en 1959, ya se había alcanzado la cifra de los 3,000 millones y para 1986 la cifra bordeaba los 5,000 millones de personas. En otras palabras, en el período comprendido entre 1800 y 1986 la población creció cuatro veces más que en toda su Historia precedente; y, según estimaciones -igualmente elaboradas rigurosamente por las Naciones Unidas-, es probable que siga aumentando en más de 86 millones de personas anuales y hasta el año 2015.

Estas cifras por sí solas dan respuesta a innumerables cuestiones; especialmente a la hora de analizar el incremento de la pobreza en un mundo donde, pese a los esfuerzos realizados, han aumentado las diferencias entre los países pobres y ricos, así como las desigualdades económicas, sociales y sexuales de centenares de millones de hombres, mujeres, adolescentes y niños.

Cada vez hay más pobreza y cada vez es más difícil mejorar de manera sostenible la calidad de vida de las poblaciones. La pobreza suele ir acompañada de desempleo, malnutrición, analfabetismo, riesgos ambientales, bajo nivel social de la mujer joven y un acceso limitado a servicios sociales, sanitarios y de salud reproductiva, factores que han elevado el nivel de fecundidad y con ello la proporción de jóvenes que anhelan un puesto de trabajo, que requieren una plaza de estudios y, más concretamente, que buscan un espacio en la sociedad.

EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA DE EL CAIRO

Por su propia naturaleza, establece una serie de recomendaciones y medidas en materia de población, pero ofreciendo especial atención a las mujeres, los jóvenes y los niños de los países desarrollados y en desarrollo, a fin de procurar su mejoramiento socio-económico, puesto que son, sin lugar a dudas, el sector más pobre de los pobres y al mismo tiempo actores clave del proceso de desarrollo.

Para el Programa, la eliminación de la discriminación social, cultural, política y económica contra las mujeres, los jóvenes y los niños, así como las inversiones en servicios de salud reproductiva de gran calidad y las inversiones en educación e información en estos temas, garantizarán el éxito de los programas de planificación familiar, paliando sustancialmente los efectos de un crecimiento desproporcionado de la población.

A ese respecto, es preciso señalar que los derechos de las mujeres, jóvenes y niños están afirmados mediante un enfoque principal de acción que reconoce, de manera insoslayable, no sólo el principio de la representación equitativa de los sexos, sino también la obligación de los países por promulgar, reglamentar y hacer cumplir las leyes nacionales y las convenciones internacionales, para eliminar toda forma de explotación, abuso, acoso, violencia, prácticas sistemáticas de violación y toda forma de trato inhumano.

LOS JOVENES Y ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA DE ACCIÓN

Los jóvenes y adolescentes reciben un tratamiento preferencial en el Programa, pues, debido a la disminución de la mortalidad y a la persistencia de los altos niveles de fecundidad, la proporción de este segmento sigue siendo muy elevado en la población de muchos países.

En todas las regiones menos desarrolladas, el 36% de la población es menor de 15 años, calculándose que la cifra se mantendrá en torno al 30% hasta el año 2015, no obstante la prevista disminución de la tasa de fecundidad.

En muchos países en desarrollo y también en los países desarrollados, ya sea por rompimiento de los vínculos familiares o por los efectos devastadores de la pobreza en que viven, millones de niños y jóvenes quedan abandonados a sus propios medios, por lo que cada vez están más expuestos a un gran riesgo de padecer malnutrición, de contraer enfermedades, de embarazos no deseados, de caer en el consumo de drogas, de abandonar la escuela y de ser víctimas de la explotación laboral y sexual, problemas que también fueron el principal interés de esta Conferencia.

Como quedó muy bien aclarado en esta reunión, no basta pues reconocer que la obligación primordial consiste en asegurar que todo niño que nazca sea un hijo deseado. Las necesidades presentes y futuras que plantean las grandes poblaciones de jóvenes, sobre todo en materia de salud, educación y empleo, imponen exigencias y obligaciones importantes a las familias, las comunidades, los países y la comunidad internacional.

Los jóvenes y adolescentes constituyen el recurso más importante para el futuro; por tal razón, si se quiere alcanzar el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible, es indispensable hacer mejores y mayores inversiones en ellos.

En consonancia con lo expresado anteriormente, la Conferencia fijó como objetivos promover la salud, el bienestar y el potencial de todos los jóvenes y adolescentes, así como, satisfacer sus necesidades especiales, particularmente de las jóvenes y las adolescentes.

Para ello, es necesario contar con el apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, otorgar mayores oportunidades económicas, poder participar en el proceso político y tener acce-

so a la educación, a la orientación y a los servicios de salud y salud reproductiva de alta calidad; sin dejar de tener presente, la propia capacidad creativa de los jóvenes y adolescentes.

Para el Programa, los jóvenes deben participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de desarrollo que repercuten directamente en su vida diaria y, de manera particular, en lo relativo a las actividades y los servicios de información, educación y comunicación sobre salud reproductiva y sexual, incluida la prevención de embarazos tempranos, así como la prevención del VIH/SIDA y el uso indebido de drogas.

Como medidas a tomar, el Programa recomienda a los países asignar alta prioridad y atención a todos los aspectos de protección, supervivencia y desarrollo de los jóvenes, desplegando los esfuerzos que sean necesarios para eliminar los efectos adversos que la pobreza tiene para ellos, incluida la malnutrición y las enfermedades que se pueden prevenir; adoptando también, medidas eficaces para eliminar la discriminación contra los jóvenes embarazadas y todo tipo de explotación y abuso de jóvenes y adolescentes tales como el secuestro, la violación, el incesto, la pornografía, la trata de menores, el abandono y la prostitución.

Por otro lado, siempre con respecto a la situación de los jóvenes y adolescentes, el Programa de Acción contempla una serie de objetivos que se relacionan con la salud, la morbilidad, la mortalidad, así como con los derechos reproductivos y salud reproductiva, que se exponen a continuación.

Salud, morbilidad y mortalidad

A este respecto, el Programa fija objetivos tan determinantes como aumentar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de atención de la salud de conformidad con los compromisos asumidos por los países a nivel nacional, de proporcionar acceso a la atención básica de salud a toda la población. A tal efecto, se recomendó a todos los países esforzarse por que la salud, y en especial la salud reproductiva, esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015.

Sexualidad humana y relaciones entre los sexos

En este tema, se fijó como objetivos, promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las perso-

nas y velar porque los jóvenes tengan acceso a una educación sexual integrada.

Derechos reproductivos y salud reproductiva

El Programa, concede una importancia singular a estos temas y considera como objetivos centrales, asegurar el acceso a una amplia información y a una gama completa de servicios de salud reproductiva -incluida la planificación familiar- que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios, propiciando y apoyando decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación familiar y sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos.

Con respecto a las mujeres jóvenes y adolescentes, el Programa de Acción recomienda preparar programas de atención de la salud para atender sus necesidades, así como elaborar programas innovadores para que todos, en especial los adolescentes, tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva.

COMENTARIO FINAL

El desarrollo sostenible es aquel que satisface todas las necesidades de la generación presente, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Desde esta perspectiva, el crecimiento de la población es una preocupación universal.

El Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, recoge esta preocupación y hace de ella su eje central, convencidos de que el crecimiento económico que logren alcanzar los pueblos será esencial para eliminar la pobreza; y, la eliminación de la pobreza, contribuirá a reducir el crecimiento de la población.

Esta Conferencia ha servido para exhortar a los países, a las ONG y en especial a los organismos internacionales, para que cada uno desde su ámbito de competencia, participe mediante la elaboración y ejecución de acciones orientadas a superar la depresión de muchos pueblos y mejorar la calidad de vida de cientos de millones de personas; y, entre ellas, a uno de los segmentos más vulnerables de la sociedad, como es el constituido por los jóvenes y adolescentes.

Razón por la cual, se dice que la Conferencia de El Cairo no sólo será recordada por haber enfocado el tema

de la población y el desarrollo desde una perspectiva diferente; sino, sobre todo, por haber otorgado en su Programa de Acción un singular tratamiento a la persona humana y en especial a los jóvenes y adolescentes, con las exigencias de los cambios biopsicosociales de su tiempo y espacio.

Los jóvenes y adolescentes, son los futuros recursos humanos del mundo y, como tales, todos tenemos la obligación de velar por su bienestar y salud.

Con respecto a esto último, el Programa de Acción, ha expuesto de manera exhaustiva y detallada, una serie de objetivos a fin de dar respuesta a las crecientes necesidades de los jóvenes y adolescentes en aras a mejorar su salud y particularmente su salud sexual y reproductiva que, sin duda, servirán como punto de partida a numerosos trabajos en estos y otros tópicos afines.

Por ese motivo, finalmente, el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, ofrece un formidable espacio y sólidas orientaciones para aunar esfuerzos en torno a la temática relacionada con la salud de los jóvenes y adolescentes. Fruto de ello, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), en colaboración con otras prestigiosas instituciones, han asumido el desafío de emprender conjuntamente la tarea de construir escenarios de concertación en estas materias. El Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, que celebramos en la ciudad de Cartagena de Indias, es un ejemplo de la voluntad que nos anima.



ENCUENTRO
INTERNACIONAL
SOBRE SALUD
ADOLESCENTE

Los Documentos Básicos

Los Documentos BÁSICOS



Aspecto de la sala de plenarios durante una de las sesiones de trabajo

Land of the Living
The World of the Dead
The World of the Living
The World of the Dead

JOHN

ESTILOS DE VIDA Y JUVENTUD

Dr. José Antonio Infiesta y otros ¹

Coordinador

PARTE PRIMERA: CONCEPTOS

Aunque el objetivo de este documento es analizar los detalles que nos llevarán a las especificaciones necesarias a tener en cuenta para potenciar un cierto estilo de vida entre los jóvenes, parece necesario partir del marco genérico de lo que se ha venido a denominar "Estilo de Vida Saludable", aplicable a cualquier grupo poblacional, para profundizar posteriormente en algunos de los determinantes existentes en cada comunidad (unos específicos, otros generalizados con más o menos fuerza en cada una), que permiten, facilitan, especifican ..., que sea prevalente un estilo de vida y no otro.

Una vez analizados, estudiaremos cómo afectan el conocimiento, valoración y priorización de estos determinantes al estilo de vida del grupo específico de los jóvenes, lo que nos dotará de instrumentos de trabajo para desarrollar métodos de abordaje que hagan posible el análisis, impulso o modificación de ciertos modelos de prácticas existentes en este grupo de población.

Si partimos de que todo estilo de vida se basa en:

- a) Reacciones Habituales Individuales
- b) Pautas de Conducta Aprendidas

y que están:

RELACIONADOS

- padres
- hermanos
- amigos
- profesores
- pandillas
- otros

INFLUIDOS

- la familia
- la escuela
- la calle
- medios de comunicación
- trabajo
- organización social

Podemos plantear como marco conceptual:

Estilo de vida saludable es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas pautas de conducta que, tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana, mejoran su calidad de vida.

En el sector que nos ocupa, los jóvenes, parece evidente que es en su relación con los amigos, en la calle y a través de los medios de comunicación, donde los factores externos son más determinantes en influir sobre sus estilos de vida y, por tanto, son fundamentales si queremos profundizar en su estudio.

Todo estilo de vida está favorecido por hábitos, costumbres, modas, valores ... existentes y dominantes en cada momento y en cada comunidad; estos factores tienen como característica común que son aprendidos, es decir, se pueden modificar a lo largo de toda la vida.

¹ José Antonio Infiesta: Médico. Master en Salud Pública. Director Técnico de la Red Andaluza de Ciudades Saludables (España).

José Luis Bimbella: Psicólogo. Master en Salud Pública. Director Red de Actividades de Promoción de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (España).

Gloria Garrucho: Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de la Unidad de Medicina Preventiva y Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Sevilla (España).

Joan Carles March: Médico. Master en Salud Pública y Administración Sanitaria. Coordinador del Área de Promoción de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (España).

Es por ello por lo que resulta evidente la necesidad de conocer estos hábitos, costumbres, modas y valores. Entre los elementos que podemos considerar "favorecedores" de inducir a los jóvenes a adoptar estilos de vida sanos, destacaremos:

- saber utilizar la publicidad de forma positiva,
- empleo generalizado del deporte como forma de empleo del ocio,
- prevalencia de una cultura que apoye y defienda que los recursos naturales son limitados,
- existencia de asociacionismo juvenil y óptima participación de los jóvenes en su comunidad,
- hábitos culturales y deportivos en el empleo del tiempo libre,
- buen uso de los servicios públicos,
- comunidad potenciadora de las redes de apoyo social,
- comunidad reconocedora de las conductas positivas.

Entre los elementos que se han detectado como "desfavorecedores", o sea, que pueden estar dificultando estilos de vida sanos o potenciando prácticas de riesgo para la salud, destacaremos por su importancia y frecuencia:

- abuso de drogas,
- moda de fumar en los adolescentes,
- insolidaridad como valor en alza,
- cultura de la violencia, agresividad,
- temprano comienzo y mal uso de las bebidas alcohólicas,
- incorrectos hábitos de relación sexual,
- fomento de la competitividad entre los jóvenes,
- recursos necesarios poco accesibles.

Con este análisis y trabajo práctico de los elementos que están influyendo de una forma u otra en los modelos de estilos de la juventud, estaremos en disposición de situarnos mejor en la tarea de utilizar las estrategias más adecuadas y los métodos más idóneos para tratar de fomentar en los jóvenes estilos de vida más saludables, lo cual lleva consigo, como primera premisa, implicar a todo el entramado social para conseguir que la oferta de modelos de conducta generadoras de salud sea más amplia y atrayente.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA CONDUCTA JUVENIL

Buena parte de las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad entre la población tiene relación con sus hábitos y costumbres (alimentación, consumo de tabaco, alcohol, dro-

gas, conducta sexual...), lo cual confirma el hecho, una vez más, de que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud.

Por ello, la promoción de hábitos saludables entre los jóvenes es una de las medidas que más y mejor puede contribuir a la mejora de la esperanza y de la calidad de vida de la población.

No obstante, la adquisición, modificación o eliminación de hábitos no es nada fácil. Muchos profesionales se sorprenden primero y se angustian y desesperan después cuando comprueban que, tras informar a los jóvenes de las conductas a seguir para evitar determinadas patologías ("deja de fumar", "modera tu consumo de alcohol", "haz ejercicio físico de forma regular", "utiliza el preservativo"), estos siguen manteniendo las conductas "menos" saludables.

Los datos de los que disponemos indican que la información, aun siendo una condición necesaria para llevar a cabo determinadas conductas, no es suficiente. En la actualidad parece obvio que cuando se quieren facilitar cambios conductuales, o se quieren implementar determinadas prácticas, han de analizarse otros factores además de la información.

Entre estos factores cabría señalar, en primer lugar, (siguiendo el modelo PRECEDE de L.W. Green), las actitudes, los valores y las creencias del individuo respecto a la conducta que se quiere modificar y respecto a la que se quiere implementar; por ejemplo: ¿cómo valoran los jóvenes el sexo sin penetración? ¿qué papel de iniciación juegan aún ciertas drogas? ¿cómo valoran los jóvenes el concepto de riesgo?...

En segundo lugar, cabría hablar de las habilidades necesarias para la realización eficaz de la conducta saludable que se desea facilitar, teniendo muy presente que cuando se trata de adquirirlas, necesariamente debe hablarse de entrenamiento asesorado de las mismas (es muy difícil que un joven aprenda a usar correctamente y gratificadamente el condón o a negociar con su pareja la realización de sexo seguro, sin un entrenamiento previo).

En tercer lugar, debe destacarse la importancia de la existencia y accesibilidad de recursos e instrumentos que ayuden a llevar a cabo los hábitos saludables propuestos: ¿son realmente accesibles a los jóvenes, económica y socialmente, los condones?; de cuando un joven quiere dejar de beber o fumar ¿sabe dónde puede buscar asesoramiento?; los centros de información sexual ¿son suficientemente accesibles a los adolescentes por horarios, distancia, trato?; ¿dónde puede acudir un joven con problemas de anorexia?...

En cuarto lugar, cabe señalar el papel del medio que rodea al sujeto (pareja, familia, amigos, profesionales socio sanitarios...) y que responde a su conducta concreta reforzándola o inhibiéndola: ¿cómo responde uno de los miembros de la pareja cuando el otro propone usar condón? ¿cómo responde el grupo de amigos cuando uno de ellos no quiere beber alcohol?...

Todos estos factores que representan el modelo PRECEDE son los que habrá que analizar detenidamente cuando se quiera facilitar un cambio en los hábitos de la población juvenil.

Otro de los factores fundamentales es el que tiene relación con las consecuencias inmediatas de los comportamientos.

El Análisis Funcional de la Conducta (AFC) establece que los comportamientos menos saludables o "de riesgo" (consumo de todo tipo de drogas, relaciones sexuales con penetración, consumo de grasas ...) suponen casi siempre y de forma inmediata una consecución de placer o de liberación de tensión. En cambio, las consecuencias negativas de estos comportamientos (cánceres diversos, infecciones ...) son sólo probables y, además a, largo plazo.

En estas condiciones, los datos que ofrece el análisis funcional del comportamiento indican que, en general, los jóvenes escogen la estimulación del placer cierta e inmediata, a pesar de las graves consecuencias que en un futuro puedan derivarse de su conducta.

Ante ello, básicamente caben dos tipos de intervenciones:

a) aquellas dirigidas a acercar en el tiempo las consecuencias negativas de las conductas que se quieren modificar (p.e.: rechazo de la pareja a mantener relaciones sexuales sin protección, rechazo a mantener conversación con alguien que esté fumando)

b) aquellas que intentan potenciar comportamientos sin riesgo, o con menor riesgo, que también produzcan el placer de forma inmediata (p.e.: erotizar el uso del condón o las relaciones sexuales sin penetración, cuidar la presentación y estética de los platos dietéticos...)

Los datos recogidos por el análisis funcional de la conducta parecen sugerir una mayor importancia y eficiencia de este segundo tipo de intervención. En resumen, se tratará de conseguir que los comportamientos que queremos potenciar (sexo más seguro, dieta más saludable...) tengan consecuencias positivas seguras e inmediatas.

LA SALUD ES TRANSMISIBLE - LA COMUNICACIÓN Y LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS JÓVENES

Todas las personas practicamos, en mayor o menor medida, la acción de comunicar. La verdad es que compartir y dar a conocer las cosas resulta, sin duda, saludable y apasionante, ya que la comunicación facilita la comprensión y hace posible el acuerdo. La comunicación es -en consecuencia- algo altamente recomendable y las posibilidades de su utilización en salud resultan insospechadas.

Los problemas de comunicación existentes con los jóvenes desde el sector salud son evidentes. El valor de la comunicación en las actividades de los programas para cambiar los estilos de vida de éstos es prácticamente nulo. Multitud de barreras se interponen entre los jóvenes y las personas que pueden ser sus referentes en salud.

Y a pesar del "ruido" existente en toda esa gama de relaciones, se sigue actuando bajo el prisma de la inco-municación o de la rentabilidad del silencio.

La comunicación, como un componente más de los programas, desempeña una función esencial en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud en los jóvenes. Los programas diseñados para facilitar cambios en los estilos de vida de los jóvenes han demostrado que los medios de comunicación, la publicidad y otras estrategias de comunicación, pueden ser efectivas para mejorar la salud y reducir el riesgo de dolencias graves.

Los programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar a los jóvenes. Su objetivo consiste en introducir mensajes que proporcionen conocimientos, que influyan sobre sus actitudes, que refuercen conductas y que utilicen intervenciones comunitarias o interpersonales para incentivar la adopción de un comportamiento.

Para transmitir el mensaje con éxito deben operar cinco componentes de la comunicación, bajo el prisma de que lo importante no es lo que diga el emisor, sino lo que entienda el receptor:

- la credibilidad es la fuente del mensaje,
- el diseño del mensaje será más efectivo cuanto menos esfuerzo requiera del receptor,
- el canal utilizado para transmitir el mensaje,
- el segmento de jóvenes seleccionado,
- el comportamiento deseado.

El secreto de usarlo con efectividad reside en identificar el mensaje preciso para el público joven al que queremos llegar, en los medios apropiados de presentación y en los canales más adecuados de distribución. De esta forma y basados en la comprensión de las necesidades y de las preferencias de los jóvenes seleccionados, se establecen puentes de diálogo a través de una planificación de la estrategia adecuada.

En este proceso, es importante la elaboración de materiales y la realización de pruebas preliminares, su ejecución, la evaluación de la efectividad y la eficacia, y retroalimentar para mejorar el programa y ayudar a resolver los problemas de salud de los jóvenes.

Pero la verdad es que no todas las acciones que tienen como objetivo a los jóvenes consiguen dar en el clavo. Ello implica realizar cambios en la cultura del emisor para hacer posible el *slogan* de que la salud sea TRANSMISIBLE. Por tanto, el principio del que partimos es que no sólo la enfermedad es transmisible: la salud también lo puede ser, y, además, por parte de mucha gente, en muchos momentos y en multitud de espacios, líneas y campos.

Parece evidente que la comunicación puede tener poderosos efectos, tanto saludables como no saludables. Para asegurar lo primero es necesario hacer esfuerzos para cultivar valores, creencias y hábitos saludables mediante la ampliación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes de los jóvenes y de los adolescentes. Otra clave para el éxito es que los procesos se desarrollen a lo largo de un camino previamente planificado. Cinco son las fases a la hora de desarrollar un programa, una vez definido el estilo de vida a abordar:

A.- Planificación y selección de la estrategia:

- objetivos medibles,
- identificación de comportamientos que puedan ser cambiados y factores que causan o refuerzan este comportamiento,
- identificación de grupos dentro del grupo de jóvenes,
- información acerca de dicho grupo,
- determinación del comportamiento deseable o esperado,
- evaluar experiencias previas.

B.- Selección de canales y mensajes en función de segmentos de la población juvenil. Valorar si es necesario material nuevo o si son útiles los existentes.

C.- Elaboración de mensajes y pruebas preliminares:

- maneras de presentar el mensaje,

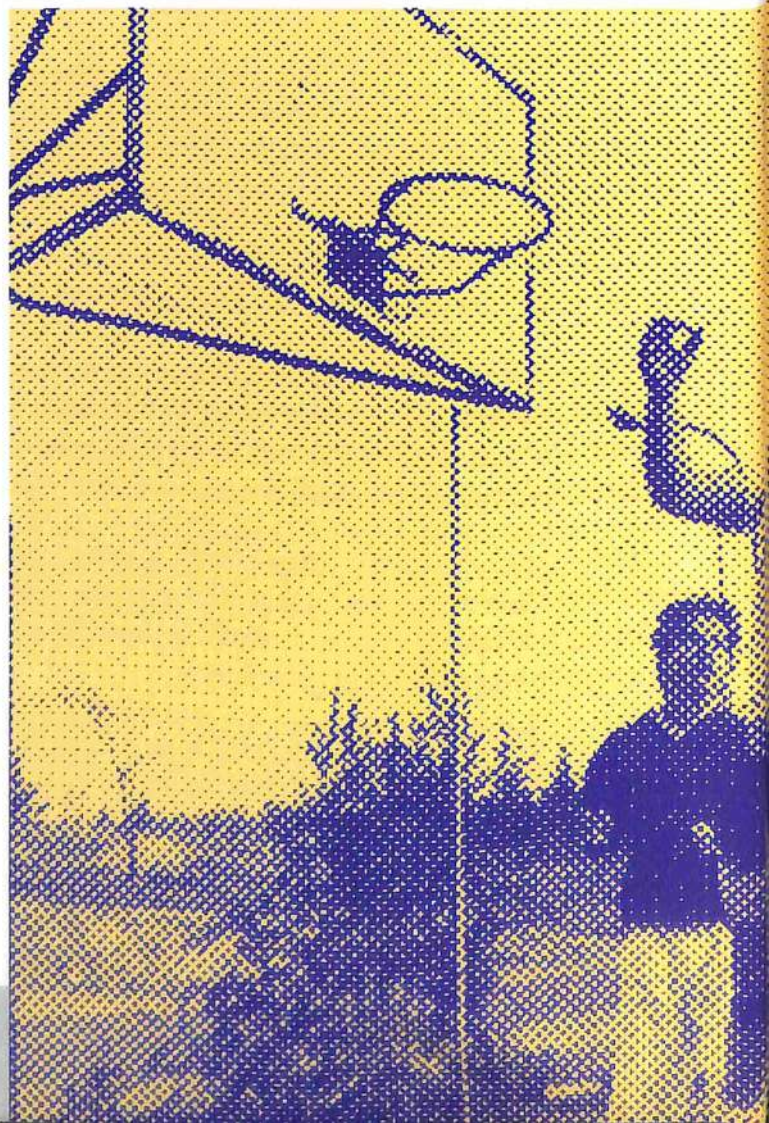
- reacción ante el mensaje,
- comprensión del mensaje.

D.- Evaluación de la efectividad y de la eficiencia:

- objetivos alcanzados,
- aspectos del programa con mayores efectos,
- necesidad de efectuar cambios ...

E.- Retroalimentación para definir el programa:

Dos de estos espacios pueden ser prioritarios entre los muchos posibles a la hora de trabajar el campo de la salud y en el cambio de estilos de vida de los jóvenes y de los adolescentes: la publicidad y los medios de comunicación.



PARTE SEGUNDA : METODOLOGIA

ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION

Un guión de trabajo que ha resultado ser eficaz para la puesta en marcha y el desarrollo de programas encaminados a potenciar, modificar o introducir pautas de conductas generadoras de salud, es el que trata de responder a estas simples pero fundamentales interrogantes:

- ¿QUÉ estilo de vida vamos a potenciar, modificar o introducir entre los jóvenes?
- ¿QUÉ hábitos, pautas, modas y valores predominan entre los jóvenes de esta comunidad?
- ¿CUÁLES son los condicionantes favorecedores y desfavorecedores existentes en esta comunidad que permiten esos hábitos, valores ..., entre los jóvenes?

Estos tres interrogantes, referidos a la comunidad donde viven los jóvenes con los que trabajar, forman parte de lo que L.W. Green denominó ANTECEDENTES CONDUCTUALES, según su denominado modelo PRECEDE como método de análisis de conductas.

Dicho modelo trata de analizar en la población diana, por otra parte previa y meticulosamente seleccionada y en relación concreta con la conducta a modificar, implantar o fomentar en ella, los:

1.- Factores **PREDISPONENTES**. Esto es, conocer:

- la información
- los valores
- las actitudes
- las creencias existentes y dominantes en ese grupo sobre ese tema.

2.- Factores **FACILITADORES**. Se refieren a conocer la existencia de:

- habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta deseada,
- existencia y accesibilidad de los recursos necesarios para su desarrollo.

La existencia de ambos serán **FACILITADORES** del desarrollo de la conducta seleccionadas, y su no existencia constituirá importantes **OBSTÁCULOS** a la misma.

3.- Factores **REFORZANTES**

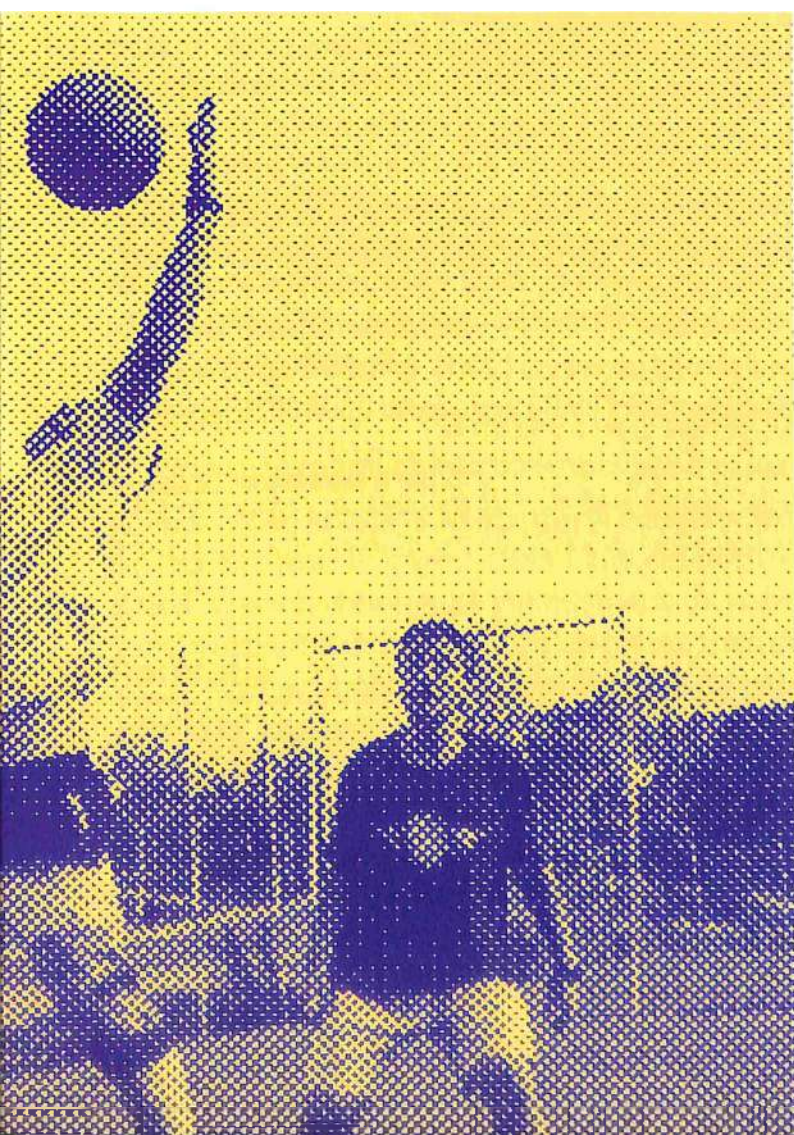
Una vez puesta en práctica la conducta deseada, es necesario conocer y analizar cuál es la respuesta del medio ante la nueva conducta. Indudablemente, encontraremos refuerzos positivos y negativos en las actitudes y conductas de la pareja, la familia, el grupo de iguales, los profesionales, etc.

En la medida del equilibrio, o mejor, de que se decante la balanza en favor del refuerzo positivo, dependerá el dominio y la permanencia de la nueva conducta en la población diana.

Siguiendo con el guión, intentaremos ir dando respuesta a otros interrogantes ahora más específicos de la población diana. Entre ellos:

¿QUÉ CONDUCTA queremos modificar?

Seleccionar la conducta principal es uno de los pasos fundamentales en toda modificación de conducta. Ello merece una importante dedicación. De su acierto depende, en gran medida, el éxito alcanzado.



Es necesaria la participación del grupo en dicha selección y la decisión final por consenso, utilizando para ello cualquiera de las diversas técnicas existentes. A modo de referencia mencionaremos la tormenta de ideas.

¿CON QUIÉN vamos a trabajar?

Definir la población diana. Si lo hacemos todo para todos, probablemente nos equivoquemos.

Es necesario definir, con la mayor precisión posible, el segmento del mercado con el que vamos a trabajar la modificación de conducta.

Población diana es la que reúne un conjunto de características iguales o similares: la edad, el sexo, la barriada, el grupo social, los gustos, etc.

La población diana nos va a servir para varias cosas: para saber las causas de su/s comportamiento/s, para conocer los modismos en su comunicación, para conocer las ideas acertadas o equivocadas que tienen acerca del riesgo de ... (conducta a modificar), etc.

Realizar la evaluación previa del autocuidado del grupo con respecto a la conducta a modificar.

El autocuidado implica saber cómo se hace

- hacer lo,
- estar motivado para ello.

Por tanto, en la población diana debemos conocer, previo al cambio de conducta, cuántos saben hacer (tienen las habilidades) lo necesario y lo hacen (y), cuántos saben hacerlo (tienen información) pero cometen errores en su desarrollo (x), y cuántos no saben hacerlo (z).

Indudablemente, en este paso no podemos olvidar la identificación de los INFLUYENTES. Estos son las personas cercanas a la población diana y sus creencias respecto de la conducta de ésta, lo que previamente denominamos, según PRECEDE, LOS FACTORES REFORZANTES.

La motivación (autoestima) de la población diana es muy importante para el éxito. Potenciar la opinión en el grupo de que sí es posible conseguir la modificación de la conducta errónea, resulta un mecanismo útil.

Conocer y analizar experiencias anteriores similares en grupos iguales o en el mismo grupo sobre otros temas, ayudarán a ello.

Contar con personas claves para el grupo sobre la conducta a modificar será una buena estrategia.

¿DÓNDE desarrollar el trabajo?

La búsqueda de espacio resulta ser uno de los obstáculos más frecuentes a la hora de trabajar con los jóvenes.

Algunas experiencias nos muestran la necesidad de poner la imaginación. Es uno de los retos a conseguir.

Nuevos protagonistas:

- Jóvenes

Nuevos Espacios:

- centros de enseñanza,
- centros de alfabetización,
- universidad,
- asociaciones juveniles,
- calle/barrio,
- oficinas de información juvenil,
- instalaciones deportivas,
- centros gays (homosexuales),
- lugares de trabajo,
- centros de planificación familiar.

¿PARA QUÉ? La definición clara y precisa de los objetivos, fundamentalmente los operativos, para la modificación de la conducta.

Estos objetivos no pueden quedarse sólo en el plano del conocimiento (SABER). Es necesario avanzar en el plano psicomotriz (SABER HACER) y psicoafectivo (ESTAR INTERESADO POR).

Aunque la determinación de los objetivos es específico de cada actividad, experiencias previas nos ofrecen un abanico referencial. Fomentar el deporte, el uso del casco para motocicletas, el uso del preservativo; dar una correcta información de temas de interés para el grupo: sexualidad, consumo, anticoncepción, acceso al empleo; posibilitar el aprendizaje de habilidades personales, sociales, laborales específicas; fomentar la participación; conocer bolsas de riesgo entre los jóvenes; sus prácticas, hábitos, valores ..., pueden ser una buena muestra de ello, así como posibilitar el abandono de prácticas de riesgo, por ejemplo: el uso de una y propia jeringa, etc., potenciar los grupos de ayuda mutua entre los jóvenes; dar a conocer y posibilitar alternativas sin riesgo frente al consumo, tanto culturales como deportivas, lúdicas, laborales, etc., entre otras.

En la determinación de los objetivos es muy importante ir dando respuestas, mejorando la situación de partida conocida tras el análisis de autocuidado realizado previamente. Así, en la población diana, el desarrollo de actividades pretenderá que los subgrupos conocidos: y, x, z, al menos se mantengan; aumente la y, a costa de corregir los errores de x así como de una mejora en la información del subgrupo z.

¿CÓMO se consiguen estos objetivos?

La determinación de la/s estrategia/s, método/s y actividad/es a desarrollar; la oportunidad e idoneidad lograda en ello, es imprescindible para garantizar el éxito.

En la búsqueda de la idoneidad estratégicas, es muy oportuno conocer, analizar y priorizar los elementos reforzantes así como los débiles, tanto del entorno donde se desenvuelve el grupo como los del mismo grupo. Con ello pretendemos encontrar y superponer los elementos fuertes del grupo con las oportunidades que nos ofrece el entorno. Esa será la estrategia más idónea.

La utilización de vías que permitan el acceso con crédito a la población diana, así como la incorporación de miembros del grupo desde el inicio del proyecto, son criterios fundamentales para el éxito. Conviene resaltar que las diversas técnicas metodológicas a emplear para el fomento de estilos de vida saludable, componen un amplio abanico de posibilidades que van, desde las técnicas directas, tanto uni como bidireccionales (dinámica de grupo, técnicas de presión de grupo, aprendizaje de habilidades, debate, técnicas de cohesión grupal, etc.), a técnicas indirectas, más propias para campañas de información de masas (folletos, carteles, videos, etc.).

Sea cual fuere la técnica empleada, quizás el aspecto metodológico más importante es conseguir la implicación activa, participativa y constante de la población diana. Para ello, exponemos lo que hemos venido en llamar DECÁLOGO de motivación para el cambio:

Decálogo

- Buscar el Momento más adecuado,
- Procurar los cambios de "1 en 1",
- Preparar a detalle (No Improvisar),
- Empezar el Cambio con algo positivo, reforzándolo,
- Describir correctamente la conducta problema,
- Explicar cómo afecta la conducta modificada, tanto individual como

del grupo más inmediato,

- Anticipar los problemas que puedan surgir,
- Asumir la propia responsabilidad,
- Pedir propuestas para el cambio,
- Dar alternativas de cambio.

¿QUÉ ha de hacer cada quién? constituye las actividades.

Es importante explicar no sólo qué actividades se van a desarrollar sino QUIÉNES y CUÁNDO las desarrollarán. Un buen calendario de trabajo constituye un instrumento facilitador en la consecución de los objetivos.

Una fórmula apropiada para la especificación de actividades es ir haciendo un cuadrante entre objetivos generales - objetivos específicos - actividades - fecha de realización - persona que lo realizará, etc.

Los recursos necesarios para el desarrollo de actividades son algo que no podemos obviar. Los pasos previos de análisis de elementos tanto del entorno como del grupo, nos permitirán abrirnos camino en el hallazgo de recursos existentes y muchas veces desconocidos u olvidados. No por ser más costosos los proyectos son más eficaces.

¿CUÁNTO TIEMPO? Recordemos que todo proyecto de cambio de conducta es complejo y se suele ir complicando a medida que avanzamos. Resulta positivo y gratificante para la población diana marcarse metas pequeñas, alcanzables en un período de tiempo largo, y seguir avanzando. Hay que hacer visibles los éxitos.

No podemos dejar de mencionar la necesidad de establecer INDICADORES, tanto cuantitativos como cualitativos, que nos sirvan para evaluar si las actividades que desarrollamos están dando respuesta, positiva como esperábamos, a los objetivos establecidos.

Aunque no pretendemos hacer una lista de ellos, sí debemos recordar que, sean los que fueren, deben ser ágiles, sensibles, comparables y sencillos de obtener. Ello resulta una buena práctica.

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- La Información es necesaria pero no suficiente,
- No dar por supuesto, preguntar,
- Para influir produciendo cambios, utilizar vías de acceso de probada utilidad para la población,

• Incorporar miembros de la población diana desde el inicio del Proyecto (Diseño):

- Facilita la pertinencia del mensaje
- Aumenta la credibilidad del proyecto
- Profesional : Facilitadores,
- Usuario : Conductor,
- Tener en cuenta actividades anteriores: Implicación,
- Dar visibilidad de lo que se hace.

Y a modo de cierre, algunas cuestiones para el debate final:

¿Están preparados los profesionales de la salud para asumir un papel facilitador y permitir que el joven sea el que conduzca su salud, sus cambios comportamentales?

¿Existen realmente consecuencias positivas inmediatas de "comportamientos" saludables?

¿Puede-debe potenciarse un uso sibarita de las drogas controladamente? ¿de todas las drogas?

¿Sabemos qué saben, creen, opinan, hacen y no hacen los jóvenes respecto a todo esto?

El Debate está servido

Bibliografía

- 1.- Infiesta, J.A.; Garrucho, G. 1994, Sevilla: Estilos de vida. Abordaje desde el nivel local. Colección de documentos técnicos. Red Andaluza de Ciudades Saludables. Edita Federación Andaluza de Municipios y Provincias.
- 2.- Bimbela, J.L.; Gómez, C: SIDA y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Psicol. Gral. y Aplic.* 47 (2). 1994.115-157.
- 3.- Mendoza, R: Concepto de estilo de vida saludable y factores determinantes. 2ª Conferencia Europea de Educación para la Salud. 7-9 junio 1990. Varsovia.
- 4.- Nebot, M: Educación sanitaria: ¿dónde estamos?. *Atención 1ª*. Vol. 9 Nº 9. Junio 1992.508-511.
- 5.- Costa-Cabanilla, M; López, E: Manual para el educador social. Madrid 1991. Ed. Ministerio Asuntos Sociales 26.
- 6.- March, J.C; Hernán, M: Metodología de Educación para la Salud. Las técnicas individuales, grupales y comunitarias. La educación para la salud y el marketing social. Cap. 154. Gallo F.J: Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid 1993. Ed. Beecham. 1596-1606.
- 7.- García España, F; March, J.C; Gómez Villegas, I: El marketing social aplicado a la aplicación del condón: una propuesta de intervención sobre grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. *Gaceta Sanitaria* Nº 43. Vol. 8, jul-agost. 1994. 169-179.
- 8.- Bimbela, J.L; Plo, L; Sanclemente, C: El proyecto de prevención del SIDA en Ciutat Vella (Barcelona) 1993. Ed. PPU. 102-127.
- 9.- El proceso de comunicación en salud. Una visión de conjunto. Manual de comunicación social para programas de salud. mayo 1992. Ed. OPS. 11-30.
- 10.- Shaw, M. Cómo transmitir un mensaje. Guía Práctica para la utilización de los medios de Comunicación. BBC. Escocia.

SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

- LOS DESAFÍOS DE ACCESO Y CALIDAD -

Dra. Elsa Moreno

Consultora OPS - Profesora de Salud Pública, Universidad de Tucumán, Argentina

I. Introducción

La salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico de los países del mundo, y así lo han manifestado los representantes de todos los países en las discusiones técnicas que sobre el tema fueron llevadas a cabo durante la Asamblea Mundial de la Salud No. 42, en mayo de 1989 (1).

Hasta el momento el grupo ha permanecido relativamente marginado de la atención de los procesos de salud/enfermedad, biopsicosocial, de bienestar y desarrollo, y su participación real y efectiva en esos procesos ha sido muy escasa. Inclusive los jóvenes han venido permaneciendo fuera del beneficio de los servicios de salud tradicionales, han sido poco tenidos en cuenta en los esfuerzos que los países han desarrollado en el marco de la llamada extensión de cobertura de la década de los 70, y más recientemente, en la implantación de las estrategias de atención primaria de salud y participación comunitaria.

La situación descrita es válida para los países de América Latina y el Caribe, regiones en las cuales el contingente de personas jóvenes es de especial importancia, y está sometido a condiciones económicas, políticas y sociales que requieren de atención prioritaria y sobre los cuales la sociedad tiene un enorme compromiso y responsabilidad social.

En el presente documento se analizan algunos aspectos conceptuales respecto a la atención integral de adolescentes y jóvenes, las más adecuadas formas de organización de los servicios, las características que debe tener la capacitación del personal considerado como el recurso crítico, y algunas estrategias para favorecer el acceso y la calidad de la atención.

Se usará la denominación de "grupo juvenil" o "jóvenes" para la población comprendida entre los 10 y los

24 años, donde se incluyen los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (20 a 24 años).

II. Situación actual de los Servicios de Salud.

Los actuales servicios de salud para el joven y el adolescente no se adecúan a las necesidades reales y a las expectativas de este grupo poblacional. Por comparación con otros grupos de edad, los jóvenes son considerados, en general, como un grupo sano por su relativa baja mortalidad, y sólo actualmente se está prestando atención a los problemas de salud psicosociales, que son los más frecuentes, si bien no los más visibles, en las habituales estadísticas vitales y de servicios de salud.

El interés de los médicos por el adolescente y el joven y el desarrollo de la llamada "medicina del adolescente" es relativamente reciente, remontándose a comienzos del presente siglo (2). Después de la segunda guerra mundial el control de las enfermedades infecciosas, en especial el de las inmunoprevenibles y la mejor nutrición de la población, cambiaron el perfil epidemiológico de las poblaciones y dieron lugar a que se prestara mayor atención a las enfermedades crónicas, a los accidentes y las violencias, a las adicciones, a las afecciones perinatales y a los problemas derivados del medio ambiente.

Para entonces, los cambios sociales y los avances en la investigación acerca de la biología de la pubertad y de la adolescencia de comienzos de siglo, estimularon el interés por el grupo de jóvenes.

En la década del 60 numerosos médicos, en su mayoría pediatras pero también clínicos y endocrinólogos, se dedicaron a atender adolescentes y aplicaron los conceptos de la emergente "medicina del adolescente". Hacia los años 70, con el auge de las especialidades, en numerosos países se reconoció a la hebiatría como

un área que reunía los criterios requeridos para considerarla como especialidad. Para entonces comenzaron a desarrollarse servicios de atención diferenciada del joven, que paulatinamente incorporaron profesionales de otras áreas, en especial del área social.

Sin embargo, aún ahora, los servicios para jóvenes son escasos y poco coordinados, lo que compromete la accesibilidad y la cobertura. Por lo común, en los servicios generales de salud la atención se brinda fragmentada, según subsectores (público, privado y de la seguridad social), atendiendo problemas puntuales en la mayor parte de los casos a través de especialistas de las diferentes patologías, y se muestran más preparados para la atención en momentos de crisis por parte de especialistas de cada una de las patologías, que respondiendo a una planificación integral y continua dirigida a los grupos de mayor riesgo (3) (4).

Los servicios diferenciados para jóvenes, en su mayoría, se han desarrollado en hospitales de mediana o alta complejidad y en áreas urbanas, cubriendo un número reducido de jóvenes. Tienen el indiscutible mérito de haberse convertido en centros de capacitación de personal, de investigación, de evaluación de tecnologías y, por sobre todo, de desarrollo de nuevos modelos de atención en un área en que se requiere creatividad y audacia para vencer las barreras al acceso y a la calidad.

Esta situación se mantiene en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, si bien en los últimos años puede constatarse un progreso significativo en la organización de servicios diferenciados. Sin embargo, debe admitirse que este progreso se ha producido sobre todo en la constitución de grupos interdisciplinarios para la atención en los niveles secundario y terciario del sistema de servicios, con escaso avance en la organización del primer nivel de atención -puerta de entrada del sistema-, y con probable exclusión de quienes pueden ser los más necesitados y vulnerables.

Las actuales características de organización y distribución de los servicios de salud para los jóvenes se caracterizan por su inadecuación en cantidad, calidad y oportunidad, lo que compromete seriamente el acceso y la resolución apropiada de los problemas. Esta circunstancia, originada en buena parte por el impacto de la adversidad económica de los países de América Latina y el Caribe, se acompaña de sistemas educativos inadecuados, de provisión deficitaria de alimentos, de escasa o inexistente accesibilidad a actividades recreativas, de insuficiente o nula capacitación laboral, de subempleo y desempleo (5).

La situación de los servicios se ve agravada por la tendencia de la gente joven a no usar suficientemente los

servicios de salud, a pesar de que estén disponibles. Algunas de las razones para ello son las siguientes:

- Los adolescentes no son ni adultos ni niños y esto hace que generalmente no se sientan bien dentro del sistema de servicios tradicional. El personal de salud más habituado a lidiar con niños y con padres comprende muy poco que este grupo esté procurando lograr su independencia. Por otro lado, los servicios en que la mayoría de sus clientes son adultos, suelen no tener experiencia con respecto a los problemas del joven (6).
- Los jóvenes con mayores necesidades de atención suelen pertenecer a grupos con marcadas desventajas o ser francamente 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.
- Los servicios diferenciados que se han desarrollado en la Región son muchas veces desconocidos para los jóvenes, por falta de adecuada promoción y escasa derivación desde los servicios de los niveles de más baja complejidad. Esta última circunstancia está fuertemente influida por la falta de capacitación del personal de esos servicios.
- Si las actitudes del personal de salud no despiertan la confianza de los jóvenes, éstos no manifiestan abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación, muchas veces referidos a temas como la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual o la drogadicción. En nuestras sociedades aún abundan los mitos y la información errada, y no se clarifican por la resistencia de los adultos a tratar temas considerados "delicados" (6).
- Ciertas características de los servicios: físicas, estéticas y organizacionales, contribuyen también al rechazo por parte de los jóvenes. Dentro de éstas pueden incluirse la localización de los servicios, los horarios, los procedimientos burocráticos -en especial la recepción-, las actitudes del personal y la fragmentación de las medidas de tratamiento y prevención. Muchas de las normas que los administradores de servicios imponen con miras a aumentar la eficiencia, suelen ser inapropiadas desde el punto de vista de los jóvenes. Un buen ejemplo de éstas son los horarios de atención, coincidentes con el tiempo en que el joven trabaja o estudia, y las normas de rendimiento en consultorio.

Frente a esta situación, en los años recientes ha habido cambios fundamentales en la filosofía de la atención a los adolescentes y a los jóvenes. Hoy se promueve una atención integral, que ya no es sólo de los médicos sino de equipos conformados por distintas disciplinas, que privilegian la promoción y prevención,

centrada en la familia, que no debe ser brindada exclusivamente en los servicios tradicionales de salud y donde los propios jóvenes tienen una activa participación. Este nuevo enfoque deriva de la conceptualización acerca de la salud integral.

III.- El Concepto de Salud Integral

A pesar de la reiterada aseveración de que el ser humano es una unidad biopsicosocial, en la práctica los programas de salud concentran sus esfuerzos en la esfera biológica. Este sesgo, presente en la atención de todos los grupos de población, tiene especial relevancia en la atención de los jóvenes y de los adolescentes.

El modelo tradicional de enfermedad con tres componentes: agente, huésped y ambiente elaborado sobre el supuesto de causa única - efecto único, tuvo vigencia mientras las enfermedades infecciosas más frecuentes fueron la única preocupación de los epidemiólogos. La comprensión actual de las enfermedades se inscribe en un marco más amplio e integral, que se adecúa al enfoque de causas múltiples-efectos múltiples y a los conceptos de riesgo.

Actualmente el llamado modelo epidemiológico, paradigma de la moderna epidemiología, considera la salud como un producto social determinado por una serie de factores que pueden agruparse en cuatro áreas: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización del sistema de salud. Esta conceptualización fue propuesta inicialmente por Blum en 1968 (7), se popularizó cuando fue aplicada a la política sanitaria de Canadá por Laframboise y Lalonde en 1973 (8) y se describió como modelo epidemiológico por Denver en 1974 (9). Este encuadre teórico permite hacer un análisis biopsicosocial del fenómeno salud-enfermedad y adquiere especial significación en el caso de los jóvenes, cuyos problemas son predominantemente psicosociales.

El concepto de salud integral del adolescente y del joven se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención, ya que este encuadre exige tener en cuenta no sólo los factores biológicos sino también los estilos de vida, el ambiente físico y cultural y la oferta y organización de los servicios. El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos o de factores protectores derivados de las cuatro áreas, poniendo en marcha medidas que privilegien las actividades anticipatorias.

Los jóvenes son un grupo en etapa de crecimiento y desarrollo que les da una especial vulnerabilidad. En este punto debe destacarse la importancia de una asistencia continua de la salud y del bienestar a lo largo de las distintas fases del ciclo vital. La salud física, social y mental de los jóvenes es el resultado de las experiencias del pasado y del presente y, a su vez, las experiencias de los jóvenes son importantes determinantes de las etapas posteriores (10).

En el ámbito político y sociocultural deben tenerse en cuenta las políticas de desarrollo, ya que éstas condicionan grandemente los objetivos de los jóvenes, de sus familias y de sus comunidades. Merecen destacarse los llamados "microambientes": la familia, la escuela, el trabajo, la calle, los ámbitos de recreación y algunas otras instituciones. Si bien todos ellos condicionan el crecimiento y el desarrollo de los jóvenes, la familia desempeña un papel primordial debido a la fuerte influencia positiva de una familia funcional y la fuerte influencia negativa que una familia disfuncional tiene sobre la salud pasada, presente y futura de los jóvenes (10).

El ambiente cultural determina los llamados estilos de vida: costumbres y comportamientos en salud y bienestar que reflejan valores, actitudes y creencias, transmitidos de generación en generación, que pueden determinar riesgos o aspectos positivos para la salud de los jóvenes. Los estilos de vida de la gente joven envuelven más comportamientos riesgosos que los de cualquier otro grupo de población. Fumar, consumir alcohol y drogas y prestar poca atención a las regulaciones del tráfico, son ejemplos de patrones de conducta que frecuentemente son causa de problemas de salud de los jóvenes. Si bien está demostrado que las conductas de riesgo ocasionales son una parte natural del desarrollo y la maduración y una de las formas de resolver conflictos personales, el problema reside en que en las condiciones actuales de nuestras sociedades las conductas de riesgo siguen incrementándose. Sin grandes cambios en la sociedad y en los servicios, la provisión de información es insuficiente por sí misma para disminuir la prevalencia de conductas de riesgo para la salud de los jóvenes (6).

IV.- Organización de los Servicios de salud

1.- Red de servicios de atención al joven:

La naturaleza de los problemas, el concepto de salud integral y los actuales paradigmas con respecto al cuidado

de la salud, son los que definen las características deseables para la oferta de servicios a los jóvenes. El concepto de salud integral ya se ha mencionado en el punto anterior, y en cuanto a los actuales paradigmas en salud, están referidos a la estrategia de Atención Primaria de Salud y Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, SILOS.

Hay amplia coincidencia en que los principales problemas del grupo juvenil son, con distintos matices y según los países: desventajas socioeconómicas (marginalidad), conductas de riesgo, embarazos no esperados, aborto inducido, enfermedades de transmisión sexual, sida, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, accidentes, alteraciones nutricionales y de la alimentación, problemas emocionales y suicidios, discapacidad física y mental, accidentes y enfermedades ocupacionales y retraso escolar.

Dada la naturaleza de los problemas enumerados, debe señalarse que su atención no requiere poner énfasis en una especial tecnología instrumental. En cambio, resultan indispensables: una adecuada capacitación y desempeño del personal de salud, de las familias, de los propios jóvenes, de las comunidades y de las instituciones, y algunos recursos de infraestructura física.

En la atención del joven debe participar la totalidad de los servicios del sector salud, cualquiera sea su nivel de complejidad, brindando diferentes niveles de cuidado. A estos servicios deben agregarse los de otros sectores, que podríamos llamar "no convencionales", porque habitualmente no pertenecen al sistema formal de salud. Pueden mencionarse como ejemplos los servicios que brindan algunas organizaciones de los propios jóvenes, asociaciones comunitarias de diversa índole, instituciones de salud o educacionales, iglesias, etc. La utilización de estos servicios no convencionales es una de las estrategias más adecuadas para lograr mejorar el acceso y extender las coberturas, ya que favorecen la aceptación y la participación de los jóvenes por su proximidad a los lugares donde viven, estudian, trabajan y emplean su tiempo libre.

La organización de estos diferentes tipos de servicios exige la conformación de una red. La Red de Servicios, entendida como una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones para el logro de fines comunes, es una modalidad organizativa y de gestión, especialmente útil para el abordaje de los problemas juveniles. A través de esta Red, con servicios más o menos formales, deben brindarse los diferentes niveles de cuidado (autocuidado, prevención primaria, secundaria y terciaria), buscando la necesaria complementación del conjunto mediante el trabajo multiprofesional.

En general, en los servicios menos formales de la Red, el énfasis será dado en promoción, prevención, infor-

mación y, si fuera necesario, apoyo social. En los niveles más formales deben brindarse otras actividades de diagnóstico, recuperación y rehabilitación, requiriendo para ello adecuada infraestructura, recursos materiales y personal especialmente capacitado, lo que por supuesto es más costoso.

La programación de la red de atención del joven debe formar parte de la programación de los SILOS, y su objetivo es asegurar el acceso, la adecuada cobertura y la calidad de la atención a la población del ámbito geográfico de aquellos. (11)

2.- Características deseables para los servicios

Cualquiera que sea el tipo de servicio o el nivel de complejidad en que se asista al adolescente y al joven, su atención debe reunir ciertas características que, si bien son deseables en todas las edades, adquieren especial significado en este grupo etario. Entre esas características merecen destacarse las siguientes:

- La atención integral del grupo juvenil debe hacerse con un abordaje interdisciplinario. Puede definirse el equipo interdisciplinario como un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional), a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema que no tiene límites disciplinarios (control de factores de riesgo, embarazo adolescente, deserción escolar) (12).

Debe evitarse usar el término de multidisciplinaria en forma indistinta. El equipo multidisciplinario está constituido por miembros de varias disciplinas que trabajan en forma separada y que, mediante interconsultas y referencias, entregan los servicios a través de la red de establecimientos que sirve a una población definida. Ya se ha mencionado que esta modalidad de trabajo es muy útil cuando se organiza la red de servicios del SILOS, logrando la complementariedad necesaria para un mejor desempeño del sistema.

- Debe promoverse la intersectorialidad mediante el trabajo conjunto con las familias, las comunidades, las instituciones educativas, de recreación y laborales. Es preciso el trabajo conjunto de todos los sectores a todos los niveles: los que formulan las políticas, tanto en los organismos gubernamentales como en los no gubernamentales, así como los ejecutores, utilizando el trabajo multidisciplinario, la coordinación y la formulación de programas compartidos y complementarios.

- La participación del joven en la programación y en la entrega de servicios es un importante factor de éxito. Los jóvenes que usan los múltiples servicios de los centros de atención diferenciada deben sentirse como si estuvieran en un "club" (5) donde tienen a su disposición los servi-

cios que ellos requieren, más y mejores que en una tradicional clínica de pacientes. Esto sólo puede lograrse si se dispone de fácil acceso, de una estructura flexible, de una atmósfera amigable y de oportunidades para participar en algunas actividades del servicio.

La participación de los jóvenes en la determinación de sus necesidades es especialmente útil para conocer sus valores, sus percepciones, sus actitudes y su comportamiento. Con la participación en este tipo de actividades y en programas de promoción de salud, adquieren conocimientos, se hacen más perceptivos en cuanto a los problemas de salud y están en mejores condiciones de transmitir información a otros jóvenes (13).

- Las causas de la morbilidad de los jóvenes son en su mayoría prevenibles, de manera que, en general, la atención debe privilegiar las actividades promocionales y preventivas, frente a las de recuperación y rehabilitación, siendo la vigilancia del crecimiento y del desarrollo el eje de la atención integrada.

Por la razón expuesta, el enfoque de riesgo es especialmente importante en la atención de los jóvenes, ya que permite estudiar los factores asociados a los principales problemas del grupo, y diseñar estrategias de intervención apropiadas para evitar su aparición o bien los daños a que se asocian, contribuyendo a una distribución más equitativa de los recursos: "Más a los que más necesitan".

Hoy se conoce bastante de las conductas de riesgo, pero aún este conocimiento es insuficientemente utilizado en las realidades concretas de los servicios. Así por ejemplo, está demostrado que las conductas de riesgo en los pares -compañeros de colegio o de juegos- se convierten en potentes predictores. Si un joven tiene un compañero que ha iniciado una actividad sexual muy precoz o el consumo de drogas, tiene una altísima probabilidad de comenzar con iguales conductas dentro del mismo año. Los programas con énfasis reparador prestan más atención a la recuperación que a las actividades que permitan evitar igual suerte en sus pares.

- Deben estimularse las prácticas de autocuidado a través de adecuada información y de ejemplo. La familia, las instituciones escolares y los propios jóvenes son los que asumen en este punto un papel protagonista. La experiencia muestra que el autocuidado está especialmente indicado para trabajar en la conformación de hábitos saludables.

- Cuando se organizan los servicios de atención para el grupo, debe tenerse en cuenta la necesaria personalización y confidencialidad que debe tener esa atención. Si bien éstas son características deseables en todos los grupos etarios, adquieren especial relevancia con los adolescentes,

a fin de lograr su activa participación en la preservación de su salud. Para lograr un acceso sin barreras y evitar el rechazo, resulta indispensable que el joven reciba los servicios con total consentimiento y a través de alguien en el cual confíe ampliamente. Para lograr que los servicios sean aceptados por los jóvenes, es de suma importancia que todo el personal de salud dé pruebas de interés personal y de comprensión.

- El personal de salud debe obtener el consentimiento de padres, de tutores o del mismo joven -dependiendo de su edad y de las legislaciones de los diferentes países- para realizar los tratamientos médicos. Este consentimiento ha de ser informado, lo que significa que la persona debe comprender la naturaleza de los procedimientos a usar, el beneficio potencial que se espera obtener, los riesgos que pueden ocasionarse con el tratamiento propuesto, la necesidad de vigilancia o de cuidados posteriores, el derecho a rechazarlo y la existencia de tratamientos alternativos.

- Deben utilizarse formas de atención participativas tales como talleres o reuniones de grupo, con participación de los jóvenes, de los padres y de los maestros.

- Las características de personalización, confidencialidad y uso de técnicas participativas requieren de algunas condiciones de infraestructura física que deben tenerse en cuenta en la organización de los servicios. Estas características están enumeradas en el Esquema de Condiciones de Eficiencia de los Servicios Ambulatorios del Adolescente, publicado por la OPS/OMS en el Manual de Medicina del Adolescente (12), bajo los rubros de planta física y recursos materiales.

- Los servicios de atención deben organizarse en niveles de complejidad creciente, con adecuada coordinación y complementación entre ellos. Las características de los niveles de complejidad no pueden definirse universalmente, ya que dependen de las necesidades de la población y de los recursos disponibles. Sin embargo, en el caso de la atención de este grupo es posible diferenciar tres niveles de atención, concibiéndolos como planos tecnológicos de resolución de problemas. Aceptados estos tres niveles, es posible generalizar algunos aspectos básicos de cada uno de ellos, teniendo en cuenta, más que aspectos teóricos, la realidad de los servicios de América Latina y el Caribe.

El primer nivel, o puerta de entrada de los servicios, corresponde en los países de la Región a los Centros de Salud, a los Centros de Atención Primaria o a sus equivalentes. El personal de estos servicios está representado por médicos generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, asistentes sociales y trabajadores de comunidad. En las áreas urbanas a este personal suelen agregarse médicos de las especialidades básicas, -pediatras, tocoginecólogos y psicólogos-, que actúan diariamente o en forma periódica, dependiendo del volumen de

población a atender y de sus necesidades. En estos servicios la mayor parte de las demandas de jóvenes se atiende en forma indiferenciada a través de sus médicos generales o, eventualmente, por algunas especialidades; así, por ejemplo, la atención del embarazo adolescente por el tocoginecólogo.

El primer nivel de atención debe resolver la mayor parte de la demanda de baja complejidad, referir los casos más complejos, estimular el autocuidado, promover la coordinación intersectorial y el trabajo con las familias, los jóvenes y las organizaciones de la comunidad, en especial las educativas, laborales y de recreación.

El segundo nivel brinda atención de baja o mediana complejidad. Estos establecimientos pueden estar representados por ambulatorios llamados "poli-clínicas" en las áreas urbanas o bien por servicios con internación tales como hospitales o clínicas donde se prestan servicios de especialidades. En muchos casos se ofrecen, además de las especialidades básicas, algunas otras tales como dermatología, cardiología, psiquiatría, nutrición, etc. En este nivel debe estimularse la organización de la atención diferenciada de adolescentes con la constitución de equipos interdisciplinarios, en la mayor parte de los casos con pediatras o clínicos con formación específica en adolescencia, con psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales. Estos consultorios deben recibir casos referidos por el primer nivel para una atención especializada, y deben disponer de una infraestructura adecuada para asegurar el acceso y las características de la privacidad. Ya se ha señalado la enorme trascendencia de este tipo de servicios para el desarrollo de los programas.

El tercer nivel corresponde a la atención especializada y de alta complejidad, en forma ambulatoria y en internación. En general, esta asistencia se brinda al joven en servicios no diferenciados por grupos etarios, en hospitales de alta complejidad, en institutos y en centros de investigación. En este nivel la atención debe estar guiada por los equipos interdisciplinarios citados en el segundo, compartiendo responsabilidades con los especialistas y asegurando la integralidad y continuidad de la atención.

V.- Formación de Personal

1.- Características de la capacitación:

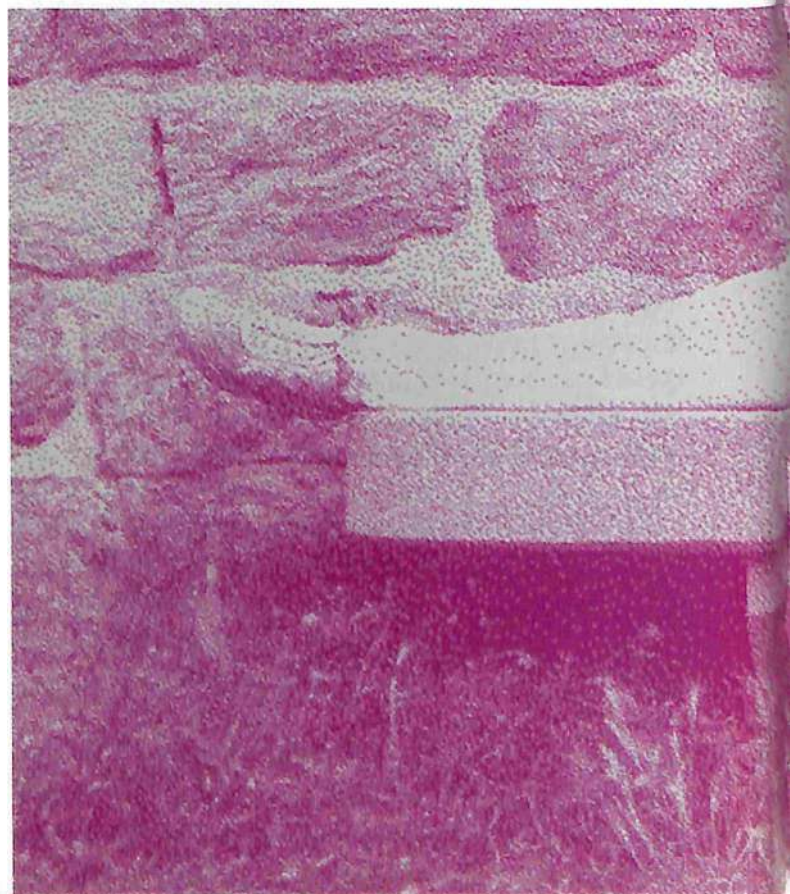
El personal destinado a la atención de los jóvenes es el recurso crítico en los programas dedicados al grupo, ya que su adecuado número y capacitación determinan grandemente la cobertura y la calidad de la atención.

La definición del personal a formar y los contenidos de la capacitación deberán tener como punto de partida los niveles de complejidad del sistema y las características de los servicios a organizar. Esta definición conviene que sea realizada en el ámbito de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y variará en los diferentes lugares, de acuerdo a la naturaleza de los problemas y a la disponibilidad y características de los recursos (11).

La formación de personal para la atención de la salud integral de los jóvenes tiene dos ejes estratégicos fundamentales: el entrenamiento para conformar equipos de atención y la capacitación multiprofesional para asegurar el trabajo interdisciplinario.

Las definiciones de trabajo de equipo y de educación multiprofesional no siempre son usadas en forma unívoca. Para el presente trabajo se han adoptado las definiciones que formuló el Grupo de Estudio convocado por la OMS en 1987 sobre educación multiprofesional del personal de salud y el criterio de equipo (14) que se transcriben a continuación:

Trabajo de Equipo: Acción coordinada, llevada a cabo por dos o más personas, de forma conjunta, simultánea o sucesiva. El trabajo de equipo supone metas acordadas en común; cono-



cimiento claro del papel y de las funciones de los demás por cada miembro del equipo y respeto por ese papel y por sus funciones; recursos humanos y materiales suficientes; relaciones de apoyo, de cooperación y confianza mutua; liderazgo eficaz; comunicación abierta, sincera y sensible; y medidas para la evaluación. El trabajo de equipo es más un proceso que un fin en sí mismo y se da siempre que dos o más profesionales interactúan para resolver problemas, tanto si se trata de un equipo formalmente organizado como si no lo es. El trabajo en equipo presupone la capacidad de colaborar como colegas, en lugar de establecerse una relación de superior y subordinado.

Educación multiprofesional: Proceso por el cual un grupo de profesionales o de estudiantes de las especialidades relacionadas con la salud, con diferentes antecedentes educativos y duran-

te determinados períodos de su formación, con la interacción como meta importante, aprenden a colaborar en la prestación de servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación o de otro tipo, en relación con la salud.

La educación multiprofesional del personal destinado a la atención del grupo juvenil depende de los mismos principios y procesos educativos básicos aplicables a la formación del personal de salud y, en especial, al aprendizaje por la práctica. Por eso las actividades de aprendizaje deben tener en cuenta las siguientes características:

- estar basadas en una clara y explícita expresión de los conocimientos teóricos y prácticos -competencia- que se espera alcancen cada uno



de los profesionales del equipo, derivando de esta enumeración los objetivos educativos;

- formar conjuntamente a los profesionales en el diagnóstico y la solución de los problemas prioritarios de salud del grupo juvenil, dando mayor énfasis a aquellos cuya solución depende de medidas interdisciplinarias e intersectoriales;
- estimular la competencia en las técnicas de educación que, aplicadas en la atención del adolescente y joven, permitan estimular que éstos asuman la responsabilidad del cuidado de su propia salud, fomentando el autocuidado y modos de vida saludables.
- promover la competencia en técnicas participativas y el trabajo intersectorial;
- estimular el enfoque familiar de las necesidades del adolescente, tratando de integrar los aspectos que percibe cada uno de los miembros del equipo desde su propia profesión;
- estar ubicadas desde el comienzo y a todo lo largo del período de capacitación en escenarios docente-asistenciales de equilibrada diversificación (en todos los niveles de atención), así como en la comunidad y sus instituciones;
- incluir técnicas de aprendizaje basadas en problemas, apoyando el trabajo de los equipos para descubrir o diagnosticar el problema, seleccionar las intervenciones y decidir cuáles serán las tareas conjuntas o coordinadas a desarrollar por el equipo.

Las actividades que debe cumplir un equipo de salud definen tanto las competencias generales del grupo como las específicas de cada una de las profesiones que lo integran. Dentro de las competencias generales están aquellas que permiten trabajar en equipo, es decir, desarrollar un esfuerzo coordinado de colaboración y a menudo con un componente intersectorial. Para trabajar juntas las diferentes profesiones y categorías de personal, necesitan saber y entender cómo los otros enfocan las cuestiones de salud y reconocer y saber apreciar sus aportes y conocimientos prácticos.

El problema fundamental reside en que las diferentes profesiones representadas en los equipos de salud destinados a los jóvenes, habitualmente no han recibido educación multiprofesional durante su período de educación básica. No obstante, al integrarse los grupos se pretende que estén dispuestos a trabajar en colaboración, a adaptarse a servicios y tiempos comunes y a reconocer el papel singular y la contribución potencial de cada miembro del equipo. La educación multiprofesional tiende a solucionar estos problemas y puede utilizarse ventajosamente en la formación básica o de grado, en la formación

de posgrado o de perfeccionamiento y en la capacitación continua en servicio.

La mayoría de los educadores afirma que, para influir en las actitudes, la educación multiprofesional debe iniciarse muy pronto, asegurando que los alumnos no se atrincheren en un papel profesional convencional. El empleo de la educación multiprofesional a lo largo de todo el plan de estudios asegura la continuidad y el abordaje de problemas y de técnicas de las más sencillas a las más complejas y difíciles.

2.- Contenidos de la capacitación:

Los objetivos educativos deben formularse a partir de las necesidades de la población a atender. Las necesidades de salud del grupo juvenil varían según las características de esas poblaciones y deben determinarse en forma participativa con los propios jóvenes y con sus familias.

En general, podría afirmarse que en la elaboración de los contenidos docentes deberá tenerse en cuenta:

- la necesidad de enfocar al adolescente y al joven como seres en crecimiento y desarrollo, de manera que en todos los casos se tengan en cuenta las manifestaciones físicas, de conducta y culturales propias de este período que está en "crisis", pero que es una crisis normativa de la cual depende su normal desarrollo.
- la selección de los problemas más frecuentes, determinados con la participación de los jóvenes y como resultado de las investigaciones locales, estudiando cada uno de ellos desde la perspectiva psicológica, socio-cultural, física, económica, educacional y legal. Debe tenerse presente que investigaciones sencillas y rápidas pero con buenos diseños metodológicos y realizadas por equipos multidisciplinarios, pueden ser una magnífica fuente de enseñanza y convertirse en objetivos docentes.
- la necesidad de privilegiar entre las intervenciones posibles las de carácter promocional y preventivo, y aquellas que actúan estimulando los factores protectores (prevención primordial) o modificando los factores de riesgo (prevención primaria).

3.- Formas de hacer operativa la capacitación.

La capacitación de personal para la atención del grupo juvenil plantea problemas operativos derivados en buena parte de la gran cantidad de personal a capacitar y la reducida disponibilidad de recursos docentes y financieros.

La formación de personal para la atención primaria requiere dos tipos de esfuerzos simultáneos: por un lado, introducir en el currículum de grado -en especial medicina, enfermería, psicología y trabajo social- los contenidos docentes necesarios para asegurar su competencia en esta área, y, por otro lado, capacitar en servicio al personal que ya se desempeña en ese nivel.

Por la intersectorialidad que requiere el abordaje de la atención del joven, se amplía considerablemente el campo donde deben realizarse los esfuerzos de difusión del conocimiento. Es preciso introducir los contenidos de atención al grupo juvenil en los currículos de las diversas carreras, si bien esto requiere coordinación con el sector educación y una voluntad política decidida. A título de ejemplo, puede citarse la introducción de objetivos docentes para tratar algunos problemas específicos: drogadicción, embarazo adolescente etc., en casi todas las carreras universitarias, y no sólo en las que habitualmente trabajan dentro del sector salud (abogacía, periodismo, economía, etc.).

Para la capacitación del personal en servicio, se puede iniciar el proceso con la preparación de material instructivo y la realización de cursos cortos de tipo regional, que preparen una masa crítica de multiplicadores. Este personal, preparado y apoyado por gente que trabaja en centros de mayor complejidad, puede repetirlos o responsabilizarse de cursos cortos -de sensibilización-, a nivel local. En la mayor parte de los países de la Región se tiene experiencia positiva en estos cursos llamados de "multiplicadores" y de "sensibilización", realizados en muchos casos en el marco del Proyecto OPS/Kellogg.

La preparación del personal destinado al segundo y tercer nivel de atención -formación de posgrado-, requiere el desarrollo de centros de excelencia en las áreas de servicio y de docencia, que aseguren la idoneidad del personal necesario para esos niveles.

En todos los casos, junto a los esfuerzos de preparación de personal de todos los niveles, deberá preverse la capacitación continua del personal en servicio. Los programas de capacitación continua resultan indispensables a todos los niveles, en especial a nivel primario, ya que en nuestros países cada vez son más escasos los recursos de supervisión que podrían cumplir esa misión. En esta área, donde el personal a capacitar es muy numeroso, es preciso desarrollar metodologías tales como la educación a distancia, que permitirá mayor cobertura y eficiencia en el uso de los recursos.

VI.- Los Desafíos del Acceso Oportuno y de la Calidad de los Servicios.

De la actual situación de los servicios de salud para los jóvenes de América Latina y el Caribe descrita en el punto II, puede inferirse la necesidad de adecuarlos para satisfacer las crecientes necesidades de este grupo poblacional tan numeroso, que incluye a los total o parcialmente marginados de los servicios de salud, educación, trabajo y recreación. A la situación planteada debe agregarse que la población de 137 millones de jóvenes y adolescentes de América Latina y el Caribe en 1990, llegará a 172 millones al final del siglo, y que la Organización Panamericana de la Salud ha venido llamando la atención de que será imposible brindarles adecuada atención con los modelos de prestación de servicios actuales (5).

Con las observaciones mencionadas queda planteada la necesidad de aumentar el acceso y de mejorar la calidad de los servicios existentes. Accesibilidad y calidad se convierten así en los desafíos de la hora actual.

Se define la accesibilidad como la posibilidad de que un joven obtenga los servicios que necesite, en el momento y lugar preciso, en suficiente cantidad y a un costo razonable. La accesibilidad está en estrecha relación con la adecuación de los servicios dada por la relación entre la disponibilidad de servicios y las necesidades y expectativas de la población. La distribución tiene un componente numérico, referido a la cantidad de servicios, y un componente distributivo, referido a la disponibilidad de éstos por área geográfica y por grupos poblacionales. Este último punto, la distribución, debe plantearse con un enfoque ético de equidad, es decir, a todos, pero privilegiando los grupos con más necesidad. Ya se ha señalado la importancia de utilizar el enfoque de riesgo, la metodología de identificación de individuos y grupos de riesgo y la asignación de los recursos a los que más lo necesitan.

Un segundo desafío se plantea frente a un acuerdo generalizado de que los servicios de salud no se adecúan a los problemas y a las expectativas de los jóvenes, ya que ellos, sus familias y la comunidad toda reclaman no solamente más, sino también "mejores servicios". Estas manifestaciones deben interpretarse como reclamos de mejor calidad.

Tanto la accesibilidad como la adecuación de los servicios son variables incluidas en el concepto de calidad de atención, debiéndose analizar en ese contexto como metas a alcanzar en busca de una "buena atención de salud" para nuestros jóvenes. La calidad y la garantía de calidad están en la agenda de los políticos, los administradores y el personal de salud.

Definir la calidad no es tarea fácil. La mayor parte de los autores, incluso Donabedian (15), señala la dificultad para definir la calidad de atención. En general, las definiciones actualmente en circulación reflejan los valores y los objetivos del sistema de servicios de salud de la comunidad de la que forman parte (16).

Por incluir valores de la sociedad, es difícil encontrar entre los diferentes actores del proceso de atención -jóvenes, familias, personal de salud- iguales puntos de vista respecto a la definición de calidad. Mientras muchos profesionales destacan la importancia de los aspectos científico-técnicos, la gente joven señala habitualmente los aspectos psico-sociales del proceso de atención. Por ello, cada sociedad debe definir qué es para ella la calidad, quién la define, para quién, para qué y qué aspectos de la misma quiere destacar.

Frente a estas dificultades, actualmente se propone analizar las variables que deben tenerse en cuenta en las actividades e investigaciones relacionadas con la calidad de la atención. Una adecuada propuesta de variables para el análisis de la calidad de los servicios para los jóvenes podría tomar en cuenta la efectividad, la eficiencia, la accesibilidad, la adecuación, la calidad científico-técnica y la satisfacción de los jóvenes y del personal de salud.

La garantía de la calidad se refiere a todos los intentos por mejorar la atención, midiéndola en forma sistemática para detectar problemas de la atención y llevar a cabo medidas correctoras. Esta concepción, hoy aceptada, se convierte en un poderoso instrumento de adecuación de los servicios.

A nivel de la OPS se viene cooperando en el desarrollo de metodologías que evalúan algunos de los componentes de la calidad. Sin embargo, resta mucho por hacer para introducir estas prácticas en forma "sistemática", seguida de "medidas correctoras", tal como lo señala la definición.

Frente a los desafíos planteados, pueden enumerarse ciertas estrategias fundamentales para reorientar la oferta de servicios y lograr mejorar el acceso y la calidad de la atención de la población juvenil. He aquí algunas:

- Promover políticas públicas de tipo social en favor de los jóvenes, que busquen equidad y participación, mejoramiento de los servicios comunitarios, oportunidades de educación, trabajo, recreación y protección legal, y que se constituyan en el marco necesario para generar programas y actividades para la eliminación de los factores de riesgo asociados con conductas individuales y grupales que atentan contra la salud (17).

- Buscar la equidad, la solidaridad y la eficiencia de los recursos, introduciendo en los planes sociales un enfoque selectivo en el diseño e implementación de programas destinados a la satisfacción de necesidades humanas, y a la preservación de las condiciones de vida de grupos de jóvenes sometidos a situaciones de pobreza, carencia o marginación.

- Abrir nuevos espacios de atención del joven en los servicios del sector salud (público, seguridad social y privado) y mejorar la calidad de los existentes mediante capacitación multiprofesional del personal, constitución de equipos interdisciplinarios y activa participación de los jóvenes, las familias y las comunidades. Priorizar el desarrollo del primer nivel de atención, ya que éste determina en buena parte la equidad de todo el sistema. Si bien a este nivel la atención de los jóvenes es habitualmente indiferenciada, es preciso que el personal conozca y desarrolle estrategias de promoción de salud, que tenga una actitud favorable y que cuente con habilidades y destrezas para la resolución de los problemas más frecuentes, junto con su adecuada y oportuna referencia.

- Promover una eficaz acción intersectorial que permita multiplicar la oferta de servicios, abriendo nuevos espacios de atención en localizaciones diferentes a las tradicionales, tales como escuelas, lugares de trabajo, clubes deportivos, programas de voluntarios y organizaciones comunitarias en general. Estos ámbitos deben convertirse en "ambientes saludables", promoviendo la salud, generando cambios de las conductas de riesgo e informando y orientando acerca de los problemas más frecuentes. Debe destacarse el rol de la escuela, con una población cautiva "sana", que puede ofrecer servicios de promoción de salud, abordando los problemas más destacados del grupo -sexualidad, rendimiento escolar, drogas- con las características de confidencialidad y apoyo ya mencionadas.

- Mejorar la calidad de los servicios mediante una reorientación que dé prioridad a los principios preventivos, al manejo de riesgos y, sobre todo, a lograr que inserten su trabajo dentro de una filosofía de generación de salud y no sólo de asistencia médica.

En resumen, así queda planteado el desafío que representa hacer más accesibles y de mejor calidad los servicios de salud destinados a los jóvenes de América Latina y el Caribe, y esbozadas algunas estrategias para lograrlo. Sin embargo, no creemos que éstas puedan ser aceptadas sin haber sido previamente discutidas por todos los actores del proceso: los jóvenes, las familias, las comunidades y los trabajadores de los sectores sociales de cada país.

De lo que sí estamos seguros es de que los desafíos planteados exigen respuesta inmediata, con la urgencia con que deben atenderse las reclamaciones de la gente joven: mañana puede ser tarde.

Referencias

- 1- Organización Mundial de la Salud. Documento Básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1989.
- 2- Silver, T.J. Medicina de la adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina. La salud del adolescente y el joven en las Américas. OPS/OMS Publicación Científica N° 489. Washington, USA, 1985.
- 3- Moreno, E. Formación de personal para atención del adolescente. Informe de la Reunión para el Diseño de Cursos de Multiplicadores. Ministerio de Salud de Brasil/Organización Panamericana de la Salud. Itapicirica da Serra, São Paulo, Brasil, junio, 1990.
- 4- Maddaleno, Matilde. Atención de salud del adolescente: un modelo en el nivel primario de atención en un sector urbanomarginal de Santiago de Chile. La salud del adolescente en Chile, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago de Chile, 1988.
- 5- Organización Panamericana de la Salud. Salud Integral de los Adolescentes. Consejo Directivo, XXXVI Reunión, Tema 5.6 del Programa. Washington D.C., septiembre, 1995.
- 6- World Health Organization. Young peoples' health - A challenge for society. Technical Report Series, 731. Geneva, 1986.
- 7- Blum, H.L. et al. Notes on Comprehensive Planning for Health. American Public Health Association. San Francisco, 1968.
- 8- Lalonde, M. A New Perspective on the health of Canadians. Health and Welfare Canada, 1974.
- 9- Dever, G.E. Alan. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- 10- Organización Panamericana de la Salud. Marco Conceptual. Programa de Salud Integral del Adolescente. Washington D.C., 1991.
- 11- Moreno, E., Serrano, C. García, T. Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 1993.
- 12- Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina del Adolescente. Serie Poltex para Ejecutores de Programas N° 20. Washington D.C., 1992.
- 13- Organización Mundial de la Salud. Informe de las Discusiones Técnicas sobre la salud de los jóvenes. 42ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, mayo de 1989.
- 14- Aprender juntos a trabajar juntos por la salud. Serie de Informes Técnicos 769, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1988.
- 15- Donabedian, A. La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1984.
- 16- Youri H.V. El control de calidad en los servicios sanitarios, conceptos y metodología. Colección de planificación y gestión sanitaria. Editorial Masson S.A. Barcelona, 1992.
- 17- Restrepo, H. La promoción de salud. Documento de trabajo para el Taller de Atención Primaria y Promoción de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Pereira, Colombia, septiembre de 1991.

**Población de 15 a 24 años de edad:
número total y porcentaje de la población general
por país o subregión de las Américas en 1970 y 1990**

Subregión/País	Población (miles)		Porcentaje de la población general	
	1970	1990	1970	1990
Región Andina	7575	11678	19,71	19,94
Brasil	21133	28670	20,27	19,07
Cono Sur	7239	8986	17,81	16,81
México	11670	77938	19,40	21,78
Centroamérica	3335	5409	19,57	19,86
Caribe	4151	6261	18,14	19,91
Norteamérica	43577	40219	18,64	14,39

Fuentes: Naciones Unidas, Demographic Yearbook, 1975, 1974 y 1992, 1994

LA SALUD REPRODUCTIVA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Sra. Ana Angarita

Oficial de Programas - División para América Latina y el Caribe-
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Introducción

Durante la última década se ha reconocido la necesidad de prestar importancia a la calidad de vida de la juventud y se ha tomado conciencia de que garantizar el acceso a los servicios de educación, empleo y salud, representa un esfuerzo ineludible que revierte en el futuro social y económico de los países.

No obstante, el futuro demográfico y socioeconómico de la región dependerá de esfuerzos mucho más comprehensivos y dirigidos a este grupo de edad. Aunque actualmente existen programas y políticas relevantes y declaraciones al respecto por parte de instancias gubernamentales, no gubernamentales e intergubernamentales, el paso de la retórica a la acción en estas áreas tendrá que acelerarse significativamente para asegurar el impacto deseado: un mejoramiento de la situación actual y futura de los jóvenes - particularmente de quienes viven en situaciones de pobreza- y, por consiguiente, el impacto en el desarrollo socioeconómico de la región.

Específicamente, el campo de la salud reproductiva presenta una realidad que demanda ser abordada de modo integral. Con tal objetivo presentamos los temas en esta ponencia, la cual se divide en tres partes: en la primera, se expone el contexto demográfico, socioeconómico y político de la región en la que se encuentran insertos los jóvenes; en la segunda, se determina detalladamente la situación del joven y del adolescente en cuanto a su salud reproductiva; y, finalmente, en una tercera sección, se presenta una estrategia de acción basada principalmente en las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en septiembre de 1994.

SECCIÓN I:

LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA DE LOS JÓVENES Y DE LOS ADOLESCENTES

La proporción de la población total que representa la juventud en América Latina y el Caribe es una de las más elevadas del mundo. Se estima que la población de jóvenes en 1993 era aproximadamente de 91 millones, y que para el año 2025 será de 125 millones, indicándose que crecerá en un 37% en treinta y dos años.

En la Región Andina, Centroamérica, México y el Caribe, la proporción de jóvenes ha crecido en relación al total de la población. Cabe señalar diferencias entre los países de las subregiones. Por ejemplo, en la Región Andina, Ecuador y Perú han experimentado un crecimiento en la proporción de jóvenes comparado con la población total, mientras que Bolivia y Venezuela han alcanzado proporciones un poco más bajas. La subregión del Caribe también presenta un contraste interesante: Haití, Jamaica y la República Dominicana, han experimentado un aumento substancial, mientras que Cuba, Puerto Rico y Trinidad y Tobago han alcanzado reducciones notables. Cuba, por ejemplo, es el país de la región en el que la proporción de jóvenes ha disminuido en mayor cantidad: en 1990, representaba sólo el 10,86% de la población total. Brasil y los países del Cono Sur han experimentado un descenso en la proporción de la población juvenil, pero no tan pronunciado: el 19,07% y el 16,81% en Brasil y el Cono Sur, respectivamente.

Al mismo tiempo que la proporción de jóvenes en la región se ha incrementado aceleradamente, los servicios públicos, especialmente los de salud y educación, se han deteriorado a consecuencia de la crisis económica de la década de los ochenta. En el período de 1981 a 1989, el Producto Interno Bruto (PIB) tuvo una reducción promedio del 8,3% en la región, y en doce países fue mayor del 15%. Aunque muchos de estos países han experimentado una recupe-

ración económica a partir de 1990, el deterioro sufrido en los servicios públicos aún no se ha superado y, como consecuencia, no han podido satisfacerse las crecientes demandas de la población.

Cabe anotar que los países que tienen un menor número relativo de jóvenes, Argentina, Chile y Uruguay, son también aquellos que tienen las tasas de fecundidad más bajas y el PIB por habitante más alto. En contraste, aquellos otros donde la proporción de jóvenes ha aumentado con respecto al resto de la población, son también aquellos que presentan un menor grado de desarrollo económico. Como consecuencia, tales países están menos preparados para suplir las necesidades de salud, educación y empleo de las actuales y futuras generaciones de jóvenes.

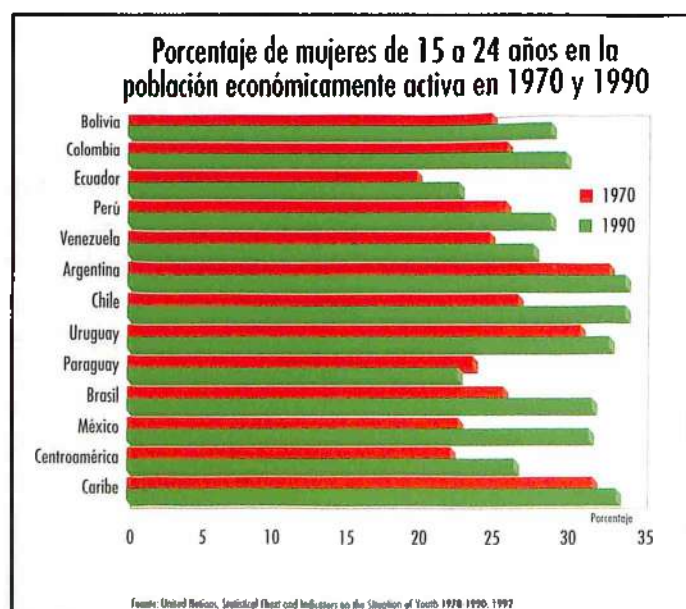
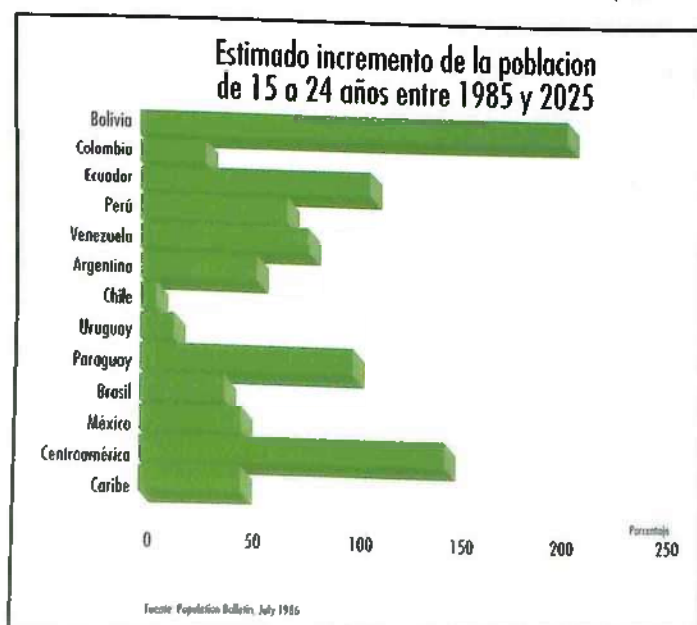
La crisis económica de la región también ha causado una reducción en el poder adquisitivo de los salarios, un incremento del desempleo y un crecimiento de la pobreza en general. El impacto de estos cambios ha sido mucho más severo entre los jóvenes. La incapacidad de las economías de la región para absorber la creciente fuerza laboral ha tenido como resultado un crecimiento en el desempleo y el subempleo, especialmente entre la población joven. El desempleo abierto es agudo entre los jóvenes de las áreas urbanas, sobre todo en las zonas marginales, donde es común encontrar tasas del 15 % o más. En algunas partes de la región, los jóvenes representan más del 50% de desocupados en la población económicamente activa.

Los jóvenes de ambos sexos representan un alto porcentaje de las personas que emigran a las áreas urbanas en busca de trabajo y de una mejor calidad de vida. La proporción de jóvenes que residían en las áreas urbanas a principios de la década de los 90 era del 65%, una proporción más alta que la de la población

total. La de mujeres jóvenes que vive en áreas urbanas es generalmente un poco más alta que la de los hombres, llegando a alcanzar el 57%, el 55% y el 54% en Haití, Honduras y Colombia, respectivamente.

Desafortunadamente, los procesos masivos de migración rural-urbano hicieron crecer enormemente la juventud marginal en las ciudades, y los centros urbanos fueron incapaces de crear oportunidades de trabajo para absorber la creciente fuerza laboral. Cabe anotar que los jóvenes que emigran a las áreas urbanas por lo general tienen niveles de escolaridad y de capacitación laboral más bajos que los habitantes de las ciudades, lo cual crea una situación de desventaja competitiva en el campo laboral.

A su vez, un tercio de la población económicamente activa de la región está constituido por jóvenes. La proporción de los hombres es más alta que la de las mujeres, especialmente en el grupo de edad de 15 a 19 años (véanse los Gráficos 4 y 5). Los hombres de 15 a 19 años tienen porcentajes de participación laboral que alcanzan hasta el 65% en Paraguay, el 60% en Brasil y el 57% en los países de Centroamérica, mientras que los porcentajes de mujeres económicamente activas en el mismo grupo de edad no pasan del 30% en toda la región. En la mayoría de estos países el 80% de los hombres entre los 20 y los 24 años son económicamente activos, mientras que la proporción de mujeres sólo alcanza alrededor del 45% en los países del Cono Sur, Brasil y el Caribe. No obstante, cabe destacar que en los últimos 20 años se ha visto un incremento significativo en el número de mujeres jóvenes que han entrado a formar parte del mercado laboral. Los países que han tenido los incrementos relativos más altos de mujeres son México (39%), Chile (26%) y Brasil (23%).



En zonas urbanas marginales una gran proporción de mujeres jóvenes trabaja en talleres bajo condiciones bastante precarias. Como se describirá en la Sección II, las condiciones en que se realiza el trabajo tiene un impacto significativo en su salud reproductiva. Las madres jóvenes y sus hijos, quienes generalmente vienen de los niveles socioeconómicos más bajos, son particularmente vulnerables a permanecer en un ciclo de pobreza. Estas mujeres tienden a tener un nivel de escolaridad más bajo por deserción escolar temprana, un mayor número de hijos, menores posibilidades de obtener mejores salarios, carecen de alternativas para mejorar su nivel y calidad de vida y tienen mayores posibilidades de permanecer solas, factores todos que contribuyen a la perpetuación de la pobreza de sus hijos.

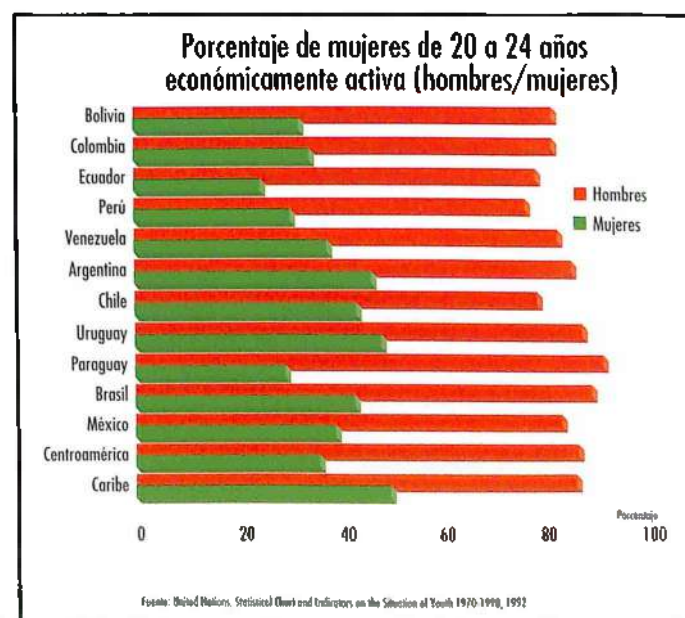
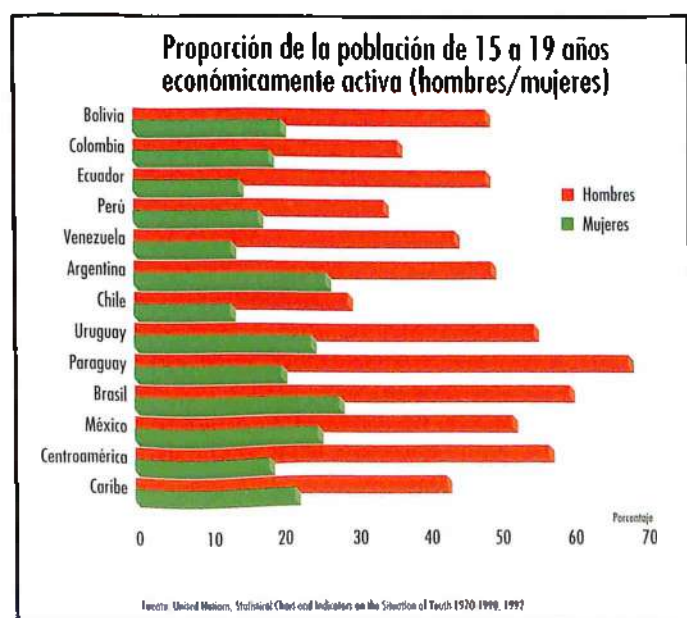
En las últimas décadas el número de jóvenes con acceso a la educación se ha incrementado. El analfabetismo de las mujeres mayores de 15 años ha disminuido notablemente entre 1970 y 1990 en todos los países de la región, especialmente en Venezuela, Paraguay y México, donde los porcentajes descendieron un 62%, un 51% y un 49%, respectivamente (véase el Gráfico 5). A excepción de los países del Cono Sur, Venezuela y Costa Rica, las mujeres presentan tasas de analfabetismo más elevadas que los hombres. En Bolivia, un caso extremo, el 24% de las mujeres son analfabetas comparado con sólo el 8,5% de los hombres.

Otros países con altas tasas de analfabetismo incluyen Haití, El Salvador, Guatemala y Honduras (véase el Gráfico 6). El analfabetismo entre las mujeres que viven en las áreas rurales es más alto que el de las que viven en las urbanas. Por ejemplo, en Honduras, el porcentaje de analfabetismo entre las mujeres jóvenes en las áreas rurales es del 30% comparado con sólo el 9% en las

urbanas. En Colombia y Ecuador los índices de analfabetismo entre los jóvenes en las áreas rurales son aproximadamente tres veces más altos que en las ciudades.

Las tasas brutas de matrículas de primero y de segundo nivel en la región son similares en los hombres y mujeres. En países como Bolivia y Perú, las tasas brutas de los hombres son un poco más altas que las de las mujeres, mientras que lo contrario ocurre en Colombia, Venezuela y Argentina (véase el Gráfico 7). Regionalmente, aunque la proporción de niños matriculados en el primero y segundo nivel creció entre 1960 y 1985, sólo aproximadamente la mitad de ellos finalizó el ciclo de por lo menos 6 años de educación, y los porcentajes fueron significativamente menores en las áreas rurales (véase el Gráfico 8). También cabe destacar que aunque los porcentajes de matrículas se han incrementado, la calidad educativa no ha mejorado en años recientes, los índices de repetición todavía son muy altos y el porcentaje de deserción escolar alcanza a más del 50% entre el nivel primario y secundario y hasta un 60% entre el nivel secundario y el universitario. Estos altos índices de deserción escolar están relacionados en gran medida con la necesidad que tienen muchos jóvenes de ingresar temporal o permanentemente al mercado laboral, como se subrayó anteriormente. A nivel universitario, las tasas de matrícula por 100.000 habitantes son más altas entre las mujeres que entre los hombres en Argentina, Uruguay y Cuba, aunque el resto de la región ocurre lo contrario.

Actualmente, los accidentes en el trabajo son la causa principal de muerte entre la población joven en todos los países de la región, con la excepción de Colombia, Puerto Rico y Trinidad y Tobago. Los accidentes automovilísticos son la segunda causa de muerte accidental entre los jóvenes de la región y causan muchas más



mueres entre los hombres que entre las mujeres. Los suicidios son también más frecuentes entre los jóvenes que entre los adultos de la región, con la tasa más alta en Cuba (22,6 muertes por cada 100.000 jóvenes) y más baja en Jamaica (0,2).

El consumo de alcohol y de drogas contribuye a estos problemas. Por ejemplo, en 1985, el 69% de suicidios y el 71% de muertes por accidentes automovilísticos entre los jóvenes de la región fueron asociados con el alcohol. La gran mayoría de los países de la región no cuenta con legislación ni con otras medidas estrictas para controlar el consumo de alcohol entre conductores de automóviles. En estos países con tasas tradicionalmente altas de consumo de alcohol, el que se produce entre los jóvenes también tiende a ser alto. El consumo regular de drogas entre jóvenes en América Latina y el Caribe tiende a ser limitado, pero se estima que entre el 10% y 30% de ellos ha probado drogas. La experimentación con alcohol, tabaco y drogas es más importante entre los hombres que entre las mujeres jóvenes.

La violencia, incluyendo el homicidio, es la razón más frecuente por la que los jóvenes de la región usan los servicios de salud, y representa una tendencia regional alarmante. Los homicidios son la causa más frecuente de muerte en el 50% de los países de la región, y la segunda o tercera en los restantes. Varios tipos de violencia interna, como las guerrillas, el terrorismo relacionado con las drogas y las guerras civiles, han tenido un gran impacto en la mortalidad de hombres jóvenes. Las concentraciones masivas de personas durante eventos deportivos, conciertos, y, especialmente, en las protestas políticas, también pueden degenerar en violencia.

La violencia contra la mujer es difícil de documentar tanto en esta región como en otras partes del mundo, porque ocurre principalmente en el hogar y es perpetrada por maridos, otros miembros de la familia u otros hombres conocidos. Sin embargo, los datos disponibles indican que este tipo de violencia es un problema significativo en la región. Entre las mujeres de 18 a 21 años que participaron en la encuesta llevada a cabo en cinco países de la región, del 8% al 18% indicaron que habían sido violadas.

Los tipos de violencia contra la mujer que afectan a las jóvenes en particular incluyen abuso físico, sexual y psicológico, violencia durante el noviazgo, violación marital, abuso sexual en el sitio de trabajo, sexo forzado por razones económicas, tráfico de mujeres y prostitución forzada. Estos tipos de violencia tienen un impacto directo en la salud de la mujer y son particularmente devastadores para las jóvenes. Además de ser una violación a los derechos humanos básicos, la violencia contra la mujer también tiene un impacto negativo en los esfuerzos por promover la salud reproductiva. En la sección que sigue, explora-

remos el impacto que la violencia contra la mujer tiene en la fecundidad y en otros aspectos de la salud sexual y reproductiva de las jóvenes.

Entre los factores que contribuyen a la alta incidencia de este problema se incluyen actitudes profundamente arraigadas en la forma en que se estructura la relación masculino-femenina; tabúes sociales contra la discusión de los "asuntos privados" en público; mecanismos que legitiman, oscurecen, niegan y, como resultado, perpetúan la violencia contra la mujer; instituciones sociales que contribuyen a mantener el status quo; las costumbres o normas que mujeres y hombres aprenden cuando son muy jóvenes y que son reforzadas por sus compañeros van por los procesos institucionales y comunitarios; los medios de comunicación masiva. Por su parte, las leyes no protegen adecuadamente a las mujeres que sufren la violencia ni existen los mecanismos que la prevengan.

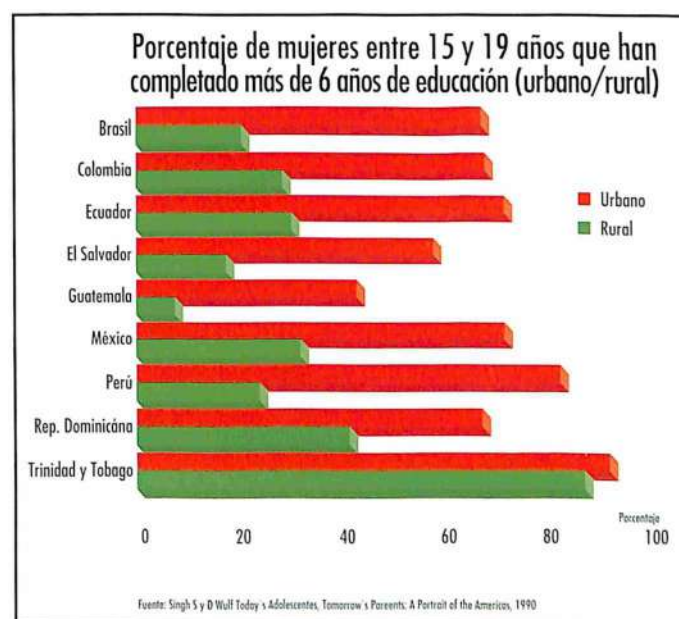
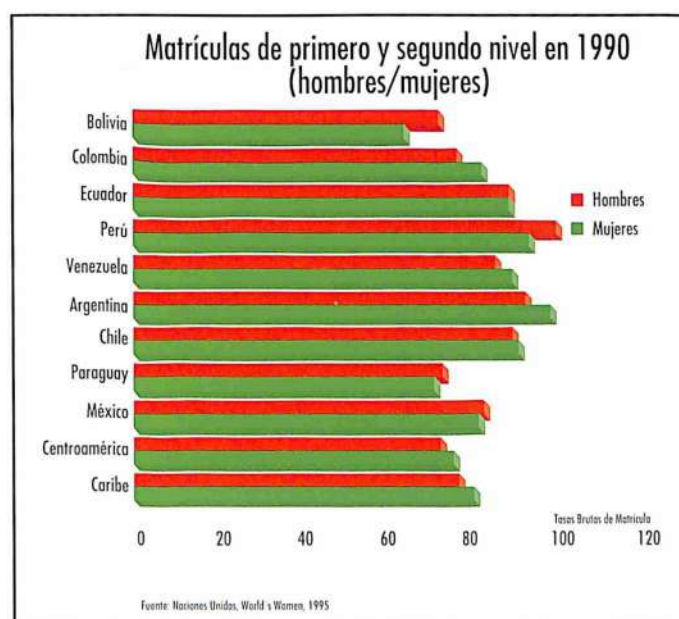
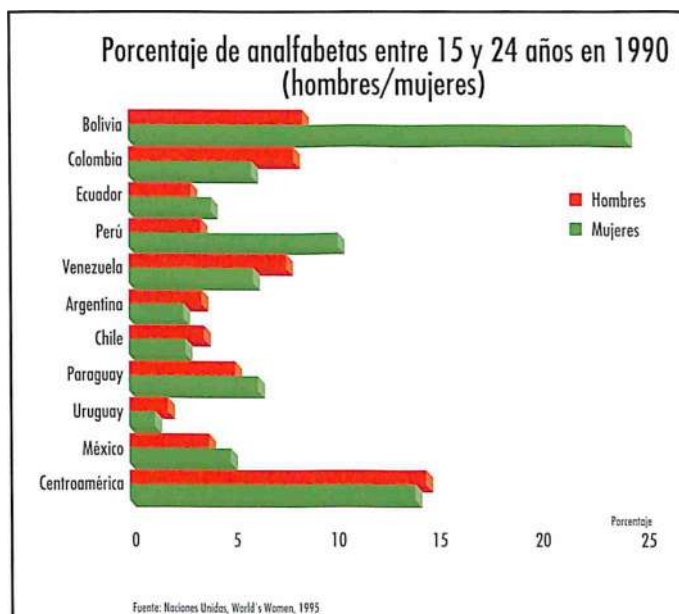
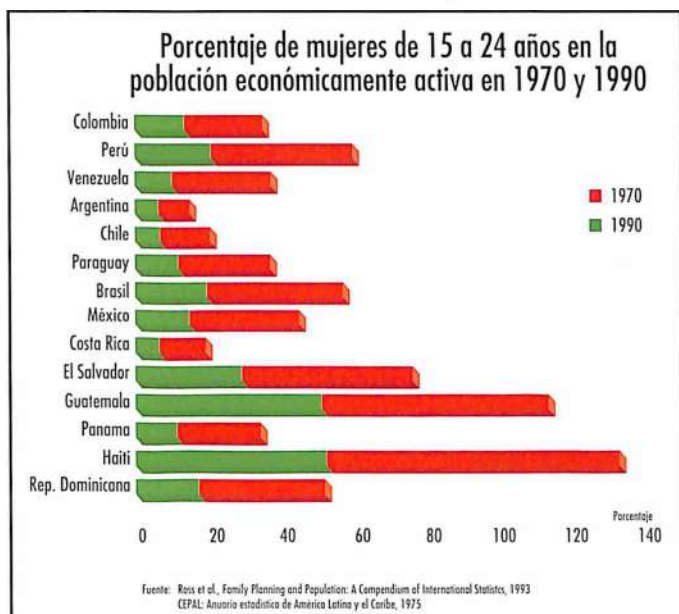
Todos estos factores se encuentran en una u otra forma con la salud reproductiva de los y de las adolescentes. Examinaremos enseguida la especificidad de esta situación y la forma en que contribuyen los factores anteriormente señalados.

SECCIÓN II:

LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES Y DE LOS ADOLESCENTES

Como se señaló brevemente en la sección anterior, el impacto de las variables demográficas y socioeconómicas sobre los/las jóvenes también ha tenido un impacto sobre su salud reproductiva. Las tasas actuales de crecimiento de la población de jóvenes traen como resultado un aumento absoluto en la proporción de la población en edad reproductiva que es sexualmente activa. Sin embargo, las necesidades de este grupo de educación sexual, la asesoría y los servicios de salud reproductiva no están siendo satisfechas. Además de que la crisis económica ha causado una reducción de los recursos destinados al sector de la salud en general, los servicios de salud reproductiva para jóvenes han surgido muy lentamente y con frecuencia son motivo de controversia.

La relación entre la educación y las opciones en la vida reproductiva de las mujeres ha sido ampliamente documentada. Las mujeres que cursan estudios secundarios tienden a casarse y tener hijos más tardíamente, a tener menos prole, a usar anticonceptivos y a acudir a los servicios de salud. Otras consecuencias de la crisis económica, como el aumento de la migración, pueden tener un impac-



to negativo. Por ejemplo, la proporción de jóvenes que ha migrado a las ciudades y forma parte de la población marginal tiene un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, de tener embarazos no deseados y de recurrir al aborto bajo condiciones de alto riesgo.

INFLUENCIAS CULTURALES EN LAS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES

Los cambios en las normas y valores sociales que influyen sobre los jóvenes han hecho que sean más vulnerables a la presión de sus compañeros, a los mensajes de los medios de comunicación masiva, y a las instituciones sociales que los rodean.

La presión social para casarse y tener hijos experimentada tradicionalmente por las mujeres se deriva, en general, de los valores sociales patriarcales, según los cuales el valor social está basado en términos del papel procreativo. Aunque la educación está ayudando a cambiar estos valores, las mujeres jóvenes tendrán que superar normas culturales muy fuertes y arraigadas para tener la capacidad de controlar su propia fecundidad de manera más efectiva.

El machismo es una palabra que describe una serie de prácticas y papeles masculinos propios de cualquier región, las cuales tienen un marcado impacto en la naturaleza de las prácticas sexuales, en las altas tasas de fecundidad y en los problemas asociados a la salud mental y reproductiva. Los hombres y mujeres de la

región carecen de información básica sobre aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, lo cual refuerza estereotipos y actitudes aunque algunos cambios se han venido dando lentamente.

La violencia contra las mujeres, ya descrita, es otro aspecto cultural con un impacto significativo entre las mujeres jóvenes. La pareja que comete abuso frecuentemente impide que la mujer busque tratamiento en los servicios de salud o que use métodos de regulación de la fecundidad. Las mujeres afectadas, por tanto, tienen menor probabilidad de usar tales servicios.

La actividad sexual se inicia tempranamente en los jóvenes de la región. Para muchas mujeres, la primera relación sexual durante la adolescencia coincide con el matrimonio, otras tienen relaciones premaritales, y otras relaciones sin estar en una unión consensual. Del 12% al 27% de los jóvenes entre 15 y 19 años han manifestado haber tenido relaciones sexuales premaritales. Entre los jóvenes que afirmaron haber tenido una experiencia sexual en las Encuestas de Adultos Jóvenes, del 14% al 36% de mujeres y del 42% al 68% de hombres aseguraron que habían tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Se estima que la edad promedio de la primera relación sexual varía entre 12,7 años en Jamaica y 16 en Santiago, Chile.

Si se comparan las mujeres urbanas y rurales de la región puede verse que estas últimas tienen más probabilidad de iniciar una relación sexual antes de los 20 años, y que esta relación tiene una mayor probabilidad de coincidir con el matrimonio. Entre los jóvenes de 20 a 24 años de edad, los niveles de experiencia premarital en las áreas rurales varían del 26% en Trinidad y México, al 36% en Ecuador, mientras que en las áreas urbanas varían entre el 18% en México y el 29% en Ecuador y Guatemala.

Estudios llevados a cabo en varios países de la región indican que las mujeres con más educación tienen menos probabilidad de tener una relación sexual antes de los 20 años. El impacto de la educación es particularmente pronunciado en Colombia, la República Dominicana, Guatemala y México, donde las mujeres con 10 o más años de educación tienen una probabilidad tres a cuatro veces menor de empezar relaciones sexuales durante su adolescencia que las mujeres que han recibido sólo cuatro años de educación. Independientemente del nivel socioeconómico, la educación brinda a los jóvenes una visión más amplia de sus posibilidades y les ofrece oportunidades de desarrollar habilidades para alcanzar sus metas de diferentes maneras y no solamente a través del matrimonio y/o embarazo prematuro.

Los jóvenes, en comparación con los adultos, tienden a tener una actividad sexual sin protección alguna. Un

estudio de jóvenes solteros y sexualmente activos entre los 15 y los 19 años en Brasil, Costa Rica, Jamaica, Panamá, la Ciudad de México y la Ciudad de Guatemala, reveló que un mayor número de mujeres que de hombres usan anticonceptivos, y que los hombres entre los 20 y los 29 años tienden a usarlos más que los que tienen entre 15 y 19 años. Muchos de los jóvenes en este último grupo de edad tienen relaciones sexuales por primera vez durante esta época de su vida y, en ocasiones, espontáneamente. Esta razón es frecuentemente citada como la principal por la cual se tienen relaciones sexuales sin protección. También es probable que este grupo de jóvenes tenga menos conocimiento acerca del proceso reproductivo y de los métodos anticonceptivos y, mucho menos, a los servicios de salud. Además, la mayoría de ellos son solteros y no acuden a los servicios existentes por timidez. En 15 países de la región, el uso de los anticonceptivos entre jóvenes de 15 y 19 años de edad varía entre el 5% en Haití y el 51% en Costa Rica. En Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú y la República Dominicana, menos del 30% de los adolescentes sexualmente activos usan métodos anticonceptivos.

El uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes casados es más alto en las áreas urbanas que en las rurales. En Guatemala, por ejemplo, las tasas son del 21% y del 3% respectivamente. El nivel de educación también tiene influencia. En Guatemala, solamente el 5% de los jóvenes con educación primaria usan métodos anticonceptivos, comparado con un 30% entre los que han recibido educación de nivel secundario. Brasil, Colombia, México y Perú también presentan diferencias notables en el uso de anticonceptivos de acuerdo al grado de escolaridad.

Los países en que las mujeres adolescentes tienen más conocimiento sobre planificación familiar son Brasil, Colombia, México y Trinidad y Tobago, mientras que en Guatemala el nivel es el más bajo de la región. La píldora es bien conocida por la mayoría de las adolescentes, pero el de otros métodos varía mucho entre los países, debido a la disponibilidad que se tenga en ellos en cada país. El conocimiento de métodos tiende a aumentar con el nivel de educación. En Perú, solamente el 33% de mujeres adolescentes con menos de 5 años de educación conoce la píldora, comparado con el 91% de las que han cursado 10 o más años. En general, las mujeres en áreas rurales tienden a tener menos conocimiento de métodos anticonceptivos.

Es importante notar que los niveles de conocimientos pueden ser más bajos que los actuales, debido a pudor, timidez u otras influencias culturales y/o religiosas. No obstante, basándose en la información dada más arriba, se puede ver claramente que hay una gran brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos entre los jóvenes. Es probable que esto se deba a una falta

de acceso a los servicios de planificación familiar en general y a los servicios diseñados para satisfacer sus necesidades específicas en particular, a información errónea relacionada con los métodos anticonceptivos y a normas culturales que impiden el uso de los servicios existentes. En Bolivia, por ejemplo, sólo el 25 % de las mujeres emparejadas entre los 15 y los 19 años que saben acerca de anticonceptivos, los usan.

En resumen, es claro que los jóvenes de la región comienzan a tener relaciones sexuales tempranas, y, frecuentemente, no se protegen del embarazo. Esta tendencia es más pronunciada entre los jóvenes en las áreas rurales, y entre aquellas que tienen menos educación. La sección siguiente delineará las consecuencias de las prácticas sexuales entre los jóvenes y adolescentes de la región, incluyendo el embarazo deseado y no deseado, el parto, el aborto de alto riesgo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA.

EL EMBARAZO Y EL PARTO

Cada año, las adolescentes de América Latina y el Caribe dan a luz aproximadamente a 1,5 millones de niños. Mientras que la tasa total de fecundidad entre adolescentes ha mostrado una tendencia a bajar, el número absoluto de hijos nacidos de adolescentes ha ido creciendo debido al aumento de la población juvenil. El número de mujeres entre 15 y 19 años creció de 7,9 millones en 1950 a 20,7 millones en 1985, y después a 23,5 millones en 1990. Se estima que el número de mujeres entre los 20 y los 24 años era aproximadamente de 20,6 millones en 1990. El porcentaje de fecundidad total representado por mujeres menores de 20 años es bastante alto en la región, y llega a constituir cerca del 16% en Venezuela y el Caribe (véase el Gráfico 9).

De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Adultos Jóvenes, las tasas de fecundidad por edad en la región varían entre 152 nacidos vivos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años en Granada, y 59 en Chile. Los descensos de fecundidad en este grupo, observados en varios países, se deben principalmente al aumento de la edad de contraer matrimonio en vez de a cambios en las prácticas sexuales o al uso de métodos anticonceptivos. A medida que el número de jóvenes continúa creciendo, el total de nacimientos en madres jóvenes también crecerá, aunque la tasa de nacimientos esté disminuyendo.

En Perú y Guatemala los porcentajes de mujeres que dan a luz antes de llegar a los 18 años de edad son del 12% y el 18% respectivamente. Casi el 50% de las mujeres de las áreas rurales en Colombia, Ecuador y Perú, y el 56% en Venezuela dan a luz antes de llegar a los 20 años. El 50% de las mujeres de Bolivia tienen

su primer hijo antes de llegar los 21 años de edad. Las tasas de nacimientos son más altas entre los jóvenes de áreas rurales que entre las de áreas urbanas.

Es importante señalar que, debido al alto índice de abortos espontáneos o inducidos en este grupo de edad, se podría suponer que el número de adolescentes que quedan embarazadas cada año es mucho mayor que el número indicado por los datos disponibles sobre el número de hijos nacidos a adolescentes.

La región de América Latina y el Caribe todavía se caracteriza por tener altas tasas de mortalidad y morbilidad materna, especialmente en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Haití. Las tasas más altas de mortalidad materna en la región y en el mundo se encuentran en el grupo de jóvenes de 20 años y en las mujeres al final de su ciclo reproductivo. La distribución de la mortalidad desagregada por edad en Chile, por ejemplo, indica que ésta es un tercio más alta en las mujeres entre 15 y 19 años, que en las que tienen entre 20 y 24 años.

Las mujeres más jóvenes son biológicamente más susceptibles a la morbilidad y a la mortalidad materna. Entre las principales causas de mortalidad en mujeres de 15 a 19 años está un alto riesgo de sufrir de parto obstruido, hemorragia e hipertensión inducida por el embarazo (HIE).

Las adolescentes a menudo no están maduras físicamente para tener hijos. Esta puede ser una de las principales causas de parto obstruido y prolongado.

En Ecuador, un estudio encontró que la incidencia de esta complicación fue mucho más alta entre las adolescentes, debido a deficiencias de calcio entre este grupo de edad, aumentando el riesgo ya asociado con el embarazo prematuro.

Además, un número no establecido aún de mujeres jóvenes sufre de incapacidades físicas ocasionadas por el embarazo, mucho después de haber dado a luz. Esta cifra no incluye la morbilidad subyacente, como la tuberculosis, que puede ser agravada por el embarazo.

Las madres adolescentes también enfrentan riesgos elevados de parto prematuro, bajo peso del recién nacido, y mortalidad perinatal. La mayoría de embarazos que terminan con la muerte de la madre también lo hacen con la del niño. Las complicaciones descritas del embarazo y el parto están asociadas con, por lo menos, 1,5 millones de muertes perinatales cada año en países en vías de desarrollo.

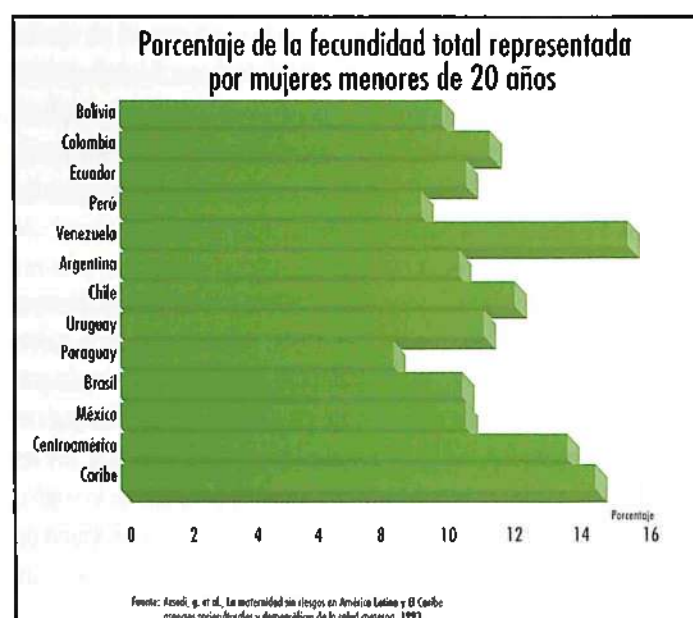
Los riesgos de mortalidad y morbilidad materno-infantil enfrentados por las madres adolescentes son exacerbados por el hecho de que es menos probable que soliciten atención médica durante o después de que ocurran complicaciones graves. Aunque no es posible prevenir algunas de estas complicaciones, éstas pueden ser detectadas y controladas si se cuenta con un cuidado adecuado durante el ciclo natal y post-natal. El hecho de que los servicios prenatales, de parto y de post-parto no sean diseñados tomando en consideración las necesidades especiales de las adolescentes, contribuye al hecho de que muchas de ellas no acuden a los servicios de salud.

Las adolescentes encinta también tienen una probabilidad mayor de recurrir a abortos inducidos cuando se enfrentan a embarazos no deseados. Cabe enfatizar que la frecuencia del aborto es la más alta de todas las regiones en vías de desarrollo.

El nivel de embarazos no deseados entre las jóvenes de la región es muy alto. En varias encuestas se encontró que la mayoría de jóvenes solteras entre 15 y 24 años con al menos un embarazo, consideraron el primero como "no deseado": 50% en la Ciudad de México; 53% en Costa Rica; 66% en Brasil y 76% en Panamá. Más de la mitad de las adolescentes en la República Dominicana, México, Perú y El Salvador, y entre el 20% y 40% en Brasil, Colombia, Ecuador y Guatemala, dijeron que no deseaban su último embarazo. El nivel de los embarazos no deseados también puede ser ilustrado por el hecho de que la preferencia del tamaño de la familia entre mujeres de 15 a 19 años en Colombia y México, por ejemplo, es de 2,7 y 3,8 niños, respectivamente, mientras que la tasa de fecundidad entre ellas es de 4,6 y 5,7, respectivamente.

Hoy el aborto es legal durante el primer trimestre en países como Cuba y Puerto Rico. Este procedimiento está legalmente restringido en diversos grados en los demás países de la región. El aborto inducido terapéutico es legal si se trata de salvar la vida de la mujer en Colombia, Venezuela, Chile, Paraguay, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, la República Dominicana y Haití. En Ecuador, Brasil y México, el aborto inducido está también permitido por razones jurídicas como la violación o el incesto.

A pesar de la legislación actual, las mujeres pueden obtener a precios altos un aborto clandestino en la mayoría de las ciudades de Latinoamérica. En Bogotá, por ejemplo, estos servicios llegan a cobrar hasta un equivalente del 50% al 300% de los salarios mínimos mensuales. Por los altos costos, los jóvenes de bajos ingresos tienen menor posibilidad de acceder a dichos servicios. Adicionalmente, casi nunca brindan consejería o educación sobre las opciones anticonceptivas existentes, aumentando el riesgo de abortos subsecuentes.



La mayoría de los abortos ocurren en condiciones de alto riesgo. Las jóvenes tienen una mayor tendencia a conseguir un aborto tardíamente en situaciones bastantes precarias, o de inducirlo ellas mismas y, como consecuencia, a sufrir más frecuentemente de complicaciones afines.

Las complicaciones del aborto conducido bajo condiciones de alto riesgo incluyen hemorragias, sepsis, laceraciones de la cerviz y/o vagina, perforación del útero o intestino, tétanos e infertilidad. La sepsis y las hemorragias pueden ser fatales si no son tratadas. La falta de información y de atención médica a tiempo hace que la tasa de complicaciones del aborto entre mujeres jóvenes sea más alta que entre las mujeres mayores.

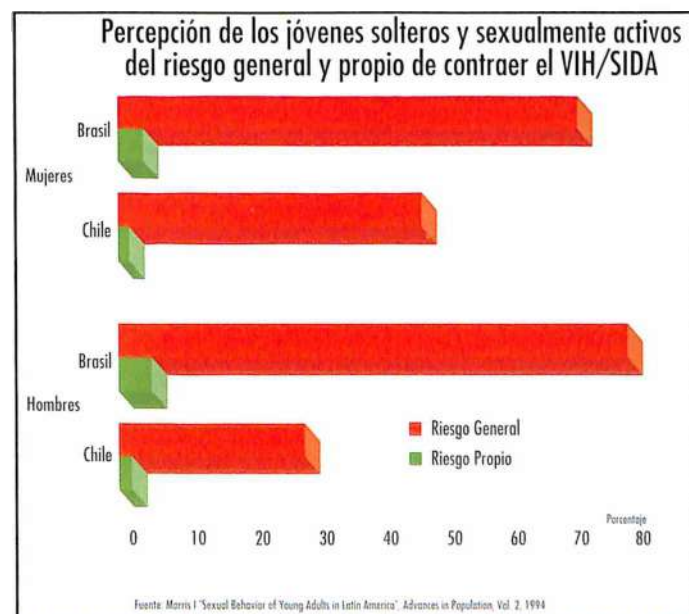
Aún no se tiene suficiente información para la determinación del grado y consecuencias del aborto. Las mujeres generalmente no informan haber tenido un aborto al personal de salud, debido a la naturaleza privada del problema y su ilegalidad, que precede a la hospitalización por las complicaciones causadas por el mismo. Algunos estudios indican que las tasas de aborto entre adolescentes de la región varían entre el 30% y el 60% por cada 1.000 nacidos vivos. Estadísticas de los registros de hospitales en Brasil, Chile, Guatemala y Perú indican que el 25% de las mujeres que son atendidas en centros médicos debido a complicaciones de aborto son menores de 20 años. Un estudio de nueve países de América Latina revela que entre el 10% y el 20% de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto eran adolescentes.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUYENDO EL VIH/SIDA

Se estima que cada año, mundialmente, uno de cada veinte adolescentes contrae una enfermedad de transmisión sexual (ETS), lo que indica que los jóvenes tienen un riesgo muy alto de contraer una ETS, incluyendo el VIH/SIDA. Se estima que el 20% de las personas con el SIDA tienen entre 20 y 30 años y se indica que es muy probable que hayan contraído el VIH durante su adolescencia. Modelos matemáticos estiman que el impacto del SIDA a largo plazo, tendrá gran influencia por la incidencia de las relaciones sexuales a temprana edad y por la selección de parejas por edad, particularmente la de mujeres jóvenes por hombres de mayor edad.

La iniciación temprana de las relaciones sexuales ha sido asociada a las ETS y también a las Infecciones del Tracto Reproductivo (ITR). Las ITR incluyen una variedad de infecciones que afectan a los hombres y a las mujeres. Mientras que la mayoría de las ITR son transmitidas sexualmente, las mujeres también pueden contraerlas, por ejemplo, a través de la inserción de materiales en la vagina para prevenir el embarazo o para inducir un aborto, o de prácticas inadecuadas durante el parto o el aborto.

Las complicaciones más serias de las ITR, incluyendo la muerte, tienen más probabilidad de ocurrir cuando la persona afectada tarda en buscar asistencia médica -un fenómeno muy común, especialmente entre los jóvenes-. Los hombres que presentan síntomas de infección con frecuencia tardan en buscar la asistencia de los servicios de salud. Este fenómeno es también más común entre los hombres jóvenes.



Existen varios factores que contribuyen a aumentar la probabilidad de que las ITR sigan sin tratarse adecuadamente, que las ETS se sigan propagando, y que las complicaciones relacionadas con estas últimas sean más graves. Estos factores son: la cultura del machismo y la actitud de sumisión de las mujeres jóvenes, la falta de conocimiento de la fisiología reproductiva, la creencia de que dichos problemas son algo normal para las mujeres, la falta de comunicación de la pareja cuando una infección es detectada, el autodiagnóstico y la automedicación, el no usar los servicios por temor o negación del problema, el hecho de que las mujeres y las niñas tienen un menor acceso a los servicios de salud y la falta de educación sexual.

Los hombres jóvenes tienen un riesgo elevado de contraer el VIH/SIDA u otras ETS. El VIH es común entre hombres homosexuales. En Guadalajara (México) por ejemplo, un estudio reveló que el 30% de hombres homosexuales eran seropositivos. Tasas similares se encontraron entre hombres que se dedican a la prostitución en Brasil. Sin embargo, debemos hacer notar que las tasas de infección del VIH están aumentando rápidamente entre la población heterosexual de la región. En el Caribe, los heterosexuales representan el 60% de los casos registrados.

Las mujeres jóvenes, tienen un riesgo más elevado que los hombres de contraer las ETS, incluso el VIH, por razones biológicas. En la actualidad, las mujeres presentan un riesgo del 50% de contraer gonorrea durante un encuentro sexual, comparado con un riesgo del 25% entre los hombres. También para las mujeres existen consecuencias graves a largo plazo, comparadas con los hombres, a excepción del SIDA. Además, las mujeres tienen menos probabilidad de manifestar los síntomas que los hombres, y como consecuencia, a sufrir complicaciones que resultan de las infecciones no tratadas a tiempo. Las mujeres también tienen un riesgo más alto de contraer el VIH por la sangre infectada cuando reciben transfusiones para combatir la anemia durante el embarazo o la hemorragia antes, durante o después del parto. En los países en vías de desarrollo, hay un número igual o mayor de mujeres infectadas con el VIH que de hombres, y cada vez más jóvenes están siendo infectados.

La prostitución también aumenta el riesgo al que están expuestas las mujeres, particularmente por el hecho de que no se dan las facilidades de información y acceso a los servicios para la prevención del VIH y de las ETS. En Brasil se sabe que 500.000 mujeres menores de 20 años están trabajando como prostitutas. Las jóvenes que viven en la calle son frecuentemente víctimas de explotación sexual y se ven forzadas a recurrir a la prostitución, lo que las pone en una categoría de riesgo muy elevada.

Una encuesta realizada en México indicó que el nivel de conocimientos sobre las ETS entre los jóvenes que no habían tenido educación sexual era relativamente bajo y que los hombres sabían más que las mujeres. El doble de hombres que de mujeres podía describir los síntomas de una variedad de ETS. En contraste, un estudio llevado a cabo en ocho ciudades de Brasil, Ecuador y Chile encontró que casi todas las jóvenes participantes habían oído hablar del SIDA, y, por lo menos, el 68% de las mujeres y el 75% de los hombres sabía que las personas pueden estar infectadas con el VIH sin tener síntomas clínicos. El porcentaje de jóvenes que tenía conocimiento sobre las principales maneras de transmisión fue de más del 90% para ambos sexos, pero al mismo tiempo, la información incorrecta también era prevalente: del 31% al 63% de los jóvenes pensaba que el VIH era transmisible por mosquitos, por el uso compartido de utensilios de comer, o por el uso del baño de una persona infectada.

El estudio también reveló una marcada diferencia entre los riesgos atribuidos a otros y el riesgo que uno mismo tiene, particularmente en Brasil: mientras que más del 62% de jóvenes solteros y sexualmente activos dijeron que personas en esta categoría tenían un riesgo elevado de contraer el VIH, menos del 10% pensaron que ellos mismos tenían un riesgo elevado (véase el Gráfico 11).

SECCIÓN III:

VISIÓN ESTRATÉGICA, RETOS Y ALTERNATIVAS.

"Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo". Este es el Principio 8 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) que expone los derechos de las personas en materia de salud en todas sus facetas.

Contrastando el contenido del Principio enunciado con la práctica, se ha visto que la forma en que se ha abordado la problemática del adolescente en los planes de desarro-

llo y en particular en los planes de salud, refleja el papel que ha desempeñado un modelo de salud pública distanciado de la salud reproductiva y de los derechos reproductivos. En las políticas de atención, factores tales como la concentración en la lucha contra las enfermedades infecciosas, la normatividad y las expectativas culturales que excluyen las necesidades en materia de sexualidad, han demorado el desarrollo de la sensibilidad para dar respuesta al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y, principalmente, a su abordaje preventivo.

Los resultados de los estudios examinan el impacto de diversos factores ligados al desarrollo social, educativo y económico de este grupo, y han puesto de relieve que el beneficio de la inversión en programas de salud reproductiva contribuye al desarrollo de los jóvenes cada vez que precluye la necesidad de mayores gastos en servicios médicos o de otro tipo. De allí la importancia de atender prioritaria y sensiblemente sus necesidades, entre las cuales destacamos:

- La necesidad de contar con programas de prevención del embarazo en edad temprana;
- El papel de la educación y de la información sobre los riesgos asociados al comportamiento sexual en materia de enfermedades sexualmente transmitidas y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH);
- La necesidad de espaciar los embarazos a fin de evitar la morbilidad materna e infantil;
- La importancia de crear espacios para la toma de decisiones en materia de regulación de la fecundidad y el derecho a la satisfacción de las necesidades en materia de sexualidad.

El comportamiento sexual y reproductivo de hombres y mujeres adolescentes experimenta cambios constantes determinados por los factores que ya señalábamos. Por su parte, la diversidad cultural y étnica de las regiones así como de los factores asociados a la estructura de oportunidades y de los recursos que tienen a su alcance, incidirán en el grado de dificultad y en las características de las problemáticas citadas.

Aunque estas diferencias señalan una gran heterogeneidad en la forma, existen puntos de contacto entre ellas que pueden apuntar a una acción concertada. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en septiembre de 1994, establece los principales ejes y objetivos para canalizar dicha acción.

MARCO PARA LA ACCIÓN

Ya desde la Conferencia Internacional sobre Población realizada en la Ciudad de México en 1984 se había reco-

mandado que: "Se urge a los gobiernos a asegurar que los adolescentes, tanto niños como niñas reciban adecuada educación, incluyendo educación para la vida familiar y sexual, con especial consideración al rol, derechos y obligaciones de los padres, a los cambios individuales y a los valores culturales. Debe estar a disposición de los adolescentes dentro del cambiante marco socio-cultural de cada país la información apropiada sobre planeación familiar y sobre la prestación de servicios" (Naciones Unidas 1984, pag. 24).

En el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, se reconoció que los programas de población forman parte de acciones y políticas que contribuyen al desarrollo sostenible, incluyendo el crecimiento económico, el alivio de la pobreza y la protección del medio ambiente. En particular, el Programa de Acción emitido en El Cairo identificó la necesidad de proteger y promover los derechos del adolescente a los servicios de salud reproductiva como factor crítico para responder a las metas globales de la Conferencia.

El Cairo puso de relieve que en la sexualidad, tanto en el aspecto de las relaciones sexuales y del placer como en los de reproducción, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, el conjunto de valores, actitudes, mitos y tabúes determinan, sin lugar a dudas, el proceso por el cual se lleva a cabo la identificación de las prioridades y la naturaleza de los programas. Los gobiernos reconocieron la importancia de tomar las necesidades de sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes seriamente, como también a hacer frente a los obstáculos que podrían afectar a la forma en que se da respuesta a dichas necesidades.

Esta Conferencia puede ser recordada como el momento de la transición de un énfasis puramente demográfico, a otro en el que se pone de relieve el derecho fundamental a la toma de decisiones en materia de salud reproductiva, en el que se le otorga un status reconocido a la salud sexual como un derecho humano.

Es así como el Programa de Acción le presta mayor atención a la inversión en capital humano a través del mejoramiento de la salud y de las oportunidades educativas, y reafirma el objetivo de mejorar el papel y el *status* de la mujer al aumentar su habilidad para tomar sus propias decisiones acerca de su vida. En este sentido, es primordial tomar acciones que consideren las necesidades especiales de las adolescentes en función de su ciclo de vida y de los factores de riesgo a los que son más susceptibles.

Existe ahora consenso sobre el efecto de incrementar las opciones y de crear condiciones para su ejercicio en los distintos ámbitos de la vida por parte de las mujeres. Opciones, como sobre

si y cuándo casarse; opciones sobre educación y sobre las distintas oportunidades laborales; sobre dónde vivir, el tamaño de la familia, entre otras, se reflejarán en la relación de población y desarrollo.

Aquí quisiera referirme de manera especial a la situación de la mujer adolescente. En efecto, las adolescentes enfrentan mayores riesgos de salud que los adolescentes debido a factores relacionados con la reproducción. Pero también están expuestas a mayores riesgos por las diferencias en la forma en que acceden a los recursos sociales en cuanto a alimentación, cuidado de la salud, acceso a la educación, oportunidades culturales, lo cual compromete mucho más su bienestar.

Estas diferencias basadas en el género, incluyendo la tradición de preferir a los hijos varones, producen discriminaciones entre el *status* masculino y femenino en salud y nutrición. El sesgo hacia las niñas se traduce en mejor y mayor cantidad de alimentación y servicios médicos para los hijos varones, en mayor cantidad de dinero asignado para la educación de los hombres y menor para los servicios específicos de las necesidades de las adolescentes. A menudo, éstas experimentan los problemas asociados a su edad en forma exacerbada. Pueden verse enfrentadas a restricciones por edad. Frecuentemente carecen del conocimiento sobre los aspectos de salud que requieren atención y sobre la disponibilidad de los servicios. Los costos de los servicios se encuentran fuera de su alcance (donde existen los privados), y se prestan en lugares inaccesibles y a horas inconvenientes. Quizá lo más importante es que las adolescentes necesitan confidencialidad y temen ser juzgadas por los profesionales de la salud.

La gran mayoría de las personas que se encuentran fuera del sistema escolar son mujeres. Esta desventaja se traduce en menores opciones para su vida presente y futura: trabajos que no ofrecen satisfacción ni óptimas condiciones para su realización, discriminación en materia de salarios y en el tipo de trabajos a los que acceden, menores ingresos, menor acceso a créditos y/o a facilidades para la vida productiva.

Ampliar las opciones para la mujer significa también que se amplíen las opciones para que los hombres se ocupen de tareas que previamente estaban asignadas socialmente a ellas. Ampliar las opciones de las mujeres no implica reducir las de los hombres, sino reestructurar la forma en que se organizan las relaciones entre hombres y mujeres. Es así que los hombres podrían tener ahora una mayor responsabilidad en la paternidad por lo que los programas tendrían que poner a su servicio los recursos y los mecanismos de apoyo para asumir esas responsabilidades.

Los derechos humanos incluyen los de los/las adolescentes. El Programa de Acción de la CIPD llama la atención sobre las múltiples áreas de necesidades no satisfechas de la salud reproductiva y sexual. El capítulo sobre derechos reproductivos reconoce la urgente necesidad de emprender acciones que expandan y garanticen los servicios, independientemente del *status* legal de los/las adolescentes, que mejoren su calidad, y que lleguen a grupos de adolescentes con la información y los métodos de prevención del embarazo, de la transmisión del VIH y de las enfermedades sexualmente transmitidas (EST).

En materia de educación se requiere la implementación de políticas que faciliten el acceso a la escolaridad de los jóvenes y que reafirmen el derecho a la educación sin discriminación por el embarazo. Asimismo, la implementación de políticas curriculares en las que se estimule la discusión y el intercambio de opciones y el conocimiento sobre la sexualidad, el fomento de la autoestima y la adquisición de habilidades para la toma de decisiones.

Existen iniciativas como la de una "Maternidad Sin Riesgos", en la cual participan varias agencias internacionales como Family Care International (FCI), la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que han demostrado ser un vehículo efectivo para movilizar el compromiso hacia la salud y los derechos reproductivos de la mujer y que estimula el diseño de acciones programáticas. La iniciativa se centra en aspectos que van más allá del embarazo, el nacimiento y la maternidad, para incluir enfermedades de transmisión sexual, aborto inseguro y fecundidad adolescente, violencia contra la mujer y derechos de ésta. Tal iniciativa ha hecho posible que legisladores, decisores y planificadores traten abiertamente estos aspectos, enmarcándolos en el contexto de la salud pública, y les hayan permitido adoptar acciones que podrían ser controvertidas si se abordaran en forma independiente. La iniciativa ha permitido mostrar a quienes se muestran más escépticos que estas acciones pueden -y deben- realizarse, pues contribuyen a la salud, al *status* y a los derechos de la mujer y de la sociedad como un todo.

Los mensajes que recibe el adolescente por distintos medios inciden en sus preferencias y actitudes. En este sentido, los medios masivos desempeñan un papel crítico, muchas veces no examinado, en la promoción de estos temas y en la sensibilización entre los decisores de políticas en áreas como la sexualidad y la salud reproductiva, así como en las actitudes de los prestadores de servicios de salud.

El sector privado tiene un papel de liderazgo en fomentar el cambio de políticas, en ofrecer recursos que las posibiliten y en institucionalizar aquellos programas que hagan la diferen-

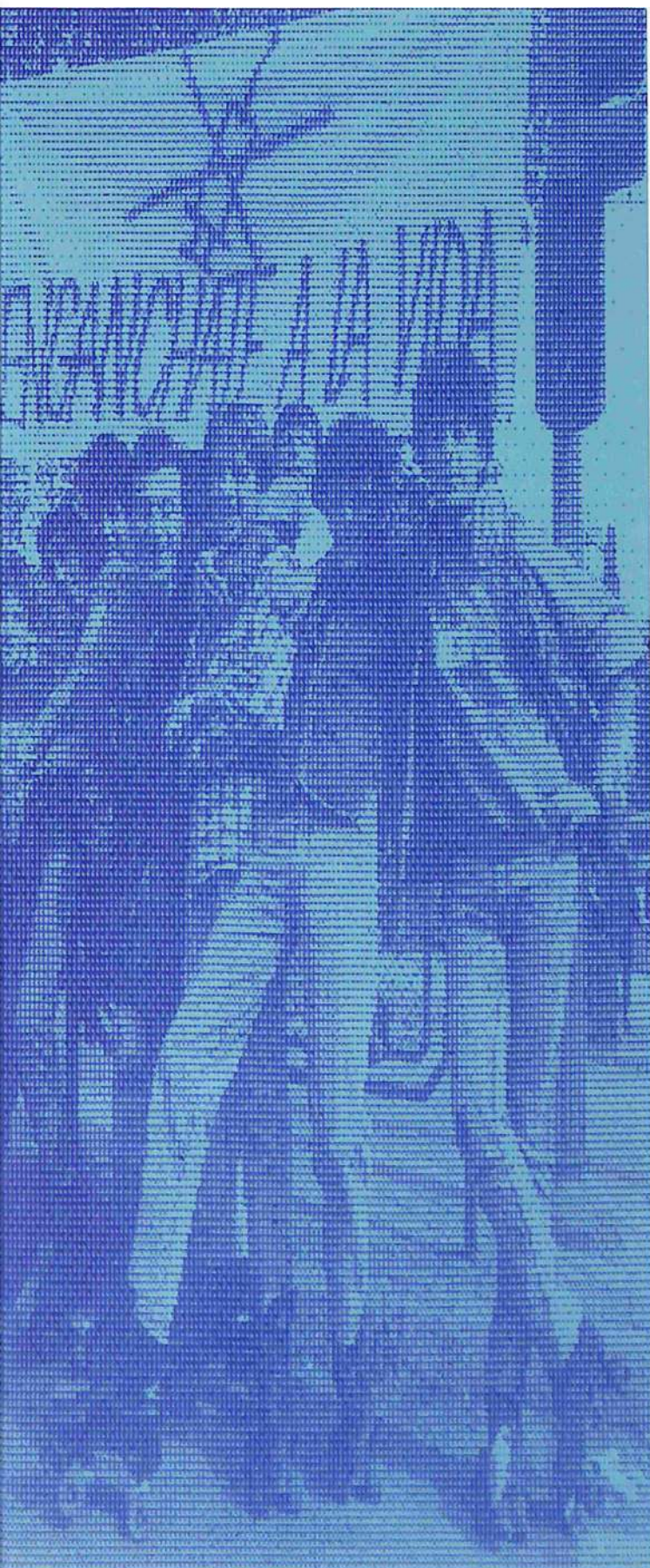
cia. Asimismo, es necesario aumentar las acciones de colaboración entre las organizaciones no gubernamentales (ONGs), especialmente las de jóvenes y grupos de mujeres, promoviéndolas para que lleven la voz en temas de salud reproductiva del adolescente y para que se conviertan en vanguardia de los retos que plantea el embarazo precoz. También es importante fomentar la participación de las ONGs que trabajan con niños, con el propósito de aumentar la responsabilidad masculina en aspectos de salud sexual, así como involucrar a la gente joven y a sus organizaciones en la planeación e implementación de programas que promuevan la buena salud.

UNA ESTRATEGIA DE CONCERTACIÓN ENTRE SECTORES

En el contexto de la cooperación internacional, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se ha comprometido a afianzar la coordinación con otras agencias y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, en el marco de una Estrategia para la Acción dirigida a la población de adolescentes de la siguiente manera:

- Promoviendo la adopción de políticas a nivel nacional que reconozcan las necesidades especiales de los adolescentes en cuanto a información, consejería y servicios de salud, orientados a reducir la actividad sexual no-protegida, el embarazo precoz y no-deseado, el aborto inducido y las ETS.
- Introduciendo programas de acción que involucren principalmente a la gente joven en la planeación, evaluación e implementación del cuidado de la salud.
- Facilitando la prestación de métodos, materiales y recursos financieros para mejorar la salud reproductiva a través de la educación, la capacitación y la diseminación de información al público en general.
- Promoviendo e implementando el diseño de investigaciones para entender mejor el desarrollo físico y social de los adolescentes y sus patrones de comportamiento, y la actitud de aquellos que ejercen mayor influencia sobre la salud reproductiva del adolescente.
- Utilizando los canales populares y científicos para analizar y difundir información que asegure un mayor impacto sobre la salud reproductiva del adolescente (WHO 1989c).

Asimismo, se enfatiza la necesidad de abordar esta estrategia en forma intersectorial en la que la promoción



del bienestar del grupo de adolescentes compete a distintas instituciones y grupos sociales.

Los ministerios o secretarías de Salud y Educación, los institutos de la juventud y los deportes, los institutos culturales, los de la mujer, las varias asociaciones juveniles, entre otros muchos, tendrán que diseñar mecanismos de coordinación para responder sustancialmente en las áreas que les competen.

A nivel nacional y regional, el estudio y la investigación de los aspectos relacionados con la salud reproductiva no pueden dejarse de lado. El mejor conocimiento de cuestiones tales como la naturaleza de los factores de riesgo, el papel de las tendencias socioeconómicas y culturales en el comportamiento de la regulación de la fecundidad, las dinámicas y las resistencias institucionales relacionadas con la calidad de la atención, entre otras muchas, conducirán a un mejor proceso de toma de decisiones políticas y programáticas en favor del grupo de adolescentes.

Las leyes y las políticas nacionales también tienen un rol esencial para apoyar los programas dirigidos a mejorar la salud de los adolescentes. Leyes que faciliten el acceso a la salud reproductiva y eliminen los obstáculos institucionales y normativos para su prestación, las organizaciones multinacionales y los gobiernos nacionales, pueden ayudar a marcar la pauta para el cambio social y legal mediante la articulación de políticas de apoyo para dicho cambio.

En síntesis, la colaboración interagencial, la voluntad política y el deseo de cambio, el mejoramiento de la calidad de la atención con énfasis en las características específicas de esta edad y el fomento de la investigación y de la evaluación, serán fundamentales para concitar una estrategia a la cual todos debemos contribuir.

Los países necesitarán considerar distintas estrategias para mejorar la salud del adolescente de acuerdo a la percepción que se tenga de las necesidades y problemas, a la etapa particular de desarrollo en que se encuentra la/el adolescente y a las circunstancias propias del medio en que está inserto.

Desde el punto de vista de la salud, la temática de adolescentes y jóvenes constituye un atrayente desafío. La relación de sus problemas de salud con los aspectos sociales previamente mencionados, su ubicuidad en relación con su lugar de pertenencia -hogar, escuela, trabajo, campo- y su vertiginosa evolución psíquica y somática, obligan a adoptar un enfoque integral multifacético, innovador e imaginativo.

Notas

1. Rossetot, Jorge V. 1986. "Perfil Biosocial del Adolescente y del Joven en Latinoamérica." En Muzzo, Santiago y Burrow, Raquel. 1986. El adolescente chileno. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1993. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Chile: CEPAL.
3. Population Bulletin. 1986. Vol. 41, n° 3. En Wilkie, James W.; Contreras, Carlos Alberto y Anders Webers, Christof (editores). 1993. Statistical Abstract of Latin America. Los Angeles, CA: UCLA Centro de Publicaciones Latinoamericanas.
4. Naciones Unidas (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Oficina de Estadísticas). 1976. Demographic Yearbook, 1975. Nueva York, NY: Naciones Unidas.
5. Naciones Unidas (Departamento de Información Económica y Social y de Análisis de Políticas). 1994. Demographic Yearbook, 1992. Nueva York: Naciones Unidas.
6. Meso-Lago, Carmelo. 1992. Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y La Fundación Inter-Americana (publicación científica n° 539).
7. OPS. 1994. Health Conditions in the Americas, Vol. 1. Washington, D.C.: OPS.
8. Singh, Susheela y Wulf Deirdre. 1990. Today's Adolescents, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute.
9. Naciones Unidas (Departamento de Desarrollo Económico y Social, Oficina de Estadísticas). 1992. Statistical Charts and Indicators on the Situation of Youth, 1970-1990. Nueva York, NY: Naciones Unidas.
10. Acsadi, George T.F., Johnson-Acsadi, Gwendolyn y Vlassoff, Michael. 1993. La Maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna. Nueva York, NY: Family Care International.
11. Jacobson, Jodi L. 1993. "Women's Health: The Price of Poverty." En Koblinsky, Marge; Timyan, Judith y Gay, Jill (edit). The Health of Women. Boulder, Colorado: Westview Press.
12. Burrows, Raquel A. y Muzzo, Santiago. 1986. "Hijos de Adolescentes". En n° 1.
13. Buvinic, Mayra; Valenzuela, Juan Pablo; Molina, Temístocles y González, Electa. 1992. "The Fortunes of Adolescent Mothers and Their Children: The Transmission of Poverty in Santiago, Chile." Population and Development Review. Vol. 18, no. 2.
14. Ross, John A.; W. Parker Mauldin y C. Miller, Vincent. 1993. Family Planning and Population: A Compendium of International Statistics. New York, NY: UNFPA and The Population Council.
15. Naciones Unidas. 1995. World's Women (draft). Nueva York, NY: Naciones Unidas.
16. Kjellstrom, Tord; Koplan, Jeffrey P. y Rothenberg, Richard B. 1992. "Current and Future Determinants of Adult Ill-Health". En Feachem, Richard; Kjellstrom, Tord; Murray, Christopher J. L.; Over, Mead and Phillips, Margaret A. (edit). 1992. The Health of Adults in the Developing World. Oxford: Oxford University Press para El Banco Mundial.
17. Heise, Lori; Pitanguy, Jacqueline y Germain, Adrienne. 1994. Violence Against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Paper #255. Washington, D.C.
18. Rosas, M. Isabel. 1992. "Violencia Sexual y Política Criminal". Lima, Perú: Comité Latinoamericano para la Defensa de la Mujer (CLADEM). Informativo n° 6. En #17.
19. Sánchez Duarte, Patricia. 1994. "Violencia y salud de la mujer: consecuencias emocionales del maltrato hacia las mujeres dentro del hogar". En Elu, Langer, María del Carmen y Ana (edit). 1994. Maternidad sin riesgos en México. México, D.F.: IMES, A.C. y el Comité Promotor de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos en México.
20. Heise, Lori. 1994. "Family Planning and Gender Based Abuse". En Moore, Kirsten and Regow, Debbie (edit). 1994. Family Planning and Reproductive Health: Briefing Sheets for a Gender Analysis. New York, NY: The Population Council.
21. Sadik, Nafis (edit). 1994. Making a Difference: Twenty-five Years of UNFPA Experience. London: Bonson.
22. Naciones Unidas. 1989. Adolescent Reproductive Behavior, Volume II: Evidence from Developing Countries. Nueva York, NY: Naciones Unidas.
23. Morris, Leo., 1994. "Sexual Behavior of Young Adults in Latin America." Advances in Population, Vol. 2.
24. Morris, Leo., 1989. "Sexual Experience and Use of Contraception among Young Adults in Latin America." Ponencia presentada en la Conferencia Internacional sobre la Fecundidad de los Adolescentes en América Latina y el Caribe, Oaxaca, México, 6-10 de noviembre, 1989. En Remez, L. 1989. "Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean: Examining the Problems and the Solutions". En International Family Planning Perspectives, Vol. 15(4).
25. Morris, Leo. 1988. "Young Adults in Latin America and the Caribbean: Their Sexual Experience and Contraceptive Use". International Family Planning Perspectives, Vol. 14(4).
26. Tinker, Ann; Daly, Patricia; Green, Cynthia; Saxenian, Helen; Lakshminarayanan, Rama y Gill Kirrin. 1994. Women's Health and Nutrition: Making a Difference. World Bank Discussion Paper n° 256. Washington, D.C.

27. Tabulación especial de los datos de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). En #8.
28. Remez, L. 1989. "Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean: Examining the Problems and the Solutions". En *International Family Planning Perspectives*, Vol. 15(4).
29. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia. 1991. Proyecto BOL/92/PO, Salud Reproductiva II (1992-1995), UNFPA-OMS/OPS. La Paz: OPS. En *Family Care International (FCI)*. 1993. Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe: Datos sobre la subregión andina. Nueva York, NY: FCI
30. Faithalla, Mahmoud F.; Rosenfield, Allan; Indriso, Cynthia; Sen, Dilup K. y Ratnam, Shan S. 1989. *Reproductive Health: Global Issues*, Vol. 3. Park Ridge, NJ y Lancashire, Gran Bretaña: The Parthenon Publishing Group. Acsadi, T.F., George y Johnson-Acsadi, Gwendolyn. 1986. *Optimum Conditions for Childbearing*. London: IPPF. Rinehart, Ward and Adrienne Kols. 1984. "Healthier Mothers and Children through Family Planning". *Population Reports*, series J, n° 27. Starrs, A. 1987. *Preventing the Tragedy of Maternal Death: A Report of the International Safe Motherhood Conference*. Washington, D.C.: World Bank. En #10.
31. Orellana, M.; Espinoza, L.; Montesinos, N.; Muñoz, H. y Marchant, L. 1984. Análisis de la mortalidad materna y sus factores asociados en Chile en base a certificados de muerte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 49(2). En #10.
32. Family Care International. 1992. *Safe Motherhood Action Kit*. New York: FCI.
33. López-Jaramillo, P. y de Félix, Mónica. 1991. "Prevention of Toxemia of Pregnancy in Ecuadorian Andean Women: Experience with Dietary Calcium Supplementation." *Boletín de la OPS*, 25(2).
34. Tinker, Anne y Koblinsky, Marjorie A. 1993. *Making of Motherhood Safe*. World Bank Discussion Paper -202. Washington, D.C.
35. Rosenbaum, Rainer F. 1994. "El Riesgo de embarazo en adolescentes: el caso de América Latina y el Caribe". Ponencia presentada por la UNFPA en la Cuarta Conferencia de Primeras Damas de América Latina y el Caribe, Santa Lucía, octubre de 1994.
36. Lightbourne, Robert E. 1987. "Reproductive Preferences and Behavior". En Cleland, John y Scott, Chris (edit). *The World Fertility Survey: An Assessment*. London: International Statistics Institute. En Jamison, Dean T.; Mosley, W. Henry; Measham, Anthony R. y Bobadilla, José Luis (edit). 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington, D.C.: Oxford University Press para El Banco Mundial.
37. Henshaw, Stanley K. y Morrow, Evelyn. 1990. *Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement*. New York: The Alan Guttmacher Institute, en #10
38. Omran, Abdel; Yunes, João; Solis, José Antonio y López, Guillermo (edit). 1992. *Reproductive Health in the Americas*. Washington, D.C.: OPS.
39. UNICEF. 1994. *Too Old for Toys, Too Young for Motherhood*. New York: UNICEF.
40. Lane, Cate. 1994. "Family Planning, Gender and Adolescents," en Kirsten, Moore and Rogow, Debbie (edit). 1994. *Family Planning and Reproductive Health: Briefing Sheets for a Gender Analysis*. New York, NY: The Population Council.
41. Center for Population Options (CPO). 1992. *Adolescents and Unsafe Abortion in Developing Countries*. Washington, D.C.: CP, en #26
42. Paxman, John M.; Rizo, Alberto; Brown, Laura y Benson, Janie. 1993. "The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America". *Studies in Family Planning*, Vol. 24(4).
43. Organización Mundial de la Salud. 1992. *Approaches to Adolescent Health and Development: A Compendium of Projects and Programmes*. Ginebra: OMS. En #10.
44. OMS. 1989. "The Health of Youth: Facts for Action-Youth, and AIDS". Ginebra: OMS. En Hirsch, Jennifer. 1990. "Teenage Pregnancy and STDs in Latin America" (CPO fact sheet). Washington, D.C.: CPO.
45. Elias, Christopher. 1991. *STDs and the Reproductive Health of Women in Developing Countries* (Programs Division Working Paper #5). New York: The Population Council.
46. Dixon-Mueller, Ruth y Wasserheit, Judith. 1991. *The Culture of Silence: Reproductive Tract Infections among Women in the Third World*. New York, NY: International Women's Health Coalition.
47. Hirsch, Jennifer. 1990. "Teenage Pregnancy and STDs in Latin America" (CPO fact sheet). Washington, D.C.: CPO.
48. UNDP. 1992. *Young Women: Silence, Susceptibility, and the HIV epidemic*. New York, NY: UNDP, # 40.
49. Antrobus, Peggy; Germain, Adrienne y Nowrozie, Sia (edit). 1994. *Challenging the Culture of Silence: Building Alliances to end Reproductive Tract Infections*. Barbados: University of the West Indies and The International Women's Health Coalition.
50. Correspondência do Instituto de Estudos de Religião, Programa Prostituição e Direitos Civis. 1989. Reportado al CPO, Washington, D.C., #47.
51. Handwerker, Penny. 1993. "Gender Power Differences between Parents and High Risk Sexual Behavior by their Children. AIDS/STD Risk Factors Extend to a Prior Generation". *Journal of Women's Health* 2, n°. 3, #20.
52. UNFPA. (n.f.). *Youth, Population and Development: Programme Advisory Note*. New York: UNFPA.

53. Rizo Gil, Alberto. 1992. "La salud reproductiva de los adolescentes en América Latina y El Caribe: experiencias de programas para atender sus necesidades en la década de los años noventa". Ponencia presentada en el Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar, México, 29 de noviembre a 5 de diciembre de 1992.
54. Turner, Rebecca. 1994. "Field Briefings: Sex Education Gains Strength in Mexican Public Schools". *International Family Planning Perspectives*, Vol. 20(2).
55. Cedric, Lindo. 1988. "Careers for Jamaica's Teenage Mothers" *Development Forum*, Vol. XVI n° 6, #32.
56. Merritt, Alice Payne. 1989. "Mass Media AIDS Prevention Campaign in Lima, Peru". *Johns Hopkins University/Center for Communication Programs*, #32.
57. Marques, Magaly. 1993. *Gente Joven/Young People: A Dialogue of Sexuality with Adolescents in Mexico*. En *Quality/Calidad/Qualité* (n° 5). Nueva York: The Population Council.
58. Vernon, R., et al. "Incorporating AIDS Prevention Activities into a Family Planning Organization in Colombia". *Studies in Family Planning*, 22(5). En Elias, Christopher. 1994. "A Puzzle of Will: Responding to Reproductive Tract Infections in the Context of Family Planning Programs". En The Population Council. 1994. *Reproductive Health Approach to Family Planning*. New York, NY: The Population Council.
59. Liskin, Laurie; Church, Cathleen; Piotrow, Phyllis T. y Harrys, John A. 1989. "AIDS Education - A Beginning". *Population reports*, L, n° 8, #26.
60. OMS. 1989. *Higiene de la reproducción en la adolescencia: estrategia de acción (declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF)*. Ginebra: OMS.
61. World Bank. 1994. *A New Agenda for Women's Health and Nutrition*. Washington, D.C.
62. Naciones Unidas. 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. Nueva York: Naciones Unidas.

LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA FASE JUVENIL

Dina Krauskopf

Consultora Organización Panamericana de la Salud

1. Introducción

En las décadas recientes se han producido muchos avances en el campo de la salud y en la atención a la situación de la juventud. La prolongación de la esperanza de vida, la modernidad y la globalización con su gran gama de complejos estímulos, incrementa la necesidad de los adolescentes y de los jóvenes de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos para asumir los cambios biopsicosociales que experimentan. Son procesos básicos en este período de la vida: la construcción de un rol social que coincida con la identidad, organizar el comportamiento desde un hacer en el mundo que objetive positivamente y sustente un proyecto de vida que dé sentido a la relación presente con el entorno, lo que en muchas áreas de América Latina incluye, además, las dificultades propias de la pobreza.

Los avances de la medicina tienen gran importancia en la reducción del sufrimiento y en la prolongación de la vida, lo que ha permitido prestar una atención cada vez más especializada a las diferentes etapas del ciclo vital e, incluso, considerar las diferencias de género. Desde el enfoque de la enfermedad se observó que la morbilidad juvenil tenía la particular y relevante característica de ser desencadenada por factores mayoritariamente externos y conductuales: drogas, accidentes, suicidios, fugas, deserción escolar, embarazos, ETS, violencia, lo que llevó a organizar la atención para los y las adolescentes a través de estas problemáticas. Esto dio lugar a que el concepto que se tenía de la adolescencia como la edad sana, se pasara al énfasis sobre las conductas de riesgo, y que los programas dirigidos a dicho período etario se enfocaran de modo específico para cada uno de los problemas. Así, los adolescentes recibieron programas verticales como respuestas separadas a cada riesgo o daño: drogas, accidentes, ETS/SIDA, embarazo, sin articular un plan que atendiera a la salud integral en la adolescencia. Las experiencias mostraron que los problemas se relacionaban y que, además del daño y los comportamientos de riesgo, existían factores protectores, por lo que los enfoques comenzaron a enriquecerse (Donas, 1992).

Por otro lado, muchos de los aspectos en que los jóvenes afectan la tranquilidad social están asociados a comportamientos riesgosos. Los y las adolescentes llamaron más la atención cuando eran focos de problemas que cuando sufrían de depresión, aislamiento, abuso sexual, etc., lo que llamó poderosamente la atención de diversos sectores sociales, como los comunicadores, los maestros, etc., y la juventud fue cada vez más identificada como un segmento poblacional problemático que a menudo alcanzó una perspectiva estigmatizada.

El reconocimiento peyorativo de las personas que atraviesan el período adolescente trae consecuencias riesgosas, pues facilita la construcción de la identidad negativa (Erikson, 1974). La valoración social contribuye a la elaboración de la identidad, y la necesidad juvenil de ser reconocido como alguien lleva a preferir ser alguien temido, detestado, que no ser nadie.

Las agencias socializadoras como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc., se encuentran con nuevos contextos al enfrentar los cambios sociales: por ello generan variadas respuestas y estímulos que buscan ser encauzados en políticas de juventud que respondan al desafío de configurar las opciones apropiadas para este sector estratégico de la sociedad, y pasar del signo de la problematización y exclusión juvenil al de la incorporación positiva para el desarrollo personal y social.

Es especialmente en la década cumplida a partir de la declaración del Año de la Juventud en 1985, que se acumulan estudios, se promueven más perspectivas positivas, se formulan propuestas y programas que permiten tener una visión más completa de la juventud, reconociendo su relevancia en el desarrollo social, sus aportes y dificultades, y la interacción de sus características con las posibilidades del entorno.

El concepto de riesgo en el período juvenil se ha destacado por la posibilidad de que conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto al conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y

salud (Weinstein, 1992). Actualmente, el enfoque de la atención a la salud juvenil procura, desde una perspectiva más integral y articulada, reducir los factores de riesgo, incrementar los de protección y brindar oportunidades de reconstrucción y avance de la situación. La conceptualización de la salud se refiere, por lo tanto, a una meta, a un proceso, no a un estado, particularmente en personas que se encuentran en un período crítico de crecimiento y no atravesando una mera transición de la niñez a la adultez.

Con el objeto de señalar las principales dimensiones a considerar en una visión integral de los comportamientos juveniles de riesgo, iniciaremos el presente trabajo con una caracterización del enfoque de riesgo en la promoción de la salud, para luego diferenciar las conductas de alto riesgo de aquellos comportamientos que involucran los riesgos propios de los procesos de elaboración de identidad en la adolescencia, además de analizar la interrelación entre los factores de riesgo y protección con la vulnerabilidad, el daño y la capacidad para sobreponerse a la adversidad. Finalmente, esbozaremos algunos lineamientos con las estrategias de intervención en la salud juvenil, para favorecer el desarrollo pleno de las potencialidades, contribuir satisfactoriamente a su inserción social y disminuir la preeminencia de los procesos mórbidos.

2. El enfoque de riesgo en la atención de la salud

Riesgo implica la probabilidad de que la presencia de una o más características o factores incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida o la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención, y el conjunto de los factores que se toman en cuenta aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo, no conduce a la certeza de que el daño se produzca. Se ha constatado que, por ejemplo, el riesgo de tener un accidente es distinto para individuos y grupos de individuos de una población determinada (Suárez y Krouskopf, 1992).

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o a un grupo a adquirir la enfermedad o el daño -prevención primaria-; a modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, interviniendo en la fase precoz del proceso mórbido y previniendo su desarrollo o propagación -prevención secundaria-. La primaria se orienta a promover el

desarrollo y las condiciones de la misma y la secundaria se dirige a quienes ya están dañados o enfermos, e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, para controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, y para controlar su propagación (Silber, 1992).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, y en medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños (Backett, et al, 1984). Estas intervenciones se orientan, por un lado, a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero por otro se focalizan en quienes están más expuestos.

El enfoque de riesgo está presente al enfatizar las acciones allí donde se encuentren las mayores posibilidades de emergencia de enfermedades, trastornos y daños, para los cuales deben reconocerse los factores protectores (apoyo familiar, vacunaciones, permanencia en el sistema educativo, trabajo seguro, acceso a servicios de salud); las conductas de riesgo (manejo de automóvil a alta velocidad, conductas impulsivas); y los factores de riesgo (desempleo, aguas estancadas), para llegar a su reducción o eliminación. Las acciones hacia las personas deben organizarse en función de la etapa del ciclo vital, del género, del contexto cultural, etc. (Donas, 1994).

Jessor (1991) explica que, en la tradición epidemiológica, el concepto de riesgo se relacionó particularmente con los resultados conducentes a la morbilidad y a la mortalidad, y permitió grandes logros al controlar factores como la contaminación de las aguas, la reducción de los niveles de colesterol ligados a las enfermedades cardiovasculares, etc.

Este enfoque llevó también a identificar factores sociales y comportamentales como elementos conducentes al mayor riesgo de ser dañado, como por ejemplo la accesibilidad social al alcohol y al tabaco y el stress personal. Un factor de riesgo puede ser un eslabón en la cadena que lleva a la enfermedad o al daño, como también puede ser un indicador de la presencia de ese eslabón. La utilidad de estos factores es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que predicen. Un ejemplo simplificado sería predecir que si un muchacho conduce una motocicleta, puede tener un accidente.

Por otro lado, el enfoque de riesgo condujo a la identificación de los factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, de las conductas conducentes a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y se favorece la resistencia al daño.

Desde el ángulo de la atención de la salud, el ataque a los factores de riesgo tuvo un gran éxito en la reducción de problemas perinatales, en otros aspectos de la salud materno-infantil y, especialmente, en la aplicación a los problemas cardiovasculares, pues la identificación de los factores asociados a la presentación de estos daños en las situaciones anteriormente mencionadas permitió aumentar la previsión de su aparición y actuar sobre ellos. Sin embargo, cuando se aplicaron estos criterios al desarrollo adolescente, las predicciones no se cumplieron tan linealmente. Suárez (1993) da un interesante ejemplo de cómo el análisis psicosocial puede cambiar el peso negativo atribuido a los factores de riesgo, al ejemplificar la conclusión existente en estudios estadounidenses de que el hijo de una madre latina adolescente y soltera tiende a ser delincuente o drogadicto, conclusión que se ve modificada cuando se reconoce que la presencia en esos casos de una familia extensa, favorece a los niños latinos en comparación con los anglosajones.

Es importante destacar que la situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro. Esto se debe a que logros del desarrollo personal como son la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y recursos sociales, influyen tanto como las condiciones del entorno de acuerdo al grado en que sean protectoras, peligrosas, incapacitantes o capacitantes. Su interacción con las potencialidades y destrezas personales determinará en buena medida la vulnerabilidad del individuo o del grupo. Por lo tanto, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación a los procesos de maduración, a las condiciones de protección y a los recursos personales para efectuar ajustes o integraciones transformadores de la situación.

Además, los daños biológicos o psicosociales que un individuo experimente pueden no hacerse evidentes en el momento mismo de las condiciones de riesgo: situaciones de la niñez afectan aspectos que se presentan en la fase juvenil, o vulnerabilidades sufridas en el período adolescente pueden influir negativamente en la fase adulta. Así, habrá comportamientos juveniles que en la adultez se traduzcan en farmacodependencia, alcoholismo, delincuencia, SIDA (Weinstein, 1992).

3. Los problemas juveniles en el enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo, aplicado a la adolescencia, ha destacado particularmente las conductas riesgosas de los propios jóvenes como factores que conducen a la morbilidad y mortalidad. Como

lo señala Irwin: "Los comportamientos asociados a la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comportan un tema común: la toma de riesgos".

3.1. Los daños

Los daños más frecuentemente encontrados son: accidentes automovilísticos, muerte por inmersión, embarazo indeseado, SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles, suicidios, homicidios, otras lesiones no buscadas, farmacodependencia, comportamiento delictivo, promiscuidad crónica, etc. Una encuesta nacional en Costa Rica reveló que, aun cuando las estadísticas de salud confirman los accidentes como uno de los daños relevantes en la adolescencia, no son identificados por este grupo etario, ni por sus familiares, como un problema que requiera atención prioritaria para prevenir el riesgo (Krauskopf et. al. 1992).

3.2. Las conductas como factor de riesgo

Las conductas juveniles que se han identificado como factores de riesgo son: las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco; la conducción de vehículos a edades tempranas y sin utilización de los elementos de protección (cinturón de seguridad, casco en el caso de las motocicletas), en estado de ebriedad o siendo pasajero de un conductor ebrio; la propensión a peleas físicas, sobre todo cuando están acompañadas de armas blancas o de fuego (Departamento de Salud de los Estados Unidos, 1994).

Es interesante destacar la diferencia de género frente al riesgo señalada por Silber (1992), y que se refleja, por ejemplo, en que los varones se ven más seriamente afectados en las estadísticas de accidentes, homicidios y suicidios. Es un hecho bastante generalizado que son mayores los intentos de suicidio en las mujeres, pero que los suicidios efectivos son más frecuentes en los hombres. En la misma línea, Weinstein señala que existe un mayor riesgo psicosocial entre los hombres que entre las mujeres, vulnerabilidad que es el resultado de su dificultad de acceso a la escolaridad y al empleo, de su relación más riesgosa con las adicciones, de la sexualidad, del sistema penal y de la carencia de redes de apoyo.

3.3. Los circuitos de riesgo

Se ha establecido que en la adolescencia los comportamientos específicos que favorecen los daños de la salud se encuentran interrelacionados. Weinstein (1992:8) señala que

"existen ciertos circuitos de riesgo y que el joven que ha ingresado a uno de ellos va adicionando vulnerabilidades de distinto origen". Irwin (1990) se refiere a estudios de diversos autores que observan la relación entre el alcohol, el consumo de cigarrillos y los accidentes de tráfico. El consumo de alcohol es considerado también como un precedente de ingestión de drogas ilícitas y de las actividades de sexo no protegidas. Silber (1992:550,551) concuerda con esta posición al señalar que una conducta juvenil aislada, como fumar, puede ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a corto plazo, y sugiere que en tales circunstancias es recomendable evaluar más atentamente la posibilidad de uso de otras drogas, las relaciones sexuales desprotegidas y tipificación de los grupos de pares. Agrega que las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico "caracterizado por agresividad, excesivo énfasis con respecto a la independencia personal y tendencia a actividades desviantes".

3.4. Predictores de mayor vulnerabilidad

El inicio de ciertas actividades se torna en predicto serio de riesgo cuando ocurre a menor edad. Así, Weinstein destaca la incorporación temprana al empleo, el desempeño de trabajos marginales, la deserción escolar, la pronta iniciación sexual. Bejarano y Jiménez (1993) destacan el inicio de la afición alcohólica en las primeras fases de la adolescencia como una circunstancia de agravamiento de ésta y de otras adicciones en el futuro.

Importantes factores que no provienen directamente de las conductas han sido señalados como eslabones de riesgo que incrementan la vulnerabilidad juvenil y que están presentes en los contextos o medios sociales donde el individuo se desenvuelve y en sus antecedentes de personalidad. Entre los diversos factores vinculados a los comportamientos de riesgo durante el desarrollo adolescente, Irwin (1990), destaca, al igual que muchos investigadores, el menor éxito académico y los problemas de comportamiento en el colegio. Señala que los estudios coinciden en dar una particular importancia a los cambios ambientales que ocurren en el sistema escolar, y destaca el pasaje de la escolaridad primaria a la secundaria. Estas y otras transiciones en la vida escolar tienen una naturaleza originaria de tensiones, que se traducen en comportamientos de ruptura frecuentes en la adolescencia. En América Latina existen diversos agravantes, como el hecho que en las zonas rurales de algunos países no existen establecimientos secundarios, y se producen migraciones que pasan a engrosar las filas de jóvenes urbano-marginales, sin mayor preparación para los cambios culturales y las necesidades laborales.

Varias investigaciones identifican la baja escolaridad o la deserción como un factor asociado al embarazo ado-

lescente. Krauskopf y Cabezas (1989) encontraron que, en el área metropolitana de San José, el embarazo se producía mayoritariamente en muchachas que ya habían desertado del sistema escolar, lo que coincidía con otras investigaciones latinoamericanas y se diferenciaba de datos de EEUU, que señalan al embarazo como causa de deserción escolar (si bien parece estar asociado a previas dificultades en el rendimiento). En el área rural, por otra parte, establecer una unión es motivo de abandono escolar y de dedicación al hogar, lo que incluye la procreación de los hijos (Porras, 1993).

Torres Rivas (1989) informa que, de acuerdo con el Censo de la Población Penal costarricense efectuado en 1982, el analfabetismo continúa siendo la característica de muchos jóvenes delincuentes (40% de los menores de 17 años). Además, el 63,4% del total de reclusos tenía primaria incompleta y todos carecían de trabajo permanente.

Weinstein destaca algunas conductas que son producto de la situación de pobreza en América Latina como la incorporación prematura al empleo, el desempeño de trabajos marginales y la menor contractualidad, que conduce a falta de protección de su salud y de los derechos salariales; la desocupación prolongada; los conflictos

