



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO

60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

Punto 4.4 del orden del día provisional

CD48/8 (Esp.)
21 de agosto del 2008
ORIGINAL: INGLÉS

**ESTRATEGIA REGIONAL PARA MEJORAR
LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES**

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Instrumentos del sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos	4
Instrumentos del sistema interamericano para la protección de los derechos humanos ..	5
Antecedentes	6
Análisis	7
Propuesta	15
Líneas Estratégicas	16
Información estratégica e innovación	16
Entornos favorables y políticas públicas basadas en datos científicos	17
Sistemas de salud y servicios de salud integrados e integrales	18
Aumento de la capacidad de los recursos humanos	19
Intervenciones basadas en la familia; la comunidad y la escuela	20
Alianza estratégicas y colaboración con otros sectores	21
Comunicación social y participación de los medios de difusión	22
Intervención del Consejo Directivo	22
Anexo A. Tasas de mortalidad por causas externas entre jóvenes de 15 a 24 años, países seleccionados, alrededor del 2003 (por cada 100.000 habitantes)	
Anexo B. Tasas de fecundidad específica de 15 a 19 años, países seleccionados, Región de las Américas, 2000-2005	
Anexo C. Propósito e indicadores, líneas estratégicas	
Anexo D. Plantilla analítica	
Anexo E. Resolución CE142.R16	
Anexo F. Plantilla de la resolución	

Introducción

1. Este documento propone una estrategia decenal que tiene como objetivo responder a las necesidades de salud de los varones y mujeres de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años que viven en el continente americano. Esto se logrará mediante el desarrollo y fortalecimiento de la respuesta integrada del sector salud, con especial atención a los adolescentes y jóvenes más vulnerables¹ y a las disparidades prevalentes en el estado de salud entre los países y dentro de los mismos.

2. La Estrategia busca mejorar la salud de la mayor cohorte de población joven² en la historia de la Región de las Américas -24,5% de la población total (232 millones)- y responder al contexto cambiante que esta atraviesa: transición demográfica, globalización, cambios ambientales y nuevas tecnologías de comunicación. En el próximo decenio, los Estados Miembros se enfrentarán al reto de promover y proteger la salud y el desarrollo de la población joven, con el fin de conseguir que constituyan un capital social y formen poblaciones sanas en sus años económicamente más productivos y a medida que envejecan. Este desafío no puede afrontarlo el sector de salud independientemente; todos los interesados directos solo tienen como alternativa la integración y la acción coordinada, a fin de reducir al mínimo la duplicación de esfuerzos y potenciar al máximo el impacto y la inversión.

3. La Estrategia está fundada en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en el que se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.³ Además, es compatible con documentos mundiales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD); el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS); los Objetivos de Desarrollo del Milenio

¹ Por ejemplo, la juventud socialmente excluida, de baja situación socioeconómica, de baja alfabetización o que tienen necesidades de salud especiales, incluyendo los adolescentes y los jóvenes con enfermedades mentales severas y discapacidades.

² La Organización Mundial de la Salud define a los adolescentes como las personas de 10 a 19 años; los jóvenes, de 15 a 24 años; y la población joven, de 10 a 24 años.

³ Enunciado en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 de junio al 22 de julio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, pág. 2, p. 100) y en vigor desde el 7 de abril de 1948. La definición no se ha modificado desde 1948. Véase también el documento técnico CD47/15 y la resolución CD47.R1 sobre “La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el contexto del Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y mental y otros Derechos Relacionados, p. 10-15, 47.º Consejo Directivo, OPS, Washington D.C., 25-29 de septiembre 2006, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.

(ODM); y las siguientes convenciones, declaraciones y recomendaciones del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano sobre los derechos humanos.⁴

Instrumentos del sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos

- *La Convención sobre los Derechos del Niño;*⁵
- *La Declaración Universal de Derechos Humanos;*⁶
- *El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos;*⁷
- *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;*⁸

⁴ Véase el documento CD47/15 del Consejo Directivo (“La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el contexto del Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y mental y otros Derechos Relacionados”) del 16 de agosto del 2006. 47.º Consejo Directivo, pág. 10 a 15. Puede consultarse en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>. Véase el Objetivo Estratégico 7 (Resultado Regional Esperado 7.4.1), Plan Estratégico de la OSP 2008-2012, Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., 1 al 5 de octubre del 2007, pág. 74 a 78. Puede consultarse en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-obj5-8-s.pdf>. Véase la resolución CD42.R12 sobre “Salud de la niñez”, 42.º Consejo Directivo, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C., 28 de septiembre del 2000; puede consultarse en http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_fr-s.pdf.

⁵ Entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y ha sido ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁶ La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su artículo 25 que “...[t]oda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

⁷ Entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y ha sido ratificado por Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

⁸ Entró en vigor el 3 de enero de 1976 y ha sido ratificado por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, creado en virtud de este tratado, ha emitido directrices sobre el contenido, el alcance y las obligaciones de los Estados Miembros con respecto al Pacto, según se establece en su artículo 12: “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Comité estableció que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud está estrechamente relacionado y depende del ejercicio de otros derechos humanos como el derecho a la vida; a no sufrir discriminación; a la igualdad; a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes; el derecho de asociación, asamblea y movimiento; el derecho a gozar de una alimentación y vivienda adecuados; y el derecho al empleo y la educación. Hace referencia a los niños,

- La *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*.⁹

Instrumentos del sistema interamericano para la protección de los derechos humanos

- *La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*;¹⁰
- *La Convención Americana sobre Derechos Humanos*;¹¹
- *El Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador*;¹² y
- *La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*.¹³

4. El desarrollo de esta Estrategia es el producto de un proceso participativo del que formaron parte expertos internacionales, interesados directos y asociados estratégicos nacionales, incluida la población joven y los puntos focales de las representaciones de la OPS/OMS.

los adolescentes y las personas que padecen discapacidades como los grupos cuya vulnerabilidad requiere de programas especiales que tengan un costo relativamente bajo y que brinden acceso a los establecimientos, los suministros y los servicios de salud sin discriminación alguna, y a un entorno seguro y de apoyo que garantice que tengan la oportunidad de participar en las decisiones que afectan a su salud y de fortalecer las aptitudes para adquirir información adecuada. Para mayor información, puede consultarse además la observación general número 14 del Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/34/PDF/G0043934.pdf?OpenElement>.

⁹ Entró en vigor en 1979 y ha sido ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹⁰ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948. Puede consultarse en: <http://cidh.org/Basicos/Basicos1.htm>.

¹¹ Entró en vigor el 18 de julio de 1978 y ha sido ratificada por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹² Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 y ha sido ratificado por Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay.

¹³ Entró en vigor el 5 de marzo de 1995 y ha sido ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

Antecedentes

5. El compromiso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de mejorar la salud y el bienestar de la población joven data de hace mucho tiempo, y se han establecido las prioridades para reducir sus problemas de salud más prevalentes. Mandatos previos en el tema de salud de adolescentes y jóvenes incluyen: la resolución de la Asamblea Mundial de Salud sobre la *Estrategia para Mejorar la Salud de la Niñez y Adolescencia* (WHA56.21, 2003)¹⁴ que insta a los Estados Miembros a fortalecer y expandir los esfuerzos para aumentar la cobertura de servicios de salud y para promover el acceso a una amplia gama intervenciones en promoción y prevención; la resolución de la Asamblea Mundial de Salud sobre la *Estrategia Global de Salud Reproductiva* (WHA57.12, 2004)¹⁵, que llama a los Estados Miembros a alcanzar las metas internacionales en salud reproductiva con particular atención a las inequidades relacionadas a género y pobreza y los riesgo a los que los adolescentes están expuestos; y la resolución sobre *Salud de los Adolescentes* (CD40.R16)¹⁶ aprobada en el 40.º Consejo Directivo de OPS en 1997 en que los Estados Miembros reconocieron formalmente las necesidades diferenciadas de la población joven y aprobaron un marco conceptual y un plan de acción. El Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012 y la Agenda de Salud para las Américas¹⁷ también reafirman la importancia de dirigirse a la población joven.

6. Una evaluación externa del plan de acción 2001-2007¹⁸ de la aplicación de la resolución CD40.R16, llevada a cabo en el 2007, reveló que 22 de los 26 Estados Miembros que respondieron han establecido programas nacionales de salud de la adolescencia, pero solo 17 de los 26 países tenían un programa con funcionamiento efectivo.¹⁹ El 31% de los encuestados calificó al programa nacional como adecuado, 41% parcialmente adecuado y 18 % como inadecuado. Si bien esto representa un avance, la respuesta de los sistemas y los servicios de salud a las necesidades de la población joven es a menudo deficiente y todavía se enfrenta con limitaciones presupuestarias.

¹⁴ Se puede consultar en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r21.pdf.

¹⁵ Se puede consultar en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12-en.pdf.

¹⁶ Se puede consultar en: http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm.

¹⁷ Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012, 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1 al 5 de octubre del 2007, se puede consultar en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-od328-s.htm> y Agenda de Salud para las Américas presentada por los Ministros de Salud en Panamá en Junio 2007, que puede consultarse en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

¹⁸ Nirenberg, O. et al. Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007. [Aun no publicado]. Se puede consultar en: <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/pages/Biblioteca-Library.aspx>.

¹⁹ Se define programa con funcionamiento efectivo como uno con una antigüedad mayor de dos años, con una persona responsable, un plan de acción en implementación en el último año y con una presupuesto asignado.

Análisis

7. Muchos países²⁰ de la Región experimentan actualmente una “oportunidad demográfica”²¹ con una mayor proporción de personas en edad productiva en relación con la población dependiente. La inversión en la salud y la educación de los adolescentes y jóvenes y el alineamiento de las políticas económicas facilitan la productividad y crecimiento económico. Aun en los países sin esta oportunidad demográfica, la promoción de la salud y el desarrollo de la población joven es fundamental para apoyar a la creciente población dependiente. Adicionalmente, la inversión en la salud de la población joven es fundamental para proteger las inversiones efectuadas en la niñez (por ejemplo, la inversión significativa en vacunas y programas de alimentación) y para velar por la salud de la futura población adulta. La mayoría de los hábitos perjudiciales para la salud se adquieren durante la adolescencia y la juventud, y se manifiestan como problemas de salud durante la edad adulta (por ejemplo, cáncer al pulmón a causa del consumo de tabaco) que agregan una carga económica evitable para los sistemas de salud.

8. En la Región, en 2003, la tasa de mortalidad en el grupo entre 15 y 24 años de edad fue de aproximadamente 130 por 100.000.²² Las principales causas de mortalidad para este grupo etáreo son las causas externas, que incluyen accidentes, homicidios, suicidios y otras, seguidas por las enfermedades transmisibles, que incluye VIH/sida, las no transmisibles y las complicaciones del embarazo parto y puerperio (véase anexo A). Otros temas fundamentales de salud que afectan a la población joven y que exigen una acción inmediata son los siguientes: las infecciones de transmisión sexual, la obesidad y las enfermedades crónicas, la salud mental, el consumo de tabaco, y el abuso de sustancias psicotrópicas. La repercusión desproporcionada de estos temas en los adolescentes y jóvenes de minorías étnicas, de poblaciones indígenas, migrantes, de ingresos bajos o de bajo nivel educativo merece y requiere una consideración especial.

²⁰ Los siguientes países de la Región se encuentran actualmente frente a este tipo de “oportunidad” demográfica (en paréntesis se indica el año en que se calcula que habrán perdido esta oportunidad): Argentina (2035), Bolivia (2045), Brasil (2020), Chile (2015), Colombia (2020), Costa Rica (2020), Cuba (2010), Ecuador (2030), El Salvador (2035), Guatemala (2050), Honduras (2040), México (2020), Nicaragua (2040), Panamá (2020), Paraguay (2050), Perú (2030), República Dominicana (2025), Uruguay (2020), Venezuela (2025), de acuerdo con el documento publicado por el sistema de las Naciones Unidas en El Salvador, 2008. Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica. San Salvador: United Nations. Se puede consultar en: www.pnud.org.sv.

²¹ The World Bank. World Development Report 2007: Development and the Next Generation. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2006.

²² Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

- a) *Violencia*: En 2000, en la Región de las Américas la tasa de homicidio en los hombres y mujeres entre 15 y 29 años fue de 68,6 y 6,4 por 100.000 habitantes respectivamente (comparada con los países de alto ingreso en Europa donde solo alcanzaba de 1,7 y 0,7 por 100.000 hombres y mujeres respectivamente). Por cada homicidio en adultos jóvenes, se presentan alrededor de 20 a 40 víctimas no mortales que requieren atención intra-hospitalaria.²³ Se estima que hay entre 30.000 a 285.000 miembros en las “maras” en Centroamérica, mayormente en El Salvador, Guatemala y Honduras.²⁴ Adicionalmente, las mujeres adolescentes y jóvenes tienen 4 veces más riesgo de ser víctimas de violencia sexual que las mujeres de otras edades.²⁵
- b) *VIH/sida/ITS*: En el Caribe, el sida ya aparece entre las primeras cinco causas de muerte en la población joven. En 2004, el porcentaje estimado de jóvenes de 15 a 24 años que vivían con VIH en el Caribe fue 1,6% (0,9 - 2,3) en mujeres y 0,7% (0,4- 1,5) en varones. En América Latina, las cifras fueron 0,3% (0,2-0,8) en mujeres y 0,5% (0,4-1,5) en los varones. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan a uno de cada 20 adolescentes cada año y las causas más frecuentes son: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomonas. Las ITS en el embarazo adolescente aumentan el riesgo de bajo peso y prematuridad en el recién nacido. Sin tratamiento a largo plazo las ITS podrían aumentar el riesgo de cáncer y de padecer infecciones por VIH, y pueden ser responsables por la mitad de los casos de infertilidad.²⁶
- c) *Salud sexual y reproductiva*: Se necesitan grandes avances en cuanto a la equidad de género a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población joven. Las infecciones por el VIH y las infecciones de transmisión sexual hacen estragos en las adolescentes.²⁷ A menudo las normas culturales y sociales de género restringen su acceso a la información básica, las condena a un papel desigual y más pasivo a la hora de tomar decisiones sexuales, socavan su autonomía y expone a muchas a la coerción sexual. Del mismo modo, las expectativas tradicionales en relación con la masculinidad también llevan a menudo a comportamientos que aumentan el riesgo de contraer la infección por el VIH en los jóvenes y los adolescentes varones. Este tipo de comportamientos consiste en

²³ Krug, E.G. World Report on Violence and Health. World Health Organization, Geneva, 2002.

²⁴ Centro de Estudios de Guatemala. Informe especial: Las maras: Amenazas a la Seguridad? Guatemala, 2005. Se puede consultar en: www.laneta.apc.org/ceg.

²⁵ Krug, E.G. World Report on Violence and Health. World Health Organization, Geneva, 2002.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

²⁷ Global Coalition on Women and AIDS (2006). *Keeping the promise: an agenda for action on women and AIDS*. Ginebra, ONUSIDA.

un número elevado de compañeros sexuales, el consumo de drogas o de alcohol y el rechazo a buscar atención médica cuando se padecen infecciones de transmisión sexual.²⁸ En consecuencia, la vida y la salud de las adolescentes solo puede mejorarse si al mismo tiempo se sensibiliza a los varones adolescentes y jóvenes. Es fundamental comprender los factores relacionados con la atracción y la orientación sexuales de la población joven para poder mejorar su salud sexual y reproductiva. En una encuesta sanitaria realizada en el Caribe, un porcentaje bastante similar de adolescentes de ambos sexos (5,0 y 4,5%) informaron haber tenido experiencias sexuales con personas del mismo sexo y más de un 10% de los adolescentes informaron tener dudas acerca de su orientación sexual (11,7% en las mujeres y 13,3% en los varones).²⁹ En varios países de la Región la edad de inicio se ha adelantado y la mayoría de los jóvenes inicia las relaciones sexuales en la adolescencia. Aproximadamente el 50% de las mujeres entre 15 a 24 años, en algunos países de Centroamérica, ha iniciado las relaciones sexuales a los 15 años de edad;³⁰ el porcentaje es mayor en las zonas rurales y con menor educación entre la población joven. Cerca de 90% de los jóvenes en América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método anticonceptivo, pero entre el 48% y 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos, y entre aquellos que sí lo utilizaron, aproximadamente 40% de ellos no lo hacía regularmente.³¹ Para 2006, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes fue 48% en Honduras, 38% en Guatemala y 36% en Nicaragua.³²

- d) *Embarazo:* La causas más frecuentes de ingresos hospitalarios en mujeres jóvenes fueron obstétricas (27%, 31% y 46% en el Caribe, Centroamérica y Estados Unidos respectivamente).³³ Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud,

²⁸ WHO (2007). Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

²⁹ A portrait of Adolescent Health in the Caribbean, 2000. WHO Collaborating Center on Adolescent health, University of Minnesota, Minneapolis, MN.

³⁰ Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health; United States Agency for International Development. Reproductive, maternal, and child health in Central America: trends and challenges facing women and children: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Atlanta: CDC/USAID; 2005.

³¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.

³² Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante. Resumen serie 2006, n.º 3, 4 y 5. Se puede consultar en: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala-en.pdf>.

³³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos sufren más riesgos de salud.³⁴ La mitad de los países de la región presentan tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad por sobre 72 por 1.000 mujeres (véase anexo B). Veinte por ciento de los partos en la Región fueron en mujeres menores de 20 años. Se estima que un 40% de estos embarazos son no planeados.³⁵ En América Latina y el Caribe, el 45% (405) del número total de muertes (900) debidas a abortos inseguros se registra en mujeres menores de 24 años.³⁶

- e) *Desnutrición:* La obesidad en adolescentes en la Región varía entre el 8% y 22%.³⁷ En Estados Unidos, el 17% de adolescentes entre 12-19 años tiene sobrepeso.³⁸ En Canadá, de 12 a 20% de la población joven presenta sobrepeso y de 3 a 10% son obesos. Las tasas de sobrepeso y obesidad son mayores en los varones que en las mujeres. En total, alrededor de 26% de los varones y 17% de las mujeres padecen sobrepeso u obesidad.³⁹ La anemia en mujeres adolescentes varía de un 7% en El Salvador, 30 % en Bolivia y 45% en Haití.⁴⁰
- f) *Salud mental:* La mortalidad y morbilidad entre la población joven descrita anteriormente está relacionada con la falta de atención de la salud mental. En 2004 en los Estados Unidos, el suicidio fue la tercera causa más importante de mortalidad entre adolescentes de 13 a 19 años de edad. Adicionalmente varios adolescentes consideran seriamente suicidarse sin intentarlo o lo intentan pero no lo completan.⁴¹

³⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

³⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

³⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5a Edición, Ginebra, 2007.

³⁷ Zwicker C et al. Commitments: Youth Reproductive Health, the World Bank, and the Millenium Development Goals. Washington, DC: Global Health Council, 2004. Se puede consultar en: www.globalhealth.org/images/pdf/commitments.pdf.

³⁸ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

³⁹ Healthy settings for young people in Canada. 2008. Public Health Agency of Canada. Se puede consultar en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/yjc/>.

⁴⁰ Chaparro CM, Lutter CK. Anemia among adolescent and young adult women in Latin America and the Caribbean: A cause for concern. Washington, D.C. PAHO 2008.

⁴¹ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

- g) *El consumo de alcohol, drogas y tabaco:* En el Caribe en el 2005, el 40% de las adolescentes y el 50% de los adolescentes entre 12 y 18 años de edad había consumido alcohol y 1 en 10 jóvenes entre 16 y 18 años había consumido 4 o más bebidas alcohólicas de una vez.⁴² Aproximadamente 1 en 10 adolescentes entre 13 y 17 años de edad, había consumido alguna vez en su vida drogas ilícitas.⁴³ En Estados Unidos, 1 de cada 5 estudiantes entre los grados 9 -12 reportó usar marihuana una o más veces el último mes.⁴⁴ El consumo de tabaco entre 13 y 17 años de edad osciló entre 2,2% y 38,7%.⁴⁵ En Canadá, 5% de la población joven informó haber fumado por primera vez a los 11 años o incluso antes, 16% de los varones y 18% de las mujeres informaron haberlo hecho entre los 12 y los 14 años de edad, y 6% cuando tenían 15 años o más.⁴⁶

9. Al vivir en la Región con las mayores desigualdades sociales, la población joven está sujeta a predominantes desigualdades socioeconómicas, territoriales, étnicas y determinadas por el género, que moldean su salud y sus oportunidades sociales. La mayoría de las causas principales de mortalidad y morbilidad en la Región están relacionados con los determinantes sociales en salud como son: educación, ingreso y posición social, empleo, migración, familia, redes de apoyo social y el entorno, entre otros. En todos los países de la Región, los más pobres y más excluidos son a menudo los adolescentes y los jóvenes que pertenecen a las minorías indígenas, étnicas y raciales, los que viven en hogares encabezados por mujeres y/o los que viven en comunidades rurales. Un 39% de jóvenes en América Latina y el Caribe viven en la pobreza.⁴⁷ En los Estados Unidos en el año 2005, 16% de los adolescentes entre 10 y 17 años de edad vivían en hogares bajo la línea de pobreza.⁴⁸ Es mucho más probable que el ingreso familiar esté cerca de la línea de pobreza o debajo de ella en el caso de los adolescentes que viven en

⁴² Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

⁴³ Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Informe comparativo 7 países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay, 2003. Washington, DC: OEA/CICAD; 2004.

⁴⁴ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁴⁵ Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Informe comparativo 7 países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay, 2003. Washington, DC: OEA/CICAD; 2004.

⁴⁶ Healthy settings for young people in Canada. 2008. Public Health Agency of Canada. Se puede consultar en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/vjc/>.

⁴⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador, editores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008. Se puede consultar en línea en www.pnud.org.sv.

⁴⁸ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

hogares a cargo de solo el padre o la madre a comparación de los adolescentes que viven en un hogar con los dos progenitores.⁴⁹ La probabilidad de fecundidad de adolescentes pobres es tres veces más alta que las adolescentes no pobres, usan menos métodos anticonceptivos y tienen más probabilidad de dar a luz antes de los 20 años.⁵⁰ La educación también afecta los resultados de salud y los comportamientos de riesgo (embarazo, ITS/VIH/sida, el consumo prejudicial de alcohol y otras sustancias y violencia). En general solo el 38% de los jóvenes de 18 años está asistiendo a la escuela,⁵¹ sin embargo existe una gran disparidad socioeconómica, étnica y geográfica. Cada año adicional de escolaridad contribuye entre 5-10% a la reducción de la tasa de fecundidad.⁵² Adicionalmente, las desigualdades en oportunidades de educación y empleo digno resultan en altos grados de migración, tanto dentro de los países como de un país a otro. Esto se traduce en la desintegración de las familias y las comunidades; en el empleo inseguro, ilegal e informal; la trata de adolescentes y jóvenes; y en numerosos riesgos para la salud (ITS/VIH/sida, complicaciones en el embarazo, y violencia).

10. La información estratégica es esencial para tomar decisiones fundamentadas. A pesar de que actualmente se dispone de una tecnología de información más compleja, los datos disponibles de salud de la población joven y sus determinantes son todavía difíciles de obtener y, a menudo, son incompletos, inexactos o incongruentes.⁵³ En la evaluación externa del plan de acción 2001-07 de la aplicación de la resolución CD40.R16, de 26 países que respondieron el 30% cuenta con un sistema nacional de vigilancia que incluye el tema de salud de la población joven y solo un 27% realiza monitoreo y evaluación de sus programas.⁵⁴ Adicionalmente, el estigma sigue siendo una barrera para la obtención de datos causando subnotificación de algunos temas claves de salud (por ejemplo, el suicidio, trastornos de salud mental, la orientación sexual y los abusos sexuales). La limitación en la obtención de información estratégica dificulta la detección de los grupos de más riesgo y más vulnerables y el análisis de los factores de riesgo y de protección

⁴⁹ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁵⁰ United States, Guttmacher Institute. Early Childbearing in Nicaragua: A Continuing Challenge. In Brief, 2006 Series, n.º 3, 4, and 5 (Honduras, Nicaragua and Guatemala). Se puede consultar en: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala-en.pdf>.

⁵¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador, editores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008. Se puede consultar en línea en www.pnud.org.sv.

⁵² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador, editores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008. Se puede consultar en línea en www.pnud.org.sv.

⁵³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

⁵⁴ Nirenberg, O. et al. Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007. [Aun no publicado]. Se puede consultar en: <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/pages/Biblioteca-Library.aspx>.

tanto de las conductas como de los problemas de salud. Las deficiencias en el monitoreo y la evaluación han dado lugar a la continua puesta en práctica de intervenciones ineficaces.

11. En general, las políticas, los programas y los servicios abordan la salud y el desarrollo de la adolescencia y la juventud desde una perspectiva vertical y orientada al problema. Por ejemplo, tratan la infección por el VIH/sida, el embarazo, el consumo perjudicial de alcohol, la familia y la violencia como temas diferentes. Las fuentes de financiamiento a menudo refuerzan este enfoque, dando lugar a la duplicación costosa de esfuerzos y a una repercusión limitada. Los datos científicos indican que los problemas y conductas en salud de la población joven están interrelacionados y tienen raíces comunes por lo que los programas e intervenciones deben ser respuestas integradas.⁵⁵ La falta de uso de la evidencia científica disponible y la falta de participación de los adolescentes y los jóvenes en los procesos de elaboración y ejecución de programas contribuyen a la ineficacia de los mismos.

12. Debido a la falta de participación de los adolescentes y los jóvenes se presta una atención insuficiente a las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes, según lo determinado por la edad, la etapa de desarrollo, la cultura y el género. Los programas no han aprovechado la función central desempeñada por el apoyo de las familias, las escuelas y las comunidades como factores protectores para la salud y la educación, y su potencial para facilitar el acceso a los servicios y convertirse en un espacio fundamental para la promoción de la salud. Es necesario identificar las fortalezas y debilidades de las comunidades y barrios, mediante evaluaciones participativas, para construir programas de desarrollo y servicios de salud innovadores, integrales y efectivos.

13. En la mayoría de los países, el acceso de la población joven a los servicios de salud sigue siendo insuficiente. Muchos adolescentes y jóvenes encuentran obstáculos legales y económicos, y ambientes hostiles cuando utilizan los servicios de salud como el incumplimiento de la confidencialidad, los juicios de valor y la desaprobación relacionados con la actividad sexual, el consumo de drogas y la discriminación. El acceso a los servicios de salud (incluyendo biomédico, de salud mental y otros) además se ve afectado por la política de financiamiento de los sistemas de salud, barreras geográficas y disponibilidad de personal de salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos la mayoría de los adolescentes pobres o de clase media-baja con menos de 19 años de edad califican para seguro médico público, sin embargo en 2005, un quinto de los adolescentes en familias viviendo bajo la línea de pobreza no tenían seguro de salud.⁵⁶ Los servicios deberán estar organizados para atender las necesidades y demandas de salud de

⁵⁵ Nirenberg, O. et al. Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007. Se puede consultar en: <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/default.aspx>.

⁵⁶ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

adolescentes y jóvenes, así como sus expectativas individuales y colectivas en la materia. Debe cerrarse la brecha que existe entre la oferta de los servicios y la demanda de las y los adolescentes y jóvenes.⁵⁷ Los servicios de calidad brindan una oportunidad importante para los mensajes sanitarios promocionales y preventivos, junto con el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los problemas de salud.

14. El modelo de la atención primaria de salud exige que los proveedores de atención sanitaria cuenten con la preparación necesaria para responder a las necesidades de las personas a lo largo del ciclo de vida.⁵⁸ Por consiguiente, se requiere que tengan conocimiento de las necesidades específicas de la población joven y los obstáculos a los que esta se enfrenta. Sin embargo, la Región carece de una masa crítica de proveedores de atención sanitaria capacitados para responder a las necesidades de esta población. Las estrategias innovadoras para llegar a los adolescentes y los jóvenes y capacitar a los proveedores de servicios de salud pueden servir para estar al corriente de las demandas de los servicios y programas de promoción y prevención de la salud. Las mayores demandas requieren que los proveedores estén actualizados con respecto a las investigaciones recientes y las tecnologías emergentes que impactan a la población joven, tanto en comunicación (por ejemplo, mensaje de texto, redes virtuales), como en materia de salud (por ejemplo, los hallazgos recientes sobre el desarrollo del cerebro, las nuevas vacunas -la vacuna contra el virus de los papilomas humanos- y los métodos de análisis y detección).

15. La tecnología de la información y la comunicación masiva han proporcionado a muchos jóvenes una mayor exposición a los medios de difusión, los teléfonos móviles e internet, permitiéndoles así conectarse con la cultura mundial y revolucionando las interacciones sociales. Los que tienen acceso a los medios están expuestos a una variedad de mensajes e imágenes, a menudo acerca de comportamientos poco saludables, como el uso del tabaco en la televisión.⁵⁹ Sin embargo, esas mismas tecnologías de comunicación pueden usarse como estrategia para mejorar la salud de la población joven, al influir positivamente en los valores, las actitudes y las creencias sobre la salud. Además es importante la intervención temprana, con especial atención a los preadolescentes, para influir en los comportamientos antes de que se conviertan en hábitos que afecten la salud.

⁵⁷ OPS. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes, OPS, Washington DC, 2005.

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS, 2007.

⁵⁹ Gidwani, P.P et al. Television Viewing and Initiation of Smoking Among Youth. *Pediatrics* 110(3): 505-508, 2002. Se puede consultar en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/3/505>.

Propuesta

16. El propósito de la presente Estrategia Regional es contribuir al mejoramiento de la salud de la población joven mediante el desarrollo y fortalecimiento de la respuesta integrada del sector salud y la implementación de programas de promoción, prevención y cuidado de salud de adolescentes y jóvenes.

17. La Estrategia se elabora sobre la base de la información, los datos científicos y los conocimientos; y reposa en cuatro pilares: la atención primaria de salud, la promoción de la salud, la protección social y los determinantes sociales de la salud. Esta estrategia exige una integración de los enfoques, los programas y los servicios con el fin de hacer frente a los problemas de salud procurando obtener mejores resultados. El género, la cultura y la participación de la población joven son perspectivas transversales.

18. Tomando como base la definición de salud de la OMS⁶⁰, esta estrategia define a un adolescente o joven sano como alguien que cumple las tareas biológicas, psicológicas y sociales de desarrollo con un sentido de identidad, autoestima y pertenencia, ve un camino positivo hacia el futuro, es tolerante a los cambios y a la diversidad, y tiene las competencias para integrarse como miembro productivo de la comunidad, en la fuerza laboral y en la sociedad civil. En la adolescencia y la juventud, esto se manifiesta como hábitos de alimentación sanos, participación en actividades físicas, salud mental y bienestar, así como una aproximación responsable y positiva a la sexualidad.

19. Esta Estrategia propone siete líneas de acción y promueve su integración sistemática y simultánea a fin de abordar las principales causas de mortalidad y morbilidad y los temas fundamentales de salud de la población joven identificados en la sección de análisis: 1) información estratégica e innovación; 2) entornos favorables y políticas basadas en datos científicos; 3) sistemas y servicios de salud integrados e integrales; 4) aumento de la capacidad de recursos humanos; 5) intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela; 6) alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores; y 7) comunicación social y participación de los medios de difusión.

20. Para apoyar la ejecución de estas líneas de acción, la OPS, en colaboración con las Naciones Unidas y otras organizaciones, empleará un enfoque interprogramático,

⁶⁰ Definición de salud de la OMS: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades...” Definido en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 de junio al 22 de julio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, pág. 2, p. 100) y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no se ha modificado desde 1948.

trabajará con énfasis especial en países prioritarios y de alto impacto,⁶¹ establecerá redes y movilizará recursos. En concreto, la OPS proporcionará colaboración técnica para la ejecución, el monitoreo y la evaluación de las líneas de acción, abogará por la causa de la salud de la población joven, apoyará la sistematización de mejores prácticas, creará una plataforma para compartir las enseñanzas extraídas de toda la Región y alentará la cooperación entre países.

Líneas Estratégicas

21. Las líneas estratégicas tienen una duración de 10 años, entre 2008 y 2018. A continuación se describen las líneas estratégicas, sus objetivos concretos, propuestas de colaboración técnica basadas en las evidencias y buenas prácticas reconocidas por OPS. El anexo C incluye los indicadores para monitorear y evaluar el cumplimiento de estos objetivos por línea estratégica, y toma nota de los objetivos estratégicos correspondientes y los resultados esperados regionales del Plan de Acción de OPS.

Información estratégica e innovación

22. *Objetivo:* Fortalecer y apoyar la capacidad instalada de los países para mejorar los sistemas de información de salud de adolescentes y jóvenes, desagregando la información por edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico y generando información de calidad en la salud de adolescentes y jóvenes y sus determinantes sociales.

23. Se fomentará la recolección, análisis y difusión oportuna y adecuada de información que proveerá herramientas esenciales para establecer prioridades y orientar al plan de acción regional y a los programas nacionales incluyendo el desarrollo de políticas, la planificación de programas y su evaluación.

24. Esta línea estratégica propone acciones para:

- a) Consensuar una lista de indicadores básicos sobre la salud de la población joven para el seguimiento y comparación estandarizada dentro del país y entre países para identificar brechas e inequidades. Estos indicadores se utilizarán para el desarrollo de un portal virtual con información regional desglosada por grupo étnico, sexo, grupo étnico e ingresos. La plataforma podría constituirse en un observatorio regional de salud de adolescentes y jóvenes.

⁶¹ La OPS ha identificado como países prioritarios para la colaboración técnica en salud a Bolivia, Haití, Guyana, Honduras, Nicaragua y Guatemala, y como de alto impacto con respecto a las intervenciones relacionadas con los adolescentes y los jóvenes a Brasil, México, Colombia, Argentina, Perú y Venezuela.

- b) Apoyar técnicamente a los países para construir capacidades para: fortalecer sus sistemas nacionales de información, desarrollar el Sistema Informático de Salud de Adolescentes (SIA), monitorear y evaluar la calidad, la cobertura y el costo de los programas nacionales de salud de los adolescentes, los servicios de salud y otras intervenciones, y alinear esfuerzos con el trabajo que viene realizando la OPS y otros actores globales en el tema.⁶²
- c) Promover el análisis, síntesis y diseminación de la información integrada de distintas fuentes sobre el estado de salud y los determinantes sociales de la población joven en el país a nivel subregional y regional.
- d) Apoyar la investigación regional y nacional sobre la repercusión de las nuevas tecnologías y la innovación para mejorar la salud y el desarrollo de la población joven y difundir las intervenciones efectivas y las mejores prácticas.

Entornos favorables y políticas públicas basadas en datos científicos

25. *Objetivo:* Promover y asegurar el desarrollo de entornos favorables y la implementación de políticas efectivas, integrales, sustentables y basadas en datos científicos sobre la salud de adolescentes y jóvenes.

26. Esta línea estratégica propone acciones para:

- a) Establecer políticas públicas que apoyen un mejor estado de salud de la población joven, con énfasis en las poblaciones jóvenes vulnerables y basadas en las recomendaciones de las resoluciones de la OMS y la OPS.⁶³ Estas políticas deberán garantizar asignaciones presupuestarias específicas para la atención a la

⁶² Por ejemplo, el *Health Metrics Network* (HMN), colaboración entre USAID y OPS para el fortalecimiento de sistemas de información de salud, y el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud*.

⁶³ Convenio Marco para el Control del Tabaco, Estrategia Global de Dieta Actividad Física y Salud, políticas para promover los entornos favorables como el transporte sostenible y las políticas de planificación urbana (sistemas de transporte y transporte masivo rápido alternativo, seguridad vial, protección de los espacios públicos) y la prevención de la obesidad (agricultura urbana, mejorar alimentación escolar, directrices y reglamentos para la comercialización y la publicidad alimentaria, programas de educación física). Los ecoclubes constituyen un ejemplo de un programa que promueve la participación de la juventud en asuntos de medio ambiente con una repercusión resultante sobre los comportamientos que favorecen la salud. Otras resoluciones relevantes de OPS incluyen: La Estrategia Regional para Reducir la Mortalidad y Morbilidad Materna (26 CSP, 2002); Estrategia Regional y Plan de Acción en Salud Neonatal en el continuo de la Atención materna, del recién nacido y de la niñez (CE142/12, 2007); Estrategia Regional y Plan de Acción de Nutrición en la Salud y el Desarrollo 2006-2015 (CD47/18, 2006); Plan Regional de VIH/Sida/ITS 2006-2015 de la OPS (CD46.R15, 2005); Plan de Acción Regional en Violencia y Salud (CD37.R17, 1993).

- salud de la población joven, permitir el seguimiento de compromisos y facilitar la rendición de cuentas.
- b) Elaborar, ejecutar y cumplir con políticas y programas que se basen en datos científicos y que a su vez sean consistentes con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño⁶⁴ y las convenciones, declaraciones y recomendaciones del Sistema de las Naciones Unidas e Interamericano (OEA) sobre derechos humanos previamente mencionadas.
 - c) Abogar por ambientes que fomenten la salud y el desarrollo de la población joven, mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la promoción de comunidades saludables y seguras incluyendo la iniciativa de escuelas promotoras de la salud.
 - d) Apoyar el desarrollo y revisión de las políticas y legislación vigente en temas prioritarios de salud de la población joven, especialmente las que tienen impacto en acceso a los servicios de salud.

Sistemas de salud y servicios de salud integrados e integrales

27. *Objetivo:* Facilitar y apoyar el fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud para responder a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes.
28. Se apoyará a la extensión eficaz de la protección social. La promoción, prevención y atención de salud de adolescentes y jóvenes requieren servicios de atención primaria basados en estándares de calidad y buenas prácticas.⁶⁵
29. Esta línea estratégica propone acciones para:
- a) Implementar intervenciones a través del modelo efectivo de OPS: Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades Adolescentes (IMAN).⁶⁶

⁶⁴ Este instrumento entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y ha sido ratificado por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁶⁵ Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington, D.C.: OPS, 2007. Se puede consultar en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

⁶⁶ IMAN sigue el modelo de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) e incluye lineamientos para el tratamiento de enfermedades en adolescencia y juventud con un fuerte enfoque preventivo y promocional. IMAN busca mejorar las competencias de profesionales multidisciplinarios en el tema de la salud de los adolescentes y jóvenes, mejorar las prácticas clínicas y el cuidado a nivel familiar y comunitario.

- b) Integrar los servicios con referencia y contrarreferencia entre el nivel primario, secundario y terciario.
- c) Aumentar el acceso a servicios de salud de calidad usando estándares de calidad y asegurar la disponibilidad de insumos críticos de salud pública.
- d) Desarrollar modelos de atención, incluyendo modelos alternativos e innovadores de prestación de servicios que pueden ampliar el acceso, como los consultorios móviles, los servicios de salud vinculados a la escuela y las farmacias, entre otros.
- e) Realizar estudios de disponibilidad, cobertura, utilización y costos de servicios.

Aumento de la capacidad de los recursos humanos

30. *Objetivo:* Apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de los programas de formación de recursos humanos en salud integral de adolescentes, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines para el desarrollo de políticas y programas para la promoción, prevención y atención de salud a los adolescentes y jóvenes.

31. Los aportes de los proveedores de salud y de otras disciplinas (por ejemplo maestros de escuelas y universidades, promotores de salud comunitaria, entre otros) son indispensables para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, y por lo tanto una aproximación por equipos multidisciplinarios es necesaria.

32. Esta línea estratégica propone acciones para:

- a) Desarrollar e implementar programas de formación en salud y en desarrollo de adolescentes y jóvenes a nivel de pregrado, postgrado y en servicios, con el uso de nuevas tecnologías, como las plataformas de ciber-aprendizaje, y que incluyan temas claves como la diseminación y explicación de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas⁶⁷ y los instrumentos sobre derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano mencionados anteriormente con relación a aspectos tales como el respeto a la confidencialidad, privacidad, consentimiento informado, igualdad ante la ley y no discriminación en el contexto de la diversidad cultural.⁶⁸

⁶⁷ Este instrumento entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y ha sido ratificado por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁶⁸ La OPS desde el año 2000 está llevando a cabo talleres de capacitación para funcionarios de la salud pública con el apoyo de órganos de la ONU y OEA. Hasta el momento la OPS ha organizado 40 talleres

- b) Incluir el tema de salud de adolescentes y jóvenes en el currículo de los profesionales de salud y educación.
- c) Promover el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud en atención primaria en los cursos evaluados de salud integral de adolescentes que actualmente apoya la OPS y que están disponibles en diversas plataformas virtuales.⁶⁹
- d) Incorporar la evidencia científica actual sobre la población joven y el tema de monitoreo y evaluación de programas en las plataformas virtuales de los cursos disponibles.

Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela

33. *Objetivo:* Desarrollar y apoyar los programas de promoción y prevención en salud de adolescentes y jóvenes con intervenciones basadas en las comunidades que fortalezcan las familias, incluyan las escuelas y fomenten una amplia participación.

34. Los cambios de comportamientos de los adolescentes y jóvenes están influenciados por el ambiente en que ellos viven, estudian y trabajan. Los entornos familiares favorables son claves para obtener resultados positivos en cuanto a la salud y la educación.⁷⁰

de capacitación para diseminar entre estos funcionarios los instrumentos generales, recomendaciones y estándares internacionales/regionales de derechos humanos en el contexto de personas que viven con el VIH/SIDA, personas con trastornos mentales, personas con discapacidad, adultos mayores, personas expuestas al humo de tabaco ajeno y la salud de mujeres indígenas en el marco de su salud reproductiva, sexualidad y nutrición (incluyendo adolescentes, niños y niñas). Los talleres se han llevado a cabo en Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis y Uruguay. Cerca de 500 proveedores de salud han sido capacitados con relación a normas relacionadas con la confidencialidad, privacidad, igualdad ante la ley, no-discriminación y otros derechos humanos relacionados con la salud.

⁶⁹ OPS apoya a los cursos de salud adolescente de educación a distancia de la Universidad Católica de Chile, la Universidad del Estado de Río de Janeiro, la Universidad Autónoma de Nuevo León, y la Universidad de Buenos Aires.

⁷⁰ Roche, K.M., Ahmed, S. Blum, R.W. Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Soc. Sci. Med.* 66(9), 2008; Resnick, M.D., Harris, L.J., Blum, R.W. The Impact of Caring and Connectedness on Adolescent Health and Well-being. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 29 (s1), 1993.

35. Esta línea estratégica propone acciones para:
- a) Elaborar y diseminar herramientas basadas en evidencia que apoyen a los actores estratégicos en intervenciones que fortalezcan las familias, por ejemplo el programa evaluado de la OPS “Familias Fuertes con Hijos Adolescentes: Amor y Límites”.
 - b) Apoyar a la movilización comunitaria para el cambio de las políticas institucionales y crear comunidades que favorezcan el desarrollo juvenil y su salud.
 - c) Desarrollar herramientas para promover la participación y el empoderamiento significativo de la población joven y sus comunidades, comenzando por la identificación de sus fortalezas y debilidades para contribuir efectivamente en el proceso decisorio, el diseño y la ejecución de los programas que los afecten.
 - d) Fortalecer la relación entre los sectores de salud y de educación para desarrollar programas integrales a favor de los adolescentes y jóvenes y así monitorear y evaluar su impacto.

Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores

36. *Objetivo:* Facilitar el diálogo y la construcción de alianzas entre los socios estratégicos para avanzar la agenda de salud de adolescentes y jóvenes y asegurar que todos los socios estratégicos participen en el establecimiento de políticas y programas para este grupo etéreo.

37. La implementación de programas para adolescentes y jóvenes necesita la acción concertada de múltiples socios y actores estratégicos de diferentes sectores. Requiere además la acción en varios niveles del gobierno, de las organizaciones no gubernamentales, organizaciones multilaterales y de los niveles locales, entre otras.

38. Esta línea estratégica propone acciones para:
- a) Desarrollar acciones integradas y coordinadas entre el sector salud y los asociados estratégicos a nivel regional, nacional y local, por ejemplo: las entidades gubernamentales (educación, sistema judicial, empleo, seguridad pública, servicios de vivienda, medio ambiente, entre otros), las organizaciones privadas, las universidades, los medios de comunicación, la sociedad civil, las organizaciones de jóvenes, organizaciones basadas en la fe, y las comunidades (incluso los maestros, los padres y jóvenes mismos).

- b) Aumentar y fortalecer los programas interagenciales para la población joven entre los organismos de las Naciones Unidas y los órganos y organismos de la Organización de Estados Americanos.
- c) Establecer mecanismos de cooperación sur-a-sur y para compartir las buenas prácticas y las lecciones aprendidas en la Región.

Comunicación social y participación de los medios de difusión

39. *Objetivo:* Apoyar la incorporación de intervenciones en comunicación social y tecnologías innovadoras en los Programas Nacionales de Salud de Adolescentes y Jóvenes.

40. Los medios de comunicación y de las nuevas tecnologías tienen un impacto importante en la salud de los adolescentes y jóvenes. Es clave impulsar el trabajo conjunto con los medios de comunicación para promover una imagen positiva de los adolescentes y jóvenes e incorporar nuevas tecnologías en la promoción de la salud.

41. Esta línea estratégica propone acciones para:

- a) Promover imágenes, comportamientos y valores positivos en la salud de la población joven.
- b) Fortalecer a los países en el uso de técnicas y nuevas tecnologías de comunicación social para aumentar las intervenciones y el acceso a los servicios de salud.
- c) Apoyar la generación de evidencia en este tema especialmente en el uso de las nuevas tecnologías y su impacto en salud.

Intervención del Consejo Directivo

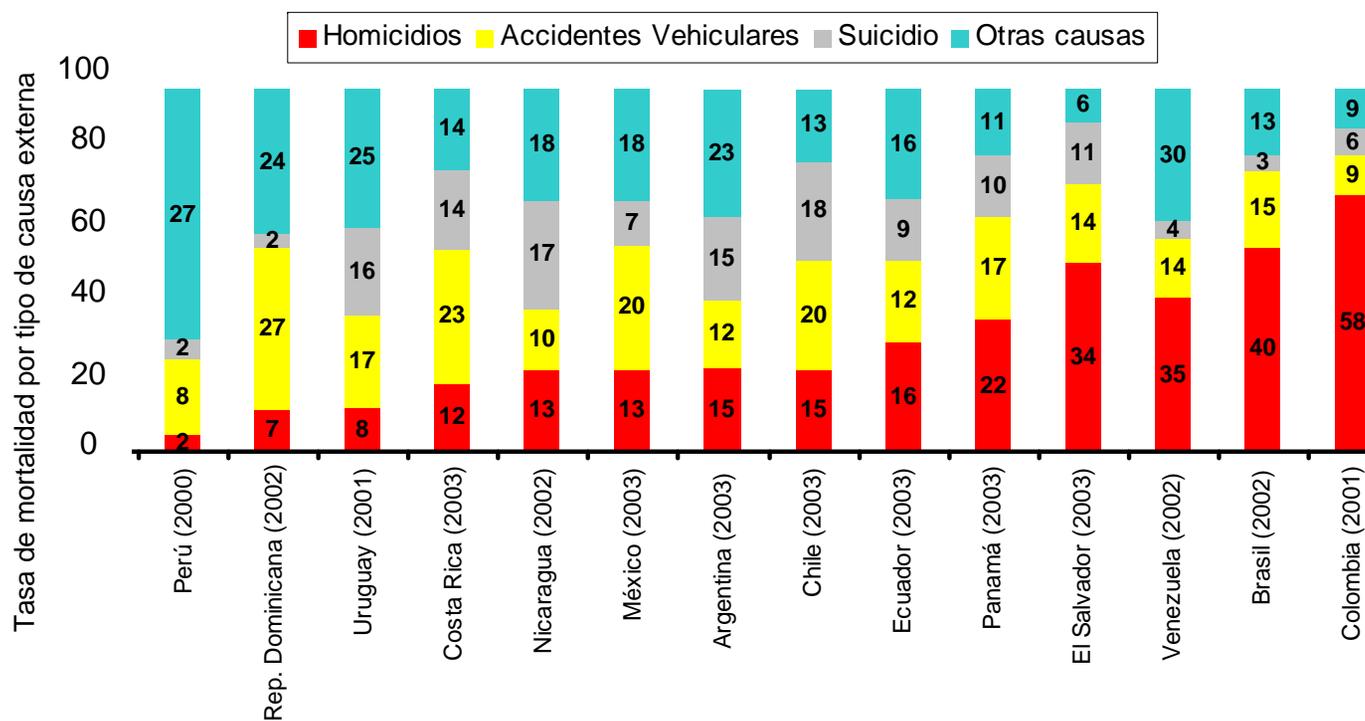
42. Se solicita al Consejo Directivo:

- a) que analice este documento, considere la salud de los adolescentes y jóvenes como una prioridad y apoye el fortalecimiento de la respuesta del sector salud. La Región atraviesa un momento oportuno para el tema siendo el 2008 el Año Iberoamericano de la Juventud y el foco de discusión de la próxima Cumbre de Presidentes de Iberoamérica (El Salvador, Octubre 2008) “Juventud y Desarrollo”.

- b) que considere la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes y estudie la posibilidad de aprobar la resolución propuesta por el Comité Ejecutivo (véase la resolución CE142.R16 en el anexo E), la cual será la base para el desarrollo del Plan de Acción Regional de salud de adolescentes y jóvenes que se someterá a consideración del 49.º Consejo Directivo que se reunirá en el 2009.

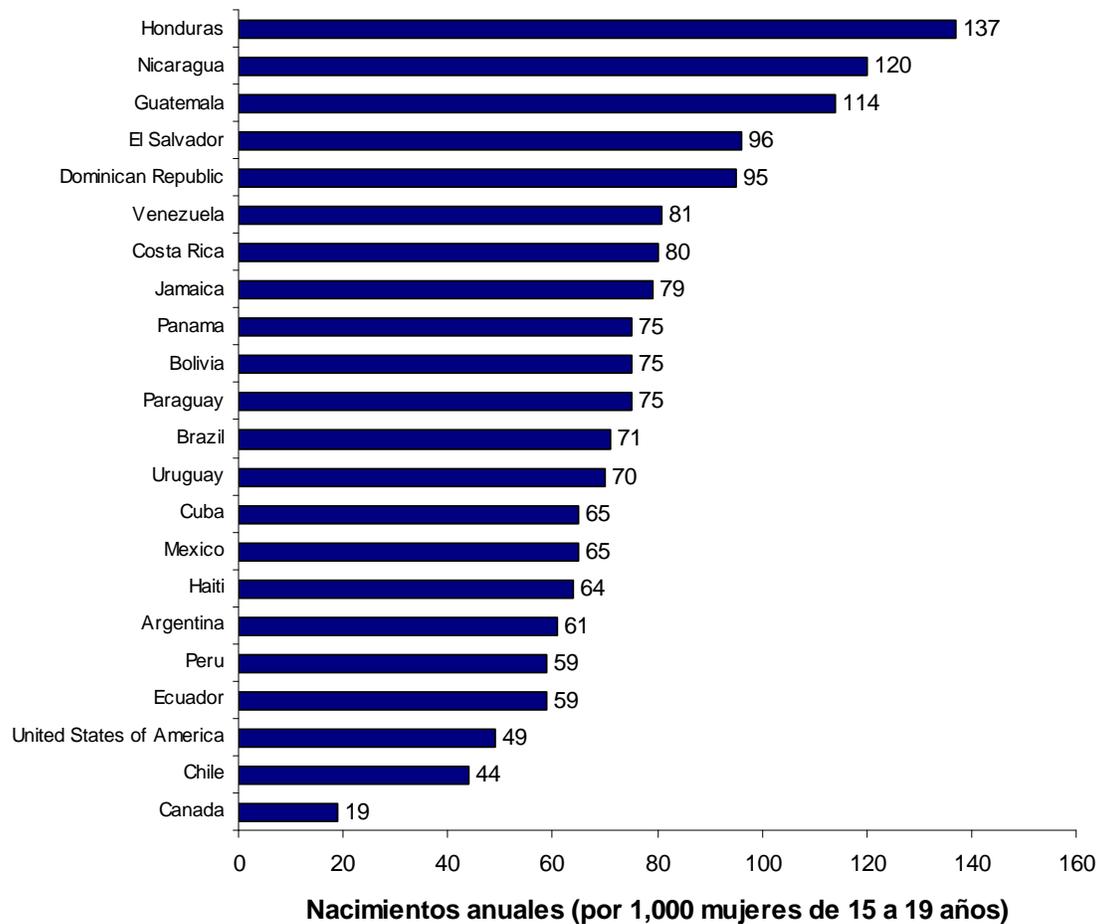
Anexos

TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS ENTRE JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS, ALREDEDOR DEL 2003 (por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Estadísticas de Salud en las Américas," edición 2006 y edición 2003; y Base de datos de Mortalidad Europea (MDB), Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud citado en Naciones Unidas en El Salvador, 2008. Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica. San Salvador: United Nations. Puede consultar en: www.pnud.org.sv

Tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años, países seleccionados, Región de las Américas, 2000-2005



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. 2007. Puede consultarse en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>

PROPÓSITO	INDICADORES
<p>Propósito: Contribuir al mejoramiento de la salud de la población joven mediante el desarrollo y fortalecimiento de la respuesta integrada del sector salud y la implementación de programas de promoción, prevención y cuidado de salud de adolescentes y jóvenes.</p>	<p>Para el año 2012, los países prioritarios y de alto impacto cuentan con un Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes funcional (definido como aquel programa dentro del ministerio de salud que cuenta con al menos un encargado y con presupuesto asignado), con un plan de acción y actividades en implementación durante el último año; 100% de los países para el 2018.</p>

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS	INDICADORES
<p>Línea estratégica 1: Innovación e información estratégica</p>	<p>Fortalecer y apoyar la capacidad instalada de los países para mejorar los sistemas de información de salud de adolescentes y jóvenes, desagregando la información por edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico y generando información de calidad en salud de adolescentes y jóvenes y sus determinantes sociales. (Objetivo Estratégico 3, 4 y 7. Resultado Esperado Regional 3.3, 4.2, 7.3, 9.3)</p>	<p>Para el año 2012, 75% de los países habrán incorporado indicadores consensuados de salud de adolescentes y jóvenes, los factores de riesgo asociados y las intervenciones de salud pública; 95% para el año 2018.</p> <p>Medición Número de países con sistema nacional de información que entrega información anual de adolescentes con datos desagregados por edad. (Indicador del objetivo estratégico 1 incluido en el sistema de monitoreo global – GMS)</p> <p>Número de países con sistema de información nacional que entrega información anual de datos de salud de adolescentes desagregados por sexo.</p> <p>Numero de países con sistema de información que entrega información anual de salud de adolescentes por nivel</p>

		<p>socioeconómico y por etnia.</p> <p>Numero de países que analizan y realizan un reporte anual de epidemiología y conductas de salud e intervenciones de adolescentes y jóvenes</p>
<p>Línea Estratégica 2: Entornos favorables y políticas públicas basadas en datos científicos</p>	<p>Promover y asegurar el desarrollo de entornos favorables y la implementación de políticas efectivas, integrales, sustentables y basadas en datos científicos en salud de adolescentes y jóvenes. (Objetivo Estratégico 2,3,4, 6 y 7, Resultado Esperado Regional: 2.2, 3.2, 4.6, 6.4, 6.5, 6.6, 7.4, 7.5, 7.6)</p>	<p>En el año 2015 los países prioritarios y de alto impacto tendrán políticas integrales de juventud y políticas de salud de adolescentes y jóvenes en ejecución: 95% de países en el 2018.</p> <p>Medición Número de países con políticas integrales de adolescencia y juventud con presupuesto asignado y en ejecución a través de un plan de acción anual</p> <p>Número de países que han revisado las políticas y legislación de salud y las relacionadas con el acceso a servicios de salud los últimos 3 años.</p> <p>Número de países que han incorporado a los adolescentes y jóvenes en los sistemas de protección social.</p>
<p>Línea Estratégica 3: Sistemas de salud y servicios de salud integrados e integrales</p>	<p>Facilitar y apoyar el fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud para responder a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes.(Objetivo Estratégico 4 y 10, Resultado Esperado Regional 4.1, 4.6, 10.1, 10.4)</p>	<p>En el año 2012 los países prioritarios han desarrollado un programa nacional de salud de adolescentes y jóvenes y en el 2015 el programa esta en implementación.</p> <p>En el año 2015 los países prioritarios y los de alto impacto tendrán el 50% de los centros de salud del nivel</p>

		<p>distrital aplicando un paquete integrado de intervenciones para adolescentes y jóvenes (IMAN: integración del manejo de adolescentes y sus necesidades): 75% de los países en el año 2018</p> <p>Medición Número de distritos que entregan el paquete integrado de servicios de salud para adolescentes y jóvenes IMAN con estándares definidos.</p> <p>Número de adolescentes y jóvenes usando los servicios de salud en centros distritales centinelas de países.</p>
<p>Línea Estratégica 4: Aumento de la capacidad de los recursos humanos</p>	<p>Apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de los programas de formación de recursos humanos en salud integral de adolescentes, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines para el desarrollo de políticas y programas para la promoción, prevención y atención de salud a los adolescentes y jóvenes. . (Objetivo Estratégico 4, 7 y 13, Resultado Esperado Regional 7.4.1, 13.1 y 13.4)</p>	<p>En el 2015 todos los países habrán incorporado salud de adolescentes en la currícula de los programas de formación de recursos humanos de salud y otros afines.</p> <p>Para el 2015 el 50% de las clínicas distritales tienen al menos 1 un proveedor capacitado en atención de salud de adolescentes y jóvenes y los instrumentos y estándares internacionales/regionales de derechos humanos aplicables (curso de al menos 40 horas).</p> <p>Medición Número de universidades que incluyen el tema de salud de adolescentes y jóvenes en el currícula de las carreras de ciencias de la salud.</p> <p>Número de clínicas con un proveedor entrenado en</p>

<p>Línea estratégica 5: Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela</p>	<p>Desarrollar y apoyar los programas de promoción y prevención en salud de adolescentes y jóvenes con intervenciones basadas en las comunidades que fortalezcan las familias, incluyan las escuelas y fomenten una amplia participación. (Objetivo Estratégico 4 y 6, y Resultado Esperado Regional, 4.6 y 6.1)</p>	<p>IMAN (curso de 40 horas). En el año 2012 los países prioritarios y de alto impacto habrán incorporado en sus programas de promoción y prevención en salud de adolescentes intervenciones de fortalecimiento de familias y programas articulados con las escuelas y comunidades: 100% de los países en el 2018.</p> <p>Medición Número de países han implementado el programa de familias fuertes con hijos adolescentes o su equivalente.</p> <p>Número de programas nacionales de salud de adolescentes que incluyen programas de promoción con escuelas y comunidades.</p>
<p>Línea estratégica 6: Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores</p>	<p>Facilitar el diálogo y la construcción de alianzas entre los socios estratégicos para avanzar la agenda de salud de adolescentes y jóvenes y asegurar que todos los socios estratégicos participen en el establecimiento de políticas y programas para este grupo etáreo. (Objetivo Estratégico 4, 7 y 15, y Resultado Esperado Regional 4.6, 7.2 y 15.3)</p>	<p>En el año 2018 todos los países tienen un plan estratégico intersectorial para adolescentes y jóvenes con un/el enfoque de determinantes y equidad</p> <p>Medición Número de países que tienen un plan estratégico intersectorial (se define como aquel que integre al menos 3 sectores claves en salud y desarrollo de adolescentes).</p>

<p>Línea Estratégica 7: Comunicación social y participación de los medios de difusión</p>	<p>Apoyar la incorporación de intervenciones en comunicación social y tecnologías innovadoras en los programas nacionales de salud de adolescentes y jóvenes. (Objetivo Estratégico 4 y 15, Resultado Esperado Regional 4.6 y 15.4)</p>	<p>En el año 2015 todos los países habrán incorporado en sus programas nacionales de salud de adolescentes intervenciones en comunicación social y tecnologías innovadoras</p> <p>Medición Número de países con un programa nacional de salud de adolescentes y jóvenes que incluye un plan de comunicación social en ejecución</p>
--	---	--

Indicadores de impacto alineados con el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2015 a consensuar con los países:

Datos recopilados deben estar desagregados por grupos de edad, sexo, nivel socioeconómico, raza y etnia.

1. Incidencia anual de casos registrados de sida en población adolescente y joven.
2. Tasa de mortalidad por sida en adolescentes y jóvenes.
3. Prevalencia de VIH en población de mujeres embarazadas de 15 a 24 años.
4. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, homicidio y suicidios.
5. Tasa de fecundidad específica en adolescentes de 15 a 19 años y jóvenes de 20 a 24 años.
6. Porcentaje de partos en mujeres adolescentes y jóvenes.
7. Razón de mortalidad materna por grupos etáreos de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y de 20 a 24 años de edad.
8. Porcentaje de mujeres adolescentes y jóvenes con demanda insatisfechas de anticonceptivos.

9. Porcentaje de mujeres adolescentes y jóvenes que tuvieron un embarazo no planificado.
10. Acceso a métodos anticonceptivos por grupos etéreos.
11. Edad promedio en la primera relación sexual.
12. Porcentaje de población adolescente que tuvo relaciones en los últimos 12 meses.
13. Porcentaje de jóvenes que utilizaron un condón en su primera relación sexual.
14. Porcentaje de jóvenes que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
15. Factores de riesgo de enfermedades crónicas (uso de tabaco, actividad física, sobrepeso/obesidad).
16. Porcentaje de adolescentes y joven que:
 - Fumaron cigarrillos, uno o más en los últimos 30 días.
 - Consumieron drogas una o más veces en su vida.
 - Consumieron al menos una o más bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días.
(Uso de alcohol y drogas en adolescentes de 13 a 15 años (GHS) u otro a consensuar)
17. Prevalencia de anemia en mujeres adolescentes y jóvenes.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD48/8 (Esp.)
 Anexo D

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
 CON LAS ÁREAS ORGÁNICAS CORRESPONDIENTES**

<p>1. Punto del orden del día: 4.4</p>	<p>2. Título del punto del orden del día: Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes</p>
<p>3. Unidad a cargo: FCH</p> <p>4. Funcionario a cargo: Esfuerzo colaborativo del Grupo de Trabajo de la OPS para la elaboración de la estrategia regional integrada para la salud de adolescentes y jóvenes, organismos de las Naciones Unidas, expertos internacionales y otros asociados.</p>	
<p>5. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministerios de salud, educación, juventud y asuntos sociales de los países <ul style="list-style-type: none"> ○ Advocates for Youth (Estados Unidos) ○ Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA, Brasil) ○ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, Estados Unidos) ○ Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA, Chile) ○ Children's National Medical Center, Washington, D.C. ○ Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) ○ Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC) ○ Corporación para el Desarrollo y la Paz de la Región Sudoccidental de Colombia (VALLENPAZ) ○ Hospital Universitario de Georgetown (Estados Unidos) ○ Instituto Alan Guttmacher (Estados Unidos) ○ Health de Canadá ○ Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile ○ Fundación Internacional de la Juventud (Estados Unidos) ○ IPAS, Chapel Hill, Carolina del Norte ○ Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos) ○ Proyecto Aldeas del Milenio (Estados Unidos) ○ Institutos Nacionales de Salud (NIH, Estados Unidos) ○ Pathfinder International (Estados Unidos) ○ Pontificia Universidad Católica de Chile ○ Instituto Promundo (Brasil) ○ Organismo de Salud Pública de Canadá ○ Sociedad de Salud de los Adolescentes de Canadá ○ Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS) ○ Centro para la Salud y el Desarrollo Social (Noruega) ○ Centro Médico de la Universidad George Washington (Estados Unidos) ○ Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL, México) ○ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Brasil) ○ Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland ○ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) 	

6. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas:

El 4.4 punto del orden del día se vincula a los principios y valores (párrafos 8 a 12 copiados más adelante) y las áreas de acción descritas en la Agenda de Salud de las Américas.

Principios y valores:

8. Reconociendo que la Región es heterogénea, y que nuestras naciones y sus poblaciones tienen diferentes necesidades y métodos socioculturales para la mejora de la salud, este orden del día respeta y cumple los siguientes principios y valores encontrados en la Agenda de Salud de las Américas:
9. *Derechos humanos, acceso universal e inclusión.* La constitución de la Organización Mundial de la Salud establece que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de condición de raza, religión, ideología política, o condición económica o social". Para hacer de este derecho una realidad, los países deben trabajar para lograr el acceso universal, la integridad, la calidad y la inclusión en los sistemas de salud que están disponibles para las personas, las familias y las comunidades. Los sistemas de salud deben ser responsables ante los ciudadanos del logro de estas condiciones.
10. *Solidaridad panamericana.* La solidaridad, definida como la colaboración entre los países de las Américas para avanzar en pos de los intereses y las responsabilidades comunes a fin de lograr metas compartidas, es una condición esencial para superar las desigualdades en lo que respecta a la salud y mejorar la seguridad sanitaria panamericana durante las situaciones de crisis, emergencias y desastres.
11. *Igualdad en la salud.* La búsqueda de la igualdad en la salud se manifiesta en el esfuerzo para eliminar todas las desigualdades en materia de salud que son evitables, injustas y remediabiles en las poblaciones o grupos. Esta búsqueda debe recalcar la necesidad esencial de promover la igualdad entre los sexos en materia de salud.
12. *Participación social.* La oportunidad de que toda la sociedad participe en la definición y la realización de las políticas de salud pública, y en la evaluación de sus resultados, es un factor esencial en la puesta en práctica y el éxito del programa de acción sanitaria.

Áreas de acción:

Fortalecimiento de las autoridades sanitarias nacionales
Abordaje de los factores determinantes de la salud
Aumento de la protección social y del acceso a servicios de salud de calidad
Disminución de las desigualdades en materia de salud entre los países y de las desigualdades dentro de ellos
Disminución del riesgo y de la carga de morbilidad
Fortalecimiento de la gestión y el desarrollo del personal sanitario
Aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología

7. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012:

OE2: Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

OE4: Reducir la morbilidad y la mortalidad, y mejorar la salud en las etapas fundamentales de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la niñez y la adolescencia; mejorar la salud sexual y reproductiva, y promover el envejecimiento activo y sano para todas las personas.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OE6: Promover la salud y el desarrollo, y evitar o reducir los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas; los regímenes alimentarios insalubres; la inactividad física y el comportamiento sexual peligroso, que afectan al estado de salud.

OE7: Promover la salud y el desarrollo, y evitar o reducir los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas; los regímenes alimentarios insalubres; la inactividad física y el comportamiento sexual peligroso, que afectan a las condiciones de salud.

8. Prácticas óptimas en esta región y ejemplos de otros países de la Región de las Américas:

Brasil ha mejorado el sistema de información estratégico, con el uso de nuevas tecnologías y el desglose de la información por edad. El *Sistema Único de Saúde* (SUS) ha ampliado el acceso a los servicios de salud a la adolescencia y la juventud.

Costa Rica tiene una tradición de programas nacionales de salud de la adolescencia, con un enfoque integrado con buenos resultados y cobertura con información de calidad.

Canadá aplica factores determinantes de la salud como marco, con énfasis en la promoción y la prevención, centrando esfuerzos guiados por un excelente sistema de información estratégica que usa nuevas tecnologías.

El Salvador ha puesto en marcha un Programa Nacional de Salud de los Adolescentes con recursos humanos y económicos asignados del presupuesto nacional, y está en el proceso de integrar los servicios de atención de la infección por el VIH/sida, y de salud sexual y reproductiva para los adolescentes.

9. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

El equipo no puede proporcionar de manera realista las repercusiones financieras de este punto del orden del día sin elaborar el plan de acción (a completarse en el 2009), pero el cálculo provisional basado en gastos anteriores es de US\$2.000.000 al año.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



142.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 23 al 27 de junio del 2008

CD48/8 (Esp.)
Anexo E

ORIGINAL: INGLÉS

RESOLUCIÓN

CE142.R16

ESTRATEGIA REGIONAL PARA MEJORAR LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

LA 142.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Estrategia regional para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes* (documento CE142/13, Rev. 2), que se basa en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que considere la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* (documento CD48/8), que se basa en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012;

Tomando nota de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Estrategia para la salud y desarrollo de niños y adolescentes (WHA56.21, 2003) que insta a los gobiernos a fortalecer y expandir esfuerzos para luchar por una cobertura completa de servicios y promover el acceso a una amplia gama de información sobre salud para adolescentes, y la resolución CD40.R16 del Consejo Directivo de la OPS sobre la salud de adolescentes, donde los gobiernos reconocen formalmente las necesidades diferenciadas de la población joven y aprueban un marco y plan de acción;

Recordando el derecho de adolescentes y jóvenes al goce del grado máximo de salud, según se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos;

Entendiendo que el paso exitoso a través de la adolescencia y juventud es esencial para construir sociedades saludables, comprometidas y económicamente bien desarrolladas;

Reconociendo que la salud de adolescentes y jóvenes es un aspecto fundamental del desarrollo económico y social en las Américas, que sus comportamientos y problemas de salud constituyen una parte importante de la carga de morbilidad general, que el costo asociado con el tratamiento de las enfermedades crónicas es alto y que se cuenta con medidas preventivas eficaces e intervención anticipada;

Considerando que los resultados en salud de adolescentes y jóvenes serán más efectivos si la promoción de salud, la atención primaria de salud, la protección social y los determinantes sociales son tomados en cuenta al atender a los temas de salud prioritarios que afectan a estas poblaciones;

Reconociendo que la Organización Panamericana de la Salud ha colaborado con los países de la Región para establecer bases conceptuales y técnicas e infraestructura para la elaboración de programas y políticas nacionales de salud de adolescentes y jóvenes, y

Preocupados porque las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes no se han atendido adecuadamente, y porque el logro de las metas internacionales requerirá esfuerzos adicionales en cuanto a la salud de adolescentes y jóvenes,

RESUELVE:

1. Respaldar la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD48/8) a fin de responder eficaz y eficientemente a las necesidades actuales y emergentes que plantea la salud de adolescentes y jóvenes, con consideración específica a la prevalencia de desigualdades en el estado de salud y al fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud para elaborar y poner en práctica políticas, planes, programas, leyes y servicios para adolescentes y jóvenes.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que promuevan la recolección y el uso de datos sobre la salud de adolescentes y jóvenes desglosados por edad, sexo y grupo étnico, el uso de un análisis basado en el género, las nuevas tecnologías (por ejemplo, sistemas de información geográfica) y los modelos de proyección para fortalecer la planificación, la entrega y la vigilancia de planes, políticas, programas, leyes e intervenciones nacionales relacionados con la salud de adolescentes y jóvenes;
 - b) a que fortalezcan y amplíen los esfuerzos para cumplir los compromisos internacionales relacionadas con la salud de adolescentes y jóvenes;
 - c) a que promuevan y establezcan entornos favorables que fomenten la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes;
 - d) a que aumenten la cobertura y el acceso a servicios de salud de calidad —que comprenda promoción, prevención, tratamiento eficaz y atención constante— con el fin de aumentar su demanda y utilización por parte de adolescentes y jóvenes;
 - e) a que fortalezcan la capacidad de respuesta de los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria para elaborar políticas y programas que procuren promover el desarrollo de la comunidad y proveer servicios efectivos de salud de calidad que atiendan las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes y aquellas relacionadas con los determinantes de la salud;
 - f) a que promuevan la participación de adolescentes y jóvenes, sus familias, las comunidades, las escuelas y otras instituciones y organizaciones apropiadas en la prestación de programas de promoción y prevención que sean culturalmente sensibles y adecuados a la edad, como parte del método integral de mejora de la salud y del bienestar de adolescentes y jóvenes;
 - g) a que mejoren la coordinación dentro del sector de la salud y con asociados en otros sectores, con el fin de asegurar que se implementen acciones e iniciativas en

- materia de salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes, reduciendo al mínimo la duplicación de esfuerzos y potenciando al máximo la repercusión de los recursos limitados;
- h) a que establezcan alianzas con los medios de comunicación a fin de promover imágenes positivas de adolescentes y jóvenes que promuevan comportamientos, normas sociales y compromisos adecuados con las cuestiones de salud.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que mantenga el compromiso y el apoyo de la Organización para lograr y mantener niveles altos de cobertura de las intervenciones basadas en datos probatorios, mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OPS;
 - b) que respalde el establecimiento y coordinación de las alianzas estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes;
 - c) que fomente la cooperación técnica entre los países, las subregiones, los organismos internacionales, los organismos gubernamentales, las empresas privadas, las universidades, los medios de comunicación, la sociedad civil, las organizaciones juveniles, las organizaciones religiosas y las comunidades, en actividades que promuevan la salud de adolescentes y jóvenes;
 - d) que establezca un grupo técnico asesor que funcione durante un plazo específico con el fin de brindar orientación con respecto a los temas pertinentes a la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes;
 - e) que elabore un plan de acción (2010-2018) basado en la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD48/__);
 - f) que fomente el desarrollo de iniciativas colaborativas de investigación que puedan ofrecer datos probatorios necesarios para establecer y difundir programas e intervenciones efectivos y adecuados al desarrollo y la edad de adolescentes y jóvenes.

(Sesión especial, 31 de julio del 2008)



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO 60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

CD48/8 (Esp.)
Anexo F

Informe sobre las repercusiones económicas y administrativas para la Oficina Sanitaria Panamericana de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto al Consejo Directivo

1. Resolución: Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes

2. Relación con el presupuesto de por programas

Área de trabajo

OE2 Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria

Resultados previstos

RPR 2.1 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para la prevención y el tratamiento, el apoyo y la atención de los pacientes que padecen la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, incluidos enfoques innovadores para la cobertura creciente de las intervenciones entre personas pobres y poblaciones de difícil acceso y vulnerables.

RPR 2.2 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para elaborar y ampliar las políticas y los planes que tengan en cuenta las diferencias de género para la infección por el VIH/sida, la malaria y la prevención, el apoyo, el tratamiento y la atención de tuberculosis.

OE3 Prevenir y reducir las enfermedades, la discapacidad y las defunciones prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles crónicas, trastornos mentales, violencia y traumatismos

RPR 3.1 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para aumentar el compromiso político, económico y técnico para tratar las afecciones no transmisibles crónicas,

	<p>los trastornos mentales y de conducta, la violencia, la seguridad vial y las discapacidades.</p> <p>RPR 3.2 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para la formulación y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y de conducta, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales.</p> <p>RPR 3.3 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para mejorar la capacidad de recopilar, analizar, difundir y usar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y de conducta, la violencia, los traumatismos por accidentes de tránsito y las discapacidades.</p>
<p>OE4 Disminuir la morbilidad y la mortalidad, y mejorar la salud en las etapas fundamentales de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la niñez y la adolescencia, mejorar salud sexual y reproductiva, y promover el envejecimiento activo y sano para todas las personas</p>	<p>RPR 4.1 Estados Miembros apoyados mediante cooperación técnica para elaborar políticas, planes y estrategias amplios que promuevan el acceso universal a un proceso continuo de atención en el transcurso de la vida; integrar la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación con la sociedad civil, el sector privado y las alianzas con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano (por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales).</p> <p>RPR 4.2 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para fortalecer la capacidad nacional y local de obtener nuevos datos probatorios e intervenciones, y para mejorar los sistemas de vigilancia e información sobre la salud sexual y reproductiva, y la salud de la madre, del recién nacido, del niño, de los adolescentes y las personas de edad avanzada.</p> <p>RPR 4.6 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para la ejecución de políticas y estrategias sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes.</p>

OE6 Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, los regímenes alimentarios insalubres, la inactividad física y el comportamiento sexual peligroso, que afectan al estado de salud

OE7 Abordar los factores fundamentales sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que mejoren la equidad en materia de salud e integren enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

OE10 Mejorar la organización, la gestión y la prestación de los servicios de salud

RPR 6.1 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para fortalecer su capacidad de promoción de la salud mediante todos los programas pertinentes, y para establecer colaboraciones eficaces multisectoriales y multidisciplinarias para la promoción de la salud, y la prevención o la reducción de los principales los factores de riesgo.

RPR 6.5 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y directrices basados en datos probatorios y éticos, a fin de prevenir y reducir los regímenes alimentarios insalubres y la inactividad física, y los problemas relacionados.

RPR 6.6 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y directrices basados en datos probatorios y éticos, a fin de promover la actividad sexual de menor riesgo.

RPR 7.1 Importancia de los factores determinantes de las políticas de salud y sociales reconocidos en toda la Organización e incorporados en la labor normativa y la cooperación técnica con los Estados Miembros y otros asociados.

RPR 7.4 Métodos basados en la ética y en los derechos humanos para la salud, promovidos dentro de la OPS/OMS, y a los niveles nacional, regional y mundial.

RPR 7.5 Análisis de las cuestiones de género y de etnicidad, y acciones receptivas incorporadas en la labor normativa de la OPS/OMS, y Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para la formulación de políticas y programas sensibles a las diferencias de género y las diferencias étnicas.

RPR 10.1 Estados Miembros apoyados mediante la cooperación técnica para el acceso equitativo a servicios de atención de salud de calidad, haciendo hincapié en los grupos de población vulnerables.

3. Repercusiones financieras

- a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

Esta Estrategia no puede ser abordada por la OPS por sí sola en cuanto a las intervenciones y las repercusiones presupuestarias propuestas; por consiguiente, la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y otros interesados directos clave es esencial. Considerando que esta es una estrategia y que el plan de acción se elaborará en el 2009, el cálculo del costo durante todo el período de vigencia de la resolución se ha elaborado a partir del gasto de la OPS en el bienio 2006-2007. El costo calculado para la ejecución de la resolución es de US\$ 4.000.000 por bienio. Esto comprende el mantenimiento del personal actual, la contratación de personal adicional y la puesta en práctica de actividades en los ámbitos regionales y nacionales.

- b) **Costo estimado para el bienio 2008-2009 (redondeado a la decena de millar de US\$ más cercanas; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

US\$ 4.000.000.

- c) **Del costo estimado que se indica en el apartado b, ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?**

US\$ 1.000.000 se pueden subsumir en las actividades programáticas existentes (2008).

4. Repercusiones administrativas

- a) **Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué subregiones, cuando corresponda):**

El trabajo se emprenderá a nivel de los países, y se centrará en los países prioritarios donde puede haber una repercusión importante. Se priorizarán específicamente las subregiones del Caribe, Centroamérica y andina, según los siguientes temas y con arreglo de los perfiles epidemiológicos: salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia, prevención de enfermedades no transmisibles y abuso de sustancias psicotrópicas.

- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):**

Personal actual:

Asesor principal: US\$ 160.000 al año

Secretaria: US\$ 40.000 al año

Necesidades adicionales de personal:

Tres coordinadores subregionales: US\$ 150.000 al año

Nivel nacional:

Cinco profesionales de contratación nacional (uno por país prioritario): US\$ 200.000 al año

Costo total anual de personal: US\$ 550.000

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):

2008: Aprobación de la Estrategia Integrada Regional sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes

2009: Aprobación del plan de acción para la aplicación de la Estrategia

2010-2015: Aplicación de la Estrategia en fases

Primera fase (2010-2012): cinco países aplican, vigilan y evalúan la Estrategia para obtener enseñanzas extraídas.

Segunda fase (2012-2014): otros 15 países aplican la Estrategia ampliada.

Tercera fase (2014-2016): otros 15 países aplican la Estrategia ampliada.

Cuarta fase (2016-2018): otros 4 países aplican la Estrategia ampliada, haciendo hincapié en la evaluación de la ejecución en todos los países.

2018: Evaluación final de la Estrategia