

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL



LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA PROMOCIÓN
Y EL DESARROLLO DE LA SALUD INTEGRAL
DE LAS Y LOS ADOLESCENTES EN VENEZUELA

TOMO I



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



JULIO 2.003



MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL LISTA PROTOCOLAR

Dra. María Lourdes Urbaneja
Ministra del Despacho
Edif. Sur, Piso 7, C.S.B.

Teléfono: 408.00.33 E-Mail: ministra@msds.gov.ve
Lic. Ixora Perozo
Directora General del Despacho
Edif. Sur, Piso 7 C.S.B
Teléfono: 408.00.39 E- Mail: dirdespacho@msds.gov.ve

Dra. Luisa López
Viceministra de Salud
Edif. Sur, Piso 3
Teléfono:

E-Mail: vicesalud@msds.gov.ve/ asistentevicesalud@msds.gov.ve
Lic. Francisco Durán
Viceministro de Desarrollo Social
Edif. Sur Piso 3, Oficina 336 C.S.B.
E-Mail: fduran@msds.gov.ve

Lic. Carmen Velásquez de Visbal
Directora de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales
Edif. Sur Piso 9, C.S.B.
Teléfono: 408.00.13 E-Mail: cooperacioninternacional@msds.gov.ve

Dra. Noelva López
Directora de Epidemiología y Análisis Estratégico
Edif. Sur Piso 7, C.S.B.
Teléfono: 408.00.04
E-Mail direpidemiologiayanalisisestrategico@msds.gov.ve

Dra. Katy Consuelo Chesneaud D' Amato
Consultora Jurídica
Edif. Sur, Piso 8, Ofic. 812, C.S.B.
Teléfono: 408.00.08
E-Mail: consultoriajuridica@msds.gov.ve

Dr. Mauricio Vega Méndez
Director General de Planificación y Presupuesto
Edif. Sur, Piso 7 C.S.B.
Teléfono: 408.00.05
E-Mail: dgplanipresu@msds.gov.ve

Director de Contraloría Interna
Edif. Sur, Piso 2, C.S.B.
Teléfono: 408.00.09
E-Mail: contraloriainterna@msds.gov.ve

Dra. Miriam Morales
Directora General de Salud Poblacional
Edif. Sur, Piso 8, C.S.B.
Teléfono: 408.00.11
E-Mail: saludpoblacional@msds.gov.ve

Dr. Francisco Armada
Director General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria
Edif. Sur, Piso 3, Ofic. 324, C.S.B.
Teléfono: 408.0012
E-Mail: direccionsacs@msds.gov.ve

Econ. Lourdes Coromoto Martínez
Directora de Gestión Administrativa
Edif. Sur, Piso 4, C.S.B.
Teléfono: 408.02.55
E-Mail: gestionadministrativa@msds.gov.ve

Dr. Jacobo Mora
Coordinador Intersectorial e Intergubernamental
Edif. Sur Piso 3, Ofic. 331, C.S.B.
Teléfono: 408.00.10
E-Mail: intergubersec@msds.gov.ve

Dirección de Comunicación Corporativa
Edif. Sur, Piso 9, Ofic. 921, C.S.B.
Teléfono: 408.00.52
E-Mail: comunicacioncorporativa@msds.gov.ve

Dr. Waldo Revello
Coordinador General de Proyecto Salud
Edif. Sur Piso 3, Ofic. C.S.B.
E-Mail: asisrosa@msds.gov.ve

Prof. Jorge Eliécer Piña
Director de Investigación y Educación
Edif. Sur Piso 9, Ofic. 920 C.S.B.
Teléfono: 408.00.17
E-Mail: inveduca@msds.gov.ve

Lic. Alberto Castro Rico
Director de Tecnologías de la Información y la Comunicación
Edif. Sur Piso 6, Ofic. C.S.B.
Teléfono: 408.00.77
E-Mail: otis@msds.gov.ve

Ing. María de la Paz Pestana
Directora de Gestión Tecnológica (E)
Edif. Sur, Piso 7, Ofic. 742, C.S.B.
E-Mail:

Dr. Miguel Antonio Araujo Gutiérrez
Director de Recursos Humanos
Edif. Sur, Piso 4, Ofic. 422, C.S.B.
Teléfono: 408.00.15
E-Mail: rh@msds.gov.ve

Dirección de Comunicación Corporativa
Edif. Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 9, Ofic. 921
Master: 408.00.00

Las personas que participaron en la elaboración, revisión y edición de este documento fueron:

Comité Técnico	Institución
Villaroel Marisela	Programas Nacionales del Niño y Adolescente, MSDS
Arias Armando	Dirección de Salud del Estado Lara
Bracho Cira	Universidad de Carabobo, Área de postgrado
Cabrera Thaís	Unidad de Adolescente. Hospital "José Ignacio Baldó"
Espinasa María C.	Capítulo de Adolescente. Sociedad de Pediatría y Puericultura
Gaiti Jorge	Dirección de Salud del Estado Lara. Consulta de Atención Integral al Adolescente, Hospital Pediátrico "Agustín Zubillaga"
Gazzotti Luis	Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Caracas
Gómez Luisana	Programa Nacional Salud Sexual y Reproductiva. MSDS
Arias Haidee	Programa Nacional de Salud Sexual. MSDS
González Rosa	Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, Programa de Prevención y Asistencia de Embarazo en la Adolescencia (PASAE)
López Gómez José R.	Fac. de Ciencias de la Salud. Univ. de Carabobo. Programa de Prevención y Asistencia de Embarazo en la Adolescencia (PASAE)
Sáez Irene	Servicio Adolescente, Hospital Periférico de Coche
Sileo Enriqueta	Capítulo de Adolescente, Soc. Vzlna. de Pediatría y Puericultura
Uzcátegui Ofelia	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela
Huggins Magali	Asesora en Género de MSDS
Yejo Natalia	Consultora del Vice Ministerio de Salud. MSDS
Andino Nieves	Consultora UNFPA
Navas Eduardo	Consultor OPS / OMS
Codina Luis	Consultor OPS / OMS

Agradecemos a los profesionales de la salud de los estados del país, con los cuales se válido el presente documento.

A USTEDES ADOLESCENTES DE VENEZUELA

La adolescencia es una de las etapas más importantes del ciclo vital, tiempo de formación, estudio, recreación y crecimiento personal. Es momento de tejer proyectos de vida y participar en la construcción del país.

Es el momento de prepararse para ser protagonistas en las transformaciones que reclama Venezuela. Cuentan con el apoyo de nuestras instituciones educativas, sociales y de salud para obtener la orientación que necesiten.

Ustedes adolescentes, son ahora sujetos de pleno derecho, ciudadanos capaces de impulsar cambios y construir destinos y ser proactivos en la nueva Venezuela.

Ahora a ustedes les toca decidir.

INDICE

PRESENTACIÓN	I - IV
I. INTRODUCCIÓN	15
II. MARCO CONCEPTUAL	17
III. SITUACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN VENEZUELA.	23
A.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN VENEZUELA	
B.- INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
C.- INDICADORES DE SALUD	
D.- ADOLESCENTES EN SITUACIONES ESPECIALMENTE DIFÍCILES	
IV. PROGRAMAS, SERVICIOS Y ACCIONES DE SALUD Y DESARROLLO PARA LAS Y LOS ADOLESCENTES: Respuestas institucionales	36
V. ÁMBITOS PRIORITARIOS PARA PROMOVER LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES	39
VI. LINEAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	50
VII. METAS DE TOLERANCIA CERO EN TORNO A LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES	59
VIII. PLAN DE ACCIÓN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES	61
IX. ÁMBITOS DE RESPUESTAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES Y ACTORES INSTITUCIONALES, SOCIALES Y COMUNITARIOS INVOLUCRADOS	68
X. BIBLIOGRAFÍA	69

PRESENTACIÓN

El proceso político iniciado e impulsado a partir de 1999, con el Gobierno del Presidente Hugo Rafael Chávez Frías, dio paso a una inédita y enriquecedora etapa marcada por la refundación de las bases constitucionales y la búsqueda de transformaciones en el orden jurídico, social, económico e institucional del país, que sustenten la superación de las desigualdades sociales que existen al interior de la población.

El reto de esos procesos de transformación, está puesto en definir con claridad estratégica hacia dónde debemos ir, y hasta dónde podemos y debemos profundizar para generar cambios estructurales dentro del Estado Social y Democrático de justicia social, signado por la búsqueda de una real mejoría de la calidad de vida de todas y todos.

La realidad social venezolana, presenta una gran cantidad y diversidad de problemas de largo tiempo que aún no se superan, estos problemas han sido blanco de intervenciones y reformas, ciertamente insuficientes e incompletas; pero ahora, su abordaje exige un cambio de concepciones, políticas e instrumentos que viabilicen la universalización de los derechos sociales como obligación, compromiso y propósitos de las políticas públicas dentro del ordenamiento político, social y económico basado en la equidad.

El Plan Estratégico Social, instrumento orientador de la Política Pública por la calidad de vida y la salud, desarrolla y combina estos conceptos que recogen la síntesis de un pensamiento estratégico y representan sus ejes de mayor fuerza para comprender y actuar sobre esa realidad social, con la finalidad de transformarla. Estos conceptos rompen con la racionalidad tradicional de las funciones y políticas sociales, y las ubica en un plano de construcción de poder político y social para responder a las necesidades sociales con universalidad y calidad.



Así pues, la base que orienta esta propuesta de promoción de la salud y el desarrollo de los y las adolescentes, son todas estas dimensiones conceptuales, políticas y estratégicas planteadas como un conjunto de desafíos, que nos exigen un esfuerzo articulado entre gobiernos y sociedad, para dar respuestas cuyos productos sean verdaderamente, la transformación de los modos de atención y de gestión, incluida la participación protagónica de la ciudadanía.

Los lineamientos que aquí se exponen, representan un proyecto estratégico de calidad de vida y salud de los y las adolescentes, considerando el conjunto interrelacionado de necesidades sociales y de salud en esta etapa tan importante del ciclo de vida, para ello, se propone trabajar por tres grandes estrategias:

- 1. Impulsar cambios en los ámbitos de salud y desarrollo social que propicien la reorientación del modo de atención y gestión de respuestas a las necesidades de los y las adolescentes:*
- 2. Favorecer el empoderamiento de los y las adolescentes y sus familias en la corresponsabilidad con la protección de la salud individual y colectiva.*
- 3. Trabajar por la construcción de ambientes sociales favorables y protectores de la salud y la vida de los y las adolescentes.*

Esta propuesta está diseñada para orientar acciones, que combatan transectorialmente las grandes categorías de problemas que atentan contra el desarrollo de la autonomía de la población adolescentes, mediante un esfuerzo que potencie la transversalización de grupos-territorios sociales, géneros, etnias, estableciendo un abordaje diferencial de las necesidades y de la naturaleza de las respuestas que serán buscadas dentro de este grupo poblacional.

Venezuela es un país de jóvenes y éstos constituyen el principal recurso del país. La adolescencia es la etapa del ciclo vital en la cual niños y

niñas se transforman en adultos, es un período fundamental de la vida, con características y necesidades específicas, durante el cual ocurren múltiples transiciones. Los y las adolescentes como ciudadanos/as en desarrollo son sensibles a las influencias socioculturales, grupales, educativas, de los medios de comunicación social, entre otras, los cuales inciden positiva o negativamente este proceso. De allí la importancia de ofrecer oportunidades diversas para contribuir a su desarrollo integral, pues es en este momento, cuando se establecen los cimientos o bases para la vida adulta. Los y las adolescentes son sujetos estratégicos para el futuro del País

Los Lineamientos Generales para la Promoción de la Salud y Desarrollo de las y los Adolescentes es un importante instrumento para la estructuración de respuestas dirigidas a esta población: proyectos, programas y servicios de salud. En los mismos, se consolidan las directrices para una atención integral centrada en la intervención de las necesidades específicas, considerando la diversidad de expresiones por territorio social, etnia y género, con enfoque de redes sociales.



En estos lineamientos, merece ser destacado el énfasis de la participación y protagonismo de las y los adolescentes en las acciones que les conciernen, en su proceso de desarrollo y en la promoción de la calidad de vida y salud, así como también, el libre acceso a los servicios de los mayores de 14 años sin autorización de los padres. Estos aspectos constituyen la esencia de una nueva interacción de esta población con el sistema de salud, ya que permitirá contribuir a la construcción de la ciudadanía de las y los adolescentes, y surgirán así, nuevos espacios de autonomía y empoderamiento juvenil. Esto conforma una plataforma que garantiza los derechos estatuidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y Ley Orgánica de Protección del Niños, Niñas y el Adolescentes (1998).

El proceso de actualización y validación de estas herramientas ha sido un esfuerzo considerable por construir un consenso y mirar la adolescencia y sus necesidades de atención integral desde una perspectiva de calidad de vida y salud. Esperamos que los mismos sean un instrumento de uso cotidiano en todos los espacios sociales y comunitarios donde hacen vida los y las adolescentes y en la red de servicios de salud para la atención a nuestros adolescentes.

María de Lourdes Urbaneja Durant
Ministra de Salud y Desarrollo Social

IV

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y la Dirección General de Salud Poblacional (DGSP), a través de los programas del Niño y Adolescente y Salud Sexual y Reproductiva, con el apoyo de la OPS/OMS, convocó a un grupo de expertos nacionales y regionales, para elaborar los documentos “Lineamientos Generales para la Promoción de la Salud y el Desarrollo de las y los Adolescentes” y las “Normas Técnico-administrativas para la Atención de Salud y Desarrollo de las y los Adolescentes”. Participaron, representantes del Comité Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil del MSDS, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, la Sociedad Venezolana de Pediatría y Puericultura Capítulo de Adolescencia, la Universidad Central de Venezuela, la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, la Universidad de Carabobo, la Dirección de Salud del Estado Lara y el Hospital “José Ignacio Baldó”.

El equipo conformado, discutió y definió los lineamientos generales con el objetivo de orientar en una atención integral para adolescentes, que privilegie la promoción de la calidad de vida y salud, el protagonismo adolescente y donde el modelo tradicional de atención, evolucione al paradigma de integralidad y participación.

La formulación de la presente propuesta, responde a la nueva direccionalidad que imprime el Plan Estratégico Social a las políticas públicas y que resume su propósito en *“el imperativo ético de responder a las necesidades de calidad de vida y salud de todas las personas y colectivos, haciendo posible la universalización de los derechos sociales y la generación de oportunidades equitativas a mejores condiciones de calidad de vida y salud”*.

La estrategia adoptada para la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, se basa en la promoción de la

calidad de vida y la salud, la promoción de factores protectores y estilos de vida saludables, detección de factores de riesgo, tomando en cuenta las necesidades de los y las adolescentes, a fin de garantizarles el acceso a una mejor calidad de vida y salud que se exprese en la disminución de la morbimortalidad durante esta etapa del ciclo de vida, con énfasis en el desarrollo de servicios adecuados con el personal capacitado.

La condición socio económica, el género y las etnias según territorios sociales, son enfoques transversales del programa, que exigen el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales de acuerdo con los lineamientos del Plan Estratégico Social 2002-2007 del MSDS(PES)

Además, la promoción de la calidad de vida y el desarrollo de los adolescentes requiere la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades para la vida ciudadana, educación para el ejercicio de una sexualidad placentera y una procreación responsable, así como el fortalecimiento de redes sociales e intersectoriales .

2

Estos lineamientos generales responden a las políticas, normativas, acuerdos y convenios nacionales e internacionales de los cuales el país es signatario y sustentan las Normas Técnicas Administrativas de Salud y Desarrollo de las y los Adolescentes.

II. MARCO CONCEPTUAL.

¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?

La Adolescencia es un período de rápido desarrollo en el que se adquieren nuevas capacidades, se enfrentan situaciones nuevas y se expresan habilidades y potencialidades particulares en el proceso de adaptación. Este grupo se caracteriza por la búsqueda de su identidad e independencia, por su alta vulnerabilidad desde el punto biológico, psicológico, social y cultural. Los/las adolescentes necesitan en este paso a la edad adulta identificar sus propios valores, asumir y resolver sus duelos para adquirir un estilo de vida saludable, sin embargo, han sido tradicionalmente relegados de muchos procesos, con abordajes fragmentados basado sólo en problemas, biologicista y no siempre realizados con adecuada oportunidad, calidez y sensibilidad.

Según la OMS la adolescencia comprende el grupo poblacional de 10-19 años. En este periodo se continúa el camino hacia la búsqueda y consecución paulatina de la madurez bio-psico-social y emocional. Al mismo tiempo ocurre el crecimiento somático y el desarrollo producto de una compleja interacción entre maduración y aprendizaje, de la expresión de sus potencialidades intelectuales, del proceso de culturización y su relación con la familia y sociedad, produciéndose con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psico-sociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y las desventajas del entorno y es el momento en el cual se nota con mayor intensidad lo que trae el y la adolescente, lo que le ofrece la sociedad y lo que la historia le provee (Krauskopf, 1995 y 2002).

Se define también adolescencia como el periodo de la vida durante el cual cobra particular relevancia para el individuo la expresión de la sexualidad genital, la capacidad procreativa, los patrones psicológicos

y emocionales que permiten el tránsito a la adultez, la autonomía e independencia. Este grupo poblacional comprendido -según la LOPNA- entre los 12 y los 18 años, se asume para fines de atención y comparación de estadísticas internacionales, de los 10 a los 19 años. De acuerdo a la edad, se diferencian tres etapas: adolescencia inicial o temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y a adolescencia final o tardía (17-19 años).

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LA ADOLESCENCIA?

Son tan importantes los cambios físicos de las y los adolescentes, como los aspectos de desarrollo psicológico y social implícitos en la definición de la propia identidad en sus dimensiones: sexual, vocacional, axiológico, creencias, separación-individuación, elaboración de las bases del sentido y proyectos de vida, consolidación de la capacidad reflexiva y crítica, incremento de la creatividad y afectividad, dominio y control de las funciones de su cuerpo, integración a grupos de iguales como espacio natural para elaborar sus múltiples duelos, continuidad de la educación formal y/o inserción laboral temprana.

4

La manera de responder a las complejas necesidades humanas, es vinculando las respuestas a los contextos particulares de vida donde tienen origen y explicación los problemas que los afectan, por ello las políticas y las acciones deben estructurarse sobre la base del ciclo de vida. Esta visión asume, que el crecimiento y desarrollo humano es producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológicos, psicológicos, cultural social y afectivo, en la inseparable secuencia de etapas desde la concepción hasta la muerte, pasando por la infancia, niñez adolescencia, juventud, adultez y vejez. Cada etapa tiene características, conductas, expectativas sociales específicas para cada ser humano en su pertenencia a un grupo familiar, clase social, etnia y género, que condicionan las posibilidades de las siguientes etapas. Por lo tanto, las necesidades y problemas de una etapa pueden ser

previstas y / o agravadas en etapas anteriores del ciclo vital, con probabilidades de creación de brechas que pueden extenderse intergeneracionalmente. En consecuencia, los servicios y acciones de salud y desarrollo social, deben realizarse con una visión integral y promocional que permita visualizar, no solo el daño inmediato, sino su impacto a lo largo del ciclo vital y cuándo las respuestas pueden y deben “llegar antes”.

Esta etapa de la vida, tiene necesidades y problemas que le son propios y que tradicionalmente al no ser visibilizados, generan la percepción de que no es necesario prestarles atención a su salud y su desarrollo humano, estas necesidades se identifican en todos aquellos requerimientos estatuidos como derechos y que su garantía es indispensable para alcanzar de manera individual y/o colectiva, altos niveles de calidad de vida, salud y desarrollo, durante esta importante etapa del ciclo vital. Los y las adolescentes tienen la necesidad de hablar y ser escuchados sobre temas que involucran el ejercicio de su sexualidad, particularmente, cuando se refiere al encuentro con sus pares.

5

¿QUÉ PROBLEMAS SE EXPRESAN EN LA ADOLESCENCIA?

En nuestro país hay una marcada inequidad de oportunidades para adolescentes y jóvenes según su identidad de clase social, género, etnia y territorios, lo que amerita del desarrollo de una política afirmativa de construcción de alternativas de educación, protección social, inserción laboral y participación, como dimensiones obligatorias para la preservación y el desarrollo de la autonomía de los y las adolescentes, en un marco de amplia y radical participación de estos grupos de ciudadanos. De allí que el desarrollo de respuestas suficientes, equitativas y permanentes, se constituye en objetivo fundamental de los servicios y las acciones que se oferten en salud y desarrollo de las y los adolescentes, interviniendo en las causas y determinantes que originan la negación de sus derechos. Esto implica, también asegurar la

participación y protagonismo de ellas y ellos, familia y sociedad, tanto en la toma de decisiones, como en las acciones orientadas a garantizar su calidad de vida y salud.

Los y las adolescentes frecuentemente están expuestos de forma muy importante a riesgos y situaciones que tiene su origen en la construcción social de lo masculino y lo femenino. Las posiciones de género femenino o masculino van a estar presentes en todos los espacios y a lo largo del ciclo vital, generando necesidades y perfiles epidemiológicos diferentes. Estas necesidades se expresan como brechas de género en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos y servicios que les permitan garantizar sus derechos. En el caso de los y las adolescentes, la negación de la sexualidad femenina y la exaltación de la masculinidad, conducen a una genitalización de la sexualidad, colocando a las adolescentes en situación de riesgo de embarazo no planificado y a los adolescentes en riesgo a una paternidad irresponsable. El desconocimiento del cuerpo y de las múltiples formas de expresión de la sexualidad, centra la identidad femenina en la maternidad y la identidad masculina en la expresión de fuerza, valor y riesgo, negando las capacidades de expresión de emociones tales como tristeza, ternura, amor, lo cual se convierte en un factor de riesgo que se expresa en alta morbilidad de los varones por causas externas tales como: accidentes de tránsito, suicidios y homicidios. Todo lo anterior, profundiza en muchos casos, las brechas en diferencias de género, dificultando el logro de la equidad de género.

6

Todos los procesos en los que ocurre la vida de los y las adolescentes, van a ser influenciados entonces, por diferentes determinantes: socio-económicos, regionales, étnicos y de género, que delimitan grupos-territorios sociales donde las condiciones de vida, la respuesta social y los factores individuales generan necesidades diferenciales que inducen a desarrollar comportamientos y diversos grados de vulnerabilidad dependiendo de la presencia de factores protectores y de riesgo que

afecten su conducta. En este marco, los y las adolescentes tienen probabilidades de adoptar o ser expuestos a conductas de alto o bajo riesgo. Además de la condición propia de descubridores e inventores de sus propias vidas, los y las adolescentes frecuentemente se exponen de forma importante a riesgos de accidentes, iniciación sexual sin seguridad, embarazo no deseado, violencia sexual, violencia intrafamiliar, ITS, suicidios y uso indebido de drogas. En este contexto resalta en nuestro país, la ausencia casi generalizada de servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a sus necesidades.

¿CÓMO ABORDAR LAS RESPUESTAS A LAS NECESIDADES SOCIALES Y DE SALUD DE LA ADOLESCENCIA?

Por todo lo anterior, es importante que las respuestas del Estado, la sociedad y la familia, tomen en cuenta las características propias de los y las adolescentes, además de involucrarlos como agentes activos de su propio desarrollo para que asuman un papel protagónico en la promoción de su calidad de vida y salud.

7

La adolescencia se considera una etapa fundamental del ciclo de vida, reconociendo a las y los adolescentes como personas con derechos y necesidades propias, capaces de lograr una participación protagónica en las acciones que se tomen para su desarrollo individual y colectivo, en los territorios sociales donde transcurre su vida cotidiana, lo cual modula la respuesta social y los factores individuales.

La interacción de los elementos presentes en el desarrollo de este grupo poblacional, su rápida evolución psicosomática, sus potencialidades, sus problemas de salud, los aspectos sociales del ambiente, exigen un enfoque integral y de equipo interdisciplinario capacitado.

El reconocimiento de la especificidad del colectivo de los y las adolescentes, con respecto al mundo adulto y al de la niñez, de las

diferencias en esta etapa de la vida según determinantes socioeconómicas, territoriales, étnicas y de género, de la importancia y el valor de su participación en todas las actividades dirigidas a ellos y ellas, son criterios que deben tomarse en cuenta en el momento de planificar, ejecutar y evaluar las acciones en salud y desarrollo social. De igual manera los programas y acciones de salud, deben abarcar el hogar, la escuela, los centros de salud, el medio laboral, la calle, las organizaciones comunitarias, los medios de comunicación, los sistemas políticos y legislativos, promoviendo la participación protagónica de ellos y ellas.

Las intervenciones principales deben crear entornos seguros y propicios proporcionar información, desarrollar capacidades, facilitar orientación y mejorar los servicios sociales y de salud; las claves del éxito están en la medida que se logre capacitar a los y las adolescentes como protagonistas, fomentar actitudes y comportamientos positivos de parte de ellas y de ellos, así como de los adultos, abordar sus problemas en forma holística, aprovechar y vincular las intervenciones y respetar la diversidad socio-cultural étnica .

8

En tal sentido Venezuela requiere invertir en sus adolescentes, tanto para prevenir las consecuencias negativas de potenciales conductas de riesgo, como para promover el crecimiento sano, la adquisición de competencias y la capacidad de participar en la sociedad. Los costos resultan elevados, para gobiernos e individuos, cada vez que un o una joven no llega a la edad adulta saludable, con educación y capacitación adecuadas para responder a sus necesidades y las de sus propios hijos. La forma más efectiva de invertir en adolescentes es pensar y actuar de una forma holística, con un enfoque promocional de la calidad de vida y la salud para preservar y desarrollar su autonomía.

La garantía de los derechos de adolescentes y jóvenes, está vinculada al desarrollo económico y social de las naciones, lo cual obliga a Venezuela a realizar esfuerzos para desarrollar actividades en el

marco de la estrategia de promoción de calidad de vida y salud de los y las adolescentes con su participación activa.

III. SITUACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN VENEZUELA.

Tradicionalmente la adolescencia ha sido considerada como un grupo con pocas necesidades de atención y en consecuencia con escasa oferta y demanda de servicios, lo cual ha llevado a que las políticas de salud y desarrollo social hayan sido encaminadas solamente a la disminución de tasas de morbilidad y mortalidad infantil, mortalidad materna y prevención de embarazo, excluyendo las necesidades de la adolescencia desde una visión social y de género.

Sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico este grupo poblacional siempre ha tenido importantes causas de mortalidad y morbilidad que han requerido programas y servicios de atención integral, orientados a satisfacer las necesidades de su etapa de crecimiento y desarrollo y que en el caso de aquellas respuestas alternativas que se han realizada en nuestro país, demuestran como los y las adolescentes pueden tener necesidades de atención que van más allá de lo curativo o lo puramente médico: violencia y abuso sexual, problemas afectivos y emocionales, depresión, ideación suicida, búsqueda de orientación sobre sexualidad, relaciones con los padres y la pareja, problemas familiares, agresividad, embarazo no deseado, aborto, problemas en la escuela o el liceo, maltrato, proyectos y potencialidades, entre otras.

A.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN VENEZUELA

El Censo General de Población y Vivienda realizado en Venezuela en 2001, arroja las siguientes cifras: Población General en el año 2000 de 25.093.337 y según proyecciones de INE se estima que para el año 2.005 la población venezolana alcance los 26.467.834 habitantes.

Para ese año la población por sexo será de 13.164.483 hembras y 13.303.351 varones. La población de adolescentes en el 2005 se estima en 5.415.825, es decir, el 20,5% del total. Entre ellos el grupo de 10-14 años será de 2.745.788 y de él, el 87% vivirán en las zonas urbanas. El índice de masculinidad de este grupo será de 104,22. El grupo de 15 a 19 años para el año 2005 alcanzará a 2.670.037 y de éste será urbano el 88%. Su índice de masculinidad ascenderá a 03,87.

B.- INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Pobreza:

Según ENPOFAM (Encuesta de Población y Familia realizada con una muestra de mujeres adolescentes en 1998), siete de cada diez adolescentes, pertenecen a un hogar pobre. La incidencia de pobreza entre las adolescentes según área de residencia, es más elevada en el resto del país (86%), que en el área metropolitana de Caracas (57%). (Ver Cuadro N° 1, anexo).

10

2. Educación y Empleo:

En el año 1.998, los logros educativos medidos por número de años aprobados, indican que el 47% de las adolescentes han alcanzado 10 o más años de escolaridad, mientras que el 33% han aprobado la escuela básica o solo 7mo u 8vo.grado; el 20% no supera los 6 años de instrucción. El porcentaje mas alto de escolaridad para el grupo de mujeres adolescentes de 15-17 años fue de 7- 9 años de instrucción, mientras que para el grupo de 18 a 19 años fue de 10 y más años de instrucción. (Ver Cuadro N° 3, anexo).

La inasistencia escolar es mas frecuente entre las adolescentes que viven en las zonas menos urbanizadas y con mayor relevancia entre los y las adolescentes pobres. (ENPOFAM, cuadros N° ,4 y 5, anexos).

Con relación a la escolaridad alcanzada según el área de residencia, se evidencia que en las áreas menos urbanizadas, dos de cada tres adolescentes, no han superado el umbral de la escuela básica, en el área metropolitana y en ciudades de mas de 25.000 habitantes el 53% y 54% respectivamente tienen 10 y más años de escolaridad, en cambio en el resto del país el mayor porcentaje tiene de 7-9 años de escolaridad (cuadro N° 6, anexo).

Datos de Memoria y Cuenta (año 2000) del Ministerio de Educación Cultura y Deporte (MECD), revelan que existe una población de 1.835.039 alumnos de 9-12 años (43.14%), 952.123 alumnos de 13-16 años (22.14%) y 35.885 alumnos de 17-20 años (0.83%) (cuadro N° 7, anexo).

De acuerdo al género se tiene que el 50,4% son del sexo masculino y 49.6% son del sexo femenino, en educación básica, invirtiéndose esta proporción en educación diversificada y profesional (cuadro N° 8 y 9, anexos). En relación con deserción escolar, esta fuente revela que de un total de 399.371 alumnos que han desertado en educación básica, 111.385 (23.1%) son de la II etapa y 189.698 (51.1%) de la III etapa es decir que más del 70% de los desertores se sitúan en la etapa de la adolescencia. (cuadro N° 10, anexo).

Según ENPOFAM, para 1.998 en el grupo de 15-17 años se evidenció que el mayor porcentaje solo estudia (63.5%) y en el grupo de 18 a 19 años, este renglón desciende (40%), aumentando el grupo que solo trabaja (10.5%). (cuadro N° 11, anexo).

Los y las adolescentes trabajadores se encuentran en actividades laborales poco productivas del sector informal de la economía, lo que significa un trabajo no protegido legal y laboralmente, con constante exposición al riesgo, a la explotación lo cual limita sus oportunidades para un crecimiento y desarrollo personal autónomo y productivo.

C.- INDICADORES DE SALUD:

Las características y necesidades de calidad de vida y salud de las/los adolescentes se ven limitadas por la capacidad de respuestas de salud y desarrollo social, lo cual se traduce en inequidades en los derechos garantizados para este sector de la población y sus necesidades. A continuación se describen algunos indicadores de referencia para la salud de los y las adolescentes.

1. Sexualidad y Salud Reproductiva:

La tasa de fecundidad general entre los periodos de 1.990-2.000 se redujo de 3,65 a 2,10, lo que evidencia que la mujer de hoy tiene un promedio de hijos menor que hace 10 años. La tasa de fecundidad de las jóvenes de 15 a 19 años ha descendido en el período señalado, de 97 a 87 nacidos vivos por cada mil mujeres en ese grupo de edad; sin embargo es importante resaltar que su contribución a la fecundidad total ha aumentado.

12

La iniciación sexual, la primera unión y la ausencia de utilización de anticonceptivos, así como la fecundidad en edades tempranas tienden a incrementarse entre las adolescentes más pobres, menos instruidas, en las zonas rurales y peri-urbanas. Para el año 2000 la tasa de fecundidad por 1000 mujeres llega a 2,83 hijos vivos. En el caso de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, para el año 2000 la tasa de fecundidad corregida es de 95,98 ocupando el tercer lugar y mayor que la de todos los grupos de 30 años en adelante.

Sileo y colaboradores (1.990) señalan el inicio de las relaciones sexuales en los varones a los 14 años y en mujeres a los 15 años, lo cual constituye un factor de riesgo para la salud sexual y reproductiva. La tendencia indica un inicio de la actividad sexual a edades más tempranas y poca utilización de métodos anticonceptivos.

Según estudio sobre el comportamiento reproductivo de las adolescentes venezolanas, FNUAP, 2000 realizado en base a ENPOFAM, el 50% de los y las adolescentes se inician sexualmente antes de los 19 años, el 10% antes de los 15 años. En zonas menos urbanizadas y rurales el 30% se inicia antes de los 15 años y el 70% antes de los 19 años. De cada 10 adolescentes entre 15 y 17 años por lo menos una es madre de al menos un hijo, de los 18 a 19 años, 3 son madres de uno o más hijos. A la fecha, no se dispone de información sobre el adolescente padre varón, aunque existen estudios en curso, ya que es un elemento fundamental para trabajar en la equidad de género.

Según el MSDS en el año 2000, el 21.4% de nacimientos ocurrió en el grupo de adolescentes de 15-19 años. Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes muestran cierta tendencia a la baja, su peso sobre la fecundidad global, por el contrario, ha dado cuenta de un incremento. Ello se explica porque la disminución de las tasas de fecundidad no se ha producido al mismo ritmo en todos los grupos de edad (FNUAP, 2000).

Según el estudio de Freitas y Di Brienza FNUAP, 2000, una de cada cinco adolescentes han estado casadas o unidas alguna vez y el 90% de los nacimientos ocurren sin control pre-natal.

La violencia de género contra las/los adolescentes es un factor que afecta su calidad de vida y salud. Entre otras formas de violencia se encuentran las inequidades producto de las pautas culturales que consideran al sexo femenino pasivo y expuesto a riesgo de abuso ante la actividad sexual "incontrolable" que se le atribuye al varón. Esta concepción propicia el abuso sexual que si bien se presenta en varones y hembras es más común en estas últimas, especialmente a partir de la edad de la pubertad. El varón a medida que evidencia su masculinidad disminuye el riesgo de abuso sexual; mientras que en la mujer se hace visible la femineidad aumentan los riesgos de ser víctima de abuso sexual (Huggins 1998).

La violencia intra familiar es otra expresión de la violencia de género que afecta la calidad de vida y salud de las/los adolescentes, agravando las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales de la violencia. El embarazo en estas condiciones aunque no ha sido objeto de estudios, también esta asociado al abuso, incesto y explotación sexual comercial e intra familiar.

Cifras del Instituto de Policía Científica (1995) sobre la violencia sexual, específicamente violación indican que el 72% de las denuncias correspondió a edades de 0 a 19 años y el 66% de los agresores fueron jóvenes de 15 a 24 años.

La reforma del currículo de la educación en Venezuela aprobada en 1997, incorpora contenidos de educación sexual en la primera, segunda y tercera etapa de la educación básica aun cuando el desarrollo de los planes de capacitación del personal ha sido insuficiente. El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en convenio con el MSDS esta desarrollando un proyecto de prevención del embarazo en adolescentes e ITS/SIDA en las escuelas bolivarianas.

La salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes no ha sido asumida plenamente como eje fundamental de la salud integral, así como tampoco sus derechos sexuales y reproductivos. Los avances en aspecto tales como: privacidad, confidencialidad, respeto a las diferencias de genero, culturales y étnicas en la relación proveedor-usuario apenas comienzan a incorporarse. En este marco la educación sexual ha resultado poco efectiva para promover un ejercicio sexual, maternidad y paternidad voluntaria, responsable y sin riesgo.

3. Morbilidad

Existen escasos datos en relación con la prevalencia de las diferentes causas de morbilidad de adolescentes, debido a la inexistencia de registros y sistematización por grupo de edades y sexo.

Estudios realizados en los servicios de adolescentes del Hospital J.M. de los Ríos, José Ignacio Baldo, Periférico de Coche (Caracas) y del Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" (Barquisimeto), revelan que la mayoría de adolescentes que acuden a la consulta tienen problemas de ajuste psicosocial, familiar y biológico. Dentro de los principales diagnósticos en el área biológica están: caries, mal posición dental, vicios de refracción, inmunizaciones incompletas, talla baja, malnutrición por déficit o exceso, estreñimiento, cefalea, cáncer. En el área psicosocial: Disfunción familiar, problemas de interrelación, depresión, bajo rendimiento y exclusión escolar, gesto, ideación e intento suicida, alcoholismo y drogadicción, maltrato y en el área de salud sexual y reproductiva: la actividad sexual temprana sin protección, el embarazo, aborto, abuso sexual, infecciones de transmisión sexual y SIDA. Los accidentes de todo tipo ocupan relevante lugar.

En cuanto a la morbilidad por VIH/SIDA la mayor contribución la produce el grupo de 25 a 39 años de edad con 4.853 casos (60.3%). El grupo de 10 a 24 años registra 938 casos lo que representa un 11.65%. Estos datos no hablan del alto riesgo de contagio en edades tempranas. Considerando que la principal vía de transmisión sigue siendo la sexual. La iniciación sexual de adolescentes se produce sin protección y la manifestación de la enfermedad, por su período de ventana se traslada a la juventud y adultez, podemos suponer que la edad de contagio se encuentra ubicada en la adolescencia para la mayoría de los casos.

4. Mortalidad:

Existen diferencias en cuanto a la mortalidad en la adolescencia por sexo y edad. Según el anuario de mortalidad del MSDS, (1999) entre 10-19 años se registraron 3.302 muertes, de las cuales 933 fueron del sexo femenino, lo que equivale al 28,26% y 2.369 varones lo que corresponde a un 71,74%. En el año 2000, la tasa bruta de mortalidad

para adolescentes según sexo, evidencia que en el grupo de 15-19 años, los varones mueren 4 veces más que las hembras. (Tasa varones = 2.24 y hembras = 0.55).

Las principales causas de muerte son: accidentes de todo tipo, especialmente automovilísticos, violencia (especialmente homicidios) y tumores. La mayoría de ellas pueden considerarse evitables y estrechamente vinculadas a las conductas de riesgo.

Según datos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (1.998) las principales causas de muerte en el grupo de 10-14 años en varones fueron: Accidentes, Suicidio-Homicidios, Tumores, Enfermedades Sistema circulatorio, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. En mujeres de esa misma edad fueron: Accidentes de todo tipo, Tumores, enfermedades del Sistema Nervioso, enfermedades del sistema respiratorio y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

16

En el grupo de 15-19 años en varones las principales causas de muertes fueron: Accidentes de todo tipo, Suicidios y Homicidios, Tumores, Enfermedades de Sistema Nervioso, Enfermedades del Sistema Circulatorio y en las hembras de esa misma edad fueron: Accidentes de todo tipo, Suicidios, Homicidios, tumores y Enfermedades del Sistema Nervioso. Aparecen en el 5to. lugar las enfermedades del Embarazo, parto y puerperio que para el año 1.995 se encontraban en el tercer lugar. (Cuadro N° 16, anexo).

A pesar que no se cuenta con datos de prevalencia-incidencia de VIH SIDA, se puede inferir que la mortalidad es básicamente masculina en todos los grupos de edad. De un total de 4,726 muertes, entre los años 1982 y 1999, el 90% (4,260) corresponden a los varones y el 9.86% a las hembras. En el grupo de adolescentes de 10-19 años se produjeron 78 muertes de las cuales, 10 son hembras (12.8%) y 68 varones (87.2%) (Cuadro N° 15, anexo).

Del total de 105.948 de muertes registradas en el año 2000, el 39,50% son mujeres y de ellas 12.928 (30,89%) en las edades comprendidas entre 10-49 años de edad. De estas mujeres 327 (2,53%) murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; de ellas 108 (33,03%) murieron por aborto y correspondió al grupo de 15-19 años de edad, un total de 15 muertes por esta última causa, equivalente al 4,59%.

De las 327 muertes por causas del embarazo, parto y puerperio, el 14,7% (48) estaban comprendidas entre 10 y 19 años, y de ellas el 96% corresponden al grupo de 15 a 19 años. De las 46 muertes del grupo de 15 a 19 años solamente 15, es decir el 31,3% fueron registradas como aborto. Es conocido que en nuestro país, el sub-registro de cifras de aborto es alto, debido a la clandestinidad de esta práctica.

En cuanto a la mortalidad por causas externas, el Anuario de Mortalidad del MSDS del año 1999 reporta que del total de 4129 muertes por accidentes de vehículo automotor el 83,3% son varones de cualquier edad y de ellos el 3% entre 15 y 24 años. Del total de 1105 muertes por suicidio, el 84% son varones de cualquier edad y de ellos el 28% entre 15 y 24 años. Del total de 3852 muertes por homicidio, el 94,% son varones de cualquier edad y de ellos 42% entre 15 y 24 años.

D.- ADOLESCENTES EN SITUACIONES ESPECIALMENTE DIFÍCILES:

La información que se presenta a continuación, se refiere a estudios que indican una problemática que si bien no puede ser generalizada, obliga al diseño de políticas de promoción de la salud y desarrollo, a fin de disminuir los daños que a través del ciclo de vida pueden producir estas situaciones especiales que afectan la totalidad de la vida del ser humano, sea cual fuere su edad.

1. Adolescentes que consumen drogas lícitas e ilícitas.

Según las estadísticas de la Comisión Nacional Contra el Uso Indebido de Drogas (CONACUID), del total de consultas realizadas en establecimientos de atención a fármaco-dependientes en el país entre 1998 y 2000 (17,861 consultas), el 90% fue en varones. La población consultante entre 15 y 24 años, se mantiene en un 46% del total de consultas, siendo que el 90% de ellos son varones, aunque se evidencia una tendencia al aumento en la población femenina. Hay que señalar que un promedio de 37,6% de las consultas durante el trienio, fueron a usuarios menores de 14 años.

Del análisis de las consultas se desprende que el inicio del consumo de sustancias ocurre tempranamente, (el 84% de los consultantes) con marihuana, alcohol o cocaína (definidas por los consumidores como “drogas blandas”). Paulatinamente, incorporan otras sustancias con mayor poder adictivo, como el crack, con escasa o ninguna percepción del riesgo para el uso de alcohol tabaco y marihuana. Un estudio realizado en Barquisimeto (Estado Lara) por López T. y Arias A. en el año 1999, en institutos públicos y privados, reveló que el 70% de los y las adolescentes, inician el consumo por curiosidad, el 24% las adquiere directamente sin restricciones y casi el 30% las obtiene en el hogar.

18

De acuerdo con encuestas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Fundación Antitabáquica de Venezuela, los fumadores adultos han descendido en los últimos 12 años de 39.8% en 1984 a 30% en 1996. Sin embargo, en los adolescentes menores de 15 años la prevalencia de fumadores para los mismos años ha aumentado de un 2.7% a un 7%, siendo este aumento más significativo en el sexo femenino.

Según datos de la encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de educación media básica, media diversificada (CONACUID-1996), sobre una muestra de 6,963

estudiantes a escala nacional, reportó que el 70,4% ha consumido alcohol por lo menos una vez en la vida, y el 23,8% en el último año.

Así mismo la CONACUID (2000) reporta asociación entre el consumo de sustancias, en especial, el uso reciente de alcohol y los traumatismos por causas externas y muertes violentas, utilizando entre otras evidencias datos de la división de toxicología forense del Instituto de Medicina Legal que reportan hallazgos positivos de alcohol en muestras de tejidos de personas fallecidas en accidentes de vehículo automotor, homicidios y suicidios. Según cifras de la OCEI la embriaguez consuetudinaria, es la tercera causa conocida o presunta del acto suicida.

Igualmente se establece una relación entre los accidentes y actos violentos con el consumo de sustancias especialmente alcohol, lo cual representa un alto costo individual y social así como una carga importante para los servicios de salud. En este sentido se debe promover la formulación y aplicación de políticas públicas que favorezcan los cambios en esta realidad.

2. Adolescentes de y en la calle:

Estudios sobre niños y adolescentes de la calle reportan que 7 de cada 10.000 de esta población son niños de y en la calle, la edad promedio de inicio es de 9-14 años, el mayor grupo está conformado por adolescentes de 12-14 años de edad con predominio del sexo masculino. Un hallazgo a ser destacado fue el abandono por la madre como factor generador del niño de la calle. Esta población tiene mayor riesgo para ITS/SIDA, delincuencia, drogadicción-alcoholismo, ser víctima de violencia, desnutrición y muerte temprana (Sileo 1997).

La Asociación Muchachos de la Calle, para el año 2000, da cifras de 12.000 niños y niñas en el ámbito nacional y alrededor de 3.500 en Caracas, de esta población el 80% presenta problemas de drogadicción.

Tanto en adolescentes de y en la calle, las principales causas de ausencia y abandono del hogar, son problemas de comunicación familiar, padres ausentes, problemas económicos y maltrato.

Otro estudio realizado por Molina, Rojas L. Sileo, E. y col., en el Hospital J.M de los Ríos, con un grupo de 48 adolescente de la calle en Caracas (1998) reveló que 73,8%, de los muchachos de la calle, fueron abandonados por sus padres y todos pertenecían al Graffar V, 23% de los padres e igual porcentaje de adolescentes eran analfabetas, y abandonaron el hogar por maltrato -y problemas económicos. Este mismo grupo, en un estudio -de diagnóstico integral en 84 adolescentes de la calle, observó el predominio del sexo masculino, talla baja en un 24%.- Pudiera definirse mejor cuales son estos riesgos

3. Adolescentes en conflicto con la ley:

20

Es conocido según la información de los Cuerpos Policiales retransmitida por los medios de comunicación la alta participación de los adolescentes varones en actividades de conflicto con la ley, ya sea como víctimas o victimarios. En el año 2000 un total de 1.609 jóvenes entre 15 y 24 años murieron por homicidios, es decir el 41,77% del total de muertes registradas por esta causa. De estos jóvenes el 94% eran varones.

Como victimarios las estadísticas no son de fácil acceso, pero algunos trabajos de investigación han evidenciado la alta participación de adolescentes masculinos en actividades delictivas tales como robo, hurto, homicidios y delitos sexuales. También se habla de la mayor violencia de los delitos cometidos por los jóvenes y adolescentes.

Esta realidad nos lleva a plantearnos la necesidad de generar proyectos de atención y apoyo a estos jóvenes, con enfoque interdisciplinario e intersectoriales a fin de poder iniciar un proceso de diagnóstico y respuesta a las particulares necesidades de estos jóvenes,

los cuales han acumulado brechas de inequidades que los han colocado al margen de las expectativas conductuales de la sociedad para adolescentes. Otro problema a considerar es la incorporación creciente de las adolescentes en esta dinámica, la cual es de alta complejidad y multicausalidad, y exige una capacitación particular y un monitoreo de todas las acciones que se planifiquen y desarrollen para adolescentes en conflictos de diferente gravedad con las leyes y normas sociales.

Un elemento importante en las conductas desviadas de la norma y particularmente las conductas violentas en adolescentes es la experiencia de conflictos no resueltos o dirimidos a través de la violencia en sus hogares. La presencia de adolescentes en hogares altamente conflictivos, tradicionales y que resuelven los conflictos propios de la convivencia familiar y de pareja a través de actos violentos (físicos, psíquicos o sexuales), ya sean ellas y ellos directamente agredidos o como testigos de la violencia, los convierte en portadores de múltiples necesidades, siendo una de ellas, el aprendizaje intergeneracional de la violencia como forma de relación válida y socialmente permitida para la resolución de conflictos, tanto en la vida privada como en la vida pública.

Según los datos de la línea 800-MUJER durante los últimos meses del año 2001 se recibieron un total de 407 llamadas solicitando ayuda por violencia intrafamiliar. Las mujeres que llamaron reportaron tener un total de 985 hijos entre 0 y 17 años que de alguna manera, directa o indirecta, eran agredidos por esta situación. Esto nos lleva a proponer que la tarea de promover calidad de vida y salud para adolescentes implica trabajar en la detección, orientación, atención y derivación de los grupos familiares en los cuales se convive dentro de una atmósfera de violencia a fin de disminuir su impacto sobre y cada uno(a) de los/las miembros del grupo familiar y, comenzar a establecer límites al aprendizaje de la violencia como forma de interacción y de resolución de conflictos, con fines de generar alternativas de respuestas no

violentas que frenen las múltiples consecuencias para las mujeres y sus hijas en las etapas sucesivas de su vida.

IV. PROGRAMAS, SERVICIOS Y ACCIONES DE SALUD Y DESARROLLO PARA LAS Y LOS ADOLESCENTES: Respuestas institucionales.

El Dr. Barrera Moncada, en el año 1990, crea el primer servicio de atención a adolescentes en El Hospital Clínico Universitario de Caracas. En el año 1.991, la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) diseñó el Programa de Atención Integral en Salud del Adolescente, a través del Departamento de Salud del Adolescente de esa Dirección, elaborando las normas y funciones para la atención de este grupo poblacional.

22

En el año 1992 el MSAS, tomando la iniciativa de la Universidad de Carabobo, con el programa de Prevención y Asistencia de Embarazo en Adolescentes (PASAE), implanta dicho programa en algunos estados del país.

Posteriormente se desarrollaron una serie de experiencias nacionales y regionales, en instituciones dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Universidades y ONG's. Estas experiencias tuvieron como base, la participación activa de adolescentes y jóvenes, con enfoque preventivo, protector y de desarrollo humano. En esos años se crearon en diferentes regiones del país, servicios de atención a adolescentes con la característica de ser diferenciados y de calidad.

Los compromisos asumidos por los sucesivos gobiernos durante los años 90: la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990), Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (Nueva York 1990), Cumbre Mundial de Derechos Humanos (Viena 1993), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994), IV Conferencia Mundial

sobre la Mujer (Beijing 1.995), la Cumbre Mundial sobre Derecho Social (Copenhague 1.995), exigen el replanteamiento de las respuestas institucionales a las necesidades de la población adolescente.

En 1992 se creó la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (CONAPEP) adscrito al Ministerio de la Familia. Esta instancia formuló en 1995 y 1999 el I y II Plan Nacional de Prevención del Embarazo Precoz; estos son instrumentos de política concertadas ampliamente con diversos organismos vinculados al área. Estos planes se coordinaron con las respectivas comisiones estatales, integradas por representantes de diversos sectores. Paralelamente los programas del MSAS dirigido a las/los adolescentes continúan funcionando en los Estados.

En el año 1999, se aprueba la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y se inicia un proceso de reestructuración del Estado en el cual se fusionan el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, integrando el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Desde el año 2000, las funciones de la CONAPEP, son asumidas por el recién creado Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Programa de Salud del Niño y Adolescente trabaja esta temática en coordinación con el mencionado programa del MSDS.

Al entrar en vigencia de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la Ley Orgánica de Protección a Niños y Adolescentes (LOPNA), la atención integral de los y las adolescentes pasa a ser un derecho adquirido, integrándose el Consejo Nacional de Derechos del Niño y Adolescente y los consejos estatales y municipales que son instancias encargadas de velar por el cumplimiento de estos derechos.

En Enero del 2000 se promulga en Gaceta Oficial el Modelo de Atención Integral, para la atención primaria en Salud en la red

ambulatoria a fin de fortalecer su capacidad resolutive y la participación comunitaria

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social diseña una política que de manera coherente vincula las acciones y proyectos en salud y desarrollo social dentro del Plan Estratégico Social (PES) 2002-2007 en concordancia con el anteproyecto de ley orgánica de salud, el Programa Permanente de Desarrollo Profesional, así como los programas y proyectos desarrollados con la Cooperación internacional.

El nuevo paradigma establece una estrategia central de promoción de la calidad de vida y salud, a fin de dar respuestas a las necesidades de la población con criterios de universalidad y equidad en procura de garantizar los derechos a todos y todas de acuerdo a lo pautado por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Como eje central de la política, esta estrategia integra actividades educativas, preventivas, curativas o de rehabilitación con un enfoque de promoción e integralidad, en las ofertas que se proponen y en la visión holística del ser humano.

24

La meta de los proyectos y las prácticas en salud y desarrollo social es potenciar la autonomía de cada persona a fin de que participe activamente en la búsqueda y logro de su derecho a una vida justa y equitativa para que se convierta en la ciudadana y el ciudadano que requiere el país para su transformación. Con este objeto, los proyectos se han de diseñar dentro de estrategia de redes sociales e intersectoriales.

El Plan Estratégico Social se sustenta en la noción de integralidad del ciclo de vida humana, en la cual el daño que se presente en alguna etapa de la vida no se reduce a ella, sino que se visualiza a lo largo de crecimiento y desarrollo humano: infancia, adolescencia juventud, adulto y adulto mayor.

V. ÁMBITOS PRIORITARIOS PARA PROMOVER LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES.

En el marco antes expuesto se evidencian una serie de ejes en salud y desarrollo social, los cuales servirán para organizar respuestas o proyectos dirigidos a enfrentar transectorialmente las grandes categorías de problemas que atentan contra el desarrollo de la autonomía en la adolescencia. Rescatando esta etapa con sus particulares necesidades y potencialidades para conducir el tránsito de la niñez a la adultez, el desarrollo de esos proyectos debe obligatoriamente incorporar a esos grupos, pues la afirmación de su identidad y pertenencia a un proyecto colectivo de sociedad, con potencialidades de sostener sus propias perspectivas de autonomía, es elemento clave de éxito en cualquier iniciativa que se plantee.

Las y los adolescentes y jóvenes son sujetos plenos de derechos y deberes, con capacidades y potencialidades para generar cambios en su contexto sociocultural, además en tránsito hacia roles de adultos cuando deberán hacerse cargo de diversas obligaciones en el futuro, por lo que es necesario realizar esfuerzos en su preparación, dándoles las posibilidades de desarrollar sus capacidades y de participar activamente en las decisiones, acciones y ejecución de proyectos para generar estos cambios, como parte de la garantía de los derechos ciudadanos, las acciones dirigidas a las y los adolescentes deben tomar en cuenta sus características y necesidades específicas, asegurándoles la participación activa en diagnóstico de las mismas, así como en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios dirigidos a ellos. Es necesario fomentar la creación de espacios y actividades que faciliten el protagonismo y liderazgo de adolescentes, involucrándolos como agentes activos en la promoción de calidad de vida, salud y desarrollo.

Las y los adolescentes son ciudadanos con capacidades para promover su propio desarrollo y el de sus pares, por lo que se deben desarrollar

estrategias transectoriales que los potencien como agentes de cambios y promuevan su autonomía. Los adolescentes deben ser escuchados y capacitados para que participen en la promoción de su propio crecimiento y desarrollo y en el de sus pares, fomentando su autoestima, creatividad, comunicación asertiva, toma de decisiones adecuadas establecimiento de metas, fortalecimiento y/o construcción de sus valores. En el caso de los adolescentes con discapacidad o crónicamente enfermos, estas acciones adquieren mayor relevancia para favorecer su integración social.

1. Protección y apoyo a sus familias.

A finales del siglo veinte y en el inicio del nuevo milenio, las transformaciones sociales y sus efectos sobre la familia, exigen que la garantía de los derechos sociales de las familias sea un reto para el Estado venezolano. Asumir la promoción de la calidad de vida y salud de la familia implica valorarla en su contexto sociocultural e histórico, es decir en sus territorios sociales, considerando sus especificidades, estructuras diversas y multiplicidad de funciones. Las familias con adolescentes experimentan cambios en su dinámica y en ocasiones las experiencias cotidianas son vividas como situaciones de “conflicto”, “difíciles”, “problemas”. Transformar este paradigma es parte fundamental de un nuevo abordaje.

26

Para enfrentar este reto de manera eficaz debemos revisar las funciones familiares, considerando las diversas formas de familia que existen en la realidad social venezolana, las funciones que son importantes para la socialización, el desarrollo y el bienestar de los y las adolescentes. La familia tiene cinco funciones fundamentales que son: la provisión de recursos básicos para la subsistencia, el cuidado del hogar, la protección de los hijos, la orientación del desarrollo físico-psicológico de los hijos, la defensa y apoyo de la causa juvenil ante la comunidad y la sociedad.

En una atención integral y efectiva, los profesionales de la salud y aquellos otros con responsabilidades en los y las adolescentes, deben reconocer la influencia e impacto de la dinámica familiar como un recurso útil para el diagnóstico y atención de las necesidades de los y las adolescentes. Las deficiencias de un medio familiar perturbado, asociado a condiciones de vida precarias, a conductas no adecuadas de los padres, el abandono del hogar por alguno de los padres, pueden generar en los y las adolescentes problemas sociales como el consumo de drogas, tabaco, alcohol, la delincuencia, la prostitución, la deserción escolar, entre otros, por lo que se debe promover las intervenciones tempranas, cerca de la familia propensa a experimentar este tipo de problemas.

2. Seguridad alimentaria y Nutrición.

La adolescencia es una edad en la que la nutrición apropiada es una de las necesidades básicas de salud para que los y las adolescentes puedan desarrollar al máximo su potencial biológico, psicológico y social. Las necesidades nutricionales se relacionan directamente con los cambios en la composición corporal y guarda un vínculo más estrecho con la edad fisiológica que con la cronológica., afectando también importantes procesos psicológicos y sociales.

27

El seguimiento del estado nutricional de los y las adolescentes debe permitir valorar:

- ✓ El proceso dinámico de la aceleración de la velocidad de crecimiento que tiene que ver con aumento de la talla, peso y cambios en la composición corporal.
- ✓ El proceso de la maduración sexual y sus variantes.
- ✓ El consumo ideal de proteínas, energía y vitaminas y su accesibilidad en todos los y las adolescentes.
- ✓ Hábitos y costumbres alimentarias.
- ✓ Contexto sociocultural de las familias y comunidades.

- ✓ Aspectos emocionales y valores culturales de la alimentación, con sus efectos favorables y desfavorables en esta etapa.
- ✓ En la adolescente embarazada deben tomarse en cuenta los requerimientos nutricionales específicos que van a depender de su etapa de crecimiento y desarrollo y las necesidades del feto.
- ✓ En los adolescentes con enfermedades crónicas deben considerarse sus necesidades especiales.

Los profesionales de la salud, educación y nutrición deben facilitar la reconstrucción de los aprendizajes en materia nutricional, favoreciendo una conciencia crítica, ante el consumo y los malos hábitos impuestos por la publicidad, enfatizando la generación de alternativas individuales y colectivas, para alcanzar calidad alimentaria. Las estrategias de información, educación y comunicación (IEC), son herramientas a desarrollar con las y los adolescentes, familia y comunidades, para promover comportamientos y estilos de vida saludables, partiendo de las necesidades y requerimientos nutricionales específicos de este grupo poblacional. La incidencia de patologías específicas tales como: bulimia, anorexia y malnutrición exigen la detección oportuna y deben ser objeto de acciones de prevención y atención integral.

28

La atención integral y el desarrollo de las y los adolescentes, deben incluir controles nutricionales para la detección temprana de los trastornos y su corrección oportuna, así como la posibilidad de brindar información acerca de las dietas adecuadas y económicamente accesibles, actividad física de acuerdo al estadio evolutivo, esquema corporal y aprovechamiento de recursos disponibles.

Los equipos de salud en corresponsabilidad con las y los adolescentes, la familia, la comunidad integrados en las diferentes estructuras de las redes de apoyo, realizarán el diagnóstico de las necesidades sociales de esta población, evaluando las brechas en el acceso con las condiciones socioeconómicas que impactan la disponibilidad de

alimentos, así como identificando y generando respuestas a esta problemática en conjunto con otras instituciones, que permitan garantizar el acceso a los alimentos de calidad.

3. Educación y aprendizaje.

Siendo la adolescencia una etapa de profundos cambios, es frecuente que se evidencien problemas y dificultades, algunas de las cuales pueden estar asociadas a trastornos de escolaridad y aprendizaje no detectados en etapas anteriores y que pueden tener su origen en el propio ambiente escolar, o en cambios sociales y problemas vividos en el seno de las familias. La escuela o el liceo, después de la familia, es el más importante medio para el desarrollo de los y las adolescentes, puesto que es allí donde continúa el aprendizaje de su autonomía.

La permanencia en el ámbito escolar es un importante factor protector para la salud y el desarrollo de los y las adolescentes, ya que fortalece dos procesos fundamentales: la socialización y la evolución del desarrollo personal, considerando los factores psicosociales, familiares y comunitarios, así como las posibilidades de respuesta en la red social de apoyo, además el ambiente escolar es un medio propicio para el desarrollo de competencias y para la adquisición de hábitos personales sanos.

Un problema escolar, social o de salud puede tener consecuencias muy serias en el desarrollo de los y las adolescentes que deben ser evaluadas en forma sistemática mediante el trabajo conjunto de escuela y equipo de salud. Por lo tanto, el equipo interdisciplinario de salud, los docentes y los padres y representantes deben estar debidamente preparados para detectarlos tempranamente y para conocer las necesidades y posibilidades concretas de aprendizaje de cada adolescente y poder articularlos con las áreas correspondientes. En este ámbito se debe promover la consolidación del medio escolar, apoyar a los docentes en sus relaciones con los padres y ayudar a los y

las adolescentes con discapacidades y a todos aquellos y aquellas que presentes dificultades de adaptación al entorno social, particularmente a los que provienen de una situación familiar difícil.

Las consecuencias más importantes del analfabetismo y del abandono de estudios a nivel secundario son la privación del saber y de la libertad, menos oportunidades de encontrar empleo, movilidad profesional reducida e ingresos inferiores al de los graduados.

En cuanto a la construcción de relaciones sociales igualitarias entre hombres y mujeres, la escuela o el liceo representan una importante oportunidad para influenciar la evolución de esas relaciones, pues implica trabajar en aquellos períodos de la vida que ofrecen las mejores perspectivas para redefinir los papeles sociales y para desarrollar en los muchachos, actitudes pacíficas y comportamientos protectores respecto a su propia salud y vida y la de sus semejantes.

4. Prevención de Morbilidad y Mortalidad por Enfermedades Prevalentes en Adolescentes.

La mayoría de las causas de morbilidad y mortalidad en adolescentes son evitables, por lo tanto las acciones que contemplan de Promoción de Salud y Desarrollo, deben estar orientadas a la educación para la salud, la prevención primordial y primaria, detectando oportunamente los factores protectores, los factores de riesgo, las conductas de riesgo y estimando el grado de vulnerabilidad de el y la adolescente en cada contacto que tenga con algún miembro del equipo de salud.

Acercar los servicios y programas de salud para adolescentes debe ser una estrategia fundamental a desplegar por los equipos de salud, dada la percepción de riesgo muy baja que presentan los y las adolescentes, y la visión generalizada que durante esta etapa no se presentan enfermedades.

Debido al comportamiento de la morbilidad y mortalidad en este grupo, en cuanto a ITS, accidentes y hechos violentos, embarazo, aborto, etc. se requiere reforzar la estrategia promocional de calidad de vida y salud en este grupo, de forma de estimular el desarrollo de la responsabilidad individual en el autocuidado de la salud. La atención integral a la salud de los adolescentes implica abordarla tomando en cuenta su condición biológica y social, de género, en el contexto de la etapa de su ciclo de vida y su entorno familiar, de forma de garantizar la satisfacción de sus necesidades de salud.

Atendiendo a esta perspectiva, se requieren de acciones para crear las condiciones que permitan desarrollar servicios de buena calidad, relevantes para este grupo poblacional, accesibles, y atendidos por un personal con las competencias adecuadas para brindar una atención integral.

El desarrollo de la estrategia de promoción de la salud, implica sobre todo, tratar de reducir los problemas de salud y sociales mediante la acción sobre los factores de riesgo y de vulnerabilidad y reforzar los factores de protección mediante acciones que cuenten con el potencial de los y las adolescentes y las personas que los cuidan o atienden. Para lograr efectividad en esas acciones, es necesario contar con información precisa sobre los factores determinantes y sobre los grupos más vulnerables o fragilizados, la continua vigilancia de la evolución de la situación de salud y bienestar de los grupos de adolescentes en sus contextos de vida y la posibilidad de detectar las primeras manifestaciones de cada problema.

5. Salud Mental.

Esta es un área indispensable en la salud de los y las adolescentes. A partir de su abordaje se pueden prevenir las conductas de riesgo y disminuir las probabilidades de la aparición de problemas propios de adolescentes.

Los y las adolescentes deben recibir atención integral que les permitan una mejor comprensión de lo que les está ocurriendo: cambios corporales, evolución de su pensamiento y su conocimiento, modificación en su proceso de socialización y contacto con nuevos modelos de identificación, respetando los tiempos personales de cada uno, reconociéndolos como necesarios para la elaboración y/o consolidación de proyectos de vida, brindándoles apoyo oportuno, y promoviendo su incorporación a grupos de contención, integración social y prevención de conductas de riesgo.

El equipo de salud evaluará las diferentes etapas evolutivas y deberá asesorar a familiares, docentes y adolescentes para reconocer en forma precoz los factores protectores, factores de riesgo, vulnerabilidad y resiliencia que pongan en peligro o alteren el proceso de crecimiento y desarrollo de los y las adolescentes.

32

El personal que trabaja en la atención integral de salud de las y los adolescentes, debe estar capacitado para la detección de patologías familiares y personales generadoras de situaciones de riesgo tales como: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, abuso sexual, conductas antisociales, violencia familiar, gestos o intentos suicidas, entre otros, para realizar prevención de problemas de salud mental como son suicidios, homicidios, drogadicción y accidentes. Además, la salud mental está influenciada por factores y determinantes sociales, tales como las condiciones económicas, sociales, culturales, políticas, etc. Lo que significa que toda situación que perjudique la adaptación recíproca entre el y la adolescente y su entorno, como la miseria o la discriminación, constituye un obstáculo a su salud mental, por el contrario, toda situación o condición que facilite esa adaptación, como el acceso a una educación de calidad o a un entorno social y ambiental sano, favorece y protege la salud mental.

6. Recreación, cultura y deporte:

La calidad de un tejido social fuerte, la solidaridad, el apoyo social, los proyectos entre pares, son factores que protegen a los y las adolescentes y les previenen de problemas sociales y de salud, muy particularmente la violencia, el suicidio y los problemas de salud mental. Como apoyo a estas acciones los y las adolescentes necesitan una adecuada utilización del tiempo libre, brindándoles posibilidades para desarrollar actividades deportivas, culturales y crear espacio de interacción con sus pares y con adulto, significativos, para lo cual el personal de salud debe promover la incorporación de los y las adolescentes a diferentes grupos e instituciones que forman parte de las redes sociales de apoyo.

7. Salud Sexual y Reproductiva:

La sexualidad humana es una dimensión de la personalidad que permite la expresión integral como seres sexuados que esta vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Se desarrolla a lo largo del ciclo vital en etapas con necesidades y expresiones distintas desde la concepción, hasta la muerte; constituye un todo con la vida misma y cobra gran significación en la adolescencia. En consecuencia se vincula muy estrechamente con la forma de vida de los y las adolescentes y con la pubertad y la condición de salud que puede aparecer en este momento o en etapas sucesivas del ciclo vital.

La atención integral de las y los adolescentes, debe incluir información, comunicación y educación acerca del ejercicio responsable de la sexualidad y la reproducción, derechos sexuales y reproductivos así como factores de riesgo y las medidas de protección de infecciones de transmisión sexual, violencia y abuso sexual. Mediante acciones de educación convencional y no convencional.

El enfoque de salud sexual y reproductiva y derechos implica garantizar que las personas puedan disfrutar una vida sexual satisfactoria, planificar o regular su fecundidad, que las parejas puedan tener relaciones sexuales sin el temor a embarazos no deseados, no planificados a contraer una enfermedad, que las mujeres tengan embarazos y partos de bajo riesgo y que los resultados sean favorables en términos de supervivencia y bienestar de la madre y el niño.

Las acciones deben estar dirigidas a promover el desarrollo personal, promover el mejoramiento de su salud sexual, reducir los embarazos a estas edades y a disminuir los factores de riesgo, de tal manera que los y las adolescentes tomen conciencia de sus potencialidades y capacidades para el autocuidado de su salud y la promoción de su desarrollo. Debe destacarse la importancia del desarrollo pleno de la sexualidad para la salud integral el ajuste emocional, las relaciones interpersonales y de pareja

34

A los adolescentes iniciados sexualmente debe garantizarse la orientación y acceso a servicios incluyendo la distribución de anticonceptivos. En caso de embarazo, los servicios en salud sexual y reproductiva deben ofrecer a las y los adolescentes, oportunidades de atención integral a lo largo del proceso reproductivo, garantizándoles oportunidades de aprendizaje para la participación protagónica en el rol materno y paterno, con énfasis en su autocuidado y el de su hijo (a).

8. Salud Bucodental.

La salud bucodental forma parte de la imagen corporal y contribuye a la salud física y mental de los y las adolescentes. La atención integral de las y los adolescentes debe ofrecer oportunidades de aprendizaje que genere el hábito de exámenes preventivos orales. El personal de salud debe darle el justo valor al examen bucodental como parte del control de crecimiento, desarrollo y salud integral de las y los adolescentes.

El programa debe buscar implementar acciones que promuevan la salud oral como parte de la salud integral de los y las adolescentes. Las acciones que se programen deben orientarse a la promoción de hábitos higiénicos y alimentarios protectores de la salud bucal, atendiendo al perfil de morbilidad que se presentan en el país, donde se evidencia la aparición en este grupo etario, de problemas que son más específicos de etapas posteriores de la vida, como la pérdida de dientes sobre todo en adolescentes pertenecientes a grupos sociales desfavorecidos y de zonas rurales o periurbanas.

9. Protección social especial para los grupos de adolescentes con mayores condiciones materiales, sociales y culturales de inequidad:

La exclusión social, caracteriza frecuentemente la conducta de los y las adolescentes que presentan problemas de comportamiento, de abandono escolar, de delincuencia, consumo de drogas, etc. Si bien los factores que favorecen el origen de problemas de comportamiento, pueden ser similares en distintas circunstancias, es inaceptable tratar por igual, a adolescentes con problemas de comportamiento, y a aquellos que son víctimas de abusos, de negligencia, abandono o violencia familiar, y más inaceptable aún, es abordarlos solamente desde la perspectiva de conflictos con la ley.

El objetivo de cualquier medida en estas circunstancias, debe ser garantizar la protección de los grupos excluidos de la red de atención social, tales como adolescentes de la calle, indigentes, personas con discapacidades, víctimas de la violencia intrafamiliar, población en conflicto con la ley o con adicciones.

El desarrollo de sistemas de protección especial comprende la creación de condiciones para la inserción social de los grupos excluidos, favoreciendo el acceso a acciones productivas, instrucción para el

empleo, inserción laboral protegida, libre escolaridad, entre otras, previniendo y protegiendo a esa población oportunamente y con especial énfasis a su grupo familiar.

VI. LINEAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

PRIMERA ESTRATEGIA.

IMPULSAR CAMBIOS EN LOS ÁMBITOS DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL QUE PROPICIEN LA REORIENTACIÓN DEL MODO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DE RESPUESTAS A LAS NECESIDADES DE LOS Y LAS ADOLESCENTES:

A) Respuestas para la atención a la salud de los y las adolescentes.

36

En relación con los déficits de respuestas para la atención integral a la salud de los y las adolescentes se desarrollarán y difundirán normas técnico-administrativas para organizar y orientar la gestión de los distintos ámbitos de gobierno, y la atención integral de este grupo poblacional en las redes de servicios de salud y sus niveles de jerarquía y complejidad, señalando estrategias para la coordinación con otras redes sociales, comunitarias e institucionales, y garantizar una atención específica según sus necesidades de condición socio-económica, género, etnia y territorio social.

En el marco de estas respuestas, se deben desarrollar instrumentos normativos orientadores de la acción, de forma de estimular la prestación de servicios de relevancia y de calidad que atiendan las necesidades y problemas que puedan presentar los y las adolescentes en los territorios sociales, al mismo tiempo se deben desarrollar, revisar y actualizar las líneas de atención para complejidades a lo largo de la red de servicios.

B) Capacitación Permanente

Para promover y consolidar la ampliación la cobertura de la oferta de atención, se debe profundizar la capacitación y actualización de los actores claves en la promoción de la calidad de vida y salud de las y los adolescentes. La capacitación del personal que tiene bajo su responsabilidad la atención de adolescentes: profesionales de la salud, docentes, orientadores, promotores sociales, promotores comunitarios, personal de las instituciones tutelares y judiciales, etc., debe hacerse con modalidades educativas interactivas, dinámicas, creativas y motivadoras, con contenidos definidos a partir de las competencias de cada equipo en la atención a las necesidades de este grupo poblacional según territorios sociales, etnia, condición socio-económica y género, respondiendo a una planificación para su ejecución, monitoreo y evaluación. La orientación, capacitación y desarrollo continuo de las personas que se relacionan con las y los adolescentes y jóvenes, incluyendo individuos, familias, y organizaciones comunitarias, son obligatorios para garantizar la sostenibilidad de la atención integral de las y los adolescentes.

37

La capacitación debe crear espacios de reflexión sobre los sentimientos, actitudes y practicas hacia los y las adolescentes y favorecer el intercambio interdisciplinario y transectorial que se exprese en normas, planes, proyectos y acciones con la participación de adolescentes generando capacidad para el desarrollo de su autonomía.

C) Organización de servicios de salud y desarrollo humano.

Para superar las deficiencias de servicios de atención integral, de cobertura y las barreras existentes en el acceso a los servicios y programas de salud dirigidos a adolescentes y jóvenes, la organización de los mismos debe realizarse con una visión integral, enfoque de promocional de enfrentamiento de riesgos y problemas y de trabajo en equipo interdisciplinario e intersectorial, basado en derechos y equidad

de género y que den respuestas a las necesidades de esta población. Los servicios deben organizarse acorde con las necesidades de este grupo, garantizando la confidencialidad, la accesibilidad, el suministro de información pertinente y oportuna, particularmente, cuando se trate de servicios de salud sexual y reproductiva. Una atención integral debe prever la prestación de servicios clínicos-odontológicos, de prevención y protección, de promoción y difusión, de educación, de consejería y asesoría.

La organización de los servicios de atención a adolescentes debe considerar que: la promoción de la calidad de vida, busca incrementar la potencialidad autonómica de los individuos y colectivos, condición que se va perdiendo en la medida que se escala a los niveles superiores de atención (tercer nivel).

38

La atención primaria es una estrategia que no se confina únicamente en los ambulatorios o servicios de primer nivel, sino que también opera desde el nivel domiciliario, comunitario, establecimientos educativos, centros de trabajo, consultas externas de medicina general y que por lo tanto, cada uno puede tener distintos niveles de complejidad técnica, para la atención a problemas sociales y de salud; El segundo y el tercer nivel, también conformados por distintos tipos de establecimientos de salud, poseen niveles de complejidad técnica que le permiten apoyar al primer nivel atención ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias a problemas de salud complejos siempre que garanticen el desarrollo de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y por último, la emergencia, al igual que la red de atención primaria es también puerta de entrada a la red de servicios.

En función de esta organización, la oferta de servicios a los y las adolescentes se organizará y desarrollará en el territorio social, atendiendo a los problemas y necesidades sociales y de salud identificados para ese grupo poblaconal.

D) Construcción y articulación de redes

El programa de atención de salud y desarrollo de las y los adolescentes, establece la articulación de los servicios con otras estructuras de respuestas regulares e integradas con responsabilidades definidas, tanto a escala nacional como regional y municipal, con el fin de integrar las capacidades para enfrentar transectorialmente las necesidades de los y las adolescentes, compartir experiencias, conocimientos y tener la oportunidad de articulación con redes internacionales.

Desde esta lógica de respuestas, la organización de esos servicios en las redes de salud, deberá desarrollarse incorporando una dimensión funcional y la comprensión territorial en la reorganización de las respuestas. Esto es así, puesto que la articulación de respuestas permanentes y oportunas, se basa en la construcción de redes que dan cuenta de los diferentes actores sociales e institucionales vinculados con la causas de la problemática y las necesidades de este grupo poblacional y que pueden constituirse en puntos de entrada del o la adolescente en la red. Por ejemplo, cómo sería la red de atención que se debe organizar en torno a las adolescentes víctimas de abuso sexual cuyo punto de entrada es el servicio de policía, dónde estarían los énfasis de ejecución de un programa para atender víctimas de la violencia sexual y cuáles serían las responsabilidades de cada actor involucrado con este programa.

En general las organizaciones e instituciones involucradas con la atención a los y las adolescentes incluyen:

- ✓ Los trabajadores de los servicios y programas, quienes implementan y ejecutan los lineamientos para la atención a las y los adolescentes con enfoque promocional de calidad de vida y salud.
- ✓ La comunidad y los grupos organizados, quienes participan en la generación de información y conocimientos sobre las necesidades

de los y las adolescentes, propuestas de soluciones, mecanismos de empoderamiento y construcción de ciudadanía en ese grupo. Como ejemplo de esto, podríamos mencionar las escuelas de padres, asociaciones y clubes juveniles, promotores juveniles entre otros.

- ✓ Los y las adolescentes como individuos y sujetos de derecho a fin de aumentar sus competencias para el autocuidado de su salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva, mental y otras prioridades de salud; así como su participación en la toma de decisiones y la promoción y defensa de sus derechos.
- ✓ Otras instituciones de las redes de apoyo con presencia en los territorios sociales, que trabajan con adolescentes y jóvenes en áreas de desarrollo: educativas, deportivas, culturales, abrigo, etc.

E) Investigación.

40

Para atender los déficit de información y conocimientos en torno a la situación de los y las adolescentes y el impacto de los factores contextuales y determinantes, así como los resultados de las intervenciones actuales, se hace necesario promover el desarrollo de conocimientos a través de investigaciones clínicas, operativas y sociales.

La formulación de líneas de investigación y el desarrollo de proyectos de investigaciones operativas interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales, con participación activa de adolescentes y jóvenes escolarizados y no escolarizados debe ser un componente permanente de los servicios y organizaciones de atención integral de salud y desarrollo de los y las adolescentes, para tener una información oportuna, actualizada y permanente de la situación específica de ellos y ellas, identificando sus necesidades, potencialidades, riesgos, creencias, sentimientos, valores y significados en relación con su salud y desarrollo, entre otras áreas.

F) Monitoreo y Evaluación

El Plan Estratégico Social plantea el imperativo de trabajar por metas orientadas a obtener resultados concretos en la calidad de vida de la población y en la gestión de las respuestas. El monitoreo y evaluación debe realizarse en todos los servicios y acciones de atención a la salud y desarrollo de los y las adolescentes de manera continua, para asegurar que se están cumpliendo los objetivos, con los medios más eficaces y la maximización de los recursos, en el tiempo previsto.

A fin de asesorar la evolución de los objetivos de la política y de las actividades realizadas por el sistema de salud y los servicios sociales, se requiere de un registro de datos fidedignos, íntegros y oportunos, que debe realizarse de manera continua en instrumentos, historias clínicas, hojas de referencias y contrarreferencias y otros formularios destinados para el efecto. La evaluación y el monitoreo se inician con la identificación y el dimensionamiento de las necesidades de los y las adolescentes, la identificación de las brechas por inequidad entre y en los territorios sociales y los déficit de atención.

Particularmente con este grupo poblacional, la evaluación permite disponer de información y criterios para medir si los cambios en conocimiento, actitudes, habilidades y comportamientos de los y las adolescentes en la promoción de su salud y desarrollo, son atribuibles a la operativización de la política. Es indispensable para el éxito del programa que los y las adolescentes participen en todas las actividades de monitoreo y evaluación, desde la etapa de planificación, lo cual promueve el empoderamiento y el protagonismo de ellos y ellas y la incorporación de correctivos oportunamente.

SEGUNDA ESTRATEGIA

FAVORECER EL EMPODERAMIENTO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS EN LA CORRESPONSABILIDAD CON LA PROTECCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA.

A) Protagonismo adolescente y empoderamiento:

El énfasis en el liderazgo transformador de adolescentes y jóvenes, a través de su participación capacitante, así como del desarrollo de su autonomía, son elementos importantes para su empoderamiento. El protagonismo de ellos y ellas para impulsar, producir, decidir y consolidar cambios, enfrentar problemas, proponer y facilitar soluciones que requieran de acciones individuales y colectivas, como una estrategia del modelo de atención.

Los programas de salud integral y desarrollo de los y las adolescentes deben incluir actividades que favorezcan el protagonismo de ellos y ellas como sujetos de derecho, para el ejercicio inalienable de ciudadanía, a través de su acceso a oportunidades de aprendizaje en función de sus necesidades y capacidades.

42

B) Educación Permanente en Salud:

La educación permanente incluye tanto el ámbito institucional como el familiar y comunitario, especialmente dirigida a grupos organizados de adolescentes tales: como clubes, grupos artísticos, culturales y deportivos.

A través de acciones de educación formal y no formal la comunidad recibirá información concerniente a la salud y desarrollo de los y las adolescentes, con énfasis en: características, necesidades, capacidades y potencialidades de este grupo poblacional según determinantes de género, etnia, condición socioeconómica y territorio social. Las

actividades y metodologías participativas para la educación permanente de las y los adolescentes, son estrategias indicadas para promover la participación capacitante sobre temas relacionados con el desarrollo personal tales como: autoestima, comunicación, presiones grupales, establecimiento de metas, toma de decisiones, educación en valores, proyecto de vida, prevención de la violencia, sexualidad y reproducción responsable con perspectivas de género.

La educación permanente en salud debe estar dirigida a los siguientes logros:

- ✓ Formación de recursos humanos a través de universidades, sociedades científicas y unidades de capacitación, que incluyan la adolescencia como materia de estudio con mecanismos innovadores tales como la educación a distancia.
- ✓ Capacitación de adolescentes y adultos significativos para ellos y ellas tanto a escala institucional, como en el ámbito familiar y comunitario; promoviendo la creación de clubes juveniles, escuelas de padres, escuelas de adolescentes, espacios de formación y capacitación comunitaria.

TERCERA ESTRATEGIA

TRABAJAR POR LA CONSTRUCCIÓN DE AMBIENTES SOCIALES FAVORABLES Y PROTECTORES DE LA SALUD Y LA VIDA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

A) Información -Educación-Comunicación.

La comunicación social constituye un componente esencial en los programas de salud y desarrollo de adolescentes. La difusión de información sobre salud, desarrollo, derechos y oportunidades adecuada e innovadora para las y los adolescentes, configura una actividad de vital importancia para la promoción de la calidad de vida y salud. Los miembros del equipo interdisciplinario de salud y otras

organizaciones de las redes de apoyo, deben crear espacios mediante la transmisión de programas de radio, TV y otros medios de comunicación de masa (graffiti, teatro, cine) dirigidos a promover la salud y el desarrollo en la niñez, adolescencia y juventud; se deben utilizar estos espacios para realizar campañas de educación en salud, salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia, creación y/o redefinición de valores entre otras áreas prioritarias.

En estos espacios educativos, debe fomentarse la participación activa y protagónica de los y las adolescentes como promotores de salud.

B) Políticas públicas dirigidas a transformar estructuralmente las condiciones de vida:

Se debe promover en los distintos niveles y sectores de gobierno la armonización de políticas públicas orientadas por objetivos y metas de largo plazo de bienestar social. Esto significa desarrollar desde los diferentes ámbitos de responsabilidad y competencias, acciones dirigidas a mejorar los ambientes en los cuales hacen vida los y las adolescentes, y que a su vez determinan la calidad de su vida y su salud: familia, escuela, lugar de trabajo, comunidad. Se debe privilegiar las acciones dirigidas a los individuos, familias y grupos más vulnerables o frágiles dentro de la sociedad.

La armonización de esas políticas transectoriales implica también, el reconocimiento público de los derechos de los y las adolescentes, la revisión y actualización del marco legal que atiende a este grupo poblacional y la distribución de los recursos atendiendo a las brechas territoriales y poblacionales. Se deben privilegiar las acciones dirigidas a impactar la red de causalidades y determinantes sociales que afectan la salud y la vida los y las adolescentes, convocando la movilización de actores sociales e institucionales, públicos y privados que intervienen en los diferentes territorios.

C) Protección social especial a adolescentes excluidos:

La ausencia de apoyo social constituye un importante factor de riesgo, frente a situaciones de extrema inequidad social, por ello, la consolidación de un entorno social capaz de dar respuestas oportunas a los individuos o grupos, representa un importante instrumento tanto para la prevención, como para la protección frente a problemas sociales y de salud, particularmente en las poblaciones más excluidas.

Las acciones de protección social, deben dirigirse fundamental a garantizar los derechos de los y las adolescentes, atendiendo las brechas por inequidad que les limitan o niegan esos derechos. Se deben privilegiar acciones que impliquen movilización social y compromiso de los actores sociales e institucionales y que signifiquen modalidades de respuestas acordes a las necesidades y problemas relacionados con: riesgos en la familia, abuso y explotación sexual, abandono, adolescentes de la calle, capacidades diferentes, abuso de drogas, desempleo juvenil, exclusión y deserción escolar y conflictos con la ley.

45

VII. METAS DE TOLERANCIA CERO EN TORNO A LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

Las metas visión cero están dirigidas a convocar al Estado y la Sociedad, alrededor de compromisos transectoriales que materialicen objetivos y expresen una visión problematizadora y transformadora de la realidad, para que sea posible la calidad de vida y la salud de nuestros adolescentes. No son sólo metas de gobierno o de un Ministerio, son metas de toda la sociedad con relación a situaciones o condiciones que son inaceptables o intolerables.

Desde esta perspectiva, la política de salud y desarrollo social del Estado Venezolano tiene como propósito: "Preservar y desarrollar la

autonomía de individuos y colectividades, universalizando los derechos sociales y generando oportunidades equitativas a mejores condiciones de vida y salud para los y las venezolanas”, respondiendo así, al imperativo ético de atender las necesidades sociales y de salud de acuerdo a las brechas por inequidad sociales entre grupos y territorios y combatiendo los déficits de atención.

Venezuela, en su compromiso con la protección de la vida de los ciudadanos y las ciudadanas, durante su ingreso y desarrollo pleno como individuos, ciudadanos(as) y trabajadores(as) desde los 10 hasta los 19 años de edad, no tolera:

46

- * La muerte y la enfermedad de adolescentes por causas prevenibles asociadas a condiciones de vida precarias y a déficits de atención a la salud y la vida de ellos, ellas y sus familias
- * El desconocimiento y la violación de los derechos de los y las adolescentes en cualquier ámbito o espacio donde transcurran sus vidas: la escuela, el liceo, la familia, la comunidad, la calle, los servicios de salud o el lugar de trabajo.
- * La existencia de adolescentes expuestos(as) a condiciones o situaciones discriminatorias, difíciles o violentas por su condición de género, edad, grupo social, etnia, identidad sexual, o discapacidad.
- * El analfabetismo en las y los adolescentes.

Trabajar por metas de cero tolerancia, significa alcanzar resultados que expresen impacto en las condiciones de vida y salud de las y los adolescentes, y hacia los cuales deben apuntar las intervenciones de los distintos sectores y actores comprometidos con las mismas.

Estos resultados se pueden expresar como metas, que indiquen una mejoría sostenida de la calidad de vida de los y las adolescentes, en el seno de sus familias, comunidades y en la sociedad en su conjunto:

- * *Reducción de la mortalidad general y por causas específicas en adolescentes.*
- * *Reducción de los embarazos no deseados en adolescentes.*
- * *Reducción de la morbilidad por enfermedades prevenibles en adolescentes.*
- * *Incremento de las tasas de permanencia y prosecución escolar de adolescentes.*
- * *Reducción de las expresiones de violencia entre y contra los y las adolescentes.*

VIII. PLAN DE ACCIÓN POR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES:

En atención a las necesidades y problemáticas expuestas, y acorde con la misión y la visión propuesta en la política pública de atención a los y las adolescentes, se propone este plan de acción, como un instrumento para orientar la operacionalización e instrumentación de dicha política a escala nacional, atendiendo a las particularidades y heterogeneidad poblacional y territorial de nuestro país.

Este plan es de cobertura nacional y está dirigido a contribuir a garantizar la atención integral a la población de 10 a 19 años, según sus necesidades, determinantes socio-económicos, territoriales, étnicos y de género, en el marco de los derechos y deberes establecidos en la LOPNA y en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Su desarrollo debe expresarse en los distintos niveles y sectores del sistema intergubernamental y las redes de salud, sociales y comunitarias, con la participación y el protagonismo de los y las adolescentes.

Las marcas de la gestión institucional y el desarrollo de las iniciativas propuestas en este plan de acción, deben visualizar y monitorearse como logros que den cuenta de:

- * La extensión de la cobertura de servicios, programas y proyectos de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.
- * La protección universal y de calidad de los y las adolescentes desde la estrategia promocial de calidad de vida y salud frente a embarazos no deseados, ITS, VIH/SIA, problemas nutricionales, enfermedades cardiovasculares, cáncer de cuello uterino, enfermedades respiratorias y diabetes.
- * La asistencia universal al control prenatal, parto y el puerperio.
- * Cobertura vacunal completa para estos grupos de edad.
- * Atención bucal con énfasis en la educación, prevención y protección.
- * Acceso a medicamentos e insumos con prioridad en los grupos más frágiles.
- * Atención profesional y comunitaria y equipos necesarios para los y las adolescentes con discapacidades.
- * Acceso a agua potable y servicios sanitarios.
- * Seguridad alimentaria y acceso a alimentos de buena calidad nutricional.
- * Protección oportuna frente a la violencia y los accidentes.
- * Protección frente al consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- * Garantía de permanencia y progresión en el sistema educativo.

Para cada una de las líneas estratégicas previstas, se proponen algunas iniciativas que desarrolladas como proyectos, facilitarán la operacionalización de las acciones y respuestas para la atención a los y las adolescentes, y el compromiso de los actores sociales e instituciones, cuya actuación se mide a través de indicadores de logros de una gestión comprometida con la defensa de los derechos de los y las adolescentes.

Primera estrategia.		
<i>Impulsar cambios en los ámbitos de salud y desarrollo social que propicien la reorientación del modo de atención y gestión de respuestas a las necesidades de los y las adolescentes:</i>		
AREAS	INDICADORES DE LOGROS	RESPONSABLES
Respuestas para la atención a la salud integral de los y las adolescentes.	Políticas, normas y bases legales para la atención a la salud de los y las adolescentes difundidas y en operación	MSDS Consejo Venezolano de Derechos de niños, niñas, adolescentes. Gobiernos Regionales, Municipales y Locales.

<p>INICIATIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Asesoramiento en el desarrollo de planes y acciones en los ámbitos regional y local con enfoque transectorial</i>, para favorecer, apoyar, vigilar y monitorear la ejecución de las propuestas de este plan. 2. <i>Instrumentos normativos en materia de atención a los y las adolescentes</i>, que desarrollen y actualicen orientaciones y criterios para atender las necesidades de salud de los y las adolescentes desde la estrategia promocional de calidad de vida y salud: normas para la orientación y atención integral a la salud sexual y reproductiva, normas de atención psicosocial, normas y criterios para atender víctimas de la violencia y el abuso sexual, normas de atención a adolescentes drogodependientes, enfatizando como eje organizador de estas respuestas la estrategia de atención primaria. 3. <i>Innovación en modelos y estrategias de atención, consejería, orientación y educación sexual a los y las adolescentes</i>, atendiendo a sus particulares condiciones de género, edad, grupo social, etnia e identidad sexual 		
Capacitación Permanente	Personal con responsabilidades y competencias en la atención a los y las adolescentes capacitados y entrenados en las bases e instrumentos de la Política	MSDS IAE Arnaldo Gabaldón. Universidades
<p>INICIATIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Programas de formación continua para el personal</i> de salud, de educación y otras instituciones y organizaciones no gubernamentales, sociales y comunitarias en la estrategia promocional de atención a los y las adolescentes, desde un enfoque de género y de derechos valorando las dimensiones contextuales de ese grupo poblacional. Enfatizar la formación y capacitación del personal de las redes de atención primaria. 2. <i>Actualización de currículas con las universidades</i> para la incorporación de la perspectiva de atención a los y las adolescentes en todos los niveles de formación: pregrado, postgrados y actualización. 3. <i>Intercambio de experiencias exitosas</i>, promoviendo su sistematización y difusión permanente. 4. <i>Política de atención a adolescentes y el compromiso de la sociedad venezolana</i>, una estrategia para su difusión y comunicación. 		
Organización de servicios de salud y desarrollo humano.	Servicios y programas de atención a la salud y el desarrollo de los y las adolescentes organizados y operativos de acuerdo a la perspectiva del PES Normas y protocolos de atención promocional a la salud de los y las adolescentes desarrollados y en aplicación.	MSDS Direcciones Regionales de Salud y Desarrollo Social. IVSS Gobiernos municipales y locales
<p>INICIATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Programas y servicios de atención integral a los y las adolescentes</i>, organizados en las redes de salud y sociales, privilegiando la estrategia de atención primaria como eje articulador de respuestas transectoriales y el desarrollo de servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y relevantes. - <i>Normas y protocolos de atención a la calidad de vida y la salud de los y las adolescentes</i>, incluyendo la asesoría y el apoyo técnico para su implantación en las redes y servicios. - <i>Líneas de atención a los y las adolescentes</i> en las diferentes redes de salud y de acuerdo a los problemas de salud más prevalentes en esta etapa de la vida. - <i>Desarrollo de Programas de consejería y orientación para adolescentes</i> en centros educativos (escuelas, liceos y universidades), servicios de salud, y otros espacios comunitarios. 		
Construcción y articulación de redes	Redes de atención integral a los adolescentes trabajando en coordinación y bajo las estrategias de la política de atención a los y las adolescentes.	MSDS Ministerios del Gabinete Social Consejo Venezolano de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Gobiernos regionales, municipales y locales ONG's Organizaciones de base comunitaria
<p>INICIATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Metodología para configurar las necesidades sociales de los y las adolescentes</i> en los territorios sociales e identificar brechas por inequidad y déficits de atención a esta población 		

<p>2. <i>Articulación de redes de salud con las redes sociales, comunitarias y educativas</i> para la elaboración y ejecución de acciones integrales dirigidas a atender las distintas problemáticas de los y las adolescentes y particularmente a aquellos y aquellas en situación de abandono, fragilidad social o deserción escolar, privilegiando acciones diseñados para ellos y con su participación.</p> <p>3. <i>Grupos y redes de atención y apoyo con y para los y las adolescentes</i>, esto implica difundir estrategias y metodologías para promover su conformación.</p>		
Investigación	Investigaciones en áreas relativas a la población de adolescentes.	MSDS Universidades Centros de Investigación
<p>INICIATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Líneas de investigación sobre comportamientos, actitudes y conocimientos a nivel de los y las adolescentes</i>, la prevalencia de problemas y conductas de riesgo de acuerdo a género, grupos -territorios sociales y etnias y su relación con el impacto diferencial de los problemas sociales y de salud. - <i>Proyectos de investigaciones clínicas, operativas y sociales</i> para potenciar el conocimiento sobre este grupo poblacional. - <i>Estudios evaluativos de las intervenciones en la población adolescente</i>, de tipo educativas, de prevención y protección, con enfoque de género, sobre todo estudios longitudinales sobre modificación de comportamientos y aptitudes con relación a los problemas más prevalentes y sus factores de riesgo. - <i>Estudios cualitativos y cuantitativos sobre la prevalencia del uso de drogas ilícitas e ilícitas en adolescentes.</i> 		
Monitoreo y Evaluación	Sistemas de información de vigilancia de la salud, epidemiológica y contextual operativos.	MSDS Gobiernos regionales, municipales y locales Consejo Venezolano de Derechos de niños, niñas y adolescentes.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sistemas de información y de vigilancia epidemiológica</i> y su integración a las redes de servicios con énfasis en los problemas más prevalentes, conductas de riesgo y resultados de las acciones, por edad, género, grupo social y grupos y centros centinelas. ▪ <i>Sistema de registro de la violencia intrafamiliar y sexual en adolescentes</i> desde el sistema e información de los servicios y programas. ▪ <i>Estudios de la calidad de la atención en los servicios para adolescentes.</i> 		

Segunda estrategia		
Favorecer el empoderamiento de los y las adolescentes y sus familias en la corresponsabilidad con la protección de la salud individual y colectiva.		
AREAS	INDICADORES DE LOGROS	RESPONSABLES
Protagonismo adolescente y empoderamiento	Planes, acciones y proyectos en marcha, cuyo eje es la formación de grupos de adolescentes con valores éticos y morales y con capacidad para desarrollar todas sus potencialidades y participar activamente en el autocuidado de su salud y la promoción de comportamientos y hábitos protectores de la vida y la salud.	MSDS MECD Consejo Venezolano de Derechos de niños, niñas y adolescentes. Gobiernos regionales, locales y municipales. Organizaciones comunitarias
<p>INICIATIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Estrategias de orientación e información para las personas y colectivos sobre los derechos y deberes de los adolescentes</i>, los servicios y acciones con relación a la protección de esa población, apoyándose en grupos comunitarios y ONG's con participación activa de los adolescentes. 2. <i>Organización de grupos juveniles, estudiantiles y comunitarios</i> en torno a la Salud sexual y reproductiva, que favorezcan la construcción de alternativas de socialización para adolescentes, disputando tempranamente la construcción de las identidades femenina y masculina y afirmado el rechazo social frente a cualquier tipo de agresión. 		

<ol style="list-style-type: none"> 3. <i>Desarrollo de estrategias y mecanismos de enfrentamiento específico por parte de los y las adolescentes al alcohol, el tabaco, las drogas ilícitas.</i> 4. <i>Afirmación de los derechos ciudadanos de los y las adolescentes</i>, a través de esfuerzos de información y valoración de sus vidas, donde los mismos adolescentes sean protagonistas empoderados, buscando su inserción social como grupo estratégico para el desarrollo. 5. <i>Inclusión cultural, deportiva y recreativa de los y las adolescentes</i>, mediante acciones transectoriales, comunitarias y sociales. 6. <i>Adolescentes pertenecientes a pueblos indígenas</i>, promover, apoyar y difundir el desarrollo de estrategias acordes, con ellos y para ellos, dirigidas a su empoderamiento como sujetos de derechos. 		
Educación Permanente en Salud:	Programas de educación con enfoque de género y derechos en desarrollo dentro del sistema educativo formal y no formal con estrategias que involucren a la familia.	MSDS MECD Consejo Venezolano de Derechos de niños, niñas y adolescentes. Gobiernos regionales, locales y municipales. Organizaciones comunitarias
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Educación para la salud sexual y reproductiva con enfoque de género</i>, dirigidos a la reducción de los embarazos en adolescentes, tomando en cuenta los factores contextuales de este grupo, definiendo marcos conceptuales para los contenidos y estrategias para su difusión a nivel del sistema educativo formal y no formal y otros espacios sociales, con apoyo de familias, organizaciones comunitaria y ONG's, asegurando además que todas las personas que tengan a su cargo responsabilidades con adolescentes manejen información apropiada. 2. <i>Monitoreo y evaluación de programas de educación sexual en las escuelas y liceos</i>, coordinando con las Instituciones educativas encargadas de su implementación y supervisión. 3. <i>Comunicando los Derechos y Deberes de los y las adolescentes</i>, mediante la elaboración y difusión de materiales didácticos sobre derechos, educación sexual y reproductiva, oferta y estrategias de servicios, mecanismos de enfrentamiento de los problemas más prevalentes en adolescentes, dirigidos a esa población y a las organizaciones de base comunitaria y social. 4. <i>Estrategias e innovaciones de acciones educativas en las poblaciones de adolescentes en circunstancias especialmente difíciles</i>: reclusos, de la calle, fuera del sistema escolar, etc. 		

Tercera estrategia		
<i>Trabajar por la construcción de ambientes sociales favorables y protectores de la salud y la vida de los y las adolescentes.</i>		
AREAS	INDICADORES DE LOGRO	RESPONSABLES
Información-Educación-Comunicación	Programas y estrategias de difusión y comunicación masiva y alternativa, sobre derechos y con enfoque de género acerca de la población adolescente.	MSDS MECD Defensoría Consejo Venezolano de derechos de niños, niñas y adolescentes. Gobiernos regionales, municipales y locales.
INICIATIVAS <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Reconocimiento de la importancia de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres</i>, impulsar con las instituciones competentes el desarrollo de acciones en el ámbito educativo y social dirigidas a potenciar la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos y la toma de decisiones responsables sobre cuestiones que puedan afectar la salud y la vida de esta población. 		

<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Difusión, sensibilización y aplicación de los derechos de la población adolescente</i> relativos a la salud y la vida, con las instituciones de apoyo jurídico, gubernamentales, sociales y comunitarias. 3. <i>Comunicación masiva para la salud y la vida</i>, con contenidos y mensajes que promuevan el ejercicio de los derechos y deberes de los adolescentes. 4. <i>Orientación e información a los y las adolescentes, familias y población en general</i> sobre deberes y derechos de ese grupo, servicios y acciones específicos, apoyándose en grupos de adolescentes, comunitarios y estudiantiles. 		
Políticas públicas dirigidas a transformar estructuralmente las condiciones de vida:	Acciones, planes y proyectos intersectoriales que favorecen la protección y defensa de la salud y la vida de la población adolescente y sus familias. Agenda nacional concertada para la protección y defensa de la calidad de vida y salud de los y las adolescentes	MSDS Gabinete social Gobiernos regionales, municipales, locales. INCE
INICIATIVAS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Agenda por la calidad de vida y salud de los y las adolescentes</i>, para promover el consenso nacional en torno a la atención a este grupo poblacional. 2. <i>Políticas públicas sociales y económicas protectoras</i>, promover la articulación con instituciones con competencia, el desarrollo y la ejecución de acciones dirigidas a atender a las familias en situación de fragilidad social, particularmente, el desarrollo de planes y proyectos dirigidos a transformar estructuralmente las condiciones de vida de la población adolescentes y sus familias. 3. <i>Acciones de desarrollo de la seguridad vial, seguridad pública y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco</i>, implica acciones legislativas favorables a la protección y defensa de la vida y salud de los adolescentes en un marco de derechos. 4. <i>Seguridad alimentaria para adolescentes</i>. 5. <i>Permanencia en el sistema educativo</i>, apoyar y participar de acciones que garanticen la permanencia y la progresión de los adolescentes en las escuelas y liceos. 6. <i>Programas de capacitación para el trabajo</i>, mediante el desarrollo de acuerdos con instituciones competentes, con énfasis en adolescentes que han abandonado sus estudios y/o tienen responsabilidades de pareja, familiares o hijos. 		
Protección social especial para los grupos de adolescentes con mayores condiciones materiales, sociales y culturales de inequidad:	Planes, proyectos, acciones y servicios que favorecen la prevención y protección social especial a adolescentes en situación de exclusión.	MSDS Consejos de Derechos Gobiernos regionales y municipales.
INICIATIVAS		
<p><i>Programas y proyectos dirigidos a atender la exclusión social</i>, de las familias en situaciones especiales, adolescentes con dificultades en su medio social, adolescentes de la calle, drogodependientes, víctimas del maltrato, o con discapacidades o alteraciones del desarrollo.</p> <p><i>Acompañamiento familiar y del medio educativo de adolescentes en circunstancias difíciles o especiales.</i></p> <p><i>Acogimiento familiar e institucional alternativas</i> que favorezcan la reinserción familiar y social de los y las adolescentes en situaciones especiales.</p> <p><i>Atención a adolescentes en conflicto con la ley</i>, promover ajustes que mejoren la eficacia de las acciones llevadas con adolescentes en conflicto con la ley, favoreciendo aquellas que permitan agilizar trámites, involucrar a los padres y la familia, y aplicar alternativas flexibles en medio abierto: en el entorno familiar, comunitario y en los centros de reclusión, incluyendo el desarrollo de proyectos de capacitación para el trabajo y el desarrollo de oficios.</p>		

Por el logro de las metas sociales previstas, el MSDS se compromete a corto plazo con:

1. La difusión de este documento a nivel nacional, para su utilización como un instrumento de la Política de Calidad de vida y salud de los y las adolescentes.
2. El desarrollo de lineamientos de educación permanente de actores con responsabilidad en la promoción de la calidad de vida y salud de las/los adolescentes.
3. El establecimiento y la difusión de criterios y normas para posibilitar la accesibilidad, calidad, calidez, confidencialidad y privacidad de los programas, servicios y acciones para la atención integral de las /los adolescentes, según sus necesidades específicas, de condición socio-económica género, etnia y territorio social.
4. Establecer y promover áreas prioritarias para la investigación, según necesidades de las /los adolescentes.
5. Proponer y aplicar criterios para la realización del monitoreo y evaluación de procesos y acciones de salud, así como, de la calidad de atención en los servicios.
6. Definir criterios para la aplicación de sistemas de información y de vigilancia de la salud y epidemiológica con estadísticas de relevancia sobre la población adolescente.

IX. ÁMBITOS DE RESPUESTAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES Y ACTORES INSTITUCIONALES, SOCIALES Y COMUNITARIOS INVOLUCRADOS.

SALUD	EDUCACIÓN Y CAPACITACION	RECREACIÓN Y DEPORTES	CULTURA	PROTECCIÓN JURIDICA	ECONOMIA SOCIAL	INFORMACIÓN Y COMUNICACION	ALIMENTACIÓN Y NUTRICION
MSDS IVSS GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES SERVICIOS DE SALUD	CONSEJO DE DERECHOS MECD MES GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES FUNDACION JOSE FELIX RIVAS FESNOJIV INAMUJER INN INCE CONAPI SERVICIOS DE SALUD.	MECD IND GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES	MECD CONAC FESNOJIV GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES	CONSEJO DE DERECHOS DEFENSORIA DEL PUEBLO TRIBUNALES REGIONALES Y MUNICIPALES	MEsocial MPD BANCO DE LA MUJER BANCO DEL PUEBLO FONVIS FONVIS MPC MT GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES	MSDS INN FONVIS MCT MARNR SERVICIOS DE SALUD. FUNDACION JOSE FELIX RIVAS. GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES	MSDS INN MPC MAT MES GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES
<p>ADOLESCENTES, FAMILIAS, COMUNIDADES ORGANIZADAS, REDES DE SERVICIOS DE SALUD, REDES EDUCATIVAS, REDES SOCIALES, ONG'S</p>							

MECD= Ministerio de Educación Cultura y Deportes; MES= Ministerio de Educación Superior; INN= Instituto nacional de Nutrición; MPD= Ministerio de Planificación y Desarrollo; MPC= Ministerio de Producción y Comercio; MT= Ministerio del Trabajo; MCT= Ministerio de Ciencia y Tecnología; MARNR= Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables; MAT= Ministerio de Agricultura y Tierras; MESocial= Ministerio de Economía Social.

X. BIBLIOGRAFÍA

BARRERA M. Gabriel. El Adolescente y los Problemas de Aprendizaje. MSDS. Caracas. 1994

BURD MARTHA. ¿Por que debemos invertir en el adolescente? OPS. Washington. 1998.

DONAS SOLUM. OPS. Protagonismo Juvenil. Caracas. 1.998

EDISA. Educación a Distancia. Universidad de Buenos Aires. Módulo N° 1 Políticas de Salud del Adolescente. Buenos Aires. 1.995.

KESSEN GABRIEL. Adolescencia, Ciudadanía y Exclusión. Buenos Aires. 1.996.

Ley Orgánica para la protección del niño y del adolescente. Venezuela. 1.998

Lineamientos Normativos para la atención integral de salud en adolescentes. Módulo N° 1. Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires. 1.995.

LOPEZ, T, ARIAS, A. Factores de Riesgo en consumo de bebidas alcohólicas, en instituciones educativas, en área urbana de Barquisimeto. Año 1999.

LOPEZ G, José Ramón, Bracho Cira, González Rosa; Cisneros Gladys: Programa de Prevención y Asistencia de Embarazo en Adolescentes (PASAE). Clemente Editores C.A Valencia 1998

METIFOGO DECIO, Los Jóvenes, participación social y creación de ciudadanía. Santiago de Chile. 1.996.

Universidad de Carabobo. Memorias del 2° Congreso Venezolano de Salud del Adolescente. Clemente Editores C.A Valencia 1998

OPS/OMS- UNFPA - FOCUS on Young Adults. Manual de monitoreo y evaluación. Diciembre 2001

OPS/OMS. La Salud del Adolescente del Adolescente y del Joven. Publicación N° 552. Washington. 1.995

OPS/OMS. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex N° 20 Washington. 1.992.

OPS/OMS/Fundación Kellogs. La Juventud y el Liderazgo Transformador. Buenos Aires 1.998

OPS/OMS. FNUAP-UNICEF. Actividades a favor de la salud de los adolescentes. Washington. 1.997

OPS/OMS. FNUAP-UNICEF N° 3. Manual de monitoreo y evaluación de Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes. Diciembre, 2001

Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud. Buenos Aires. 1993

56

Programas de atención integral a la adolescencia. Base Programáticas. Ministerio de Salud. Managua. 1.996

SAEZ Irene, SILEO E. Medicina del Adolescente Enfermo. MSDS. Caracas 1992.

SILEO Enriqueta. Propuesta Curricular de la Enseñanza de la Salud Integral de Adolescencia en las Escuelas de Medicina. Caracas. 1.997

SILEO Enriqueta, Cabrera Thaís, Millán-Espinasa María Cristina, Gonzalo Xiomara. Orientación Diagnóstica en Medicina del Adolescente. Editorial Ateproca, Caracas, Venezuela. 1998.

ANEXOS

CUADRO N° 1
 PROPORCION DE ADOLESCENTES POR CONDICION DE POBREZA SEGÚN AREA DE RESIDENCIA
 VENEZUELA 1998

CONDICION DE POBREZA AREA DE RESIDENCIA	POBRE	NO POBRE	TOTAL
RESTO DEL PAIS	86 %	14 %	100%
CIUDAD DE 25.000 HABITANTES Y MAS	65 %	35 %	100%
AREA METROPOLITANA DE CARACAS	57 %	43 %	100%

FUENTE: ENPOFAM 98

CUADRO N° 2
 PROPORCION DE ADOLESCENTES SEGÚN CONDICION DE POBREZA, TIPO DE FAMILIA Y PERSONA CON
 QUIEN VIVE
 VENEZUELA 1998

PERSONA CON QUIEN VIVE	NO P O B R E			P O B R E		
	NUCLEAR	EXTENSA	COMPUESTA	NUCLEAR	EXTENSA	COMPUESTA
VIVE CON SUS PADRES	71.6%	24.1 %	4.3 %	52.8 %	43.4 %	3.8 %
HAN FORMADO SU PROPIA FAMILIA	26.4 %	62.8 %	10.8 %	23.1 %	67.3 %	9.6 %
VIVEN CON OTRAS PERSONAS	-	65.2 %	34.8 %	-	78.1 %	21.9 %

FUENTE: ENPOFAM 98

CUADRO N° 3
 PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES
 SEGUN GRUPO DE EDAD
 VENEZUELA 1.998

AÑOS DE INSTRUCCIÓN	GRUPO DE EDAD	
	15 -17 AÑOS	18-19 AÑOS
0 – 6	23.3%	19.5%
7 – 9	40.5%	33.8%
10 Y MÁS	36.2%	46.7%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Enpofam 98

CUADRO N° 4

ASISTENCIA ESCOLAR DE ADOLESCENTES SEGÚN AREA DE RESIDENCIA. VENEZUELA 1998 .

AREA DE RESIDENCIA	ASISTENCIA ESCOLAR		TOTAL
	NO ASISTE	ASISTE	
AREA METROPOLITANA DE CARACAS	32 %	68 %	100%
CIUDADES DE 25 HABITANTES Y MAS	35 %	65 %	100%
RESTO DEL PAIS	44 %	56%	100%

FUENTE ENPOFAM 98

CUADRO N° 5
 PROPORCION DE ADOLESCENTES SEGÚN ASISTENCIA ESCOLAR Y CONDICION DE POBREZA
 VENEZUELA 1998

CONDICION DE POBREZA	ASISTENCIA ESCOLAR		
	NO ASISTE	ASISTE	TOTAL
NO POBRES	19 %	81 %	100%
POBRES	45 %	55 %	100%

FUENTE: ENPOFAM 98

CUADRO N° 6
 PROPORCION DE ADOLESCENTES
 SEGÚN ESCOLARIDAD Y AREA DE RESIDENCIA
 VENEZUELA 1.998

AREA DE RESIDENCIA			
AÑOS DE ESCOLARIDAD	AREA METROPOLITANA	CIUDADES DE 25.000 Y MAS	RESTO DEL PAIS
0 – 6	15 %	13 %	33%
7 – 9	32 %	33 %	35 %
10 y mas	53 %	54 %	32%
TOTAL	100%	100%	100%

FUENTE: ENPOFAM 98

CUADRO N° 7

PROPORCION DE ALUMNOS POR GRUPOS DE EDADES
VENEZUELA AÑO 2000

EDADES	MATRICULA	%
9 - 12 AÑOS	1.855.039	43.14
13 – 16 AÑOS	952.123	22.14
17 A 20 AÑOS	35.885	0.83
21 AÑOS Y MAS	249	0.0005
TOTAL	2.843.296	66.11

Fuente: Memoria y Cuenta del MECD de 2000

CUADRO N° 8

PROPORCIÓN DE MATRICULA DE EDUCACIÓN BÁSICA POR GÉNERO. VENEZUELA 2000

SEXO	MATRICULA	%
MASCULINO	2.166.821	50.4
FEMENINO	2.132.850	49.6
TOTAL	4.299.671	100

FUENTE: MEMORIA Y CUENTA DE MECD 2000

CUADRO N° 9

MATRICULA DE MEDIA DIVERSIFICADA Y PROFESIONAL POR GENERO
VENEZUELA 2000

GENERO	MATRICULA	%
MASCULINO	172.145	42.95
FEMENINO	228.649	57.05
TOTAL	400.794	100

FUENTE: MEMORIA Y CUENTA DE MECD 2000

CUADRO N° 10

PROPORCIÓN DE DESERCIÓN ESCOLAR EN EDUCACIÓN BÁSICA, MEDIA DIVERSIFICADA Y PROFESIONAL.
VENEZUELA 2000

NIVEL	MATRICULA	%
I ETAPA E.B.	98.297	25.8
II ETAPA E.B.	111.385	23.1
III ETAPA E. B.	189.689	51.1
TOTAL	399.371	100
Media Diversificada y Profesional	32.499	100

Fuente: Memoria y Cuenta del MECD 2000

CUADRO N° 11

PROPORCION DE ADOLESCENTES SEGÚN SITUACION FRENTE A TRABAJO Y ESTUDIO. VENEZUELA . AÑO
1.998

SITUACION	E D A D	
	15 -17 AÑOS %	18-19 AÑOS %
NI ESTUDIA, NI TRABAJA	26.7	39.5
SOLO ESTUDIA	63.5	40
SOLO TRABAJA	5.3	10.5
ESTUDIA Y TRABAJA	4.5	10
TOTAL	100	100

FUENTE. ENPOFAM 1.998

CUADRO N° 12

TASA DE FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES SEGÚN RESIDENCIA Y ESCOLARIDAD. VENEZUELA 1.998

AREA DE RESIDENCIA Y AÑOS DE INSTRUCCIÓN	TASAS 15-19	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (por mil)
AREA METROPOLITANA DE CARACAS	62.0	1.90
CIUDADES DE 25.000 Y MÁS HABITANTES	71.4	2.10
RESTO DEL PAIS	93.8	3.67
AÑOS DE INSTRUCCIÓN		
0-6	166.1	4.20
7-9	83.2	2.68
10 Y MAS	41.1	1.81

FUENTE: ENPOFAM 98

CUADRO N° 13
 DIAGNOSTICO DE ALTO RIESGO CONSULTA DE ADOLESCENTE DE ATENCION INTEGRAL
 HOSPITAL PEDIATRICO "DR. AGUSTIN ZUBILLAGA" BARQUISIMETO.
 ESTADO LARA AÑO 1.999

ALTO RIESGO	PO RCENTAJE
PSICOSOCIAL	
- ABUSO SEXUAL	27.2%
- MALTRATO	7.6%
- DESGRANAJE FAMILIAR	4.3%
- FUGA DEL HOGAR	3.7%
- GESTO SUICIDA	1.1%
- CONDUCTA DEPRESIVA	2.2%
- ACTIVIDAD SEXUAL TEMPRANA	20.7%
- ALCOHOLISMO	1.1%
- BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	20.7%
BIOLOGICO	
- DESNUTRICION	5.4 %
- OBESIDAD	1.1%
TOTAL	100%

FUENTE: Archivo Consulta de Adolescente del Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga". Barquisimeto

CUADRO N° 14

MORTALIDAD EN ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO
VENEZUELA 1.998

EDAD	S E X O				TOTAL
	VARON		HEMBRA		
	N°	%	N°	%	
10-14 AÑOS	609	59	410	41	1019
15-19 AÑOS	1760	77	523	23	2283

FUENTE: ARCHIVO DE LA DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL.

CUADRO N° 15

CAUSAS DE MORTALIDAD EN ADOLESCENTES DE 10-14 AÑOS
DISTRIBUIDAS POR SEXO
VENEZUELA 1.998

CAUSA	N°	VARON		N°	HEMBRA		TOTAL
		N°	%		N°	%	
ACCIDENTES							
DE TODO TIPO (*)	1	307	71	1	124	29	431
SUICIDIOS Y HOMICIDIOS	3	48	66	5	24	34	72
TUMORES	2	78	61	2	49	39	127
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	5	31	39	2	49	61	80
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	6	28	38	4	44	62	72
ENFERMEDADES SISTEMA RESPIRATORIO	8	22	32	3	46	68	68
ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	4	37	60	5	24	40	61
MALFORMACIONES CONGENITAS Y ALTERACIONES CROMOSOMICAS	7	26	54	6	22	46	48
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y	9	20	60	8	13	40	33

METABOLICAS

PARALISIS CEREBRAL

Y OTROS SINDROMES 10 12 44 7 15 56 27
PARALITICOS

TOTAL 609 59 % 410 41 % 1019

- I INCLUYE ACCIDENTES DE TRANSPORTE, OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ACCIDENTES Y RESTO DE MUERTES VIOLENTAS.

CUADRO N° 16
MORTALIDAD GENERAL DE 15 -19 AÑOS DISTRIBUIDA POR SEXO
VENEZUELA 1.998

CAUSA	N°	S E X O					TOTAL
		VARON		HEMBRA			
		N°	%	N°	N°	%	
ACCIDENTES							
DE TODO TIPO (*)	1	944	83	1	190	17	1134
SUICIDIOS Y HOMICIDIOS	2	504	85	2	86	15	590
TUMORES	3	86	58	3	61	42	148
ENFERMEADES DEL SISTEMA NERVIOSO	4	68	57	4	41	43	119
ENFERMEADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5	58	65	6	31	35	89
ENFERMEADES SISTEMA RESPIRATORIO	6	43	65	7	23	35	40
ENFERMEADES SISTEMA DIGESTIVO	7	24	60	10	16	40	40
MALFORMACIONES CONGENITAS Y ALTERACIONES CROMOSOMICAS	8	18	48	9	19	52	37
ENFERMEADES DEL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	9	-	-	5	36	100	36
ENFERMEADES							

GENITOURINARIO	10	15	42	8	20	58	35
<hr/>							
TOTAL		1760	77 %		523	23%	2283
<hr/>							

FUENTE: ARCHIVO DE LA DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL.

(*) INCLUYE ACCIDENTES DE TRANSPORTE, OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMO Y ACCIDENTES, RSTO DE MUERTES VIOLENTAS

CUADRO N° 17
MORTALIDAD EN ADOLESCENTES MUJERES ESTADO GRUPO DE EDAD
VENEZUELA 1.998

CAUSA	E D A D				TOTAL
	10 -14		15 -19		
	Nº	%	Nº	%	
ACCIDENTES					
DE TODO TIPO (#)	124(1)	39	190(1)	61	314
SUICIDIOS Y HOMICIDIOS	24(5)	22	86(2)	78	110
TUMORES	49(2)	44	61(3)	56	110
ENFERMEADES DEL SISTEMA NERVIOSO	49(2)	54	41(4)	46	90
ENFERMEADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	24(5)	43	31(6)	57	55
ENFERMEADES DEL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	4(*)	10	36(5)	90	40
ENFERMEADES SISTEMA RESPIRATORIO	46(3)	66	23(7)	34	69
CIERTAS ENFERMEADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	44(4)	70	18(8)	30	62

FUENTE: ARCHIVO DE LA DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADÍSTICA DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL.

(#) INCLUYE ACCIDENTES DE TRANSPORTE, OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMO Y ACCIDENTES, RESTO DE MUERTES VIOLENTAS

(*) No esta incluida en las primeras 10 causas en este grupo de edad.

CUADRO RESUMEN

Proporción de Adolescentes en Venezuela	10 -19 años 21.26%	10-24 años 30%
Ubicación Geográfica de adolescentes	Urbana 69.5%	Rural 30.5%
Adolescentes Trabajadores por edad	15-17 años 10%	18-19 años 20.5%
Adolescentes según condición de pobreza	Pobre 71%	No pobre 29%
Adolescentes según asistencia escolar	15 -17 años Asiste 68.2 %	18 -19 años Asiste 53.1%
Tasa de Fecundidad respecto a Tasa global de fecundidad.	Tasas de 15 -19 años 86.5%	Tasa global 2.73%
Proporción de adolescente mujeres respecto al total de mujeres en edad fértil	18.2%	-
Proporción de adolescentes que inician relación sexual según edad.	antes de 19 años 50%	antes de los 15 a. 10%
Proporción de adolescentes tienen primera relación sexual y uso de protección.	Uso método 47%	No uso método 53%
Frecuencia de control Prenatal en adolescentes.	< 4 veces 62%	> 4 veces 38%
Proporción de hijos de madres adolescentes que reciben Lactancia Materna	0-5 meses 83%	18 -23 meses 28%
Deserción Escolar en educación Básica		
II ETAPA		23.1 %
III ETAPA		51.1 %

