

THE LEGISLATIVE AND POLICY ENVIRONMENT
FOR ADOLESCENT HEALTH IN
LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

By:

Rosalía Rodríguez-García, MSc, PhD,
Director, The GW Center for International Health
Professor and Chair, Department of International Public Health
School of Public Health and Health Services, The George Washington University

Jill S. Russell, MHSA
International Health Associate, The GW Center for International Health
The George Washington University

Matilde Maddaleno, MD, MPH
Regional Advisor on Adolescent Health
Division of Health Promotion and Protection
Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization

Mariana Kastrinakis, MD, MPH
Senior Advisor on Adolescent Health,
Office of the Deputy Assistant
Secretary for Population Affairs
United States Department of Health and Human Services

WASHINGTON, DC

JUNE 1999

**Pan American Health Organization
W.K. Kellogg Foundation**

The Pan American Health Organization welcomes requests for permission to reproduce or translate this publication, in part or in full. Applications and inquiries should be addressed to the Health Promotion and Protection Program (HPP), Pan American Health Organization, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037

**Pan American Health Organization
Health Promotion and Protection Division
Family Health and Population Program
Adolescent Health and Development**

<http://www.paho.org/english/hppp/hpppubli.htm>

Coordinator: Francisca Infante
Translation: Sandra Molinari
Editor: Oscar Ordenes
Design: Ultra Designs

EL AMBIENTE LEGISLATIVO Y DE POLÍTICAS
RELACIONADO CON LA SALUD DEL ADOLESCENTE
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

AUTORAS

Rosalía Rodríguez-García, MSc, PhD,
Directora del Centro de Salud Internacional
de la Universidad de George Washington
Profesora y Jefa del Departamento de Salud Pública Internacional
Facultad de Salud Pública y Servicios de Salud de la Universidad de George Washington

Jill S. Russell, MHSA
Directora Adjunta de Salud Internacional
Centro de Salud Internacional de la Universidad de George Washington

Matilde Maddaleno, MD, MPH
Doctora en Medicina y Asesora Regional en Asuntos de Salud del Adolescente
División de Promoción y Protección de la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Mariana Kastrinakis, MD, MPH
Doctora en Medicina y Asesora Principal en Asuntos de Salud del Adolescente
Oficina del Subsecretario Adjunto para Asuntos de Población
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

WASHINGTON, DC

JUNIO DE 1999

Organización Panamericana de la Salud
Fundación W.K. Kellogg

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir esta publicación, o parte de ella. Las solicitudes deberán dirigirse al Programa de Promoción y Protección de la Salud (HPP),
Organización Panamericana de la Salud,
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EE.UU.

Organización Panamericana de la Salud
División de Promoción y Protección de la Salud
Programa de Salud, Familia y Población
Programa de Salud y Desarrollo Adolescente

<http://www.paho.org/spanish/hpp/hppadol.htm>

Coordinadora: Francisca Infante
Traductora: Sandra Molinari
Editor: Oscar Ordenes
Diseñador: Ultra Designs

Table of Contents

LIST OF FIGURES AND TABLES	vi
ACKNOWLEDGMENTS	x
INTRODUCTION	1
PART I: THE CONTEXT OF YOUTH HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT	6
A. Background	6
B. The Youth Health and Human Development Profile	6
PART II: CONCEPTUAL FRAMEWORK	30
A. The Health-Development Link	30
B. Operationalizing the Health-Development Link	32
C. A Model for the Promotion of Adolescent and Youth Health	36
PART III: DATA MANAGEMENT, ASSUMPTIONS AND ANALYSIS	44
A. Concepts and Definitions	44
B. Study Methodology	46
C. Tools for Data Analysis	48
D. Primary and Secondary Data Sources	50
E. Limitations	52
PART IV: MAJOR FINDINGS AND OUTCOMES	56
A. Legislative Environment	56
B. Policy Environment	64
C. Rights and Legal Ages for Youth in Selected Countries	66
D. Outcomes: Models and Tools	68
PART V: CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	76
REFERENCES	82
PUBLICATION ORDER FORM	163

Tabla de Contenido

LISTA DE GRÁFICOS Y CUADROS	vii
AGRADECIMIENTOS	xi
INTRODUCCIÓN	1
SECCIÓN I: EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LOS JÓVENES Y EL DESARROLLO HUMANO	7
A. Antecedentes	7
B. La salud juvenil y el perfil del desarrollo humano	7
SECCIÓN II: MARCO CONCEPTUAL	31
A. El vínculo salud-desarrollo	31
B. Operacionalización del vínculo salud-desarrollo	33
C. Un modelo para la promoción de la salud del adolescente y del joven	37
SECCIÓN III: MANEJO DE DATOS, SUPUESTOS Y ANÁLISIS	45
A. Conceptos y definiciones	45
B. Metodología del estudio	47
C. Instrumentos para el análisis de datos	49
D. Fuentes primarias y secundarias de datos	51
E. Limitaciones	53
SECCIÓN IV: PRINCIPALES HALLAZGOS Y RESULTADOS	57
A. Ambiente legislativo	57
B. Ambiente de políticas	65
C. Derechos y mayoría de edad de los jóvenes en países seleccionados	67
D. Resultados: Modelos y Herramientas	69
SECCIÓN V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS	83
SOLICITUD DE PUBLICACIONES	163

APPENDICES

A. List of Definitions	90
B. Legislative Summary Form	94
C. Sectoral Involvement in Youth Health, by Country	96
D. Policy Summary Form	152
E. Summary of Youth Rights and Legal Ages	156
F. “Faces of Youth”: Generic Advocacy Sheet	159

LIST OF FIGURES

Figure 1: Adolescent population, age 10-19	8
Figure 2: Deaths by external causes and deaths by infectious diseases	10
Figure 3: Homicide rate in Cali, Colombia by age and sex	12
Figure 4: Consumption of alcohol by young men and women	14
Figure 5: Teenage marriages as a percentage of total marriages, by sex	16
Figure 6: Percentage of women giving birth before age 20 in two age cohorts	18
Figure 7: Percentage of women, age 15-19 who have given birth, by level of education	20
Figure 8: Rates of 1st and 2nd level education enrollment	20
Figure 9: Educational attainment by level of income	22
Figure 10: Percentage of economically active adolescents, ages 15-19	24
Figure 11: Income disparity	26
Figure 12: Household poverty	28
Figure 13: The health-development link macro level	32
Figure 14: The health-development link micro level	32
Figure 15: The health-development link: A framework for adolescent and youth health and human development	34
Figure 16: Operational adaptation of the health-development link for the promotion of adolescent and youth health	36
Figure 17: Stages of youth empowerment	40
Figure 18: Countries with legislation or regulations for youth health, by sector	58
Figure 19: Analytical models for national adolescent legislation and policies	70
Figure 20: Model for national adolescent and youth health policy development	74

APÉNDICES

A. Definiciones	91
B. Formulario resumido de legislaciones	95
C. Participación sectorial en salud juvenil, por país	97
D. Formulario resumido de políticas	153
E. Resumen de los derechos juveniles y mayoría de edad	157
F. Caras de la juventud: Ejemplo de una hoja de abogacía	161

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Población adolescente, de 10 a 19 años de edad	9
Gráfico 2: Muertes por causas externas y muertes por enfermedades infecciosas	11
Gráfico 3: Tasa de homicidio de Cali, Colombia, según edad y sexo	13
Gráfico 4: Consumo de alcohol en varones y mujeres jóvenes	15
Gráfico 5: Matrimonios de adolescentes como porcentaje de los matrimonios totales, según el sexo	17
Gráfico 6: Porcentaje de mujeres que dan a luz antes de los 20 años de edad, en dos grupos de edad	19
Gráfico 7: Porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que han dado a luz, según nivel de educación	21
Gráfico 8: Tasas de matrícula en educación primaria y secundaria	21
Gráfico 9: Nivel educacional según el nivel de ingresos	23
Gráfico 10: Porcentaje de adolescentes económicamente activos, de 15 a 19 años	25
Gráfico 11: Desigualdad de ingresos	27
Gráfico 12: Porcentaje de hogares pobres de países seleccionados	29
Gráfico 13: El vínculo salud-desarrollo a nivel macro	33
Gráfico 14: El vínculo salud-desarrollo a nivel micro	33
Gráfico 15: El vínculo salud-desarrollo: Un marco de referencia para la salud y el desarrollo humano del adolescente y del joven	35
Gráfico 16: Adaptación operativa del vínculo salud-desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes	37
Gráfico 17: Etapas del empoderamiento juvenil	41
Gráfico 18: Países con legislaciones o regulaciones para la salud de los jóvenes, por sector	59
Gráfico 19: Modelos analíticos de legislación y políticas nacionales sobre adolescentes	71
Gráfico 20: Modelo para el desarrollo de políticas nacionales sobre la salud del adolescente y del joven	75

LIST OF TABLES

Table 1:	Adolescent health-related legislation and policies summary	54
Table 2:	Number of laws and regulations analyzed by sector addressing youth health, in selected countries.	56
Table 3:	Commission and inter-sectoral involvement	64
Table 4:	National adolescent health policy in selected countries	66
Table 5:	Youth rights and legal ages (in years)	68

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1:	Legislación y políticas relacionadas con la salud de los adolescentes	55
Cuadro 2:	Número de leyes y reglamentos analizados y los sectores que abordan la salud de los jóvenes en países seleccionados	57
Cuadro 3:	Comisiones y participación intersectorial	65
Cuadro 4:	Políticas nacionales de salud del adolescente en países seleccionados	67
Cuadro 5:	Derechos del joven y edades legales mínimas	69

ACKNOWLEDGMENTS

We wish to acknowledge the contributions of our colleagues in the Pan American Health Organization/WHO, the George Washington University, and the United States Department of Health and Human Services in the preparation of this document.

We recognize the work of Dr. Mabel Munist and Dr. Maria Elena Ruzany, who started the search process of law recopilation several years ago while they were in charge of the Adolescent Health Program in the Pan American Health Organization. Their vision provided the ground work for this study.

We are particularly thankful for the useful comments made by the technical field reviewers, Alejandro Morlachetti and Dr. Juan Manuel Sotelo, and by the representatives who responded to the questionnaire during the 1996 Conference of Adolescent Health in the Americas.

Thanks are also due to the staff of the George Washington University Center for International Health and the Pan American Health Organization's Adolescent Health Program, particularly Judith Heichelheim, Leena Mangrulkar, and Sylvia Singleton for their contributions to the preparation of this document.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer las contribuciones de nuestros colegas en la OPS/OMS, la Universidad de George Washington y el Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE.UU. en la preparación de este documento.

Agradecemos, además, el liderazgo y la visión de las doctoras Mabel Munist y María Helena Ruzany, quienes iniciaron el proceso de recopilación y estudio de leyes pertenecientes a la salud del adolescente de América Latina y el Caribe. Ellas fueron la fuente inicial de este trabajo.

Mención especial se merecen los comentarios realizados por el equipo técnico que revisó el trabajo: Alejandro Morlachetti, Dr. Juan Manuel Sotelo y los representantes de cada país que respondieron nuestro cuestionario en la conferencia de salud integral del adolescente en las américas, 1996.

Gracias también al equipo del Centro de Salud Internacional de la Universidad de George Washington y al Programa de Adolescencia de la OPS, sobre todo a Judith Heichelheim, Leena Mangrulkar y Sylvia Singleton por sus aportes a la preparación del documento.

Introduction

During the 1996 Conference of Adolescent Integral Health in the Americas, the 50 representatives from countries in the Latin America and the Caribbean Region, in attendance, voiced a resounding appeal for leadership in the areas of policy and advocacy for adolescents. To this end the Pan American Health Organization and the George Washington University are collaborating to analyze the legislative, policy, and programmatic environment for adolescents in the Region. The proven experience of both the Adolescent Health Program of the Pan American Health Organization and the George Washington University Center for International Health has jointly contributed to this comprehensive undertaking.

The Program of Adolescent Health in the Division of Health Promotion and Protection at the Pan American Health Organization seeks to promote the health and development of adolescents and youth between the ages of 10 and 24 in the Latin America and Caribbean Region. The Adolescent Health Program's lines of action reflect the understanding that risk behaviors are intertwined and the most effective interventions are intersectoral, crossing health, education, sports, and economic development. So, too, do the lines of action acknowledge the central importance of involving young people in planning and carrying out programs which impact their health and well-being. Paramount to this is an awareness that a risk education orientation must be accompanied by a human development plan.¹

¹ Taken from Blum, R. (1996). A Conceptual Framework for Adolescent Health in the Americas: The Pan American Health Organization Context for Adolescent Health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization

Introducción

Durante la Conferencia de Salud Integral del Adolescente de las Américas, realizada en 1996, los 50 representantes de los países latinoamericanos y el Caribe hicieron un resonante llamamiento para que se ejerza liderazgo en las esferas de las políticas y la abogacía de la condición del adolescente. Con ese fin, la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad George Washington están colaborando entre sí para estudiar el ambiente legislativo, ejecutivo y programático relativo al adolescente de la Región. La experiencia del Programa de Salud del Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro para la Salud Internacional de la Universidad de George Washington ha sido sumamente útil en esta amplia tarea.

El Programa de Salud del Adolescente, de la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS busca promover la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes de entre las edades de 10 y 24 años de la América Latina y el Caribe. Las líneas de acción del Programa de Salud del Adolescente reflejan la idea de que los comportamientos de riesgo están vinculados entre sí y que las intervenciones más efectivas son aquellas de tipo intersectorial que tocan los ámbitos de salud, educación, deportes, justicia y desarrollo económico. Asimismo, las líneas de acción reconocen la importancia central de integrar a la gente joven en la planificación y ejecución de los programas que afectan su salud y bienestar. Central a este concepto está la preocupación de que, un enfoque de riesgo debe acompañarse de un plan de desarrollo humano.¹

¹ Tomado de Blum, R. (1996). Marco Conceptual de Salud del Adolescente de las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud

The GW Center for International Health provides a focus for global health and development activities at the George Washington University. Each of the Center's field-based research and capacity building programs reflect a "health-development" framework, which places health in a multi-disciplinary context that addresses the economic, social, political, biological, and epidemiological aspects of health and disease, and the fundamental relationship between health and socio-economic development. The Center has extensive experience in policy analysis and advocacy and is committed to developing and applying practical approaches to health policy and programs. Building on this experience, the Center's health-development framework has been adapted and applied to the area of adolescent health and human development.²

This document examines the legislative and policy environment for adolescent health in the Region of Latin America and the Caribbean. It presents the results of the Adolescent Health Policy project that was completed by December 31, 1996 and supported by the Pan American Health Organization's Adolescent Health Program and the GW Center for International Health. The objectives of the study were identified as follows:

- 1) Develop and operationalize a conceptual framework for adolescent health and human development.
- 2) Analyze available laws and policies that refer to adolescent health and socio-economic development of youth in the Latin America and Caribbean Region.
- 3) Develop analytical models for national adolescent health legislation and policies.
- 4) Prepare a model for comprehensive adolescent health policy development.
- 5) Create, test, and disseminate "generic" and country-specific advocacy fact sheets for adolescent health and development in the Region.

Outcomes of the study, thus far, include a model based on the health-development link framework for the promotion of adolescent and youth health, an analysis of the legislative and policy environment for adolescent health and socio-economic development in the Region, analytical models for national adolescent health legislation and policies, a model for comprehensive adolescent and youth health policy development, and a "generic" advocacy fact sheet, entitled *Faces of Youth*, to be adapted for the countries of the Region.

These outcomes are offered as tools to facilitate advocacy, research, policy development, education, and services geared toward ensuring the protection and promotion of youth health and fostering youth socio-economic development and empowerment. This policy analysis effort aims at contributing to PAHO's and its member states' objectives to "develop the capacity for policy analysis, planning and formulation; promote the development of policies and programs relating to the health concerns of adolescents; ensure survival and healthy development of children and adolescents; and foster social development (PAHO, 1995b)."

This report is divided into five main sections. Part I includes the background of this policy research and policy analysis study and a profile of youth health in the Latin America and Caribbean Region. Part II reviews the health-development link and the adaptation of the link to adolescent health and

² Taken from the GW Center for International Health and WHO Collaborating Centre for Health and Development (1997). Strategic Plan for 1997-1998.

El Centro para la Salud Internacional de la Universidad de George Washington (GW) proporciona el enfoque para las actividades de salud internacional y desarrollo de esa universidad. Cada una de las actividades de investigación de campo y los programas de capacitación del Centro reflejan el marco de análisis salud-desarrollo que ubica la salud en un contexto multidisciplinario, incorporando los aspectos económicos, sociales, políticos, biológicos y epidemiológicos de la salud y de la enfermedad, y la relación fundamental existente entre salud y desarrollo socio-económico. El Centro tiene amplia experiencia en el análisis de políticas y en la abogacía, y está comprometido con el desarrollo y la aplicación de enfoques prácticos para el desarrollo de políticas y programas de salud. Basado en esta experiencia, el marco de referencia salud-desarrollo del Centro ha sido adaptado y aplicado al ámbito de salud y desarrollo humano del adolescente.²

Este trabajo examina el ambiente legislativo y ejecutivo para los adolescentes de América Latina y el Caribe. Presenta los resultados de un proyecto de Políticas de Salud para el Adolescente que se terminó de ejecutar el 31 de diciembre de 1996 y que contó con el apoyo de la OPS y del Centro para la Salud Internacional de GW.

Los objetivos del estudio fueron:

- 1) Desarrollar y operacionalizar un marco conceptual para la salud del adolescente y el desarrollo humano.
- 2) Examinar las leyes y políticas existentes que se refieren a la salud del adolescente y al desarrollo socio-económico de la juventud de la América Latina y el Caribe.
- 3) Desarrollar modelos analíticos para evaluar la legislación y las políticas nacionales de salud relativas al adolescente.
- 4) Preparar un modelo de desarrollo de políticas integrales de salud orientadas al adolescente.
- 5) Crear, poner a prueba y diseminar en cada país hojas informativas de promoción de la salud y el desarrollo juvenil.

Los resultados del estudio incluyen, hasta ahora, un modelo basado en el vínculo salud-desarrollo para la promoción de la salud de la población adolescente y juvenil; un examen del ambiente legislativo y de políticas tocante a la salud y el desarrollo socio-económico del adolescente de la Región; modelos analíticos de legislación y políticas nacionales relativas al adolescente; un modelo para el desarrollo global de políticas de salud sobre los adolescentes y los jóvenes; y una hoja informativa titulada "Las caras de la juventud", que será adaptada a cada país de la Región.

Esos resultados son ofrecidos como herramientas para facilitar la abogacía, la investigación, y el desarrollo de políticas, y para fortalecer la educación y los servicios encaminados a asegurar la protección y promoción de la salud, fomentando el desarrollo socio-económico y el empoderamiento de los jóvenes. Este examen de políticas es un intento de contribuir a alcanzar los objetivos de la OPS y de sus países miembros, en cuanto a desarrollar la capacidad de examinar, planificar y formular políticas; de promover el desarrollo de políticas y programas relativos a las preocupaciones de salud de los adolescentes; de asegurar la supervivencia y el desarrollo saludable de niños y adolescentes; y de promover el desarrollo social (OPS, 1995b).

² Tomado del Centro para la Salud Internacional de GW y en el Centro de Colaboración para la Salud y el Desarrollo de la OMS (1997). Plan Estratégico para 1997-1998.

human development. The model based on the health-development link framework for the promotion of adolescent and youth health is also introduced in this section. Part III describes the study methodology, the management of data, and the tools used for analysis. It details the procedures that were followed throughout the planning and implementation, the sources of data used, the outputs obtained, and the limitations of the analysis. Part IV reviews the major findings of the analysis and shows the outcomes of the study, including the analytical models for national adolescent and youth legislation and policy, a model for comprehensive adolescent and youth health policy development, and a “generic” advocacy fact sheet. Part V draws conclusions from the analysis and provides recommendations. Following the final section, a number of appendices provide in-depth detail of the procedures and results that are discussed in the body of the report. Summaries, by country, of the data used for analysis are included. Also included is the “generic” advocacy fact sheet for promoting comprehensive national adolescent health policies. The fact sheet can be adapted to reflect the specific context for adolescents health and human development in different countries. That is, it can be made country or sub-region specific.

Este informe está dividido en cinco secciones. La Sección I incluye los antecedentes de esta investigación y examen de políticas, y un perfil de la salud de los jóvenes de la América Latina y el Caribe. La Sección II pasa revista al vínculo salud-desarrollo y a su adaptación a la esfera de la salud del adolescente y el desarrollo humano. El modelo basado en el marco conceptual del vínculo salud-desarrollo para la promoción de la salud del adolescente y el joven aparece en esta sección. La Sección III describe el método empleado en el estudio y el manejo de los datos y de los instrumentos utilizados para el examen. La Sección IV pasa revista a los principales hallazgos del análisis y muestra los resultados del estudio, incluyendo los modelos analíticos para legislaciones y políticas nacionales relativas al adolescente, un modelo para el desarrollo de políticas globales tocantes a la salud de adolescentes y jóvenes, y una hoja informativa genérica. La Sección V presenta las conclusiones del análisis y contiene las recomendaciones. Después de esa sección siguen varios apéndices donde se presentan detalles de los procedimientos y resultados discutidos en el cuerpo del informe. Asimismo, se incluyen resúmenes por país de los datos utilizados en el análisis. Uno de los apéndices incluye la hoja informativa genérica para la promoción de políticas nacionales de salud sobre los adolescentes. La hoja informativa puede ser adaptada para que refleje el contexto específico de la salud y el desarrollo del adolescente en cada país.

PART I. THE CONTEXT OF YOUTH HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT

A. BACKGROUND

This document is the result of a long collaboration with members of the Pan American Health Organization (PAHO) division of Health Promotion and Protection and the consulting members who came together to form the PAHO policy advisory and technical advisory group. In 1995, PAHO was commissioned by the request of the Andean Parliament Chairperson and other national leaders in Latin America to draft a law with the purpose of promoting the health and development of its adolescent population (PAHO, 1995a). Under the leadership of the PAHO Adolescent Health Program, a proposal of a law for adolescent health was prepared and presented to the Andean Parliament in March, 1996. The law was passed later that same year.

In order to prepare the law, over 100 laws and regulations from countries in the Latin America and Caribbean Region were obtained and reviewed. This review helped surface the importance of policy and advocacy work for adolescents and youth in the Region. Information in the area of adolescent health policy and advocacy continued to be requested by leaders in all areas of the Region, encouraging PAHO to advance the progress of the work conducted in 1995. A meeting of all the Latin American and Caribbean representatives for adolescent health, which included broad participation by experts in the field from North, Central, and South America, as well as, the Caribbean was conducted in June, 1996. During the meeting there was a clear articulation of the need for technical cooperation in the areas of adolescent health promotion and advocacy.

At this time a team comprised of members from the PAHO's Adolescent Health Program, the George Washington University Center for International Health and the United States Department of Health and Human Services was brought together with the intent of considering a strategy to determine the existence and characteristics of legislation and policies for adolescent health and development in the Latin America and Caribbean Region. To accomplish this objective the team decided to embark in a systematic analysis of legislation and policies from the Region that would provide insight into the legislative and policy environment for adolescent and youth health. The policy research was conducted by the George Washington University Center for International Health.

B. THE YOUTH HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT PROFILE

Youth are a vital and growing social force that is influenced by families, communities, neighborhoods, schools, and the society at large. Throughout the world, the adolescent and youth population is growing in both absolute and relative sizes. Over one-half of the population is under the age of 25. Those between the ages of 10 and 24 comprise 1.6 billion, or 28 percent, of the total population. Estimates indicate that the population will grow to 2 billion by the year 2025, of which 1.8 billion will be residing in less developed parts of the world (PRB, 1996). As the relative size of the youth population expands, so too will the need for information about the context in which their social and physical development takes place and the policies that can influence their health. Examining the legislative and policy context and identifying links between policies and programs, can lead to concise recommendations for positive alternatives which will in turn provide a head start on fulfilling the needs of a population that is rapidly expanding.

SECCION I. EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LOS JÓVENES Y EL DESARROLLO HUMANO

A. ANTECEDENTES

Este trabajo es el resultado de una larga colaboración realizada entre miembros de la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS y el equipo de consultores que se unieron para formar el grupo técnico asesor de políticas de la OPS. A solicitud del Presidente del Parlamento Andino, y de otros líderes latinoamericanos, en 1995 la OPS fue comisionada para redactar una ley con el objetivo de promover la salud y el desarrollo de la población adolescente de la América Latina (OPS, 1995a). Bajo el liderazgo de los encargados del programa de salud del adolescente de la OPS, se preparó un proyecto de ley que fue presentado al Parlamento Andino en marzo de 1996, proyecto que fue aprobado en ese mismo año.

Para preparar la ley, se obtuvieron y estudiaron más de cien leyes y reglamentos de países de la América Latina y del Caribe. Ese examen dejó en evidencia la importancia de las políticas y del trabajo de abogacía orientadas al adolescente en la Región. Líderes de todas las áreas de la Región continuaron solicitando información sobre políticas de salud y abogacía por los adolescentes, motivando así a la OPS para que siga avanzando en el trabajo iniciado en 1995. En junio de 1996 se realizó una reunión con todos los representantes de la salud del adolescente de la América Latina y el Caribe, la que tuvo amplia participación de expertos de Norte, Centro y Sudamérica, así como del Caribe. Durante la reunión se articuló claramente la necesidad de la cooperación técnica para las esferas de promoción y abogacía de la salud del adolescente.

En esa oportunidad se conformó un equipo compuesto de miembros del Programa de Salud del Adolescente de la OPS, del Centro para la Salud Internacional de GW y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, con la intención de desarrollar una estrategia que permitiera determinar la existencia y las características de la legislación y las políticas relativas a la salud del adolescente de América Latina y el Caribe. Para alcanzar el objetivo el equipo decidió realizar un análisis sistemático de la legislación y las políticas de la Región, que permitiera evaluar el ambiente legislativo y de políticas tocante a la salud del adolescente y del joven. La investigación de políticas la realizó el Centro para la Salud Internacional de GW.

B. LA SALUD JUVENIL Y EL PERFIL DEL DESARROLLO HUMANO

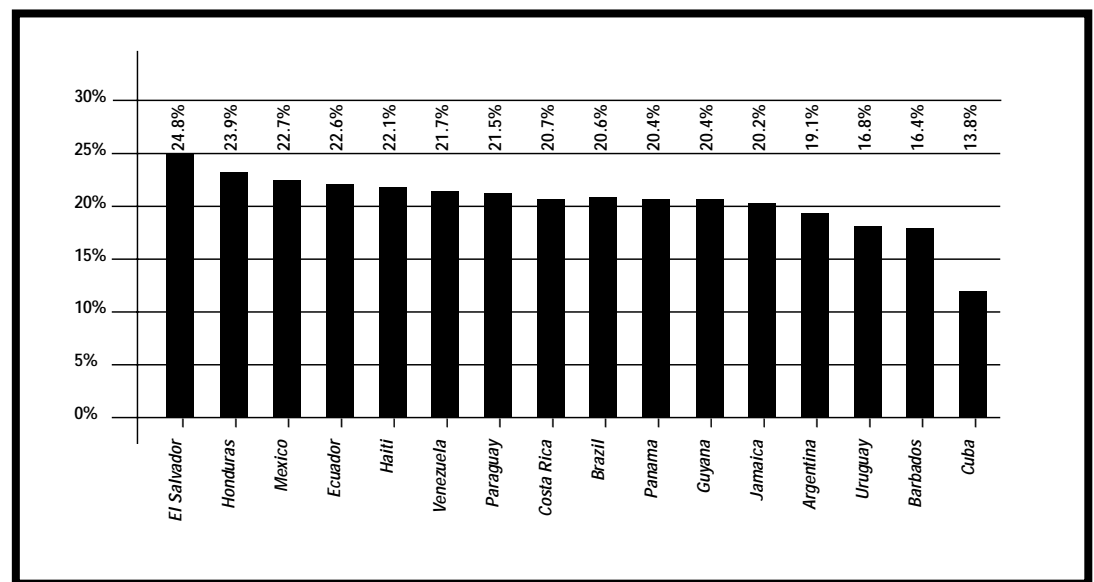
La juventud es una fuerza social vital y creciente que está influida por familias, comunidades, vecindarios, escuelas y la sociedad en su conjunto. A través del mundo entero, la población juvenil está creciendo en términos tanto absolutos como relativos. Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años de edad. Aquellos de entre 10 y 24 años constituyen 1.600 millones, ó el 28% de la población total. Proyecciones indican que la población juvenil llegará a los 2.000 millones en el año 2025, de los cuales 1.800 millones residirán en los países menos desarrollados (PBR, 1996). A medida que el tamaño relativo de la población juvenil crece, también aumenta la necesidad de información sobre el contexto en que su desarrollo social y físico ocurre, y sobre las políticas que pueden afectar su salud. El examen del contexto legislativo y de políticas y la identificación de los vínculos existentes entre políticas y programas puede llevar a identificar recomendaciones puntuales sobre alternativas positivas que, a su vez, constituyen un buen comienzo hacia la satisfacción de las necesidades de una población en rápida expansión.

The World Health Organization defines adolescents as those between the ages of 10 and 19 and youth as those between the ages of 15 and 24. The term “young people” has been defined to include both adolescents and youth (WHO, 1995). The definitions of adolescent and youth reflect physical, psychological, and socio-economic processes of development in the following ways (WHO, 1975 [as cited in Paxman, and Zucherman, 1987, p. 4]):

- the individual progresses from the point of the initial appearance of the secondary sex characteristics to that of sexual maturity;
- the individual’s psychological processes and patterns of identification develop from those of a child to those of an adults; and
- a transition is made from the state of total socio-economic dependence to one of relative independence.

In Latin America and the Caribbean Region, the youth population between the ages of 10 and 24 accounts for 30 percent, or 148 million, of the population. By the year 2025, their numbers are projected to reach 166 million (PRB, 1996). The adolescent population as a percentage of the total population averages 21 percent in the Region, with percentages ranging in specific countries from 13 to 25 percent (See Figure 1). The health status of this growing population cohort is centered around their physical and mental development, as well as their social development with respect to education, financial security, recreation and participation in the community.

Figure 1: Adolescent Population, Age 10-19
as a percentage of the total population in selected Latin America and Caribbean Countries, 1995



Source: PAHO (1995c). “Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.”

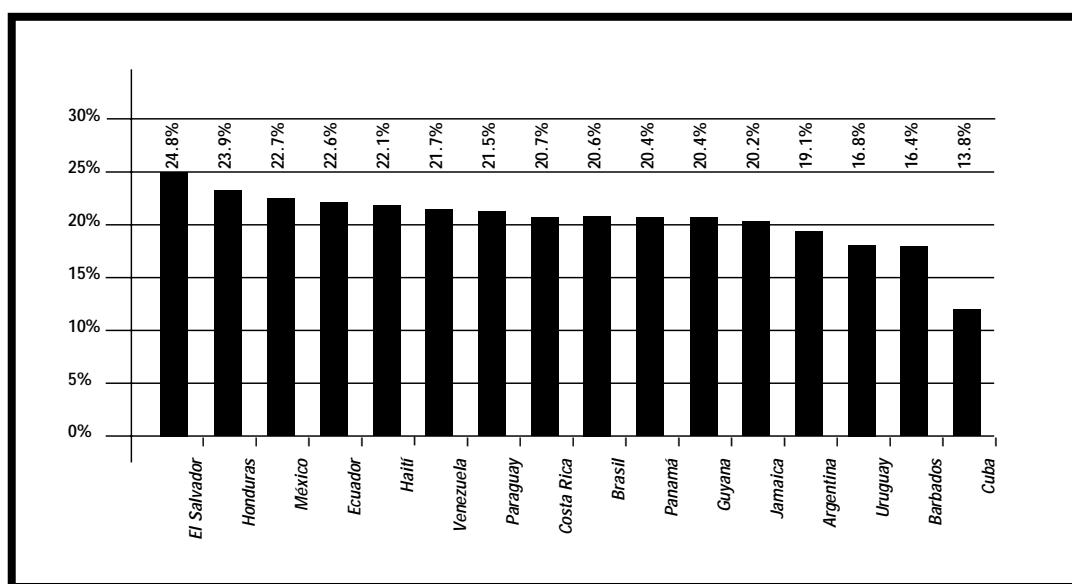
Adolescent mortality is mostly a result of non-disease specific causes, including unintentional and intentional injury or external causes. External causes lead to more deaths than infectious diseases, circulatory diseases, and cancer combined. For example in Chile, 60 percent of deaths are from external causes whereas 13 percent are from neoplasm, 6 percent from infectious diseases, 3 per-

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “adolescente” a la persona de entre 10 y 19 años y como “joven” a quien tiene entre 15 y 24 años de edad. La expresión “gente joven” incluye tanto a los adolescentes como a los jóvenes (OMS, 1995). Las definiciones de los términos adolescente y joven reflejan procesos de desarrollo físico, psicológico, y socio-económico (OMS, 1975, citado en Paxman y Zucherman, 1987, pág. 4) en los siguientes aspectos:

- el desarrollo individual progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias, hasta la madurez sexual;
- los procesos psicológicos y los patrones de identificación de la persona se desarrollan desde aquellos asociados con los niños hasta aquellos de los adultos; y
- se hace la transición de un estado socio-económico de dependencia total a uno de relativa independencia.

En la América Latina y el Caribe, la población joven de entre las edades de 10 y 24 años representa el 30% de la población ó 148 millones de personas. Se proyecta que en el año 2025 alcanzará a 166 millones (PRB, 1996). En la Región, la población adolescente representa en promedio un 21% de la población total, con variaciones que van entre 13% y 25% (ver el gráfico 1). El estado de salud de ese sector creciente está centrado en su desarrollo físico y mental, así como en su desarrollo social con respecto a educación, seguridad financiera, recreación y participación en la comunidad.

Gráfico 1: Población adolescente, de 10 a 19 años de edad
como porcentaje de la población total de países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1995

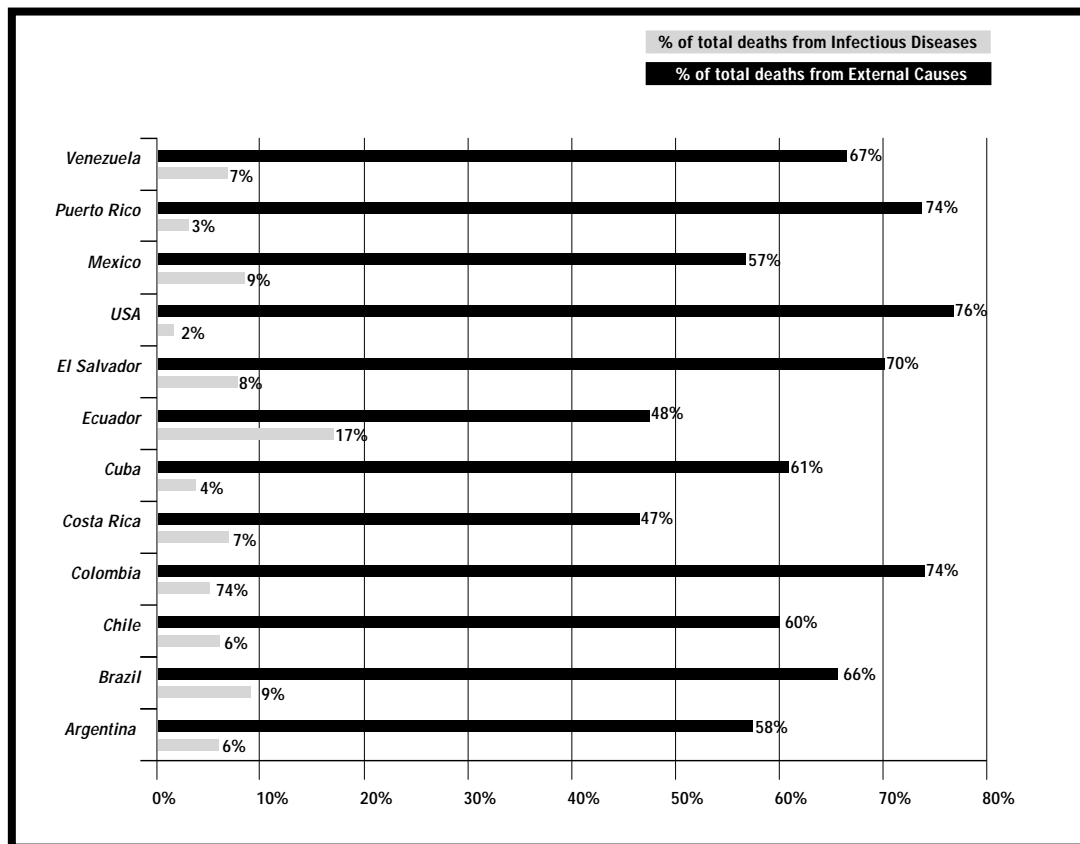


Fuente: OPS (1995c). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe

La mortalidad del adolescente se debe sobre todo a causas no relacionadas con enfermedades, incluyendo lesiones intencionales o no, o causas externas. Las causas externas conducen a más muertes que las enfermedades infecciosas, circulatorias y oncológicas juntas. Por ejemplo, en Chile, 60% de las muertes de adolescentes se deben a causas externas mientras sólo 13% se deben a neoplasias,

cent from circulatory diseases, and 18 percent from other causes (PAHO, 1996). The distribution of causes of death for adolescents is similar in other countries in the Latin America and Caribbean Region (See Figure 2).

Figure 2: Deaths by External Causes and Deaths by Infectious Diseases
as a portion of total deaths among adolescents ages 10-19, in selected countries, 1990 to 1994



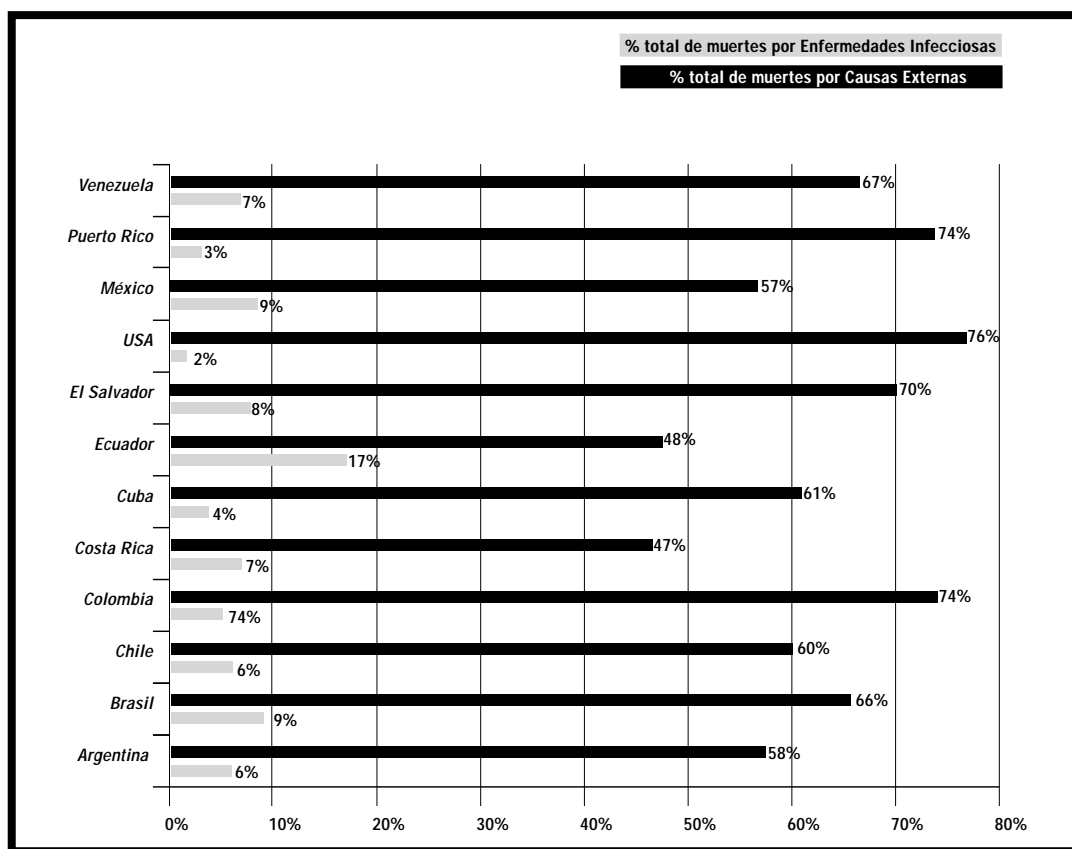
Source: PAHO, 1996.

Of concern in particular countries of the Americas is the rate of homicide among young people. For example, as Figure 3 shows in Cali, Colombia, the male population ages of 20 to 24 is the most affected by violence, with those 15 to 19 and 25 to 29 making up most of the remaining homicide rate. In total, rates of homicide in this area are higher among youth than among any other population cohort (Despaz, 1995).

Although violence is an important contributor to adolescent mortality rates in some countries of the Region, accidents and injuries, on average, are the highest causes of death for young people. Up to one-half of all deaths for those between the ages of 10 and 19 are a result of accidents. For example in the mid-1980's 45.3 percent of adolescent deaths in Venezuela were due to injury, this is compared to 38.1 percent in 1973 (Paxman and Zucherman, 1987). Vehicular deaths are estimated to be the most common cause of accidental death for adolescents. In many countries, the numbers of

6% a enfermedades infecciosas, 3% a enfermedades circulatorias y 18% a otras causas (OPS, 1996). La distribución de las causas de muerte de los adolescentes en otros países de la Región latinoamericana y del Caribe es similar (ver el gráfico 2).

Gráfico 2: Muertes por causas externas y muertes por enfermedades infecciosas
como proporción del total de muertes de adolescentes de 10 a 19 años en países seleccionados, 1990 a 1994



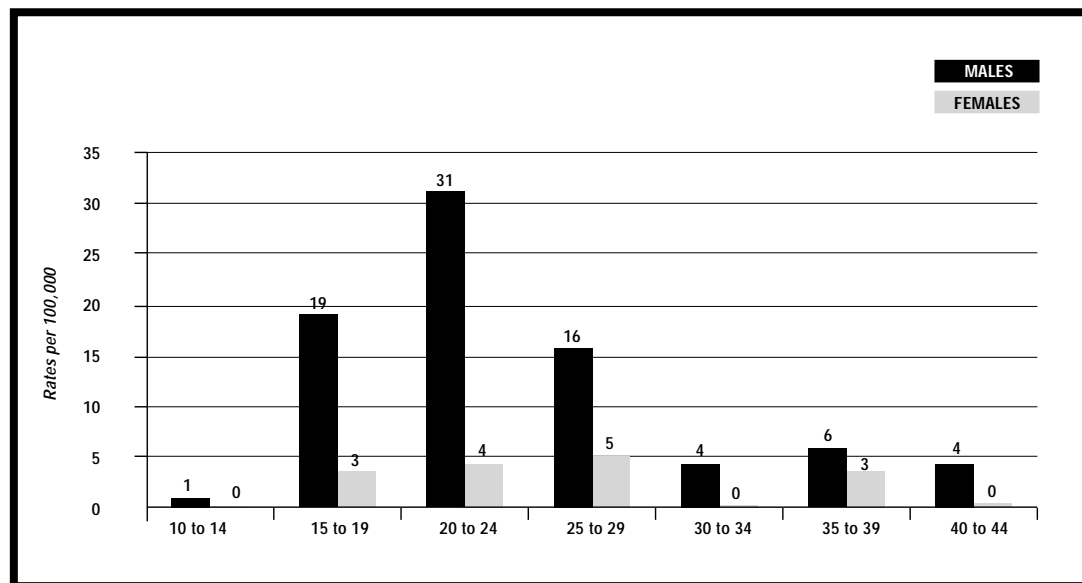
Fuente: OPS, 1996

Especial preocupación causa en algunos países de América la tasa de homicidios observada entre la gente joven. Por ejemplo, como se muestra en el gráfico 3, en Cali, Colombia, la población masculina de entre 20 y 24 años de edad es la más afectada por la violencia, y aquellos de entre 15 y 19, y 25 y 29 años constituyen la mayoría de las muertes por homicidio. En total, las tasas de homicidio de esta área son más altas entre los jóvenes que entre cualquier otro grupo poblacional (Despaz, 1995).

A pesar de que la violencia es un factor importante en las tasas de mortalidad del adolescente en algunos países de la Región, los accidentes y la violencia, en promedio, son la mayor causa de muerte entre los jóvenes. Casi la mitad de todas las muertes de entre los de 10 y 19 años son el resultado de accidentes. Por ejemplo, a mediados de los años ochenta, un 45,3% de las muertes de adolescentes ocurridas en Venezuela se debieron a accidentes, lo que se compara con 38,1%, en 1973

fatalities and injuries have grown as the use of motor vehicles has become more common. For example, in Mexico fatalities of children and adolescents has increased 600 percent in the last 20 years (Blum, 1996).

Figure 3: Homicide Rate in Cali, Colombia by Age and Sex
rates per 100,000 inhabitants, 1995



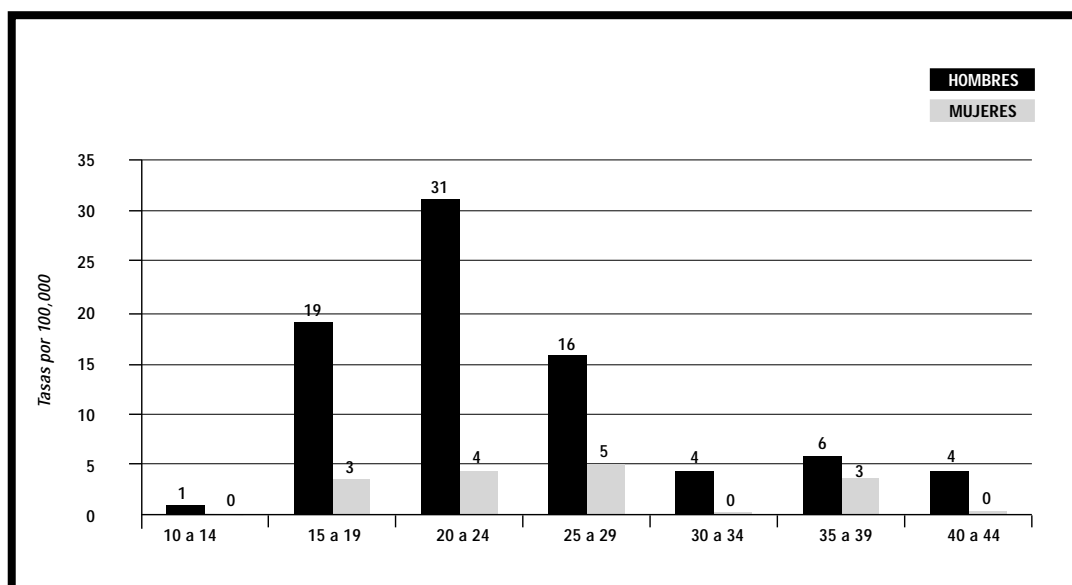
Source: Desepaz, R. (1995). "Epidemiologia de la Violencia."

Recent legislation has been targeted toward reducing the risk of automobile accidents. A comprehensive policy to reduce vehicular injuries and fatalities has been effective in countries, such as the United States, where the number of vehicular deaths of children and adolescents has decreased by 40 percent since 1990 (Blum, 1996). Legislation mandating the use of seat belts and protective head gear, lowering the speed limit, and increasing requirements for driving licenses have been passed in many countries. Legislation to decrease traffic accidents related to alcohol consumption are also being implemented. These include raising, or establishing, a minimum age for drinking alcohol, introducing limits on acceptable blood alcohol levels when driving an automobile, and enforcing criminal penalties for driving under the influence of alcohol. This is important for many countries where the consumption of alcohol is increasing among both young men and women.

In many countries of the Americas, the rate of teenage alcohol consumption is higher than in most countries of Asia and Western Europe. Although, in general, alcohol consumption rates are usually higher for males, in some countries such as the United States the rates are quite similar. For example according to a 1989 WHO global study (WHO, 1992), 70 percent of men aged 17 to 18 had consumed alcohol in the past month whereas 63 percent of women the same age had (See Figure 4).

(Paxman y Zucherman, 1987). Se estima que los accidentes de tránsito son la causa más común de muerte entre los adolescentes. En muchos países el número de decesos y lesiones ha aumentado a medida que el uso de vehículos motorizados se ha extendido. Por ejemplo, en México, las muertes de niños y adolescentes han aumentado 600% en los últimos 20 años (Blum, 1996).

Gráfico 3: Tasa de homicidio de Cali, Colombia, según edad y sexo
tasas por 100.000 habitantes, 1995

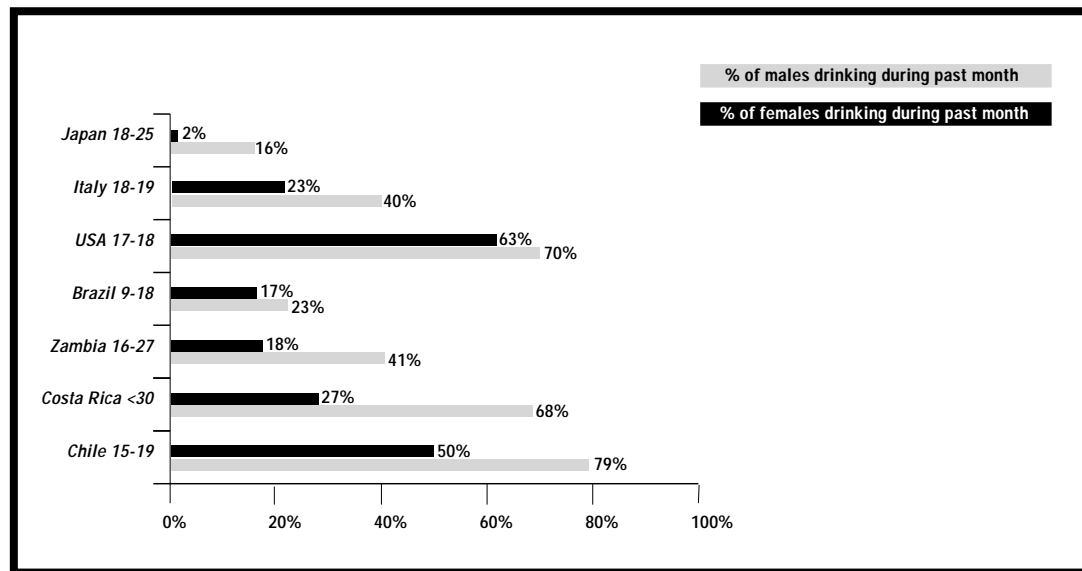


Fuente: Desepaz, R. (1995). *Epidemiología de la violencia*

La legislación reciente ha estado encaminada a reducir el riesgo de accidentes automovilísticos. Una política amplia para reducir las lesiones y muertes vehiculares ha sido efectiva en países, como EE.UU., donde el número de muertes vehiculares de niños y adolescentes ha disminuido en 40% desde 1990 (Blum, 1996). La legislación que obliga al uso de cinturones de seguridad y cascos, reduce los límites de velocidad, y aumenta los requisitos para otorgar licencias de conducir ha sido propuesta en muchos países, así como la legislación para disminuir los accidentes del tránsito relacionados con el consumo de alcohol. Estas leyes incluyen el aumento o establecimiento de la edad mínima para consumir alcohol, fijan límites máximos permisibles del grado de alcohol de la sangre para conducir un vehículo e imponen sanciones penales para casos de conducción bajo la influencia de alcohol. Esto es importante en muchos países donde el consumo de alcohol está aumentando entre los jóvenes, tanto varones como mujeres.

En muchos países de las Américas las tasas de consumo de alcohol entre adolescentes es más elevada que en la mayoría de los países de Asia y Europa Occidental, aunque, en general, las tasas de consumo de alcohol son usualmente mayores entre los hombres que entre las mujeres; en algunos países como EE.UU. las tasas de consumo de ambos grupos son muy similares. Por ejemplo, de acuerdo a un estudio mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), en EE.UU. 70% de los hombres de entre 17 y 18 años de edad habían consumido alcohol en el último mes, así como 63% de las mujeres de la misma edad (ver el gráfico 4).

Figure 4: Consumption of Alcohol by Young Men and Women
percentage during the past month in selected countries

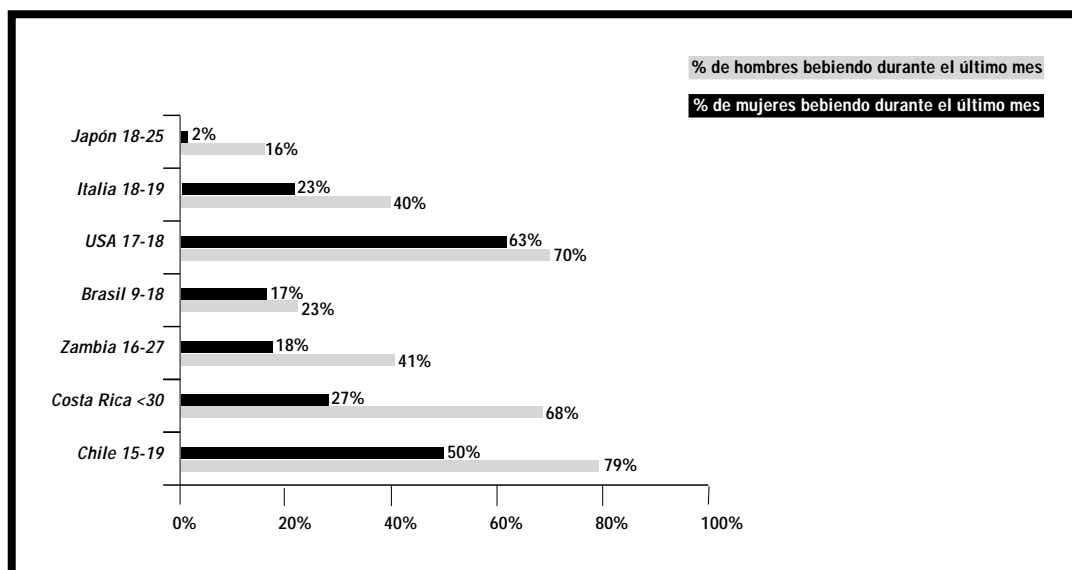


Source: WHO, 1992.

Mortality reflects only a small portion of the total health problem arising from accidents and other non-disease specific causes. Although the rate of morbidity that is directly related to accidents is difficult to ascertain, a WHO expert committee for Europe estimated that for every “child or adolescent who dies as a result of an accident, another will be permanently handicapped, ten others will have to be hospitalized for approximately 30 days due to injuries, and about 1000 will suffer an accident that does not require hospitalization (WHO, 1981).”

In addition to violence, vehicular accidents and alcohol consumption, many health problems are a result of social behaviors such as tobacco and drug use, eating disorders, physical activity, and early and unprotected sexual activity. In 1989, WHO announced that tobacco was the most commonly used drug in the world. Prior to that a WHO expert committee estimated that throughout the world smoking is directly, or indirectly, related to more than a million premature deaths each year (WHO, 1983). The same committee concluded that the earlier a person begins to smoke the greater the risk of having a less healthy life and of dying prematurely. In the past, smoking was mostly prevalent among the male population residing in industrial countries. Today, however, trends show that more and more women and young people are smoking in both industrialized and developing countries. For example, the percentage of young people who smoke in Uruguay is high for both boys and girls. In that county nearly 45 percent of boys and girls smoke at age 14 (Paxman and Zucherman, 1987). Moreover, in Chile 28 percent of adolescents smoke cigarettes daily (Burt, 1998). Legislation such as restrictions on advertising that promotes tobacco use has proven to be effective in both the prevalence of cigarette consumption and the attitude young people have about smoking (Paxman and Zucherman, 1987).

Gráfico 4: Consumo de alcohol en varones y mujeres jóvenes
porcentaje del último mes en países seleccionados



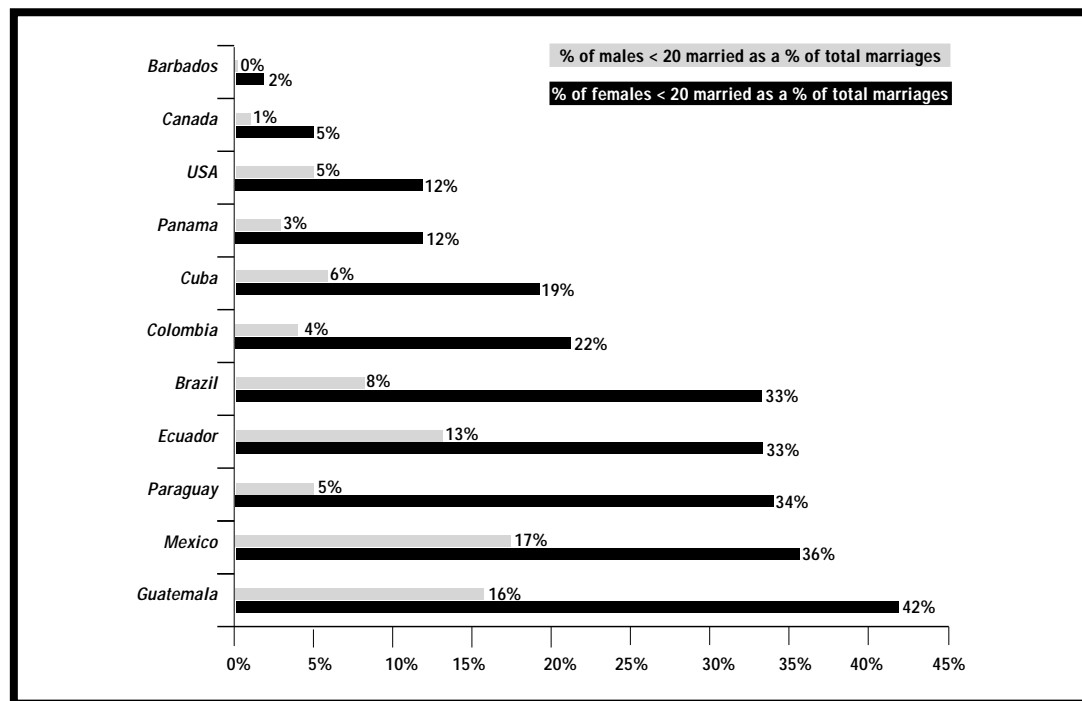
Fuente: OMS, 1992

La mortalidad refleja sólo una pequeña parte del problema mundial de salud que resulta de accidentes y otras causas no relacionadas con enfermedades. A pesar de que las tasas de morbilidad que están directamente relacionadas con accidentes son difíciles de establecer, un comité de expertos del área europea de la OMS estimó que por cada niño o adolescente que muere como resultado de un accidente, otro queda permanentemente discapacitado, diez más estarán hospitalizados por alrededor de 30 días debido a sus lesiones y alrededor de 1.000 sufrirán un accidente que no requiere hospitalización (OMS, 1981).

Además de la violencia, de los accidentes vehiculares y del consumo de alcohol, muchos problemas de salud son el resultado de comportamientos sociales tales como el tabaquismo y la drogadicción, trastornos alimenticios, actividad física, y actividad sexual precoz y desprotegida. En 1989 la OMS declaró que el tabaco es la droga de uso más común del mundo. Anteriormente, un comité de expertos de la OMS había estimado que el tabaquismo está directa o indirectamente relacionado con más de un millón de muertes prematuras ocurridas cada año (OMS, 1983). El mismo comité concluyó que mientras más temprano se comience a fumar, mayor es el riesgo de tener una vida poco sana y de morir prematuramente. En el pasado, fumar era más común entre la población masculina de los países industriales. Hoy, sin embargo, las tendencias muestran que más y más mujeres y gente joven están fumando tanto en países industriales como en países en desarrollo. Por ejemplo, el porcentaje de gente joven que fuma en el Uruguay es elevado entre niños y niñas. En ese país, cerca de 45% de los niños y niñas fuman a los 14 años de edad (Paxman and Zucherman, 1987). Más aun, en Chile, 28% de los adolescentes fuman cigarrillos diariamente (Burt, 1998). Legislaciones tales como las que ponen restricciones a la propaganda que promueve el uso del tabaco, han resultado efectivas en reducir la frecuencia del consumo de cigarrillos y en cambiar la actitud de la gente joven respecto al tabaquismo (Paxman and Zucherman, 1987).

Early sexual activity among adolescents of both sexes is a social fact of the times. The complications of this behavior can have profound physical (e.g. pregnancy, sexually transmitted diseases [STD]), mental (e.g. depression, alienation, suicide), and social (e.g. inability to continue school) consequences for adolescents, particularly for women, which can hamper their chances for human development. Yet, young people in the Region often face barriers to obtaining the means to prevent pregnancy or treat STDs because of social norms, financial barriers, lack of confidentiality, insufficient knowledge and lack of adequate services. Although the average age of marriage in Latin America and the Caribbean is 22, a significant portion of the adolescent population is married. The rates of marriage among young people vary greatly throughout the Region. Overall 17 percent of the female population between the ages of 15 and 19 have been married (PRB, 1994) (See Figure 5).

Figure 5: Teenage Marriages as a Percentage of Total Marriages, by sex in selected countries, 1989-1993

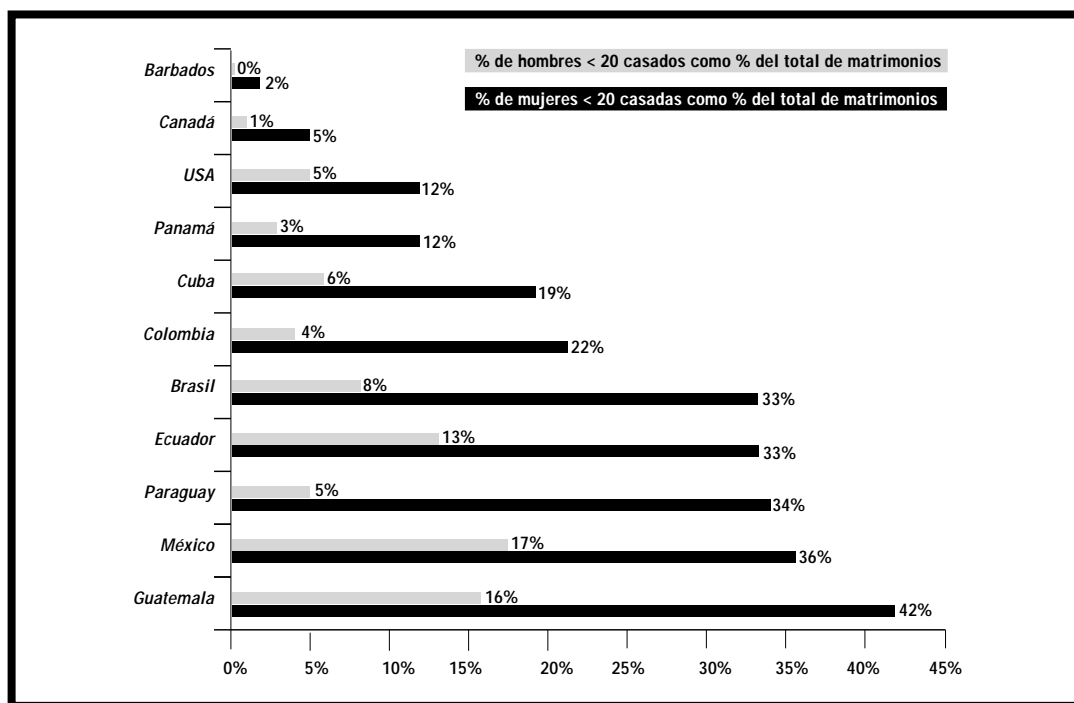


Source: United Nations Demographic Yearbook, 1994a.

Unintended pregnancy and early childbirth place health risks on the pregnant adolescent and her children and diminish opportunities for education and economic security. Restraints to preventing unintended pregnancy are often reinforced by policies that limit access to reproductive services and contraception for young women. In Jamaica, more than three-quarters of all births among women ages 15 to 24 are either premature or unwanted. Each year 8 percent of the population between the ages of 15 and 19 in the Region give birth (PRB, 1994). In many countries the rate of teenage pregnancy has increased over the past 25 years (See Figure 6).

La actividad sexual precoz entre adolescentes es un hecho social de nuestros tiempos. Las complicaciones que surgen de ese comportamiento, especialmente para las mujeres, pueden tener profundas consecuencias físicas (por ej. embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS), mentales (por ej., depresión, alienación, suicidio) y sociales (por ej., inhabilidad de continuar en la escuela), y pueden dificultar sus posibilidades de desarrollo humano. Sin embargo, la gente joven de la Región frecuentemente enfrenta barreras en la obtención de medios para prevenir embarazos o tratar las ETS, debido a normas sociales, limitaciones financieras, falta de confidencialidad, conocimiento insuficiente y falta de servicios adecuados. A pesar de que la edad promedio de matrimonio en América Latina y el Caribe es de 22 años, una proporción significativa de la población adolescente es casada y las tasas de matrimonio entre la gente joven varían. En promedio, 17% de la población de mujeres de entre 15 y 19 años son casadas (PRB, 1994) (ver el gráfico 5).

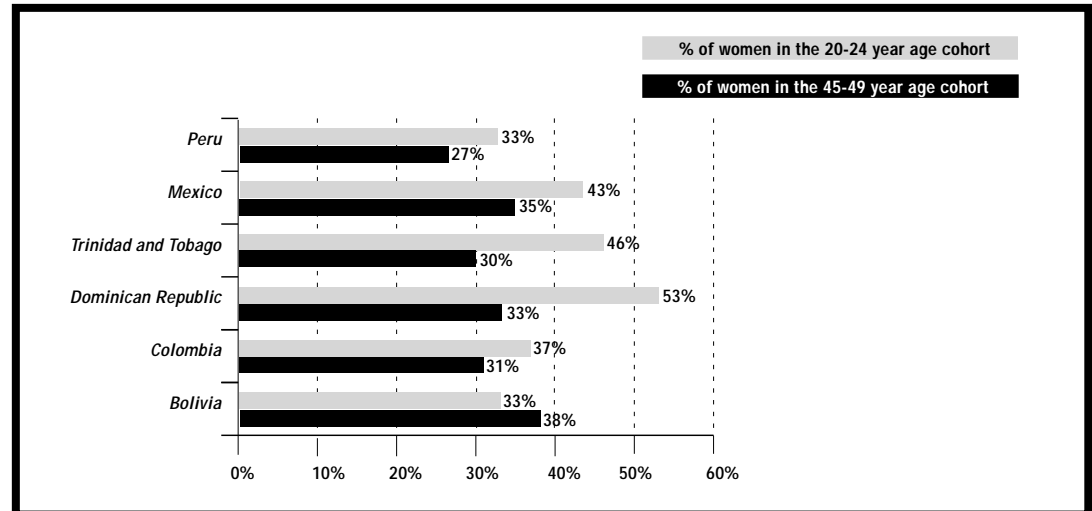
Gráfico 5: Matrimonios de adolescentes como porcentaje de los matrimonios totales, según sexo en países seleccionados, 1989-1993



Fuente: Anuario demográfico de las Naciones Unidas. 1994a.

Los embarazos no deseados y los partos prematuros ponen en riesgo a la adolescente embarazada y a sus hijos, y disminuyen las oportunidades de educación y seguridad económica. Las restricciones a la prevención de embarazos no deseados son frecuentemente reforzadas por políticas que limitan el acceso a servicios reproductivos y de anticoncepción a las jóvenes. En Jamaica, más de tres cuartos de todos los partos de mujeres de entre 15 y 24 años son prematuros o no deseados. Cada año, 8% de la población de la Región, de entre los 15 y 19 años, da a luz (PRB, 1994). En muchos países, la tasa de embarazos de la adolescente ha aumentado en los últimos 25 años (ver el gráfico 6).

Figure 6: Percentage of Women Giving Birth Before Age 20 in Two Age Cohorts in selected Latin America and Caribbean countries, 1987-1993



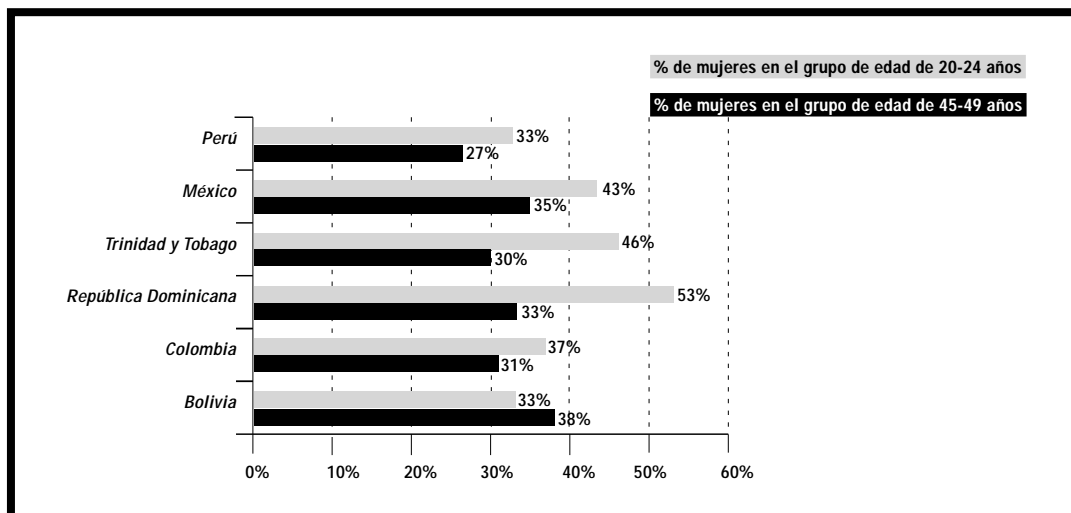
Source: Demographic and Health Surveys, 1987-1993.

Early sexual activity puts the adolescent population at a greater risk of sexually transmitted diseases (STDs), including HIV/AIDS. According to a report from WHO's Global Programme on AIDS young people below the age of 25 account for one-half of all HIV infections world-wide, with those between the ages of 20 and 24 having the highest rates, followed by those between the ages of 15 and 19 (WHO, 1994a). Estimates of the number of living HIV-infected adults in mid-1994 was 800,000 in North America and 1,500,000 in Central and South America and the Caribbean, or 2.3 million in the Region of the Americas (WHO, 1994c). Risk factors, including cultural norms, lack of education and the presence of other sexually transmitted diseases are affecting youth throughout the Latin America and Caribbean Region. For example, in some countries the practice exists of having a prostitute as a young man's first sexual partner. Additionally, it has been shown that if one partner has another sexually transmitted disease, HIV transmission is 3 to 5 times greater for both partners (PRB, 1996).

Early sexual activity and low educational attainment combine to result in higher birth rates. For example, comparisons between the percentage of women ages 15 to 19 who have given birth increases as their education decreases (See Figure 7).

Primary and secondary education has increased throughout Latin America and the Caribbean. From 1990 to 1995, 73 percent of the population in the Region completed grade 5, with 45 percent of males and 49 percent of females enrolled in secondary education (UNICEF, 1997). These percentages are similar to the averages estimated in other developing regions. According to UNICEF, 75 percent of the population residing in developing countries completed grade 5 with 51 percent of men and 41 percent of women enrolled in secondary education (UNICEF, 1997). These averages, however, can be misleading in regards to specific countries. Although rates of secondary education enrollment are increasing throughout the Region of the Americas, some countries are doing much better than others (See Figure 8). Regional estimates tend to overstate the percentage of adolescents enrolled in school in many areas. This is a result of very high enrollment in countries such as the United States and Canada. For instance, in Central America only 51 percent of the males and 52 percent of the

Gráfico 6: Porcentaje de mujeres que dan a luz antes de los 20 años en dos grupos de edad en países seleccionados de Latinoamérica y el Caribe, 1987-1993



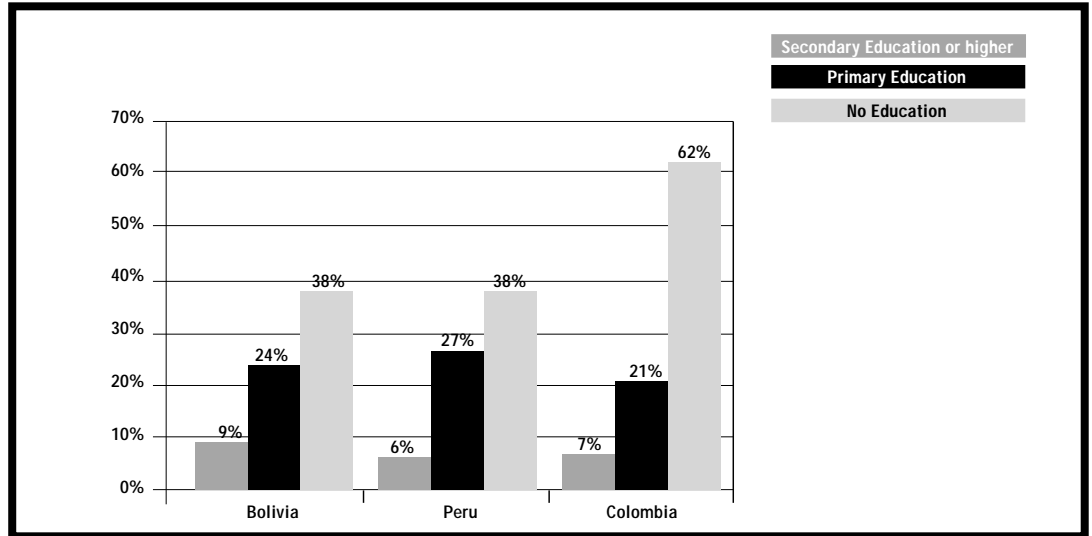
Fuente: DHS, Encuestas demográficas y de salud, 1987-1993.

La actividad sexual precoz expone ampliamente a la población adolescente al mayor peligro de las ETS, incluyendo el VIH-SIDA. De acuerdo a un informe del Programa Mundial del SIDA de la OMS, la gente joven de menos de 25 años representa la mitad de todos los infectados con VIH que existen en el mundo, y aquellos de entre 20 y 24 años de edad tienen las tasas más elevadas, seguidos de aquellos entre 15 y 19 años (OMS, 1994a). La estimación del número de adultos infectados con el VIH a mediados de 1994 era de 800.000 en Norteamérica, y de 1.500.000 en Centro y Sudamérica y el Caribe, ó 2,3 millones en la Región de las Américas (OMS, 1994c). Factores de riesgo, incluyendo normas culturales, falta de educación y la presencia de otras ETS, están afectando a la juventud en toda la América Latina y el Caribe. Por ejemplo, en algunos países se da la práctica de que el primer contacto sexual de un hombre sea con una prostituta. Además, se ha demostrado que si un miembro de la pareja tiene alguna otra ETS, la transmisión del VIH es de 3 a 5 veces mayor que si no la tuviera (PRB, 1996).

La actividad sexual precoz y un bajo nivel educacional combinados resultan en elevadas tasas de natalidad. Por ejemplo, las comparaciones muestran que el porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años de edad que han dado a luz aumenta a medida que el nivel educacional disminuye (ver el gráfico 7).

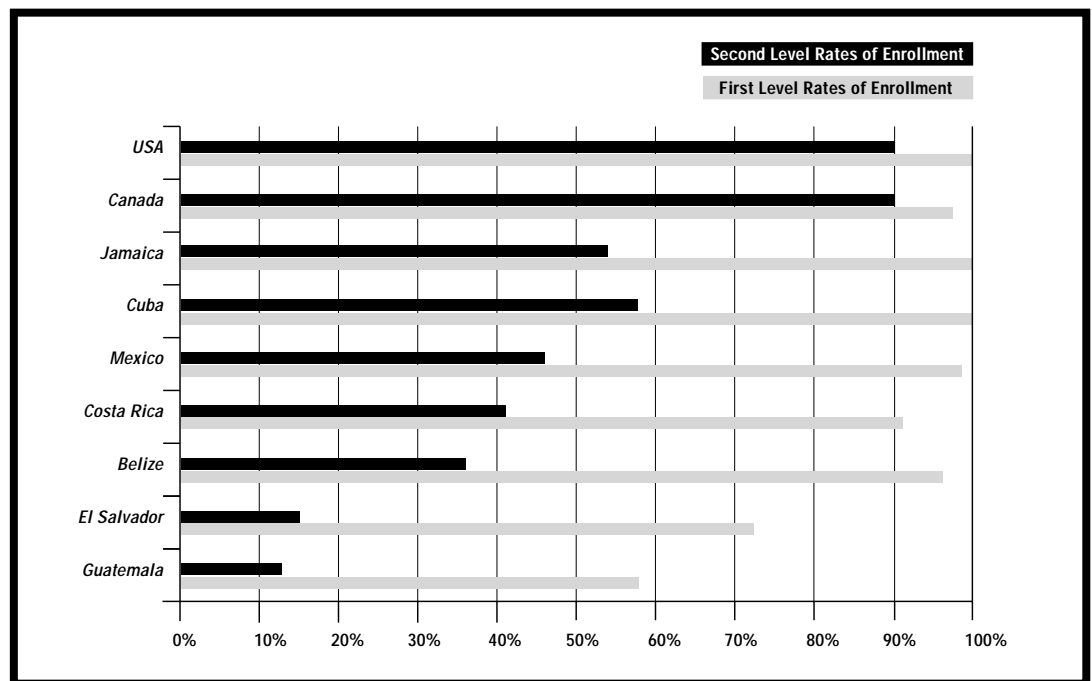
La educación primaria y secundaria ha aumentado en la América Latina y el Caribe. Entre 1990 y 1995, 73% de la población de la Región había completado el 5o grado, con 45% de los hombres y 49% de las mujeres matriculados en educación secundaria (UNICEF, 1997). Estos porcentajes son similares a los promedios estimados en otras regiones en desarrollo. De acuerdo al UNICEF, 75% de la población de los países en desarrollo ha terminado el 5o grado con 51% de los hombres y 41% de las mujeres matriculados en educación secundaria (UNICEF, 1997). Estos promedios, sin embargo, pueden ser engañosos en el caso de países específicos. A pesar de que las tasas de matrícula en la secundaria están aumentando en la Región de las Américas, algunos países registran un progreso mucho mayor que otros (ver el gráfico 8). Las estimaciones regionales tienden a

Figure 7: Percentage of Women age 15 - 19 who Have Given Birth, by Level of Education in selected Latin American countries, 1987-1993



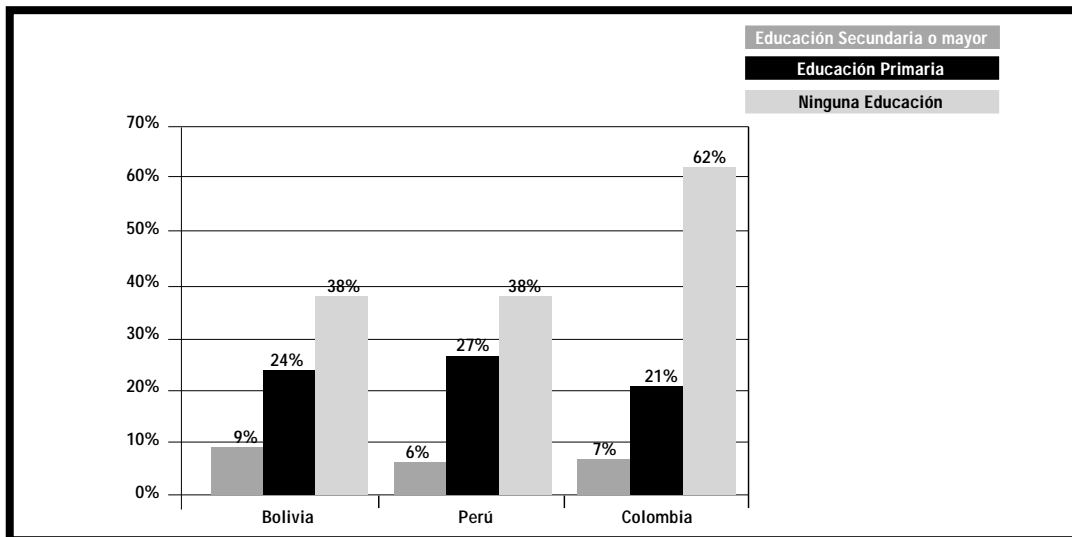
Source: Demographic and Health Surveys %, 1987 - 1993.

Figure 8: Rates of 1st and 2nd Level Education Enrollment as a percentage of corresponding age groups in selected countries, 1996



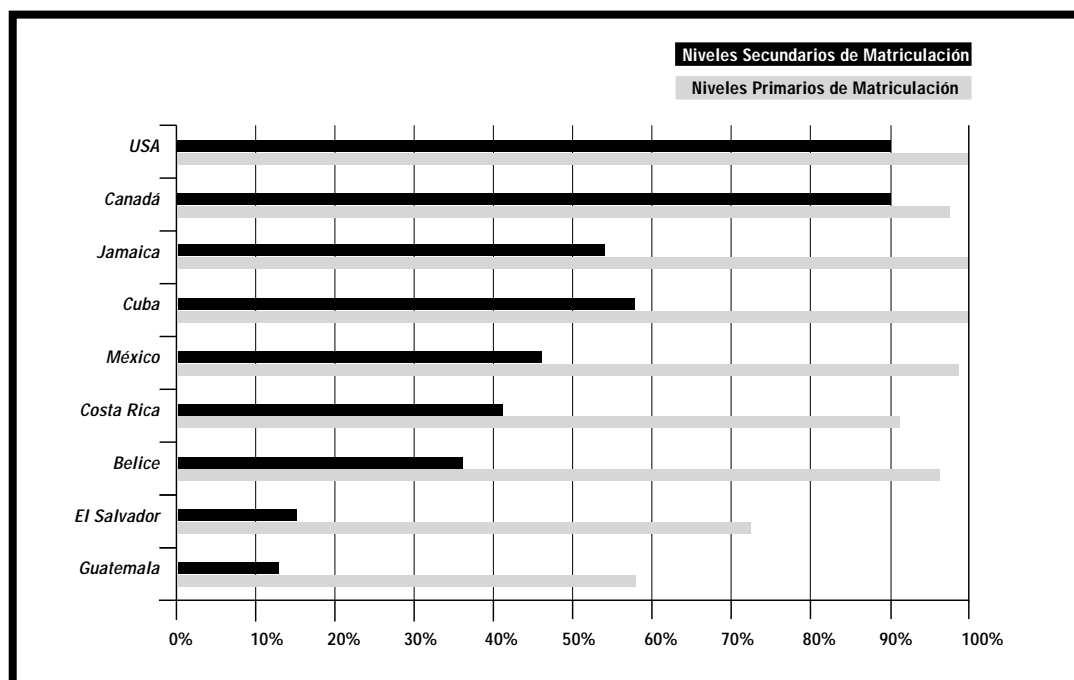
Source: UNESCO Statistical Yearbook, 1996

Gráfico 7: Porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que han dado a luz según nivel de educación en países seleccionados de América Latina, 1987-1993



Fuente: DHS, Encuestas demográficas y de salud, 1987 - 1993.

Gráfico 8: Tasas de matrícula en educación primaria y secundaria como porcentaje del grupo de edad correspondiente en países seleccionados, 1996



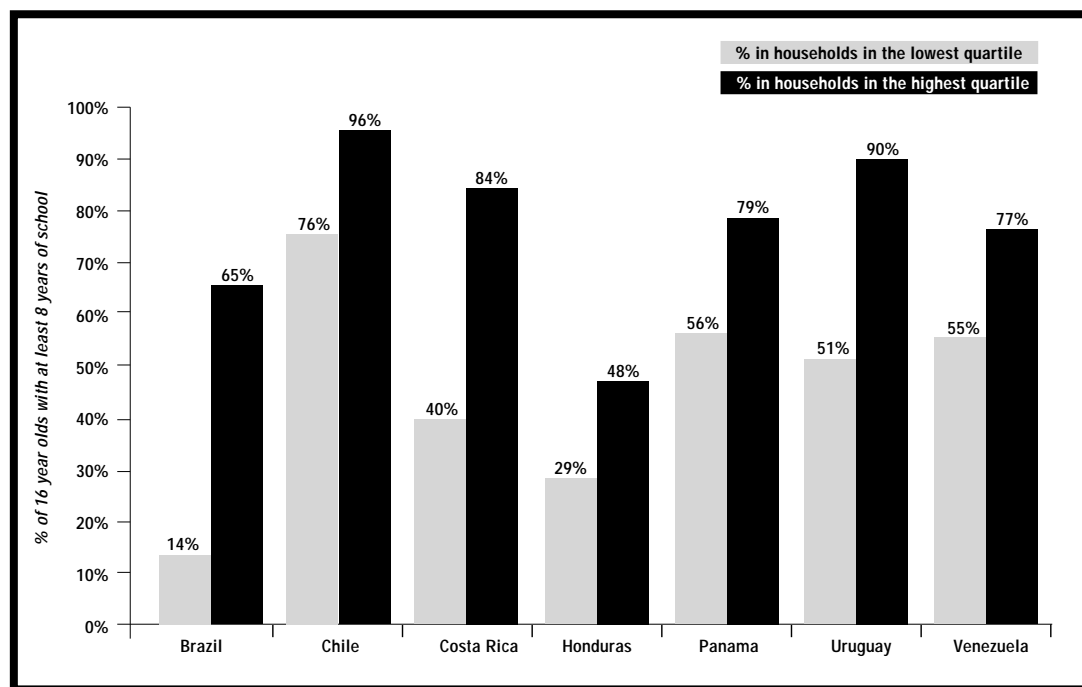
Fuente: UNESCO, Anuario estadístico, 1996.

females in the same age group are enrolled in secondary education, while in North America 99 percent of the males and 98 percent of the females are enrolled in secondary education (PRB, 1996).

In addition to the relationship between education and births, there exists a correlation between educational attainment and income in the Region. This can be seen by comparing the number of 16 year olds who have completed at least 8 years of school in the highest income quartile with those in the lowest income quartile (See Figure 9). Some education policies can lead to these educational disparities. For example, financial requirements for fees, materials, and uniforms often create barriers for low-income children to attend school. Another economic barrier to education includes the need for many adolescents to be economically active to help support the family needs or household enterprise. Although working can beneficially contribute to an adolescent's sense of self-worth, a job that interferes with the schooling, recreation, or rest needed during puberty can be hazardous to the healthy development of the individual and places youth at unnecessary risk.

Apprenticeships and vocational training can be important mechanisms for adolescents and youth to achieve financial security. But, there is little information on the kind and amount of work being completed by people of all ages, especially for children and adolescents. It has been estimated that up to one-half of all teenagers between the ages of 15 and 19 are economically active (See Figure 10).

Figure 9: Educational Attainment by Level of Income
the percentage of 16 yr. olds with at least 8 years of schooling in selected Latin America and Caribbean countries, 1987-1993

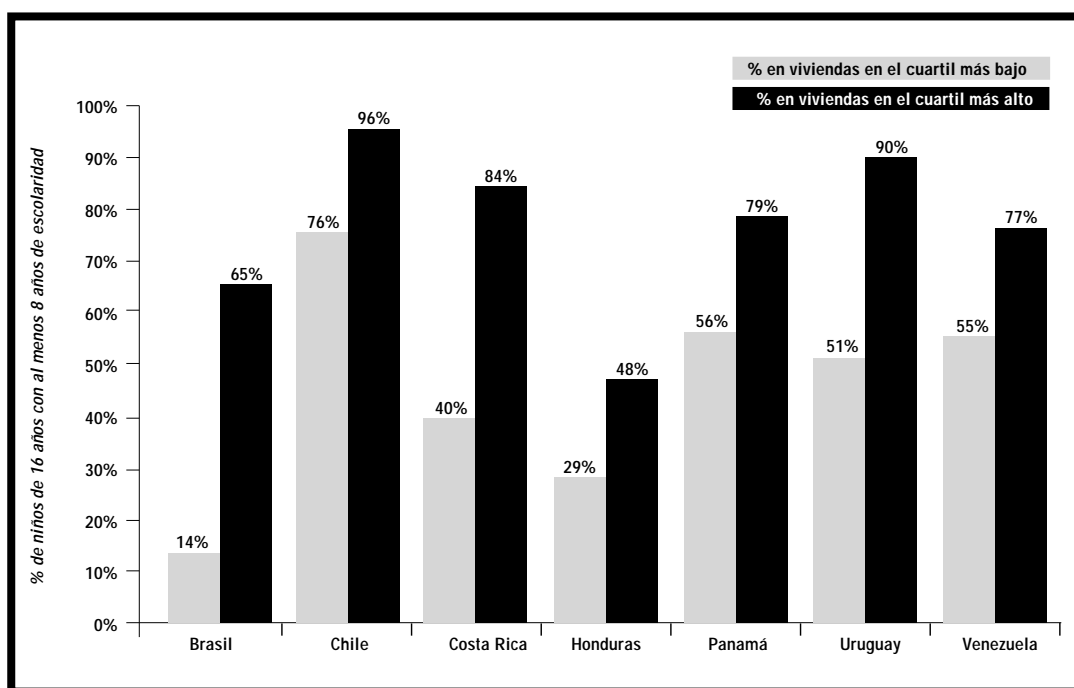


Source: ECLAC, 1994.

sobrestimar el porcentaje de adolescentes matriculados en las escuelas de muchas áreas. Esto se debe al alto grado de matriculación registrado en países como EE.UU. y Canadá. Por ejemplo en América Central, sólo 51% de los hombres y 52% de las mujeres del mismo grupo de edad están matriculados en la educación secundaria, mientras que en América del Norte 99% de los hombres y 98% de las mujeres están matriculados en la secundaria (PRB, 1996).

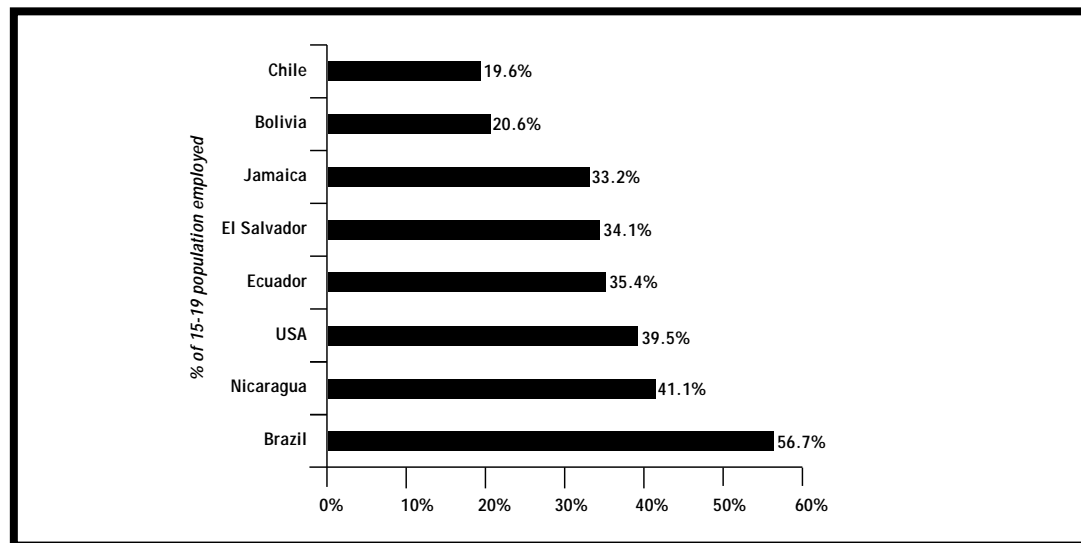
Además de la relación existente entre educación y nacimientos, en la Región también existe una correlación entre el nivel educacional alcanzado y los ingresos. Este se puede verificar comparando el porcentaje de niños de 16 años que han cursado por lo menos 8 años de escuela del grupo de ingresos más altos, con aquellos del grupo de ingresos más bajos (ver el gráfico 9). Algunas políticas educacionales pueden crear estas disparidades. Por ejemplo, los requisitos financieros para matrículas, materiales y uniformes, a menudo crean barreras que dificultan que los niños de pocos ingresos vayan a la escuela. Otra barrera económica de la educación es la necesidad que tienen muchos adolescentes de ser económicamente activos para ayudar a mantener a la familia o para contribuir en la empresa familiar. Aunque trabajar puede contribuir positivamente a mejorar la valoración de sí mismo, un trabajo que interfiere con la educación, la recreación o el descanso, necesarios durante la pubertad, puede ser peligroso para el desarrollo saludable y expone a los jóvenes a riesgos innecesarios.

Gráfico 9: Nivel educacional según el nivel de ingresos
porcentaje de niños de 16 años con al menos 8 años de escolaridad en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1987-1993



Fuente: CEPAL, 1994.

Figure 10: Percent of Economically Active Adolescents, ages 15 - 19 in selected countries, 1993



Source: International Labor Organization, 1993

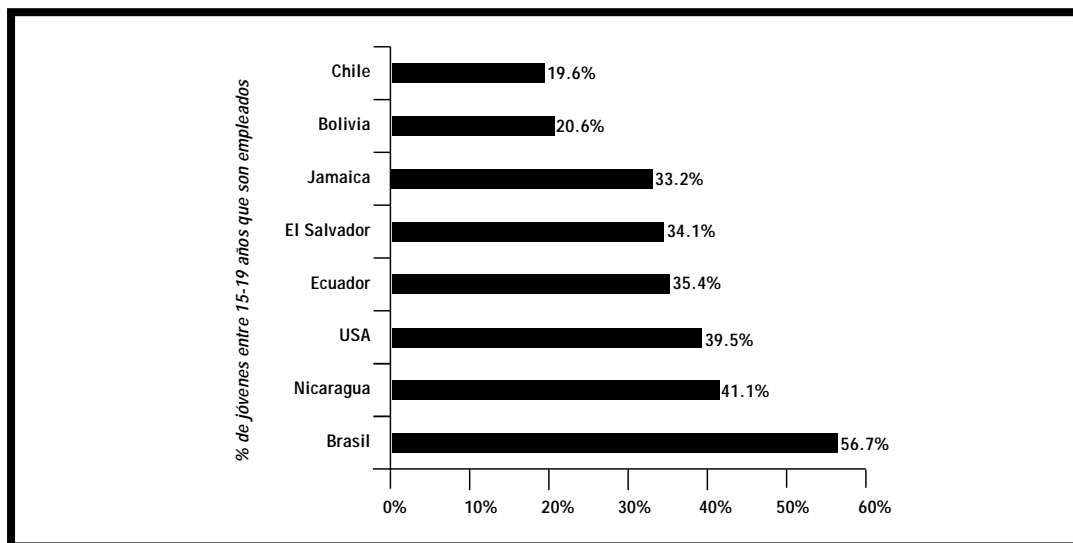
By and large only a small portion of child and adolescent workers are involved in the formal sector, with the vast majority working for their family in the home, fields or in the streets (UNICEF, 1997), or sometimes in micro-enterprises.

Income disparity, inequality and poverty affect particularly the health and human development of young people. In the Latin America and Caribbean Region, the lowest 40 percent of the population share 10 percent of the total regional income while the highest 20 percent of the population shares 61 percent (UNICEF, 1997). This disparity is much greater in some countries than in others. Figure 11 shows this large income disparity in countries such as Brazil, Guatemala, and Panama. For example, in Brazil for each dollar of income held by the poorest 20 percent of the population, the wealthiest 20 percent of population has 32.1 dollars. Additionally, throughout the Region 18 percent of the urban population and 48 percent of the rural population is living in absolute poverty (UNICEF, 1997). In countries such as Haiti, Guatemala, and Bolivia the number of households living in poverty is even higher. In Haiti and Guatemala it is estimated that 80 percent of the population is living in poverty and in Bolivia 70 percent lives in poverty (See Figure 12).

The ability for both young men and young women to achieve financial security whether through formal employment or informal enterprises is greatly influenced by their educational level, their health status and their social situation, including factors such as whether they already are head of the household or their degree of participation in community resources and decisions.

It is evident from the data, albeit limited, that has been presented that to improve young people's health and to maximize their opportunities to achieve human development, a comprehensive approach to the health and human development of young people is needed. Such an approach places youth within the socio-economic and cultural context of their families, neighborhoods,

Gráfico 10: Porcentaje de adolescentes económicamente activos, de 15 a 19 años en países seleccionados, 1993



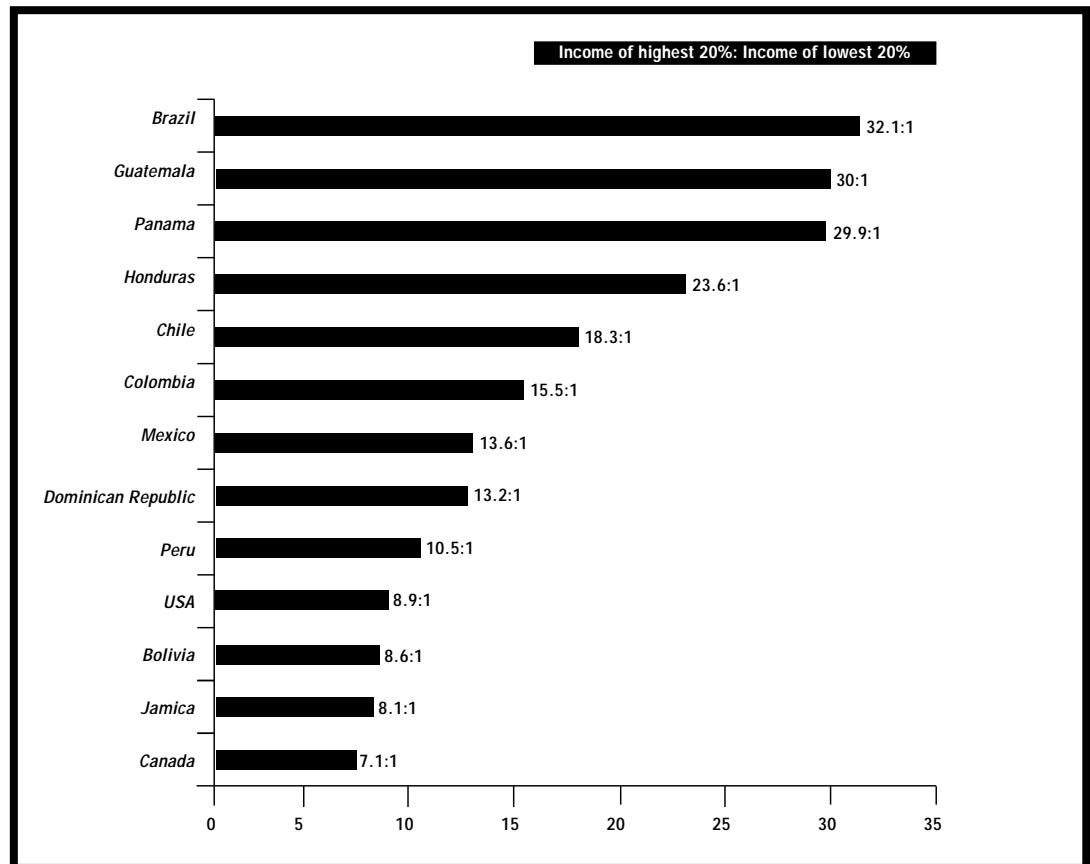
Fuente: Organización Internacional del Trabajo, 1993.

La preparación para el trabajo y la capacitación vocacional pueden ser mecanismos importantes para que los adolescentes y jóvenes alcancen seguridad financiera. Pero hay poco material de consulta sobre el tipo y la cantidad de trabajo realizado por gente de todas las edades, especialmente sobre niños y adolescentes. Se ha estimado que la mitad de los adolescentes de entre 15 y 19 años de edad son económicamente activos (ver el gráfico 10). En general, sólo una pequeña proporción de los trabajadores infantiles y adolescentes trabajan en el sector formal, y la gran mayoría trabajan para su familia en el hogar, en el campo, y en la calle (UNICEF, 1997) o, a veces, en microempresas.

Las disparidades de ingreso, la desigualdad y la pobreza, afectan particularmente la salud y el desarrollo humano de la gente joven. En la Región de América Latina y el Caribe, 40% de la población de ingresos más bajos participa de un 10% del ingreso regional total, en tanto que 20% de la población con ingresos más altos participa de un 61% del ingreso total (UNICEF, 1997). Esta disparidad es mucho mayor en algunos países que en otros. El gráfico 11 muestra las grandes disparidades de ingreso que hay en países como Brasil, Guatemala y Panamá. Por ejemplo, en el Brasil, por cada dólar de ingreso obtenido por el 20% más pobre de la población, el 20% más rico de la población obtiene 32,1 dólares. Además, en la Región 18% de la población urbana y 48% de la población rural viven en la pobreza absoluta (UNICEF, 1997). En países como Haití, Guatemala y Bolivia, el número de hogares que viven en la pobreza es aun mayor. En Haití y Guatemala se estima que 80% de la población vive en pobreza y, en Bolivia, 70% vive en la pobreza (Ver el gráfico 12).

La habilidad de los hombres y mujeres jóvenes para lograr seguridad financiera mediante empleos formales o empresas de la economía "informal" está fuertemente influida por su nivel educacional, su condición de salud y su situación social, incluyendo factores como si son jefes de familia o el grado de participación en los recursos y decisiones comunitarios.

Figure 11: Income Disparity
the ratio of the income of the highest 20 percent of the population to the lowest 20 percent in selected countries

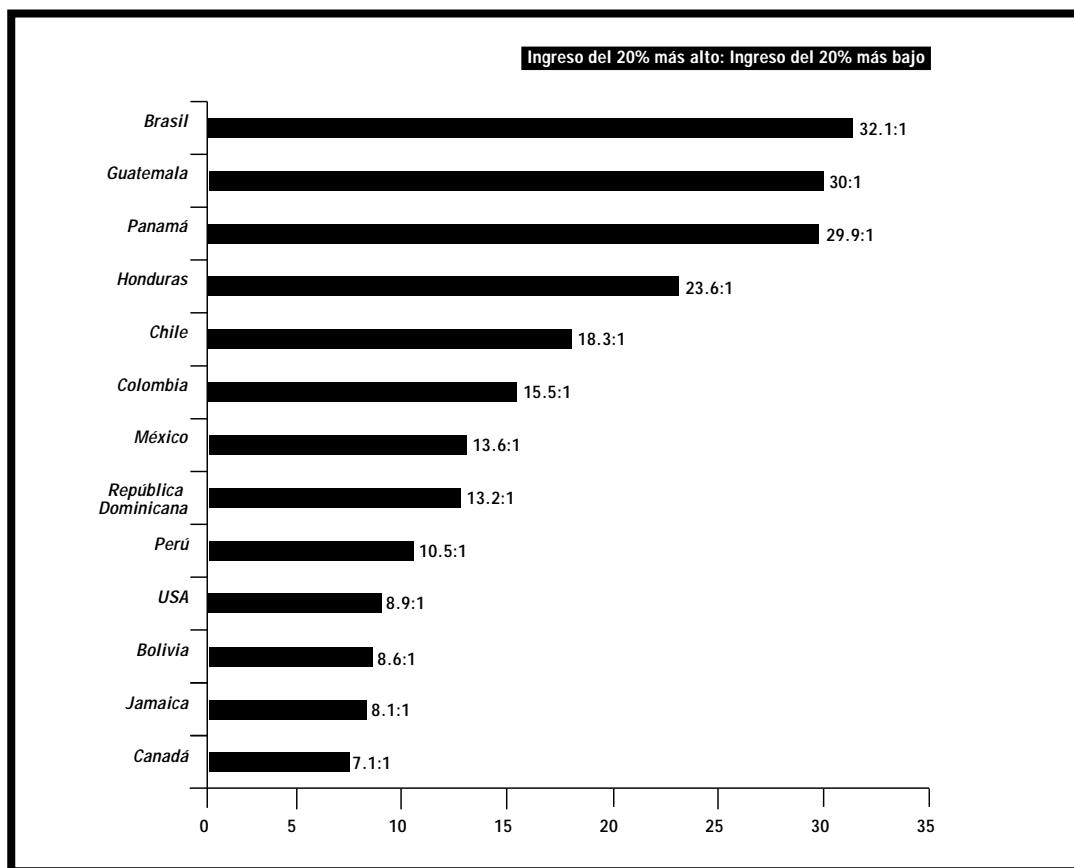


Source: UNDP, 1996.

schools, and communities. It addresses the prevalent national political environment and the extent to which the political and policy structure allows for youth participation. It also suggests preventive, protective, promotive and educational services that respond to the health needs of youth and their particular needs for counseling, peer support and recreation. A disease-based and problem-specific approach has little effect on the overall human development of adolescents and carries a very high economic cost (Blum, 1996). A comprehensive approach can provide for the needs of young people through “youth friendly” health and social services and an enabling policy environment for adolescents and youth.

Addressing the social, economic, health and political situation facing adolescents and involving local leaders in the policy-making process can lead to more relevant laws and policies. These actions would increase access to appropriate information and enhance the quality, appropriateness and availability of health and social services for adolescents and youth. Even when health is the primary focus of adolescent initiatives, the need for young people to receive formal education and vocational training, earn a living, and participate in social networks suggest the need for multi-disciplinary and inter-sectoral collaboration for health and human development.

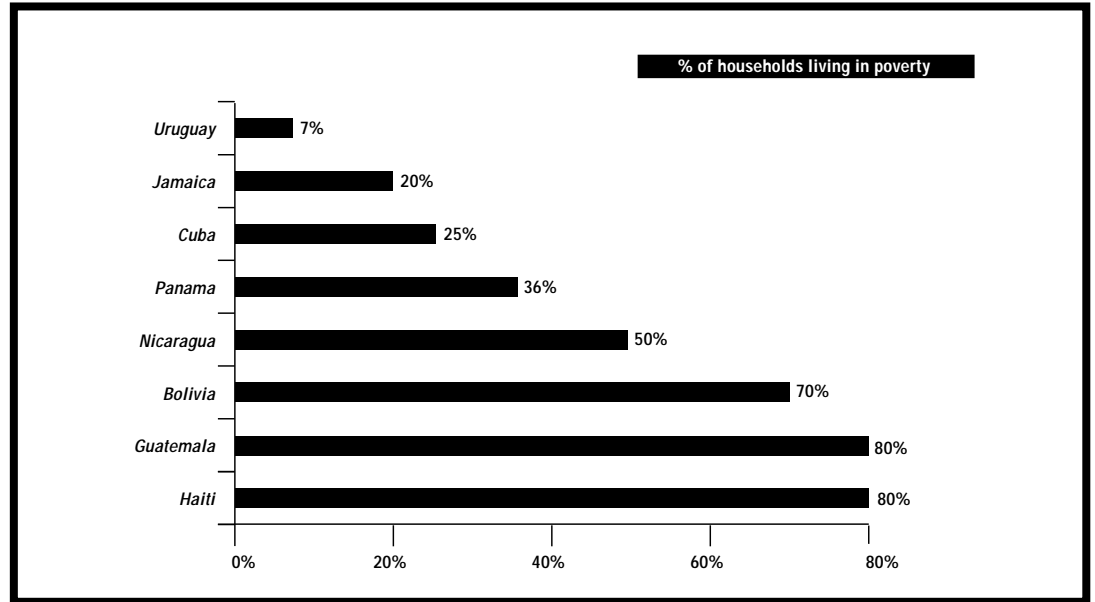
Gráfico 11: Desigualdad de ingreso
relación de ingreso del 20% más alto de la población con el 20 % más bajo en países seleccionados, en dólares de EE.UU.



Fuente: PNUD, 1996.

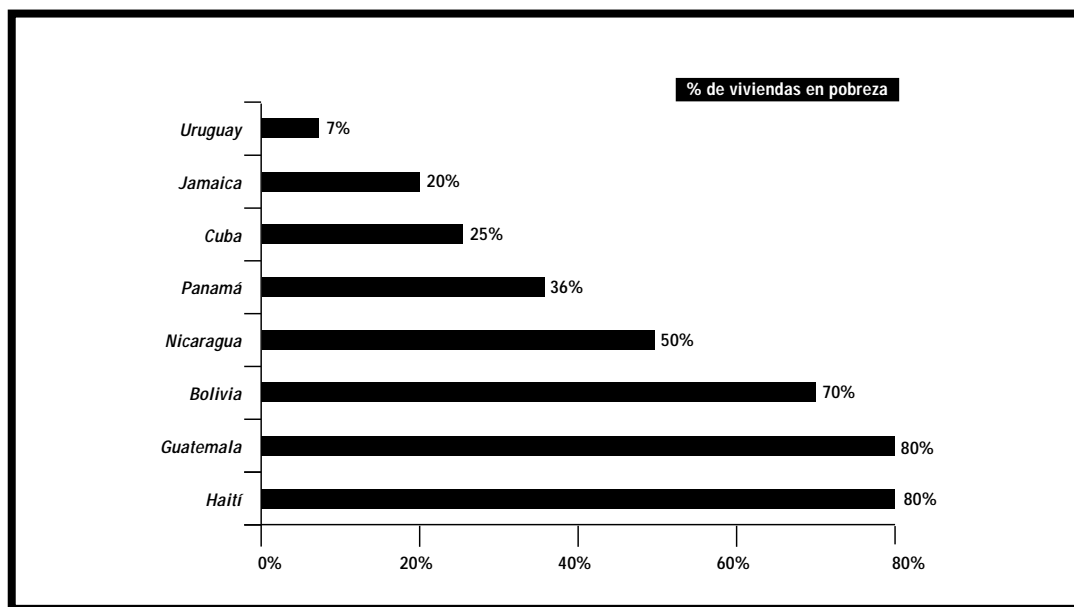
Es evidente que, según los datos que se han presentado, y a pesar de sus limitaciones, para mejorar la salud de los jóvenes y maximizar sus oportunidades de alcanzar el desarrollo humano, se requiere un enfoque global hacia la salud y el desarrollo humano de los jóvenes. Ese enfoque pone a la juventud en el contexto socio-económico y cultural de sus familias, vecindarios, escuelas y comunidades. El enfoque aborda el ambiente de políticas nacionales y la medida en que la estructura política y de las políticas permite la participación de la juventud. Asimismo, sugiere servicios preventivos, protectores, promocionales y educacionales que responden a las necesidades de salud de la juventud, y a sus necesidades específicas de orientación, apoyo de sus pares y recreación. Un enfoque basado en el combate contra las enfermedades y los problemas concretos tiene poco efecto sobre el desarrollo humano global de los adolescentes y conlleva un muy alto costo económico (Blum, 1996). Un enfoque integral puede satisfacer las necesidades de la gente joven mediante servicios de salud y servicios sociales amigables y mediante un ambiente de políticas habilitadoras para los adolescentes y la juventud.

Figure 12: Household Poverty
in selected countries, 1994-1995



Source: ECLAC, 1996

Gráfico 12: Porcentaje de hogares pobres de países seleccionados en países seleccionados, 1994-1995



Fuente: CEPAL, 1996

Abordar la situación social, económica, de salud y política que enfrentan los adolescentes, e integrar a los líderes locales en el proceso de ejecución de políticas puede resultar en leyes y políticas más relevantes que aumenten el acceso a información apropiada y que mejoren la disponibilidad, calidad e idoneidad de los servicios de salud y los servicios sociales para adolescentes y jóvenes. Aunque la salud sea el enfoque primario de las iniciativas orientadas hacia los adolescentes, la necesidad de la gente joven de recibir educación formal y capacitación vocacional, de ganarse la vida y participar en las redes sociales, entraña la necesidad de colaboración multidisciplinaria e intersectorial para asegurar la salud y el desarrollo humano.

PART II. CONCEPTUAL FRAMEWORK

A. THE HEALTH-DEVELOPMENT LINK

The health of adolescents is a measure of the socio-economic status of a country and its commitment to human development. Building on the work of the GW Center for International Health's "health-development link" since 1989 and supported by PAHO's Strategic and Programmatic Orientations 1998-2001, and the lines of action of PAHO's Adolescent Health Program, this document proposes a conceptual model for adolescent health policy and programs. The conceptual framework, the "health-development link" has guided the design, implementation and interpretation of this policy analysis effort.

A "conceptual model" or "conceptual framework" is made up of concepts or words that describe phenomena and propositions or statements that describe the relationship between the concepts. A conceptual framework is defined as "a set of concepts and the statements that integrate them into a meaningful configuration" (Fawcett, 1984 p.2). The utility of conceptual models reside in their providing an organization for thinking, for observing, and for interpreting what has been observed. Conceptual frameworks also provide direction for inquiry, and point out solutions to practical problems. The development of conceptual models is not the result of an abstract, academic exercise. Rather, conceptual frameworks evolve from empirical observations of and insights into phenomena, represent a synthesis of several concepts, and build on established disciplines.

Beginning in the late 1970's, the World Health Organization brought to the forefront the vital relationship that exists between health and development. The Alma-Ata Conference and its Declaration emphasized that development involves a progressive improvement in the living conditions and quality of life enjoyed by society and shared by its members (WHO/UNICEF, 1978). The relationship between health and development has been validated by empirical observations. For example, it has been shown that income cannot rise among the poor if there are no accompanying improvements in their health status, while increased income alone does not automatically lead to improved health status (UNDP, 1992; WHO, 1991; World Bank, 1993). Although the concepts of health in development and development in health are not new, the importance of managing explicitly the health-development link has only recently been recognized.

The health-development link is defined as "an integral conceptual framework that encompasses the study of the impact of health on development, the impact of development on health, and the determinants, mechanisms, attributes and consequences of these relationships (Rodriguez-Garcia and Chandra, 1991)." The link asserts that health ought to be an essential objective of development and places health at the core of social, economic, political, and human development, thereby suggesting economic growth is not the only purpose or measure of development.

The health-development link proposes an inter-sectoral and multi-disciplinary approach to health and human development, while maintaining that any separation in the goals for economic and social development and for health and well-being impedes the progress of human development. The link asserts that human development be the goal and health and economic activities the means for development at the national and local levels (Rodriguez-Garcia, Macinko, and Waters, 1996). In this way health and development programs and policies have a shared goal of improving the quality of life for individuals and families (Rodriguez-Garcia and Goldman, 1994).

SECCION II. MARCO CONCEPTUAL

A. EL VÍNCULO SALUD-DESARROLLO

La salud de los adolescentes es una medida del nivel socio-económico de un país y su compromiso con el desarrollo humano. Aprovechando el trabajo hecho por el Centro Internacional para la Salud de GW desde 1989 sobre el vínculo salud-desarrollo, y apoyado por las Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1998-2001 y las líneas de acción del Programa de Salud del Adolescente de la OPS, este trabajo propone un modelo conceptual para las políticas y los programas de salud sobre el adolescente. El marco conceptual, el “vínculo salud-desarrollo”, ha guiado el desarrollo, la aplicación y la interpretación de este esfuerzo de análisis de políticas.

Un modelo conceptual, o marco conceptual, está constituido por conceptos o palabras que describen fenómenos y proposiciones o aseveraciones que trazan la relación existente entre los conceptos. Un marco conceptual se define como un conjunto de conceptos y aseveraciones que los integra en una configuración significativa (Fawcett, 1984 p.2). La utilidad de los modelos conceptuales reside en que proveen una estructura para pensar, observar e interpretar lo que ha sido observado. Los marcos conceptuales también proponen una dirección para la investigación y plantean soluciones a problemas prácticos. El desarrollo de modelos conceptuales no es el resultado de ejercicios académicos abstractos. Por el contrario, evolucionan sobre la base de la observación empírica y la percepción de fenómenos, representan una síntesis de varios conceptos, y se basan en disciplinas establecidas.

Comenzando hacia fines de los años 70, la OMS enfatizó la relación vital que existe entre salud y desarrollo. La conferencia de Alma-Ata y la declaración que de ella emanó recalcaron que el desarrollo mejoramiento progresivo en las condiciones de vida y en la calidad de vida de la que goza y comparte la sociedad (OMS/UNICEF, 1978). La relación existente entre salud y desarrollo también ha sido validada por la observación empírica. Por ejemplo, se ha demostrado que el ingreso de los pobres no puede aumentar si no hay mejoramientos paralelos en su estado de salud, y que los aumentos de ingreso no se traducen automáticamente en mejores condiciones de salud (PNUD, 1992; OMS, 1991; Banco Mundial, 1993). A pesar de que los conceptos de la salud en el desarrollo y desarrollo en salud no son nuevos, la importancia de administrar explícitamente el vínculo salud-desarrollo fue reconocido sólo recientemente.

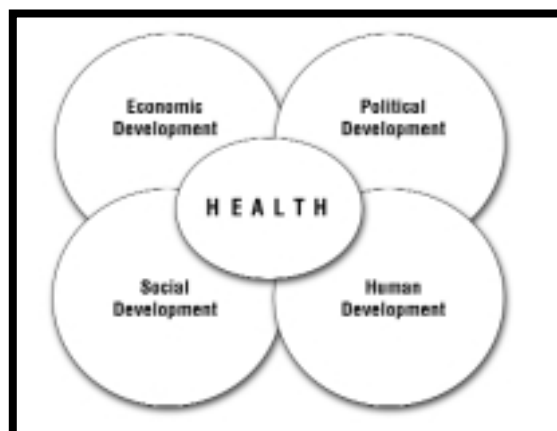
El vínculo salud-desarrollo se define como un marco conceptual integral que incluye el estudio del efecto de la salud en el desarrollo, el efecto del desarrollo en la salud, y los determinantes, mecanismos, atributos y consecuencias de estas relaciones (Rodríguez-García y Chandra, 1991). El vínculo afirma que la salud debe ser un objetivo esencial del desarrollo, y da a entender que el crecimiento económico no es el único objetivo ni la única medida del desarrollo.

El vínculo salud-desarrollo propone un enfoque intersectorial y multidisciplinario para con la salud y el desarrollo humano, y sostiene que cualquier separación de la metas de desarrollo económico y social, y de salud y bienestar impide el progreso del desarrollo humano. El vínculo asevera que el desarrollo humano es la meta y que las actividades en salud y economía son los medios para el desarrollo a nivel nacional y local (Rodríguez-García, Macinko, y Waters, 1996). De esta forma, los programas y las políticas de salud y desarrollo tienen la meta común de mejorar la calidad de vida de las personas y las familias (Rodríguez-García y Goldman, 1994).

By broadening the definitions for health and development, a more comprehensive picture of the fundamental, underlying interaction between health, development, and economic growth can be illustrated. For these purposes the health-development link has been developed and operationalized on the basis of several definitions. First, health is defined in accordance with the World Health Organization's definition as "the state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or disability (WHO/UNICEF, 1978)," and includes the important area of human rights. Socio-economic development is understood as the "process of improving the quality of life through changes that result in 1) higher standards of living, 2) increased purchasing power, 3) greater political participation, and 4) access to basic goods and services (Rodriguez-Garcia, 1997)." Finally, human development refers to not only increases in a nation's, or household's, income, but just as importantly to improvements in education and in health. The indicators of human development are education, income, and life expectancy (UNDP, 1992).

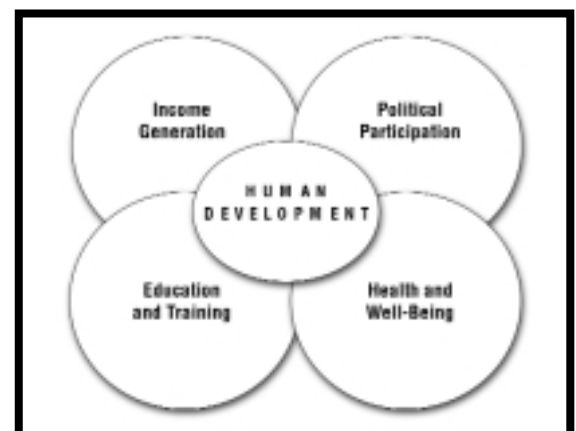
The health-development link presents the relationship between health and development at two levels. First at the macro, or national level, health is central to four spheres of development that include economic, social, political, and human development and is a building block for human development (See Figure 13). The underlying view is that health is central to the development process in all nations. At the micro, or individual level, human development is at the core of the inter-related areas of income generation, education and skills building, socio-political participation, and health and well-being (See Figure 14).

Figure 13: The Health-Development Link
Macro Level



Source: Rodriguez-Garcia and Goldman, 1994

Figure 14: The Health-Development Link
Micro Level



Source: Rodriguez-Garcia and Macinko, 1994

B. OPERATIONALIZING THE HEALTH-DEVELOPMENT LINK

For the purpose of this study, the health-development link has been adapted to youth health and human development. The conceptual framework establishes parameters for analyzing the legislative and policy environment for adolescent and youth health in the Region of Latin America and the Caribbean. It depicts youth human development as being affected by a combination of factors related to their health and well-being, employment and income capacity, education and skills devel-

Al ampliar la definición de salud y desarrollo se puede generar una visión más global de las relaciones fundamentales subyacentes en las interacciones entre salud, desarrollo y crecimiento económico. Para estos fines el vínculo salud-desarrollo ha sido desarrollado y operacionalizado sobre la base de varias definiciones. En primer lugar, salud se define de acuerdo con la definición de la OMS como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad o impedimentos físicos (OMS/UNICEF, 1978), e incluye la importante esfera de los derechos humanos. En segundo lugar, el desarrollo socio-económico se entiende como el proceso de mejorar la calidad de vida mediante cambios que resulten en 1) niveles de vida más altos, 2) aumentos en el poder adquisitivo, 3) mayor participación política, y 4) acceso a bienes y servicios básicos (Rodríguez-García, 1997). Por último, el desarrollo humano se refiere no sólo a aumentos en los ingresos de una nación o familia, sino, también, con igual importancia, a mejoramientos en educación y salud. Los indicadores de desarrollo humano son educación, ingreso y esperanza de vida al nacer (PNUD, 1992).

El vínculo salud-desarrollo presenta la relación existente entre salud y desarrollo en dos niveles. A nivel macro, o nacional, la salud es central en cuatro esferas de desarrollo que incluyen lo económico, lo social, lo político y el desarrollo humano, y es un factor para la construcción del desarrollo humano (ver el gráfico 13). El punto de vista subyacente en esa afirmación es que la salud es central al proceso de desarrollo de todas las naciones. A nivel micro, o individual, el desarrollo humano está en el centro de los ámbitos interrelacionados, de generación de ingresos, educación y desarrollo de habilidades, participación socio-política, y salud y bienestar (ver el gráfico 14).

Gráfico 13: El vínculo salud-desarrollo
nivel macro



Fuente: Rodríguez-García y Goldman, 1994

Gráfico 14: El vínculo salud-desarrollo
nivel micro



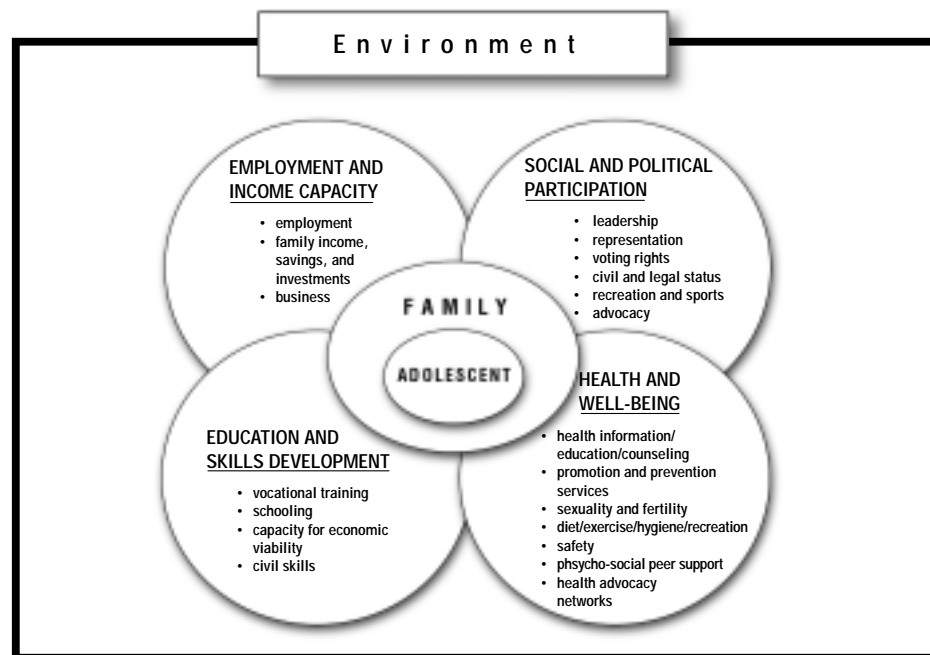
Fuente: Rodríguez-García y Macinko, 1994

B. OPERACIONALIZACIÓN DEL VÍNCULO SALUD-DESARROLLO

Para los fines de este estudio, el vínculo salud-desarrollo ha sido adaptado a la salud de los jóvenes y al desarrollo humano. El marco conceptual establece parámetros diseñados para analizar el ambiente legislativo y de políticas de la salud del adolescente y de los jóvenes de la Región de América Latina y el Caribe. Presenta el desarrollo humano como un proceso afectado por una com-

opment, and their social and political participation. The Link places adolescents within the context of their families and the surrounding environment. It further places adolescents and youth within a socio-economic and political context that makes the human development of youth, not only their health status, the central focus (See Figure 15).

Figure 15: The Health-Development Link
A Framework for Adolescent and Youth Health and Human Development



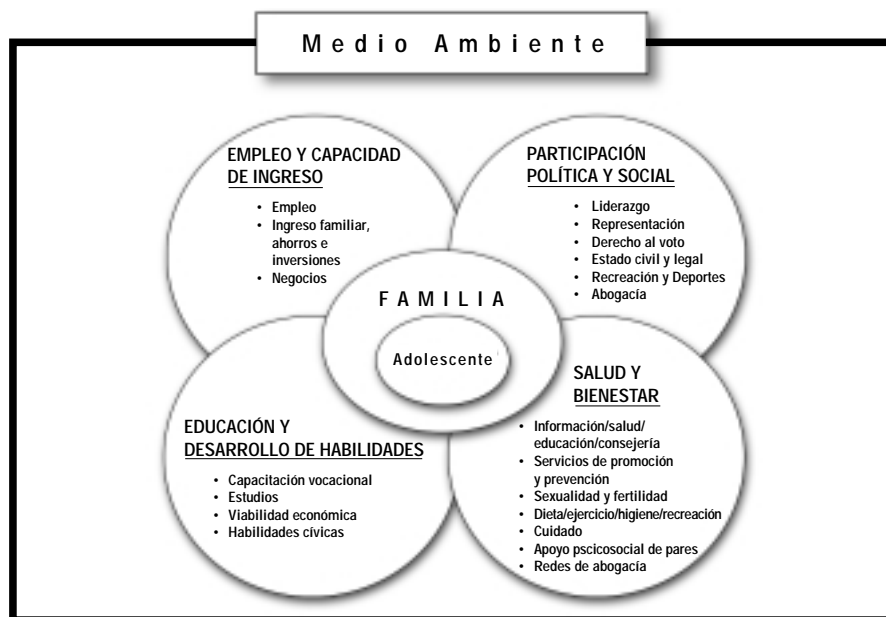
The health-development link framework, while placing the development of young people as the central focus, identifies the importance of a caring, safe, and enabling environment during the processes of self-realization and growth that occurs during adolescence. By doing so it supports the idea that “a basic precondition for the healthy development of adolescents is a sense of connection to the social influences valued by the community (Blum, 1996).” Fundamental to this concept is the role of the family and other environmental influences surrounding youth, including peer supporters, teachers, mentors, and the media as well as schools, neighborhood organizations, community centers and places of recreation, work, and worship.

These concepts are supported by the new focus for youth development and health promotion recently introduced by the World Health Organization. The new approach meets the needs of adolescents through a promotional and social strategy, rather than a purely medical one, and encourages “action directed to system building at the community level rather than building clinical services at the individual level (WHO/UNFPA/UNICEF, 1995).” It builds on the development, problem behavior, and risk and resilience theories that have guided adolescent health programs for the last 20 years. While unifying these theories, WHO recognizes that to achieve sustainable long-term improvements for young people, the healthy development of adolescents must be the central focus of youth health strategies

binación de factores relacionados con su salud y bienestar; su empleo y capacidad de generar ingresos; su educación y desarrollo de habilidades, y su participación social y política. El vínculo ubica a los adolescentes dentro del contexto de sus familias y de su ambiente. Además, ubica a los adolescentes y jóvenes dentro de un contexto socio-económico y político que hace que el desarrollo humano de los jóvenes, y no sólo el de su estado de salud, sea el foco central del análisis (ver el gráfico 15).

Gráfico 15: El vínculo salud-desarrollo

Un marco de referencia para la salud y el desarrollo humano del adolescente y del joven



Aunque el marco de referencia del vínculo salud-desarrollo ubica el desarrollo de la gente joven como el foco central, identifica la importancia de tener un entorno afectivo, seguro y facilitador durante el proceso de autorealización y crecimiento que ocurre durante la adolescencia. Al hacerlo apoya la idea de que una condición básica para el desarrollo saludable de los adolescentes es un sentido de conexión con las influencias sociales valoradas por la comunidad (Blum, 1996). Central a este concepto es el papel de la familia y otras influencias del entorno que rodea a los jóvenes, incluyendo el apoyo de pares, profesores, guías y medios de comunicación, así como de escuelas, organizaciones vecinales, centros comunitarios y lugares de recreación, trabajo y culto.

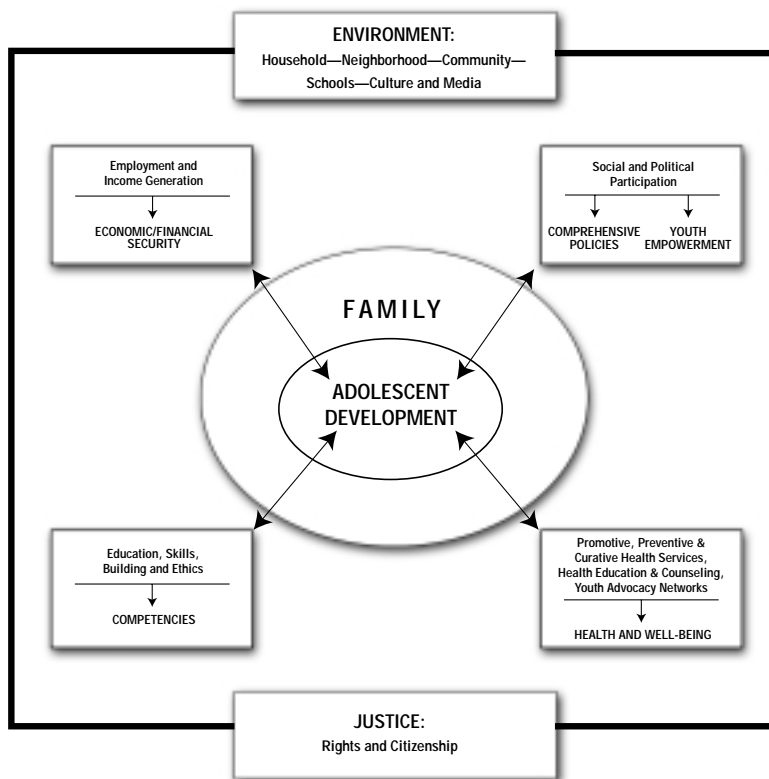
Estos conceptos son apoyados por el nuevo enfoque para con el desarrollo y la promoción de la salud del joven recientemente adoptados por la Organización Mundial de la Salud. Este nuevo enfoque responde a las necesidades de los adolescentes cuando se aplica una estrategia promocional y social en vez de una estrategia puramente médica, y promueve las acciones dirigidas al desarrollo de sistemas a nivel comunitario en vez de desarrollar servicios clínicos a nivel individual (OMS, FNUAP, UNICEF, 1995). Se basa en las teorías sobre desarrollo, conductas problemáticas, resiliencia y flexibilidad, que han guiado los programas de salud del adolescente durante los últimos 20 años. Al unificar esas teorías la OMS reconoce que para alcanzar mejoramientos sostenibles a largo plazo para la gente joven, el sano desarrollo de los adolescentes debe ser el foco central de las estrategias de salud.

C. A MODEL FOR THE PROMOTION OF ADOLESCENT AND YOUTH HEALTH

Understanding the essential factors that contribute to the healthy development of youth is essential to comprehensively promote adolescent health. The model presented below based on the health-development link identifies four spheres of development including, income generation, education and skills building, social and political participation, and health and well-being that are key contributors to the process of adolescent development (See Figure 16).

The health-development model for promoting adolescent and youth health depicts the outcomes that can be expected of interventions in the four major areas. The outcome of employment and income generation is economic and financial security; the outcome of education and skills building is competencies; the outcomes of social and political participation are comprehensive policies and youth empowerment; and the outcome of health services, information, counseling, and advocacy is health and well-being. Additionally, the model illustrates the role of an enabling and supportive environment and enjoyment of human rights during the process of adolescent development.

Figure 16: Operational Adaptation of the Health-Development Link for the Promotion of Adolescent and Youth Health



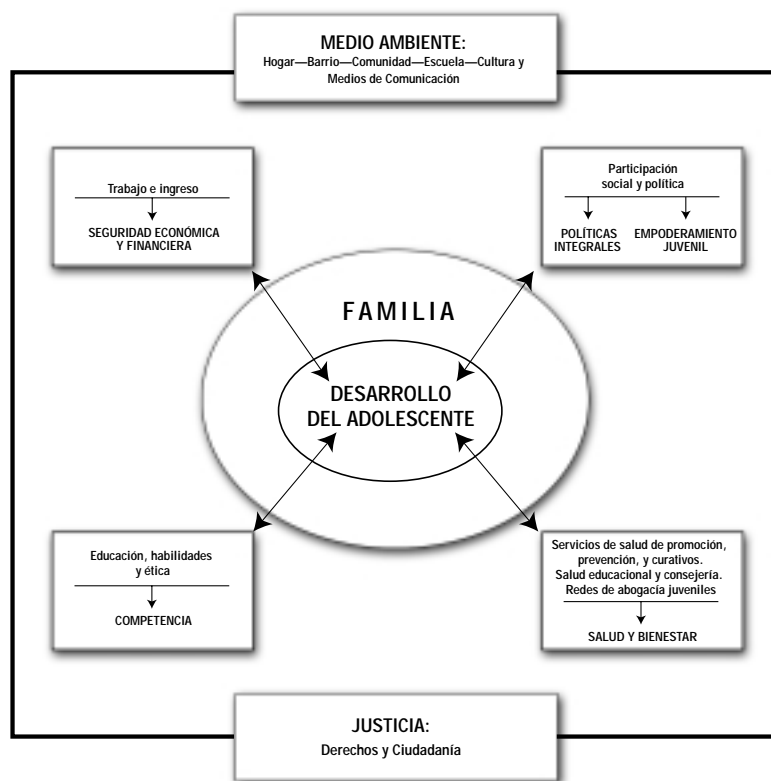
An enabling and supportive environment includes being part of households, neighborhoods, schools, and communities that are sanitary and safe, while human rights provides a framework for making ethical decisions and supporting culturally relevant value systems. In medicine, the frame-

C. UN MODELO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL JOVEN

Es esencial para la promoción global de la salud adolescente comprender los factores fundamentales que contribuyen al desarrollo sano de la juventud. El modelo que se presenta más adelante, basado en el vínculo salud-desarrollo, identifica cuatro esferas del desarrollo, incluyendo generación de ingresos, educación y desarrollo de habilidades, participación social y política, y salud y bienestar, cada una de las cuales es clave para el proceso de desarrollo del adolescente (ver el gráfico 16).

El modelo salud-desarrollo para la promoción de la salud del adolescente y del joven muestra cuatro resultados que se pueden esperar de las intervenciones hechas en cada una de las cuatro grandes esferas. El resultado de empleo y generación de ingresos es la seguridad económica y financiera; el resultado de educación y desarrollo de habilidades son las competencias; los resultados de la participación social y política son las políticas integrales y el empoderamiento juvenil; y los resultados de los servicios de salud, información, asesoría y defensa son salud y bienestar. Además, el modelo ilustra el papel de un ambiente facilitador y sustentador y el respeto de los derechos humanos en el proceso del desarrollo del adolescente.

Gráfico 16: Adaptación Operativa del vínculo salud-desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes



Un ambiente facilitador y sustentador incluye ser parte de hogares, vecindarios, escuelas, y comunidades que son sanitarios y seguros, mientras la justicia provee un marco para adoptar decisiones éticas y apoyar sistemas de valores culturalmente relevantes. En medicina el marco de referencia

work for ethical decision-making is bioethics. In public health and international development the framework is based on justice. The model, thereby, encompasses the importance of making ethical and culturally relevant decisions about such things as equitable distribution of resources, responsible social and health behaviors, social communication and access to information and services, contributions toward poverty alleviation, and the process of youth empowerment.

The model provides direction for policy advocacy, research, and program interventions most relevant to the promotion of adolescent and youth health. It points out criteria for formulating policies, advocacy tools and programs for youth health promotion, and indicators for measuring the progress of adolescent and youth development.

1. EMPLOYMENT AND INCOME GENERATION

Employment and income generation is one of several components contributing to the overall process of human development. Income provides the means for families to buy more and better food, medicines, and health services; to pay for school fees, uniforms, and transportation; (Rodriguez-Garcia, Waters, and Macinko, 1996); to purchase utilities and services to maintain sanitary and safe household living conditions; and to provide for their children and youth. For adolescents, it is essential to develop the capacity to access gainful employment and/or generate income through enterprising activities that enable them to gain economic independence and build their own families if they so desire.

2. EDUCATION AND SKILLS BUILDING

Education and skills building, including schooling, vocational training and functional literacy training, are important at all levels of human development. They particularly influence aspects of adolescent development by transmitting values and providing the capacity to internalize accepted civil skills and social responsibilities; to practice positive social and health behaviors and lead a healthy life-style; to use knowledge and basic skills for the transition into adulthood; and to become economically viable in the future.

Educational institutions are often equipped to transfer health knowledge and skills that are relevant and consequential to the overall well-being of young people. As a result they become a central focus of policies and programs that comprehensively promote adolescent health. In addition to basic health education, schools and community centers that provide vocational and other training, can influence the health of adolescents through health services, physical training, sports, and recreation.

3. SOCIAL AND POLITICAL PARTICIPATION

Social and political participation provides experiences in organization dynamics and leadership and helps develop youth's overall self-reliance and self-esteem, while creating networks to actively support the needs of youth at the local level. Involving local leaders and youth to achieve positive change leads to more relevant laws and policies to promote the health of young people, allocate adequate resources, disseminate appropriate information, and support equity. When working together, local participation can transcend into a national commitment to a comprehensive policy for adolescent and youth health. Additionally, effectively incorporating youth and local participation into youth health and development activities fosters youth empowerment.

para tomar decisiones éticas es la bioética. En salud pública y desarrollo internacional el marco de referencia está basado en los derechos humanos. El modelo, por tanto, abarca la importancia de tomar decisiones ética y culturalmente relevantes sobre cuestiones tales como la distribución equitativa de los recursos, comportamientos sociales y de salud responsables, comunicación social y acceso a información y servicios, contribuciones para el alivio de la pobreza, y el proceso de empoderamiento juvenil.

El modelo ofrece una guía para proponer políticas de abogacía, de investigación, y de programas de intervención relevantes para la promoción de salud del adolescente y del joven. Plantea, además, criterios para formular políticas, herramientas de abogacía, programas para promover la salud de los jóvenes e indicadores para medir el desarrollo del adolescente y del joven.

1. EMPLEO Y GENERACIÓN DE INGRESOS

El factor empleo y generación de ingresos es uno de varios componentes que contribuyen al proceso global del desarrollo humano. El ingreso provee los medios para que las familias adquieran más y mejores alimentos, medicinas y servicios de salud; paguen matrículas escolares, uniformes y transporte (Rodríguez-García, Waters, and Macinko, 1996); reciban servicios de utilidad pública para mantener condiciones sanitarias y seguras de vida en los hogares; y respondan a las necesidades de sus niños y jóvenes. Para los adolescentes es esencial desarrollar la capacidad de acceder a un empleo útil o de generar ingresos mediante actividades empresariales que les permitan alcanzar la independencia económica y formar sus propias familias si lo desean.

2. EDUCACIÓN Y DESARROLLO DE HABILIDADES

La educación y el desarrollo de habilidades, incluyendo la escolaridad, la capacitación vocacional y la alfabetización funcional, son importantes en todos los niveles del desarrollo humano. Influyen especialmente en algunos aspectos del desarrollo del adolescente transmitiendo valores y generando la capacidad de asimilar habilidades cívicas y responsabilidades sociales aceptadas; permiten practicar comportamientos sociales y de salud positivos, y llevar un estilo de vida saludable; permiten utilizar el conocimiento y las destrezas básicas para la transición hacia la edad adulta; y permiten llegar a ser económicamente viable.

Las instituciones educacionales a menudo están equipadas para transferir conocimientos y técnicas sanitarias que son relevantes e importantes para el bienestar general de la gente joven. Por lo tanto, esas instituciones se convierten en el foco central de las políticas y los programas que promueven integralmente la salud del adolescente. Además de la educación sanitaria básica, las escuelas y centros comunitarios que ofrecen capacitación vocacional y de otro tipo pueden influir en la salud de los adolescentes mediante servicios de salud, educación física, deportes y recreación.

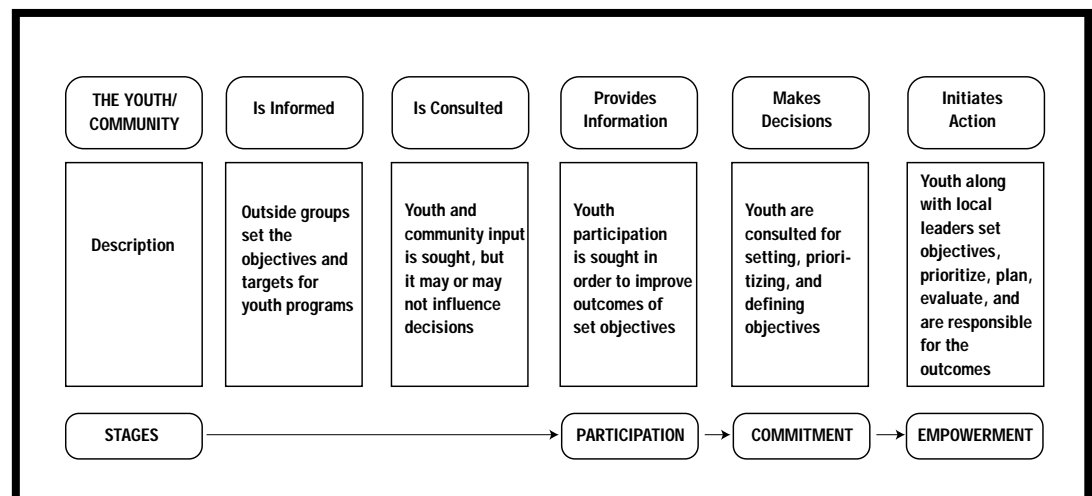
3. PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL

La participación política y social da experiencias en organizaciones y liderazgo, y ayuda a desarrollar la autosuficiencia y autoestima de los jóvenes, al tiempo que crea redes de apoyo activo para la satisfacción de las necesidades de los jóvenes a nivel local. Integrar a los líderes y jóvenes locales para lograr cambios positivos conduce a la promulgación de leyes y políticas relevantes para promover eficientemente la salud de los jóvenes; a la asignación de los recursos

The role of youth empowerment is vital in a development strategy, the focus of which is to promote health and human development. Encouraging youth participation leads to a “demand side” development process that emphasizes the needs, priorities, and capacity of youth as paramount when planning, implementing and evaluating policies and programs for youth (Rodriguez-Garcia and Macinko, 1994). Participation, however, is only the first step in the process of youth empowerment. The distinction between empowerment and participation should be definitive, as youth activities often remain focused on participation and by doing so rarely achieve true empowerment.

This distinction can be seen by placing the process of empowerment over a continuum that evolves from solely involvement in activities to commitment to policy and programs, which in turn lead to decision-making about the resources needed and processes suitable for policy and programs for youth, and finally to being accountable for policy and program outcomes (See Figure 17).

Figure 17: Stages of Youth Empowerment



Source: Adapted from Rodriguez-Garcia and Macinko, 1994.

4. HEALTH AND WELL-BEING

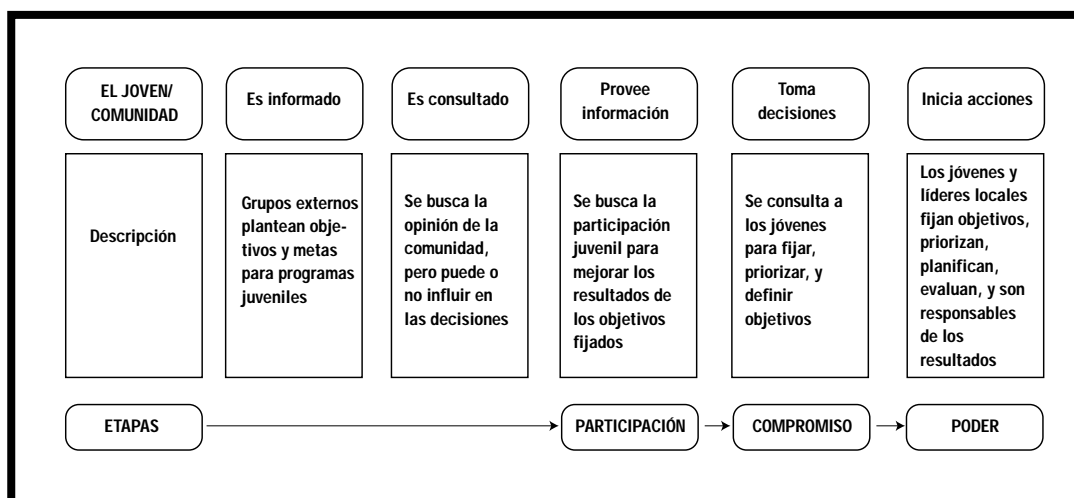
In the adolescent health and development model, health inputs are viewed as a comprehensive set of activities including but not limited to protective, promotive, preventive, and curative health services; health education, information, and counseling; and youth health advocacy networks. In this way the outcome of these initiatives is better health status and well-being.

Health as it relates to the physical, social and mental well-being of adolescents, also influences other aspects of human development, including financial security, human capacity, and youth empowerment. For example, adolescents who are healthy are more able to be a productive contributor to the domestic and business-related family enterprise. Additionally, direct (income contributed to health services, medicine, and others) and indirect (opportunity cost of caring

adecuados; a la diseminación de la información apropiada; y al apoyo de la equidad. Trabajando juntos, la participación local puede ser transformada en un compromiso nacional orientado hacia una política global para promover la salud de los adolescentes y jóvenes. Además, la incorporación efectiva de los jóvenes y la participación del plano local en las actividades de salud y desarrollo del joven fomentan el empoderamiento juvenil.

El papel del empoderamiento juvenil es vital en una estrategia cuyo eje central es la promoción de la salud y el desarrollo humano. Promover la participación de los jóvenes conduce a un proceso de desarrollo activado por la demanda, el que enfatiza las necesidades, prioridades y capacidades de los jóvenes en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas y los programas para la juventud (Rodríguez-García y Macinko, 1994). La participación, sin embargo, es sólo el primer paso en el proceso de empoderamiento de la juventud. La distinción entre empoderamiento y participación debe ser definitiva ya que muchas veces las actividades juveniles se mantienen centradas en la participación y rara vez llegan a alcanzar un verdadero empoderamiento.

Gráfico 17: Etapas del empoderamiento juvenil



La distinción puede visualizarse ubicando el proceso de empoderamiento en un continuo que evoluciona desde la simple participación en actividades hasta el compromiso con políticas y programas lo que, a su vez, conduce a la toma de decisiones sobre los recursos requeridos y los procesos adecuados para las políticas y los programas para jóvenes y, finalmente, a ser responsables por los resultados de las políticas y los programas (ver el gráfico 17).

4. SALUD Y BIENESTAR

En el modelo de salud y desarrollo del adolescente, las aportaciones para la salud son vistas como un conjunto de actividades que incluyen, pero no exclusivamente, servicios protectores, promocionales, preventivos y curativos; educación, información y asesoría sanitaria; y redes de defensa de la salud de los jóvenes. De esta forma, el resultado de esas iniciativas es un estado mejorado de salud y bienestar.

for the sick) savings uplift families with healthy adolescents (World Bank, 1993). Furthermore, healthy adolescents miss fewer days of school and vocational training because of illness, thereby increasing the amount of knowledge and skills they obtain and strengthening their own capacity.

Positive self-esteem and attitudes achieved from a sense of empowerment improve the mental health and overall well-being of adolescents, while conversely maintaining excellent individual health and being supported by an enabling environment advances the process of youth empowerment.

La salud, al relacionarse con el bienestar físico, social y mental de los adolescentes, también influye a otros aspectos del desarrollo humano, incluyendo la seguridad financiera, la capacidad humana y el empoderamiento juvenil. Por ejemplo, los adolescentes saludables están en mejores condiciones de contribuir productivamente a las actividades domésticas y a las actividades comerciales familiares. Además, los ahorros directos (ingresos contribuidos a servicios de salud, medicamentos y otros) e indirectos (costo de oportunidad de cuidar a los enfermos) mejoran la situación de las familias con adolescentes sanos (Banco Mundial, 1993). Además, los adolescentes sanos pierden menos días de escuela y capacitación vocacional debido a enfermedad, y de esta forma aumentan la obtención de conocimientos y destrezas, y fortalecen sus propias capacidades.

La autoestima y las actitudes positivas resultantes del empoderamiento mejoran la salud mental y el bienestar global de los adolescentes y, a su vez, mantener un excelente estado de salud y sentirse apoyado por un ambiente propicio acelera el proceso de empoderamiento.

PART III. DATA MANAGEMENT, ASSUMPTIONS AND ANALYSIS

A. CONCEPTS AND DEFINITIONS

The design of this policy analysis and policy research effort was guided by the conceptualized framework: The Health-Development Link operationalized for adolescent health and human development. (See Part II of this document.) The analysis has used legislative and policy documents. It examined the objectives, targets, and characteristics of these official items and identified gaps in the formulation of the laws, regulations, and policies. The aim of the study has been to gain insights into the characteristics of existing legislation and policies and gauge, guided by the conceptual health-development framework, the key areas to be included in a comprehensive national policy for adolescent health and development and the national policy environment for youth health.

This policy analysis effort has not assumed that lack of a national policy for adolescent health meant lack of programs. Nor did it assume that the existence of legislation and policies would automatically translate into programs for adolescents. The implementation of policies and the impact of those policies and/or programs on adolescent health requires country-specific field examination and assessment.

This policy analysis/policy research activity was undertaken with a very practical purpose in mind; that of understanding and solving a practical situation and of providing models and tools that could be used by decision makers in the field to advance the cause of adolescent health.

The policy environment for adolescent and youth health is defined, here, as the specific context in which events surrounding a policy issue occur (Patton and Sawicki, 1986). Policy research is defined as the process of studying or analyzing a fundamental social problem in order to provide policy makers with pragmatic, action-oriented recommendations for alleviating the problem (Majchrzak, 1984). Whereas, policy analysis refers to the process of studying the characteristics of established policies, how they came to be, and their consequences (Rodriguez-Garcia, 1995). In its broadest historical sense, policy analysis is an approach to social problem-solving (Dunn, 1994).

The World Health Organization defines policy as a written “expression of goals for improving the health situation, the priorities among these goals, and the main directions for attaining them (WHO, 1986 [as cited in Basch, p. 269]).” Widely defined, policy is a statement of aims and ideals or guide for the achievement of goals. For the purpose of this study, health policy is defined as an “expression of specific priority objectives and the accompanying laws, directives and resources to achieve them through a process of reassessment (Rodriguez-Garcia, 1995).” It is important to make a distinction between explicit policy, or a statement or document issued by a government or institution, and implicit policy, or those laws, regulations, and other directives that are not directly issued for the purpose of influencing a specific health situation but have the effect of doing so (Rodriguez-Garcia, 1995). The distinction between explicit and implicit policies, laws or regulations as they refer to the health and/or human development of young people is an important element of this study. Finally, legislation is defined as the laws or regulations enacted by a national law making body.

SECCION III. MANEJO DE DATOS, SUPUESTOS Y ANÁLISIS

A. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

El diseño del análisis y la investigación de políticas descritos en este trabajo fue guiado por el siguiente marco conceptual: la operacionalización del vínculo salud-desarrollo de la salud del adolescente y el desarrollo humano (ver la Sección II de este documento). El análisis utilizó documentos legales y de políticas. Examinó los objetivos, metas y características de esos documentos oficiales e identificó discrepancias en la formulación de leyes, reglamentos y políticas. El objetivo de este estudio es obtener un panorama de las características de la legislación y políticas vigentes, y establecer, guiados por el marco conceptual salud-desarrollo, las esferas claves que habrán de ser incluidas en una política nacional integral para la salud y el desarrollo del adolescente, y en el ambiente nacional de las políticas relativas a la salud de los jóvenes.

Este análisis de políticas no asumió que la falta de una política nacional en materia de salud del adolescente significa que faltan programas. Tampoco asumió que la existencia de legislación y políticas se traduce automáticamente en programas para adolescentes. La aplicación de políticas y el efecto de esas políticas, o de los programas, sobre la salud del adolescente requieren de un examen y una evaluación de campo específicos para cada país.

Esta investigación y este análisis de políticas fueron emprendidos con un objetivo bien pragmático en mente: el de comprender y resolver un problema práctico y proveer modelos y herramientas que puedan ser utilizados por los que deben tomar decisiones en el terreno para propugnar la causa de la salud del adolescente.

El ambiente de políticas para la salud del adolescente y del joven se define aquí como el contexto específico en el cual ocurren eventos alrededor de una política (Patton y Sawicki, 1986). La investigación de políticas se define como el estudio o análisis de un problema social fundamental para dar al ejecutor de políticas una serie de recomendaciones pragmáticas, orientadas a encontrar alivio para el problema (Majchrzak, 1984). En cambio, el análisis de políticas se refiere al estudio de las características de las políticas existentes, de cómo llegaron a establecerse y cuáles fueron sus consecuencias (Rodríguez-García, 1995). En su sentido histórico más amplio, el análisis de políticas es un enfoque para la resolución de problemas sociales (Dunn, 1994).

La OMS define política como “la expresión escrita de las metas dilucidadas para mejorar la situación de la salud, las prioridades establecidas entre esas metas y las principales directrices para alcanzarlas” (OMS, 1986 [citado en Basch, p. 269]). En términos generales, política es una guía o una declaración de fines e ideales establecidos para alcanzar objetivos. Así, para los fines de este estudio, política de salud se define como una expresión de objetivos prioritarios específicos, y las leyes, directivas y recursos diseñados para alcanzarlos mediante una serie de reevaluaciones (Rodríguez-García, 1995). Es importante distinguir entre política explícita, es decir, una declaración o documento emitido por un gobierno o una institución, y política implícita, es decir, aquellas leyes, reglamentos u otras directivas que no son emitidos con el objeto directo de influir en una situación de salud específica, pero que tienen el efecto de así hacerlo (Rodríguez-García, 1995). La distinción existente entre políticas, leyes o reglamentos explícitos e implícitos, en lo que se refieren a la salud o al desarrollo humano de la gente joven, es un elemento importante de este estudio.

Successful legislative and policy formulation and implementation hinges on effective communication with social networks. Communication, from the face-to-face or small group level to the media-based large scale level is essential in the process of examining laws and policies and recommending action for positive social change (Rodriguez-Garcia, 1995). For these purposes advocacy is eminently integrated into the objectives of this study. Broadly speaking, advocacy refers to actions taken to speak in favor of a cause. The advocacy fact sheet is one tool individuals and institutions can use to guide their public actions in support of policies, laws, and programs for the health and socio-economic development of adolescent and youth. (A list of definitions are included in Appendix A.)

B. STUDY METHODOLOGY

Policy analysis is an applied discipline that consist of and utilizes concepts, methodologies and approaches from a variety of fields and professions. The present study has applied a combination of three approaches in its formulation of the policy analysis/policy research questions:

- Q 1.** Does a legislation or policy for adolescent health or human development exist? (empirical approach: facts)
- Q 2.** Does it really address the health and human development needs of adolescents? (valuative approach: values)
- Q 3.** What should be done about it? (normative approach: actions)

The production of policy-relevant information for this study has required multiple methods of inquiry, and the utilization of both primary and secondary data. These methods have included 1) a review of published documents, technical reports, and specialized materials (see references); 2) interviews with key informants; 3) review of existing national legislation, laws, and policies; and 4) collection and analysis of primary data. Major sources of written information includes: Pan American Health Organization/WHO, USAID, the GW Center for International Health, the Population Reference Bureau, the World Bank, Demographic Health Surveys, and a variety of specialized publications of government and NGO reports from the Region of the Americas. Key informant interviews were conducted with Pan American Health Organization country representative and non-governmental organization members working with youth throughout the Region.

The review of laws, regulations and policies from the Latin American and Caribbean Region included, Codes on Minors, Labor Codes, Penal Codes, laws for the provision of health and educational services, regulations on commerce, and policies for adolescent health established by the Ministry of Health. This documentation was obtained by the Pan American Health Organization from two main sources: directly from the countries of the Region, and from the United States Library of Congress. Laws and regulations affecting adolescent health and development in the Region that were passed from April, 1976 through August, 1996 were collected and reviewed.

The collection and analysis of primary data were based on two questionnaires that were developed for this study. The first questionnaire was distributed to Pan American Health Organization country representatives for adolescent health during the 1996 Conference of Adolescent Integral Health

Finalmente, legislación se define como el conjunto de leyes y reglamentos promulgados por una instancia legislativa nacional.

La formulación y la ejecución exitosa de legislación y de políticas dependen de la comunicación efectiva con las redes sociales. La comunicación, desde el nivel individual o de pequeños grupos, hasta el nivel de gran escala de los medios de comunicación masiva, es esencial en el proceso de examinar leyes y políticas, y de recomendar acción para lograr cambios sociales positivos (Rodríguez-García, 1995). Para estos fines, la abogacía está eminentemente integrada a los objetivos de este estudio. En términos generales, la abogacía se refiere a las medidas tomadas para abogar en favor de una causa. La guía práctica de la abogacía (advocacy test sheet) es una herramienta que personas e instituciones pueden usar para guiar sus acciones públicas en apoyo de políticas, leyes y programas provechosos para la salud y el desarrollo socio-económico del adolescente y del joven. (El apéndice A contiene una lista de definiciones).

B. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

El análisis de políticas es una disciplina aplicada que consiste en la utilización de conceptos, métodos y enfoques de una variedad de campos y profesiones. En este estudio se aplica una combinación de tres enfoques en la formulación de las preguntas de análisis e investigación de políticas:

- P 1.** ¿Existe una legislación o política tocante a la salud adolescente o al desarrollo humano? (enfoque empírico: hechos)
- P 2.** ¿Se refiere verdaderamente a las necesidades de salud y desarrollo humano de los adolescentes? (Enfoque valorativo: valores)
- P 3.** ¿Qué se debe hacer al respecto? (Enfoque normativo: acciones)

La producción de información para la formulación de políticas que aparece en este estudio ha requerido un método de investigación y la utilización de datos primarios y secundarios. Ese método ha incluido: 1) la revisión de trabajos publicados, informes técnicos y materiales especializados (ver referencias); 2) entrevistas con fuentes claves; 3) examen de la legislación y las políticas nacionales vigentes; y 4) recolección y análisis de datos primarios. Las principales fuentes de información escrita incluyen: la OPS y la OMS, la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID), el Centro para la Salud Internacional de GW, la Oficina de Referencia de la Población, el Banco Mundial, las Encuestas Demográficas de Salud, una variedad de publicaciones especializadas de gobiernos e informes de las ONGs de la Región de las Américas. Se realizaron entrevistas con fuentes claves, con representantes de la OPS en los países y con miembros de organizaciones no gubernamentales que trabajan con la juventud a lo largo de la Región.

El examen de leyes, reglamentos y políticas de la Región de América Latina y el Caribe incluyó Códigos de Menores, Códigos Laborales, Códigos Penales, leyes sobre la prestación de servicios de salud y educación, reglamentos comerciales, y políticas sobre la salud del adolescente establecidas por los ministerios de salud. La documentación la obtuvo la OPS de dos fuentes principales: directamente de los países de la Región y de la Biblioteca del Congreso de los EE.UU. También se reco-

in the Americas held in Washington, DC in July of 1996. The purpose of the questionnaire was to obtain information from country representatives about the rights and legal ages for adolescents and youth that had been established, by law, at the national level. It asked to identify the legal ages for marriage, driving, smoking, and drinking alcohol and inquired about youths' rights to education, political participation, and reproductive health services. This information was validated by information included in policy and legislative documents. The second questionnaire was distributed to all country offices of the Pan American Health Organization. This questionnaire sought data on the number of countries who currently have national policies for adolescent health being implemented by the Ministry of Health. When national policies were in existence, they were requested from the government for review.

C. TOOLS FOR DATA ANALYSIS

In order to have a consistent understanding of the data, specific definitions were developed for use in the review process. Two key terms include youth development and youth health. For the purpose of reviewing legislation and policies, youth development is defined to include legislation or policies that address legal or social aspects of the development of youth, such as education, skills development, work, or socio-political participation. Youth health is defined to include legislation or policies that specifically address the health and well-being of youth through health services, information, promotion, prevention or education. Youth health issues covered by legislation include, for example, providing for adequate diet/hygiene/exercise, limiting physical stress, preventing risky behaviors, promoting psycho-social development, and permitting sexuality education and information. (These definitions are listed in Appendix A.) Further, three forms were developed to organize and classify legislation and policy. (Examples of these forms are included as Appendix B, C, and D.)

A "legislation summary form" was developed to facilitate the review of laws and regulations. The summary form asks information about the title of the legislation, date of publication, ages of targets, focus and purpose, focus on youth development and/or youth health, responsible entities, and number of pages. All available legislation was reviewed in sequence (from the oldest to the most recent) and summarized for each country. The legislation form allowed the reviewers to briefly describe how the legislation relates to youth health or youth development. For example, one area of interest was the age-range targeted by the legislation. Much of the legislation is targeted toward minors or youth. The term youth is rarely specified by an age range, whereas, in general, the term "minors" is defined to include all people less than 18 years of age. This information helped clarify the actual effect a legislation can potentially have on the youth population, or those people between the ages of 10 and 24. The legislation summary forms also aided in gathering descriptive information and organizing the information for analysis. (An example of the legislation summary form is included as Appendix B.)

The data recorded on the legislation summary forms were reviewed and interpreted during the data analysis process. A "sectoral summary form" was developed to facilitate this process. Laws and regulations were analyzed with respect to first, the sector or sectors involved and second, the law's focus on either youth development, in general, or youth health, specifically. The sectors included for analysis were health, education, labor, economy/finance, justice, commerce and industry, and

lectaron y examinaron las leyes y los reglamentos que afectan la salud y el desarrollo del adolescente aprobadas entre abril y agosto de 1996.

La recolección y el análisis de datos primarios se basó en dos cuestionarios desarrollados para este estudio. El primer cuestionario fue distribuido a los representantes de países de la OPS durante la Conferencia de Salud Integral del Adolescente de las Américas, realizada en Washington, DC, en julio de 1996. El objetivo del cuestionario era obtener información de los representantes nacionales acerca de los derechos y las edades legales establecidas en cada país. El cuestionario solicitaba información sobre las edades legales para casarse, fumar y beber alcohol, y preguntaba sobre los derechos de los jóvenes a la educación, la participación política y los servicios de salud reproductiva. El segundo cuestionario, que fue distribuido a las oficinas nacionales de la OPS, solicitaba datos de los países cuyas políticas nacionales de salud del adolescente son ejecutadas por el ministerio de salud. En aquellos casos en que existían estas políticas, se solicitaban los documentos respectivos para examinarlos.

C. INSTRUMENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Para interpretar consistentemente los datos se desarrollaron definiciones específicas para su examen. Dos términos claves eran “desarrollo juvenil” y “salud juvenil”. Para los fines de examinar la legislación y las políticas, desarrollo juvenil se define como la legislación o las políticas orientadas a aspectos jurídicos o sociales del desarrollo de los jóvenes, tales como educación, desarrollo de competencias y participación socio-política. Salud juvenil se define como la legislación o las políticas que específicamente se orientan a la salud y el bienestar de los jóvenes, a través de servicios de salud, información, promoción, prevención o educación. Los temas de la salud del joven que son cubiertos por el trámite legislativo incluyen, por ejemplo, el establecimiento de una combinación de dieta, higiene y ejercicio físico adecuados, la prevención de comportamientos de riesgo, la promoción del desarrollo psico-social, y la facilitación del estudio de la sexualidad y de la diseminación de información sobre ella. (Las definiciones se encuentran en el apéndice A). Para organizar y clasificar políticas y legislación se han desarrollado tres formularios (los apéndices B, C, y D son ejemplos de estos formularios).

Se elaboró un formulario de resúmenes de legislaciones para facilitar el estudio de leyes y reglamentos. En el formulario se solicita información acerca de los siguientes aspectos de la legislación: título, fecha de publicación, edades de la población seleccionada, enfoque y propósito, enfoque en el desarrollo o la salud del joven, entidades responsables, y número de páginas. Se examinó y resumió toda la legislación disponible en cada país. El formulario de legislaciones permite la elaboración somera de cómo se relaciona la ley con la salud y el desarrollo del joven. Por ejemplo, una esfera de interés era la gama de edades tratadas en la legislación. Gran parte de la legislación está enfocada en los menores y los jóvenes donde, en general, el término “menor” incluye a todas las personas menores de 18 años de edad. Esa información permite que quede claro el efecto práctico potencial que la legislación puede tener en la población joven, o entre la gente de entre 10 y 24 años de edad. Los formularios de resúmenes de legislaciones también facilitan la recolección de la información descriptiva y su recopilación con fines analíticos. (Se incluye un ejemplo de formulario de resúmenes de legislaciones como apéndice B).

Se examinaron e interpretaron los datos registrados en el formulario de resúmenes de legislaciones. Se ideó un formulario sectorial resumido para facilitar ese proceso. Las leyes y los reglamentos fueron analizados con respecto al sector o sectores tratados, primero, y, segundo, respecto al enfoque

culture and national affairs. Additionally, categories for commissions or group activities and inter-sectoral initiatives were included. A summary form describing the sectors involved in youth health was developed for those countries with more than two pieces of legislation available. (The completed sectoral summary forms, by country, are included as Appendix C.)

Finally, recognizing that policy is distinct from legislation, “policy summary forms” were used to facilitate the review of national policies for adolescent health. In addition to the components included on the legislative summary forms, policy review forms included other variables:

- Number and type of policy objectives
- Explicit or implicit link to youth health
- Limited or comprehensive scope
- Technical, social, economic or other considerations
- Implementation structure
- Administrative structure
- Conflicts with other policies
- Funding sources

The policy summary forms provide a clear description of the policy goals, objectives, and characteristics while identifying stakeholders and beneficiaries, funding methods, and strategies for implementation and administration. In doing so they facilitated the policy analysis process. (An example of the policy summary form is included as Appendix D.)

D. PRIMARY AND SECONDARY DATA SOURCES

As mentioned above the sources of data included both secondary (review of official government document) and primary (two questionnaires) data.

Secondary data included a review of existing national laws, regulations and policies. In total, 191 laws and regulations from 16 countries in the Region which were formulated between April, 1976 to August 1996 were obtained. A legislation summary form was completed for each of the 16 countries with available documents. A sectoral summary form was completed for the 14 countries with more than two laws or regulations available. (Sectoral summary forms for each of the 14 countries and are included as Appendix C.) In addition to laws and regulations, secondary data included policies from Ministry of Health that are committed to adolescent or youth health. In total, 8 countries in the Region have a national adolescent health policy.

Primary data included two questionnaires. The first questionnaire was distributed to PAHO country representatives and provided data concerning the rights and legal ages for youth. A total of 19 questionnaires, from 14 countries, were completed. (A summary of responses to the rights and legal ages for youth questionnaire is included as Appendix E.)

The second questionnaire collected information about the number of countries in the Region implementing a national adolescent health policy through the Ministry of Health. It was distributed to the Pan American Health Organization representatives in every country in the Region. In total, 30

de la ley en el desarrollo juvenil en general, o en su salud, en particular. Los sectores incluidos en el análisis fueron salud, educación, trabajo, economía y finanzas, justicia, comercio e industria, y asuntos culturales y de ámbito nacional. Se incluyó, además, categorías para trabajo en comisiones o en grupos o para iniciativas intersectoriales. Se utilizó un formulario de resúmenes de los sectores tratados en aquellos países que tenían más de dos piezas de legislación. (Los formularios de resúmenes sectoriales relativos a cada país se incluyen en el apéndice C).

Finalmente, reconociendo que las políticas son diferentes de la legislación, se utilizaron formularios de resúmenes de políticas para facilitar el estudio de las políticas nacionales tocantes a la salud del adolescente. Además de los componentes incluidos en los formularios legislativos, los formularios de examen de políticas incluyen otras variables, como las siguientes:

- Número y tipo de objetivos de cada política
- Vínculo explícito o implícito con la salud juvenil
- Alcance amplio o restringido
- Consideraciones técnicas, sociales, económicas u otras
- Estructura de implementación
- Estructura administrativa
- Conflictos con otras políticas
- Fuentes de financiamiento

Los formularios de resúmenes de políticas ofrecen una descripción clara de los fines, objetivos y características de las políticas, al identificar a las partes interesadas y a los beneficiarios, los métodos de financiamiento y las estrategias de ejecución y administración. Al así hacerlo facilitan el análisis. (Se incluye un formulario tipo de políticas en el apéndice D).

D. FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE DATOS

Como se mencionó anteriormente las fuentes de datos incluyeron tanto fuentes secundarias (revisión de documentos oficiales de gobierno) como fuentes de datos primarios (dos cuestionarios).

Los datos secundarios se obtuvieron del examen de leyes, reglamentos y políticas nacionales. En total se examinó 191 leyes y reglamentos de 16 países de la Región, que fueron formulados entre abril de 1976 y agosto de 1996. Se llenó un formulario de resúmenes de legislaciones de cada uno de los 16 países con documentos disponibles. Se preparó un formulario sectorial para los 14 países con más de dos leyes o reglamentos disponibles. (Se incluyen formularios sectoriales de cada uno de los 14 países en el apéndice C). Además de leyes y reglamentos, los datos secundarios incluyen políticas de ministerios de salud comprometidos con la salud del adolescente o del joven. En total, ocho países de la Región tienen políticas nacionales en materia de salud del adolescente.

Los datos primarios se obtuvieron a partir de dos cuestionarios. El primero fue distribuido entre los representantes de la OPS y generó datos respecto a los derechos y edades legales para los jóvenes. Se llenó un total de 19 cuestionarios en 14 países. (Aparece un resumen de las respuestas al cuestionario sobre los derechos y edades legales para los jóvenes en el apéndice E).

Con el segundo cuestionario se recabó información sobre el número de países de la Región que apli-

country representatives responded to the second questionnaire. Responses showed the countries that are implementing national policies for adolescent health through the Ministry of Health, those that are not, and those Ministries of Health that are currently drafting policies.

Table 1 depicts the countries included in the analysis. It shows the number of legislation reviewed, by country, as well as the number of forms regarding the rights and legal ages for youth analyzed (information gathered from the first questionnaire) and the existence of national adolescent health policies for youth (information collected from the second questionnaire). The table distinguishes the countries that have passed laws and regulations that refer to youth in 1995 and 1996. This legislation is characterized as being more comprehensive, therefore making the distinction between legislation passed from 1976 to 1995 as opposed to that passed from 1995 to 1996 relevant to this study. Additionally, the table provides information about the countries that have formulated or are currently drafting a policy for adolescent health through the Ministry of Health. Finally, the countries analyzed with respect to the rights and legal ages of youth and the number of questionnaires completed per country is indicated. In total, the table summarizes the secondary and primary data included in the analysis of the legislative and policy environment for adolescent health in Latin America and the Caribbean. Blank spaces in the table represent data that were not available for this study.

E. LIMITATIONS

As with any empirical undertaking certain limitations should be noted. First, the dates of the legislation and policies reviewed have a lower and upper boundary of 1976 and 1996, respectively. Laws and policies enacted either prior to or after those dates have not been considered. This includes those that were being drafted during that time period, or were still being drafted in 1996. Second, the comprehensiveness of the analysis is dependent upon the availability of national documents and therefore, upon the individual country's willingness to make available their national laws and policies and the researchers' ability to procure them. As a result, it may be possible that during the course of the analysis laws and policies that would otherwise have been analyzed were incidentally missed. Finally, limitations arose from the regional nature of the study itself. Conducting an analysis at the regional level requires setting a broad scope for the study. As a result, it is difficult to incorporate into the analysis the unique characteristics present in any given country, as well as the overall constitutional framework driving the political and social arenas at the national and local levels. Identifying the political and social forces that play in enacting and implementing laws, policies, and programs for youth's health and human development in each country of the Region is of paramount importance and will be one of the major objectives of the field-based capacity building, policy, and advocacy work currently being planned.

can una política nacional tocante al adolescente a través del ministerio de salud. Fue distribuido entre los representantes de la OPS en todos los países de la Región. En total, 30 representantes llenaron el segundo cuestionario. Las respuestas muestran qué países están aplicando políticas nacionales sobre la salud del adolescente a través del ministerio de salud, cuáles no lo están haciendo y cuáles están preparando ese tipo de políticas.

El cuadro 1 muestra los países incluidos en el estudio. Consigna el número de leyes revisadas por país, así como el número de formularios analizados sobre los derechos y edades legales de los jóvenes (información obtenida del primer cuestionario), y la existencia de políticas de salud nacionales para el adolescente (información obtenida del segundo cuestionario). El cuadro indica los países que han aprobado leyes y reglamentos relativos a la juventud en 1995 y 1996. Esa legislación se caracteriza por ser más global y, por tanto, es relevante para este estudio que se haga la distinción entre la legislación aprobada entre 1976 y 1994, y aquella aprobada durante 1995 y 1996. Además, el cuadro presenta información sobre países que han formulado o están redactando políticas tocantes a la salud del adolescente a través del ministerio de salud. Por último, el cuadro muestra el grupo de países estudiados en cuanto a derechos y edades legales de los jóvenes y el número de cuestionarios completados en cada país. En general, el cuadro resume los datos primarios y secundarios consignados en el examen del ambiente legislativo y ejecutivo tocante a la salud del adolescente de la América Latina y el Caribe. Los espacios en blanco representan que no hubo datos disponibles.

E. LIMITACIONES

Como en cualquier investigación empírica, se deben destacar algunas limitaciones. En primer lugar, las fechas de la legislación y las políticas examinadas se limitan al periodo comprendido entre 1976 y 1996. Las leyes y las políticas aplicadas antes o después de esas fechas no han sido consideradas, lo que incluye aquellas que estaban siendo redactadas durante ese período o que aún estaban siendo redactadas en 1996. En segundo lugar, la cobertura del análisis depende de la disponibilidad de documentos nacionales y, por tanto, de la disposición de cada país para hacer disponibles sus leyes y políticas, y de la habilidad del investigador para conseguirlas. En consecuencia, es posible que durante el curso del análisis las leyes y políticas que de otro modo se hubiesen analizado hayan sido omitidas. Finalmente, hay limitaciones que surgen de la naturaleza regional del estudio. Llevar a cabo un estudio regional requiere establecer un alcance amplio. Esto dificulta la incorporación de las características únicas a cada país, así como el marco constitucional general que condiciona el quehacer político y social a nivel nacional y local. La identificación de las fuerzas políticas y sociales que están en juego al promulgar y aplicar las leyes, políticas y programas sobre la salud de los jóvenes en cada país de la Región es de suma importancia, y será uno de los objetivos principales del trabajo de campo que se está planificando concerniente al mejoramiento de capacidades, políticas y labores de abogacía por la causa de salud del adolescente. Es por ello que este es uno de los objetivos principales del trabajo, actualmente en etapa de planificación, para fortalecer la capacidad instalada de los países desarrollar políticas y promover la salud de los jóvenes.

Table 1: Adolescent Health-Related Legislation and Policies Summary

Country	NATIONAL ADOLESCENT HEALTH LAWS AND POLICIES			RIGHTS	
	Legislation		Policy	Form	
	# (1976-1995)	Dates (1995-1996)	# Yes/No/Being Drafted	#	
Anguilla			No		
Antigua and Barbuda					
Argentina	23	1979-94	Yes	1	
Bahamas			Being Drafted		
Barbados					
Belize			No		
Bermuda					
Bolivia	4	1978-90	1	No	2
Brazil	19	1978-92		Yes	2
British V.I.				No	
Canada					
Cayman Islands					
Chile	20	1976-95		Yes	2
Colombia	17	1977-95	2	Yes	
Costa Rica	12	1980-90		Yes	
Cuba	17	1977-95			
Dominica					
Dominica Republic				Yes	2
Ecuador	20	1976-95	1	No	
El Salvador	10	1977-94		No	
French, Guad, Martinique					
Grenada					
Guatemala	8	1979-92		Being Drafted	
Guyana				No	
Haiti	1	1991		No	
Honduras			1	Being Drafted	
Jamaica				Being Drafted	2
Mexico	5	1984-93		No	2
Montserrat				No	
N. Antilles, Aruba					
Nicaragua	2	1979-92		Being Drafted	1
Panama				Yes	
Paraguay			1	No	
Peru	10	1986-94	1	Yes	1
Puerto Rico					
St. Kitts, Nevis				No	
St. Lucia				No	
St. Vincent, Grenadines					
Suriname				No	
Trinidad and Tobago				No	1
Turks and Caicos Islands					
USA				No	1
Uruguay	7	1980-94			1
Venezuela	9	1979-93		No	1
TOTAL	184		7	30	19

Cuadro 1: Legislación y políticas relacionadas con la salud de los adolescentes

País	LEYES Y POLÍTICAS NACIONALES SOBRE SALUD DEL ADOL.			DERECHOS	
	Legislación		Políticas	Formulario	
	# (1976-1995)	Fechas (1995-1996)	Si/No/En Redacción	#	
Anguilla			No		
Antigua y Barbuda					
Argentina	23	1979-94	Si	1	
Bahamas			En Redacción		
Barbados					
Belize			No		
Bermuda					
Bolivia	4	1978-90	1	No	2
Brasil	19	1978-92		Si	2
Islas Vírgenes Británicas				No	
Canadá					
Islas Caimán					
Chile	20	1976-95		Si	2
Colombia	17	1977-95	2	Si	
Costa Rica	12	1980-90		Si	
Cuba	17	1977-95			
Dominica					
República Dominicana				Si	2
Ecuador	20	1976-95	1	No	
El Salvador	10	1977-94		No	
Guadalupe, Martinica					
Grenada					
Guatemala	8	1979-92		En Redacción	
Guyana				No	
Haití	1	1991		No	
Honduras			1	En Redacción	
Jamaica				En Redacción	2
México	5	1984-93		No	2
Montserrat				No	
Antilla Holandesa, Aruba					
Nicaragua	2	1979-92		En Redacción	1
Panamá				Si	
Paraguay			1	No	
Perú	10	1986-94	1	Si	1
Puerto Rico					
St. Kitts, Nevis				No	
St. Lucía				No	
St. Vincent, Grenadines					
Surinam				No	
Trinidad y Tobago				No	1
Islas Turks y Caicos					
EEUU				No	1
Uruguay	7	1980-94			1
Venezuela	9	1979-93		No	1
TOTAL	184		7	30	19

PART IV. MAJOR FINDINGS AND OUTCOMES

The major findings of this study point, by and large, to the presence of a positive and dynamic policy environment for adolescent health in most countries of the Region. It shows that in many countries the approach to adolescent and youth health is comprehensive and involves several sectors. Some countries do have inter-sectoral commissions for adolescent health, while others promote a multi-sectoral implementation policy that addresses both adolescent health and their human development.

A. LEGISLATIVE ENVIRONMENT

The legislative environment for youth health was assessed by reviewing 191 laws and regulations from 16 countries in the Region. Of the 16 countries, 14 countries have legislation in the seven sectors identified for this analysis. These sectors include education, labor, health, economic, justice, commerce and industry, and cultural or national affairs. Table 2 shows the number of laws and regulations analyzed, by country, in the Latin American and Caribbean Region and identifies the sectors that address youth health in each country.

Results of the analysis indicate that the sectors that most frequently address youth health are education, labor, health, and commerce and industry. Of the 14 countries with legislation in the sectors identified for the analysis, 13 countries have laws or regulations involving the labor sector, 11 countries have laws or regulations involving the health sector, 7 countries have laws or regulations involving the education sector, and 6 countries have laws or regulations involving the commerce or industry sector. Figure 18 illustrates these findings. Among the other sectors analyzed, 3 countries have laws or regulation involving the justice sector, 1 country has a law involving the cultural or national affairs sector, and no countries have a law or regulation in the economic sector.

Table 2: Number of Laws and Regulations Analyzed by Sector Addressing Youth Health, in Selected Countries

	# of Laws & Regulations Analyzed	# of Sectors Involved in Youth Health	Education	Labor	Health	Economic	Justice	Commerce/ Industry	Culture/ Nat'l Affairs
Argentina	23	5	●	●	●		●	●	
Bolivia	4	1		●					
Brazil	19	3	●	●	●				
Chile	20	4	●	●	●		●		
Colombia	17	4		●	●		●	●	
Costa Rica	12	4		●	●		●	●	
Cuba	17	4	●	●	●				●
Ecuador	20	4	●	●	●			●	
El Salvador	10	1		●					
Guatemala	8	2		●	●				
Mexico	5	2		●	●				
Peru	10	3		●	●			●	
Uruguay	7	3		●	●			●	
Venezuela	9	1	●						

SECCION IV. PRINCIPALES HALLAZGOS Y RESULTADOS

Los hallazgos más importante de este estudio señalan de una manera general la existencia de un ambiente de políticas positivo y dinámico en lo que hace a la salud de los adolescentes de la mayoría de los países de la Región. Asimismo, muestran que en muchos países el enfoque orientado a la salud de los jóvenes y adolescentes es global e incluye a varios sectores. Algunos países tienen comisiones intersectoriales dedicada a la salud de los adolescentes, mientras que otros fomentan una política de ejecución multi-sectorial que aborda tanto la salud de los adolescentes como su desarrollo humano.

A. AMBIENTE LEGISLATIVO

El ambiente legislativo relativo a la salud de los jóvenes fue evaluado mediante el examen de 191 leyes y reglamentos de 16 países de la Región. De los 16 países, 14 tienen legislaciones en los siete sectores identificados en este análisis. Esos sectores incluyen educación, trabajo, salud, economía, justicia, comercio e industria, y cultura o asuntos nacionales. El cuadro 2 muestra el número de leyes y reglamentos estudiados, por país, en la Región de América Latina y el Caribe, e identifica los sectores que abordan la salud de los jóvenes en cada país.

Los resultados del análisis indican que los sectores que más frecuentemente abordan la salud de los jóvenes son educación, trabajo, salud y comercio e industria. De los 14 países con legislación en los sectores identificados para el análisis, 13 tienen leyes o reglamentos que cubren el sector laboral, 11 tienen leyes o reglamentos que cubren el sector salud, 7 tienen leyes o reglamentos que cubren el sector educación, y 6 países tienen leyes o reglamentos que cubren el sector de comercio e industria. El gráfico 18 ilustra estos hallazgos. Entre los otros sectores examinados, 3 países tienen leyes o reglamentos que cubren el sector judicial, 1 país tiene una ley que cubre el sector cultural o de asuntos nacionales, y ningún país tiene leyes o reglamentos sobre el sector económico.

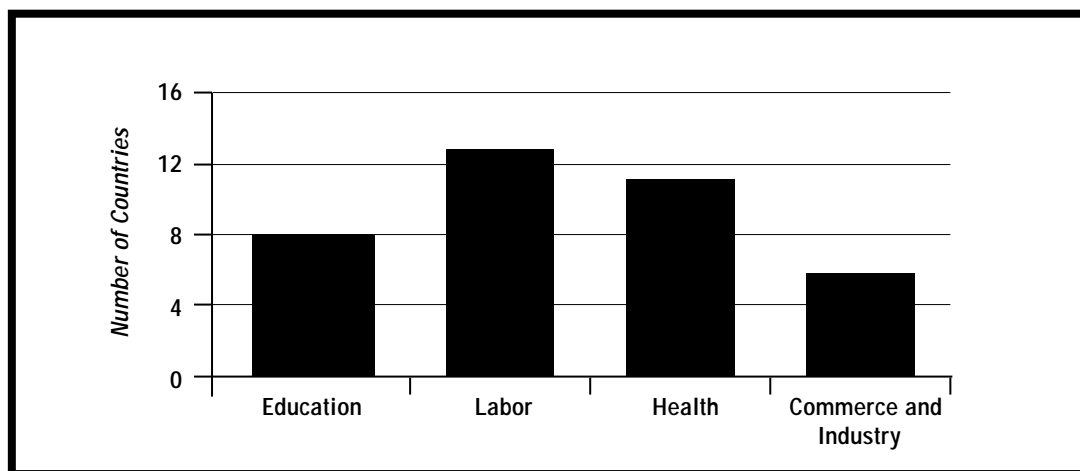
Cuadro 2: Número de leyes y reglamentos analizados y los sectores que abordan la salud de los jóvenes en países seleccionados

	# de Leyes y Regulaciones Analizadas	# de Sectores Involucrados en la Salud del Adol.	Educación	Trabajo	Salud	Económico	Justicia	Comercio/ Industria	Cultural/ Asuntos Nacionales
Argentina	23	5	●	●	●		●	●	
Bolivia	4	1		●					
Brasil	19	3	●	●	●				
Chile	20	4	●	●	●		●		
Colombia	17	4		●	●		●	●	
Costa Rica	12	4	●	●	●			●	
Cuba	17	4	●	●	●				●
Ecuador	20	4	●	●	●			●	
El Salvador	10	1		●					
Guatemala	8	2		●	●				
México	5	2		●	●				
Perú	10	3		●	●			●	
Uruguay	7	3		●	●			●	
Venezuela	9	1	●						

LABOR:

In the labor sector, legislation is characterized by regulatory requirements for occupational safety procedures, physical examinations, or obligatory health certificates. As recommended by the International Labor Organization, Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Cost Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Mexico, Peru, and Uruguay have passed some form of the international accord on working minors. The accord recommends to establish 14 as the minimum age for employment; to limit the work of women and children under 18 in specified environments, including mines, maritime, agriculture or industry; and to require medical examinations for minors working in dangerous environment, including industry and mines.

Figure 18: Countries with Legislation or Regulations for Youth Health, by Sector



Most legislation involving the labor sector places restrictions on the amount of work and kind of work allowed, by law, for those under 18. The age group is divided into those between the age of 14 and 18 who are primarily restricted by the kind of work they can participate in and those under 14 who are, for the most part, restricted, by law, from working in any formal setting. Other specification, including the number of hours that can be worked per week or the time of the day that a person can work are scaled according to age. For example in Cuba, those under 15 are not allowed to work, those 15 to 16 are allowed to work only 7 hours a day, and those under 17 are not allowed to work in mines. El Salvador's Labor Code prohibits work for those under 18 if the setting is dangerous, potentially "unhealthy," or if it interferes with education. In Ecuador people under 18 are not legally allowed to work at night or outside the country.

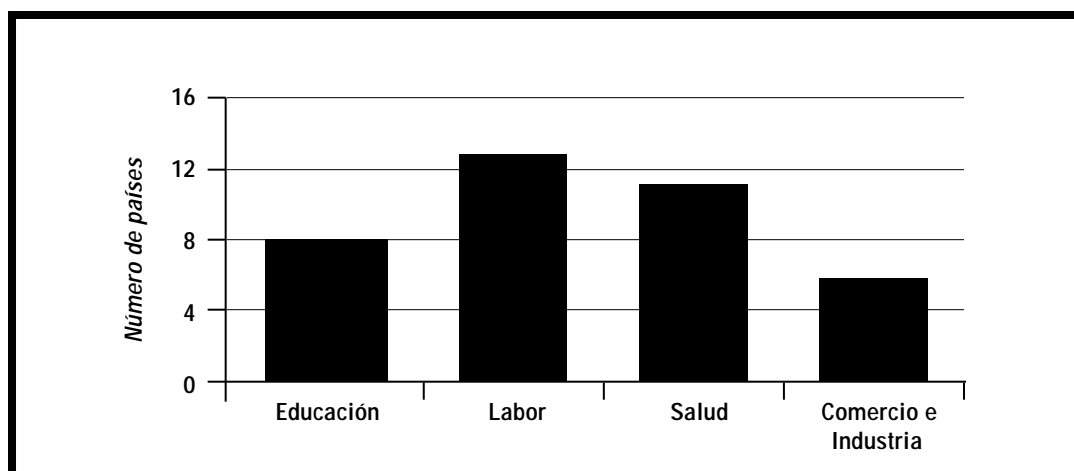
EDUCATION:

Legislation for youth health in the education sector addresses three areas: 1) health education in formal school curriculum; 2) special education for the disabled; and 3) national health education programs for a single issue that are targeted toward youth. Six countries have legislation that promote a health education curriculum in formal schooling. Areas of health education include nutrition, hygiene, sickness prevention (Argentina), HIV/AIDS, reproduction, family planning (Brazil),

TRABAJO:

En el sector laboral, la legislación se caracteriza por tener requisitos regulatorios para los procedimientos de seguridad ocupacional, exámenes físicos o certificados de salud obligatorios. Como lo ha recomendado la Organización Internacional del Trabajo, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú, y Uruguay tienen legislación que incorpora aspectos del acuerdo internacional sobre el trabajo de menores. El acuerdo recomienda que se fije los 14 años como edad mínima para el empleo; que se limite el trabajo de las mujeres y los niños menores de 18 años en algunos entornos específicos que incluyen la minería, el mar, la agricultura y la industria; y que se exija exámenes médicos para los menores que trabajan en entornos peligrosos, incluyendo la industria y la minería.

Gráfico 18: Países con Legislaciones o Regulaciones para la Salud de los Jóvenes, por Sector



La mayor parte de la legislación que cubre el sector trabajo impone restricciones sobre la cantidad y el tipo de trabajo en caso de menores de 18 años. Los grupos de edad están divididos entre aquellos de entre 14 y 18 años que están restringidos, principalmente por el tipo de trabajo que pueden desempeñar, y aquellos menores de 14 años que en su mayor parte están prohibidos de trabajar en todo ambiente formal. Otras restricciones, incluyendo el número de horas a la semana en que se puede trabajar o las horas del día en que una persona puede trabajar, están clasificadas de acuerdo a la edad. Por ejemplo, en Cuba, los menores de 15 años no pueden trabajar; aquellos de entre 15 y 16 años pueden trabajar sólo 7 horas al día; y los menores de 17 años no pueden trabajar en las minas. El Código del Trabajo de El Salvador prohíbe que trabajen a los menores de 18 años en lugares peligrosos, potencialmente “insalubres”, o si el trabajo interfiere con la educación. En el Ecuador, los menores de 18 años no tienen permiso legal para trabajar de noche o fuera del país.

EDUCACIÓN:

La legislación relativa a la salud de los jóvenes en el sector educacional aborda tres esferas: 1) educación en salud en el programa escolar formal; 2) educación especial para los discapacitados; y 3) programas nacionales de educación en salud enfocados en los jóvenes, sobre algún tema específico.

alcohol prevention, risk prevention and safety (Chile), nutrition (Costa Rica), physical fitness (Cuba), and health promotion (Guatemala). With regard to the second area, two countries, Brazil and Ecuador, have legislation that specify the rights to special education for youth with disabilities. Finally, national health programs on a specific issue were found in two countries. A substance abuse program for youth is being implemented by the Ministry of Education in Argentina, and in Chile, the Ministry of Education is implementing the “scholastic brigade on transit safety.”

Other legislation in the education sector involve structural issues. The Ministry of Education and Culture in Ecuador, through legislation, has created a Department of Health Education to focus on health, well-being and the environment. One action taken by the Department of Health Education is the enactment of a law that prohibits alcohol and cigarettes in schools.

HEALTH:

The legislation in the health sector addressing youth health includes advocacy in Argentina and Costa Rica, reproductive health services in Brazil and Cuba, alcohol prevention and treatment in Chile and Colombia, a program for integrated health care for children and adolescents in Ecuador and Peru, general health education and promotion in Guatemala and Mexico, and eye examination for those under 12 years in Uruguay. Laws addressing advocacy include broad statements such as in Argentina “a need to focus on youth policy and programs” or in Costa Rica “a recognition of the need for advocacy focusing on adolescent health.” In Brazil reproductive health services for adolescents include prenatal care and child birth, family planning, and treatment for gynecological problems and sexually transmitted diseases. In Cuba, a regulation to the Law of Public Health established in 1988 requires family planning, sexually transmitted diseases, and contraceptive services to be available for youth.

Of the 11 countries analyzed with health sectors supporting youth health, 7 countries distinguish the health needs of the adolescent and/or youth population (those between ages 10 to 24) from those of minors in general (most commonly defined as those under age 18). Health laws and regulations for minors commonly address the needs of infants and young children, such as immunizations, diarrhea control, and nutrition. Those that identify the health needs of youth, include topics such as family planning services, alcohol prevention, and occupational health. The 7 countries with specific legislation targeted toward the adolescent and youth population are Argentina, Brazil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, and Peru.

COMMERCE AND INDUSTRY:

The commerce and industry sector is involved in youth health as it relates to the sale and advertisement of cigarettes, alcohol, and other harmful substances to minors. Six countries have legislation supporting restrictions on tobacco or alcohol advertisement and distribution. Three countries have implemented advertisement restrictions. Argentina restricts the use of models who look under 21 in cigarette advertisements and disallows advertisements that are associated to sporting activities. Both Peru and Ecuador restrict the promotion of cigarettes or alcohol in advertisement. In Peru, advertising cigarettes and alcohol on the radio or television before 8:00 PM is prohibited, as is advertisement in places of public entertainment suitable for minors. The law regulating tobacco and alcohol advertisement in Ecuador was passed in August of 1973, before the time period of this study. The law, however, is one of the most comprehensive regulations in existence (Paxman and Zucherman, 1987). The

Seis países tienen legislación que fomenta el desarrollo de un programa de educación en salud en las escuelas formales. Las esferas de educación en salud incluyen nutrición, higiene, prevención de enfermedades (Argentina), VIH/SIDA, reproducción, planificación familiar (Brasil), prevención de alcoholismo, prevención de riesgos y seguridad (Chile), nutrición (Costa Rica), condición física (Cuba), y promoción de la salud (Guatemala). En relación con la segunda esfera, dos países, el Brasil y el Ecuador, tienen una legislación que especifica los derechos de educación especial de los jóvenes discapacitados. Finalmente, se encontraron programas nacionales de salud referentes a un problema específico, en dos países: un programa para jóvenes de abuso de sustancias que está aplicando el Ministerio de Educación de Argentina y, en Chile, el Ministerio de Educación está desplegando las “brigadas escolares de seguridad en el tránsito”.

Otra legislación tocante al sector educativo se refiere a problemas estructurales. El Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador, a través de medidas legislativas, ha creado un Departamento de Educación en Salud centrado en salud, bienestar y medio ambiente. Por ejemplo, una medida tomada por el Departamento de Educación en Salud fue la promulgación de una ley que prohíbe el alcohol y los cigarrillos en los colegios.

SALUD:

La legislación referente al sector salud que aborda la materia de la salud de los jóvenes incluye: abogacía y promoción de la salud, en la Argentina y Costa Rica; servicios de salud reproductiva, en el Brasil y Cuba; prevención y tratamiento del alcoholismo, en Chile y Colombia; un programa de atención médica integral para niños y adolescentes, en Ecuador y Perú; educación general en salud y su fomento, en Guatemala y México; y exámenes oftalmológicos para los menores de 12 años en el Uruguay. Las leyes que abordan la abogacía incluyen planteamientos amplios tales como el de la necesidad de centrarse en políticas y programas para los jóvenes (Argentina), o el del reconocimiento de una necesidad de abogar por la salud de los adolescentes (Costa Rica). En el Brasil, los servicios de salud reproductiva para los adolescentes incluyen cuidado prenatal y parto, planificación familiar, y tratamiento de problemas ginecológicos y de enfermedades de transmisión sexual. En Cuba, un reglamento de la Ley de Salud Pública, establecida en 1988, requiere que los servicios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y anticonceptivos sean asequibles para los jóvenes.

De los 11 países analizados con sectores de salud que apoyan la salud de los jóvenes, 7 países distinguen entre las necesidades de salud de la población adolescente y/o joven (aquellos de entre 10 y 24 años de edad) y la de los menores en general (comúnmente definidos como aquellos menores de 18 años). Las leyes y los reglamentos de salud para menores generalmente se refieren a las necesidades de los lactantes y niños menores, tales como vacunas, control de diarrea y nutrición. Cuando identifican las necesidades de salud de los jóvenes, incluyen temas tales como servicios de planificación familiar, prevención del alcoholismo y salud ocupacional. Los siete países con legislación específica orientada a la población joven y adolescente son la Argentina, el Brasil, Costa Rica, Cuba, el Ecuador, Guatemala y el Perú.

COMERCIO E INDUSTRIA:

El sector comercial e industrial obra respecto a la salud de los jóvenes en lo que se refiere a la venta y publicidad de cigarrillos, alcohol, y otras sustancias dañinas para los menores. Seis países tie-

law restricts advertising and publicity aimed at promoting the use and consumption of alcoholic beverages and cigarettes and is mostly targeted toward prohibiting their promotion to youth.

Laws prohibiting the sale of alcohol or cigarettes to minors are present in three of the countries analyzed. Colombia's Ministry of Commerce has been supportive in preventing the sale of alcohol to minors and is implementing more restrictions for the consumption of drugs by minors. Costa Rica and Uruguay have prohibited the sale of cigarettes to those under the age of 18. It should be noted that, like Ecuador, other countries studied may have passed laws regulating commerce with respect to the promotion, sale, and distribution of tobacco and alcohol products prior to the April, 1976 date selected as the entry for the document review for this study.

JUSTICE:

The sample of legislation only minimally involves the justice and culture or national affairs sectors. Specifically, in only two of the countries analyzed the justice sector is responsible for linking health services and education with activities for young people that have been involved in the criminal justice system. In Colombia, health treatment is provided for minors abusing drugs. In Chile, the Ministry of Justice has made health a priority for its youth criminal justice programs. In general, among the countries analyzed 8 address the application of the criminal justice system for youth.

Culture affairs relating to youth health includes athletic development and environmental protection. Although only Cuba addresses youth health in its cultural affairs sector, Argentina and Costa Rica have legislation in the cultural affairs sector influencing youth development, specifically related to general education for young people.

ECONOMY:

None of the countries in the study directly involved the economic sector in youth health efforts. The sector is represented, however, in components of youth development. Increases in the minimum wages for minors have been made in Brazil, Chile, and Uruguay. In Argentina, the economic sector is active in youth development. Regulations include savings account access for minors under 16 years and equal access to government subsidies for students over 15 years.

Legislation for youth health with inter-sectoral rather than uni-sectoral intervention were distinguished during analysis. For the purpose of this study, legislation that requires the involvement of more than one sector was placed into two categories: 1) commissions or groups activities, and 2) inter-sectoral initiatives. Commissions or group activities are defined as those efforts that require the support of more than one sector and work toward more than one primary objective, or a general purpose. Inter-sectoral initiatives are defined as those efforts that encompass several sectors working toward one primary objective or specific purpose.

Of those countries with available legislation, 14 countries have laws and regulations being implemented by commissions or inter-sectoral connections. In Chile sectors including health, labor, education and justice are working together for the single purpose of preventing alcohol in schools. In Uruguay, the Ministries of Health, Foreign Affairs, Education, Labor and Agriculture are working together for the broad purpose of creating relevant policies for the care and promotion of

nen legislación que apoya las restricciones de la publicidad y distribución de tabaco y alcohol. Tres países han implantado restricciones referentes a la publicidad. La Argentina restringe el uso de modelos que parezcan menores de 21 años en la publicidad de cigarrillos y no permite propaganda asociada con actividades deportivas. Tanto el Perú como el Ecuador restringen la promoción de cigarrillos o alcohol en la publicidad. En el Perú se prohíbe tanto la propaganda de cigarrillos y alcohol en la radio o televisión antes de las 20:00 horas, como en lugares de esparcimiento público abiertos a menores. La ley que regula la publicidad del tabaco y el alcohol en el Ecuador fue aprobada en 1973, antes del comienzo de este estudio. Sin embargo, esa ley es uno de los reglamentos más amplios en la actualidad (Paxman y Zucherman, 1987). La ley restringe la propaganda y la publicidad dirigidas a fomentar el uso y consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos, y su objetivo principal es prohibir su promoción entre los jóvenes.

En tres de los países analizados existen leyes que prohíben la venta de cigarrillos y alcohol a menores. El Ministerio de Comercio de Colombia ha apoyado la suspensión de la venta de alcohol a menores y está creando más restricciones referentes al consumo de drogas entre menores. Costa Rica y Uruguay han prohibido la venta de cigarrillos a niños menores de 18 años. Cabe notar que al igual que en el Ecuador, otros países estudiados pueden haber aprobado leyes que reglamenten la promoción, venta y distribución de productos de tabaco y alcohol, antes de la fecha de abril de 1976 seleccionada como comienzo del examen de los documentos seleccionados para este estudio.

JUSTICIA:

La legislación estudiada incorpora mínimamente los sectores de justicia y cultura o asuntos nacionales. Concretamente, en dos países analizados el sector judicial es responsable de vincular los servicios de salud y educación con actividades para los jóvenes que han estado involucrados en el sistema de justicia criminal. En Colombia se proporciona tratamiento médico a los menores que abusan de las drogas. En Chile, el Ministerio de Justicia ha convertido la salud en una prioridad de sus programas de justicia criminal juvenil. En general, entre los países analizados, 8 abordan la aplicación del sistema de justicia penal a los jóvenes.

Los asuntos culturales relacionados con la salud de los jóvenes incluyen el desarrollo atlético y la protección ecológica. A pesar de que sólo Cuba aborda la salud de los jóvenes en su sector de asuntos culturales, la Argentina y Costa Rica tienen legislación en lo que hace a los asuntos culturales que influyen en el desarrollo del joven, dentro del ámbito de la educación general de la gente joven.

ECONOMÍA:

Ninguno de los países estudiados integra directamente el sector económico en los esfuerzos de salud de los jóvenes. Sin embargo, el sector está representado en algunos componentes del desarrollo del joven. Se ha aumentado los salarios mínimos para menores en el Brasil, Chile y Uruguay. En la Argentina, el sector económico es parte activa en el desarrollo del joven. Los reglamentos incluyen el acceso a cuentas de ahorro para menores de 16 años e igualdad de acceso a subsidios del gobierno para estudiantes de 15 o más años de edad.

Durante el análisis se distinguió entre la legislación para la salud de los jóvenes con intervenciones intersectoriales, y la legislación con intervenciones unisectoriales. Para fines de este estudio, la

youth. In 1992, Peru passed legislation to revise its Code of Minors with inter-sectoral involvement including education, labor, health, economics, and justice. Bolivia's National Committee on Social Development and Solidarity has been established for the protection and assistance of minors. Table 3 summarizes commissions and inter-sectoral activities that specifically address youth health.

Table 3: Commission and Inter-sectoral Involvement

	# of Commissions/ Inter-sectoral Groups Identified	Commission	Inter-sectoral		# of Commissions/ Inter-sectoral Groups Identified	Commission	Inter-sectoral
Argentina	1	●		Ecuador	3	●	●
Bolivia	1	●		El Salvador	1	●	
Brazil	3	●	●	Guatemala	1		●
Chile	6	●	●	Mexico	1	●	
Colombia	6	●	●	Peru	2	●	●
Costa Rica	2	●		Uruguay	1	●	
Cuba	3	●	●	Venezuela	2	●	●

B. POLICY ENVIRONMENT

This study attempted to determine the policy environment for youth health by a) analyzing national adolescent or youth health policies, and b) by surveying PAHO country offices in the Region as to the status of adolescent policies in the country.

The responsible agency for most of the national adolescent health policies in the Latin America and Caribbean Region is the Ministry of Health (WHO, 1995). A questionnaire asking about national policies for adolescent health being implemented through the Ministry of Health was sent to the Pan American Health Organization's 44 country offices. Of the 30 countries that responded 8 countries do have national policies that specifically address adolescent health, 5 countries are currently drafting national policies, and 17 countries do not have national policies that address adolescent health.

The countries that do have national policies for adolescent include: 1) Argentina's National Plan of Integral Health of the Adolescent, 1995; 2) Brazil's Norms for Integral Health Care for Adolescent, 1993; 3) Chile's Adolescent Health Policy, 1995; 4) Colombia's Vice Ministry for Youth Laws for Youth, 1994; 5) Costa Rica's Policy for the Attention of Adolescents and Juveniles, 1995; and 6) Peru's Administrative Norms for the Integral Attention to the population between 5 and 19 years, 1992. The titles of the policies from Panama and the Dominican Republic were not made available. Table 4 shows the countries that have implemented national policies for adolescent health since 1992, the countries currently drafting national policies, and the countries without national policies, based on information obtained from 30 countries.

legislación que requiere del compromiso de más de un sector se puso en dos categorías: 1) comisiones o actividades de grupo, y 2) iniciativas intersectoriales. Comisiones o actividades de grupo se definen como los esfuerzos que requieren del apoyo de más de un sector y trabajan por más de un objetivo primario, o un propósito general. Iniciativas intersectoriales se definen como los esfuerzos que integran varios sectores que trabajan por un objetivo primario o propósito específico.

Cuadro 3: Comisiones y participación intersectorial

	# de Comisiones/ Grupos Intersectoriales Identificados	Comisión	Intersectorial		# de Comisiones/ Grupos Intersectoriales Identificados	Comisión	Intersectorial
Argentina	1	●		Ecuador	3	●	●
Bolivia	1	●		El Salvador	1	●	
Brasil	3	●	●	Guatemala	1		●
Chile	6	●	●	México	1	●	
Colombia	6	●	●	Perú	2	●	●
Costa Rica	2	●		Uruguay	1	●	
Cuba	3	●	●	Venezuela	2	●	●

De aquellos países con legislación disponible, 14 tienen leyes y reglamentos que están siendo aplicados por comisiones o redes intersectoriales. En Chile, los sectores que incluyen salud, trabajo, educación y justicia están trabajando juntos con el solo propósito de prevenir el alcoholismo en las escuelas. En el Uruguay, los ministerios de salud, relaciones exteriores, trabajo y agricultura están trabajando juntos con el propósito amplio de forjar políticas que sean relevantes para el cuidado y promoción de la juventud. En 1992, el Perú aprobó legislación para revisar su Código de Menores con una participación intersectorial entre los campos de educación, trabajo, salud, economía y justicia. El Comité Nacional de Desarrollo Social y Solidaridad de Bolivia ha sido establecido para la protección y asistencia de menores. El cuadro 3 resume las comisiones y actividades intersectoriales que abordan específicamente la salud de los jóvenes.

B. AMBIENTE DE POLÍTICAS

Este estudio trató de determinar el ambiente referente a las políticas sobre la salud de los jóvenes de dos maneras: a) analizando las políticas nacionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes y b) haciendo una encuesta entre los representantes de la OPS en la Región acerca de la situación de las políticas sobre los adolescentes de país.

La dependencia responsable de la mayor parte de las políticas nacionales de salud sobre los adolescentes de los países de la Región de América Latina y el Caribe es el Ministerio de Salud (OMS, 1995). Se envió un cuestionario a las 44 representaciones de la OPS preguntando acerca de las polí-

Table 4: National Adolescent Health Policy in Selected Countries

Countries With National Policies for Adolescent Health and Development (since 1992)	Countries Without National Policies for Adolescent Health and Development (as of 12/96)	Countries Drafting National Policies for Adolescent Health and Development in 1996
Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Panama, Peru	Anguilla, Belize, Bolivia, British Virgin Islands, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haiti, Mexico, Montserrat, Paraguay, St. Kitts, St. Lucia, Trinidad and Tobago, USA, Venezuela	Bahamas, Jamaica, Guatemala, Honduras, Nicaragua

C. RIGHTS AND LEGAL AGES FOR YOUTH IN SELECTED COUNTRIES

The discussion of the youth rights in the Latin America and Caribbean Region is based on primary data provided by the 19 respondents who completed the legal ages and youth rights survey. The information obtained from the survey helps to place into context the legal situation facing youth in the 14 Regional countries that responded. Specifically, information included: 1) access to reproductive health services; 2) the minimum age requirements for working, driving, drinking, and voting; and 3) mandatory schooling and military service requirements.

Respondents from five countries, Argentina, Bolivia, Brazil, Jamaica, and the United States, provided information about the minimum age to receive reproductive services: 18 years in 4 of the 5 countries and 21 years in the fifth. In these 5 countries the minimum age to provide medical consent was consistent with minimum age to receive reproductive health services. This indicates a possible significant barrier for the youth population in those countries to access reproductive health services.

Minimum ages for marriage, driving, drinking, and voting are outlined in Table 5. Both the mean and mode of the responses are shown. Responses to the mandatory requirements for attending school varied greatly among the countries responding. It should also be noted that some discrepancies were evident. In two cases, among the 6 countries that submitted more than one questionnaire, it was found that responses to the question about the number of years of schooling required differed among representatives from the same country. Additionally, in two other cases the minimum working age, 18 years, contradicted the minimum age for work stated in the national labor codes, 14 years. (A full summary of the responses to the survey are included as Appendix E.)

Cuadro 4: Políticas nacionales de salud del adolescente en países seleccionados

Países con Políticas Nacionales de Salud y Desarrollo del Adolescente (desde 1992)	Países sin Políticas Nacionales de Salud y Desarrollo del Adolescente (a Diciembre de 1999)	Países Redactando Políticas Nacionales de Salud y Desarrollo de los Adolescentes en 1996
Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Panamá, Perú	Anguila, Belice, Bolivia, Islas Vírgenes Británicas, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, México, Montserrat, Paraguay, St. Kitts, Sta. Lucía, Trinidad y Tobago, EEUU, Venezuela	Bahamas, Jamaica, Guatemala, Honduras, Nicaragua

Políticas nacionales sobre la salud de los adolescentes que se estuvieran aplicando a través del Ministerio de Salud. De los 30 países que respondieron, ocho tienen políticas nacionales que específicamente se refieren a la salud de los adolescentes; cinco países están redactando actualmente políticas nacionales, y 17 no tienen políticas nacionales que se refieran a la salud de los adolescentes.

Los países que tienen políticas nacionales relativos a los adolescentes incluyen: 1) la Argentina, con el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, 1995; 2) el Brasil, con las Normas para el Cuidado Médico Integral del Adolescente, 1993; 3) Chile, la Política de Salud del Adolescente, 1995; 4) Colombia, con la Ley de la Juventud, del Vice Ministerio de la Juventud, 1994; 5) Costa Rica, con la Política para la Atención de los Adolescentes y Jóvenes, 1995; y 6) el Perú, con las Normas Administrativas para la Atención Integral de la Población de entre 5 y 19 años, 1992. Los títulos de las políticas de Panamá y la República Dominicana no estaban disponibles.

El cuadro 4 muestra la información obtenida de los 30 países y los países que han implantado políticas nacionales referentes a la salud de los adolescentes desde 1992, los países que están redactando actualmente políticas nacionales, y los países sin políticas nacionales.

C. DERECHOS Y MAYORÍA DE EDAD DE LOS JÓVENES EN PAÍSES SELECCIONADOS

La discusión sobre los derechos de los jóvenes de la Región de América Latina y el Caribe se basa en datos primarios proporcionados por los 19 entrevistados que respondieron a las encuestas sobre mayoría de edad y derechos de los jóvenes. La información obtenida de la encuesta ayuda a poner en contexto la situación jurídica que enfrentan los jóvenes de los 14 países de la Región que respondieron. Específicamente, la información incluyó: 1) acceso a servicios de salud reproductiva; 2) edad mínima requerida para trabajar, conducir, beber alcohol y votar; y 3) requisitos de educación obligatoria y servicio militar.

Los encuestados de cinco países; Argentina, Bolivia, Brasil, Jamaica, y EE.UU. proporcionaron información acerca de la edad mínima para recibir servicios de salud reproductiva: 18 años, en cuatro de los cinco países, y 21 años en el quinto. En estos cinco países la edad mínima para otorgar

Table 5: Youth Rights and Legal Ages (in years)

	Average Age in Years (mean)	Most Common Age in Years (mode)
Upper age limit for Adolescence (n = 13)	19	19
Upper age limit for Youth (n = 13)	24	24
Minimum age of marriage for women (n = 13)	17	18
Minimum age for driving for men and women (n = 12)	17	18
Minimum age for drinking for men and women (n = 14)	18	18
Minimum voting age (n = 13)	18	18

D. OUTCOMES: MODELS AND TOOLS

The adolescent health policy analysis has led to several practical outcomes: a model for adolescent health based on the applied health-development link framework; analytical models for legislation and policies related to youth development and youth health; a model to guide national adolescent health policy development; and a “generic” advocacy fact sheet.

A model based on the health-development link framework for the promotion of adolescent and youth health has been presented in Part II.C of this document.

The analytical models for national adolescent legislation and policies are presented below. These four models reflect the different modalities of national legislation and policy that target youth development and youth health and the government entities that are responsible for enacting the laws, regulations and policies. Figure 19 shows the government documents, entity, and targets of national adolescent legislation and policies both explicit and implicit.

Government documents are the laws, regulations, and policies that refer to youth health and development. It is most likely that a national effort for youth health includes a combination of legislation and policies directed toward youth. The entity designates the sector(s) or inter-sectoral commission that is implementing these legislation and/or policies that refer to youth. Finally, the target is the aspect of youth that the legislation or policy effort is intended to reach. In this case a distinction between youth development and youth health has been made. Youth development addresses legal or social aspects of the development of youth, such as education, skills development, work, or socio-political participation and youth health refers to the health and well-being of youth through health services, information, promotion, prevention, or education. The link between the entity implementing the legislation and/or policies and the target is shown as being either explicit (connected by a solid line) or implicit (connected by a dotted line).

Cuadro 5: Derechos del joven y edades legales mínimas

	Edad Promedio en en Años (media)	Edad Más Común en Años (moda)
Edad límite de la adolescencia (n = 13)	19	19
Edad límite de la juventud (n = 13)	24	24
Edad mínima para el matrimonio en mujeres (n = 13)	17	18
Edad mínima para conducir, hombres y mujeres (n = 12)	17	18
Edad mínima para consumir alcohol, hombres y mujeres (n = 14)	18	18
Edad mínima para votar(n = 13)	18	18

asentimiento en lo médico fue consistente con la edad mínima para recibir servicios de salud reproductiva. Eso indica la presencia potencial de una barrera significativa en el acceso de la población joven de esos países a los servicios de salud reproductiva.

Las edades mínimas para el matrimonio, para conducir, consumir alcohol, y votar, están resumidas en el cuadro 5. Se muestran tanto el medio como el modo de las respuestas. Las respuestas sobre los requisitos obligatorios de asistencia escolar mostraron una gran variación entre los países que respondieron. También cabe notar que hubo algunas discrepancias evidentes. En dos casos, entre los seis países que respondieron más de un cuestionario, se encontró que las respuestas a la pregunta del número de años escolares requeridos varió entre los representantes de un mismo país. Además, en otros dos casos, la edad mínima para trabajar, 18 años, se contradijo con la edad mínima para trabajar establecida en los códigos nacionales del trabajo, 14 años. (Se incluye un resumen completo de las respuestas a la encuesta en el apéndice E).

D. RESULTADOS: MODELOS Y HERRAMIENTAS

El examen de las políticas de salud sobre los adolescentes ha conducido a varios resultados prácticos: un modelo tocante a la salud de los adolescentes basado en el marco del vínculo salud-desarrollo aplicado; modelos analíticos para políticas y legislación relacionadas al desarrollo y la salud de los jóvenes; un modelo para guiar el desarrollo de las políticas nacionales de salud sobre los adolescentes; y una hoja de abogacía.

Se presenta un modelo basado en el marco del vínculo salud-desarrollo para la promoción de la salud de los adolescentes y jóvenes ha sido presentado en la sección II.C de este trabajo.

Los modelos analíticos para la redacción de políticas y legislaciones nacionales sobre adolescentes se presentan más adelante. Estos cuatro modelos reflejan las diferentes modalidades de las políticas y la legislación cuyo objetivo es el desarrollo y la salud de los jóvenes, y las entidades gubernamentales que son responsables de promulgar las leyes, reglamentos y políticas. El gráfico 19 muestra

Figure 19: Analytical Models for National Adolescent Legislation and Policies

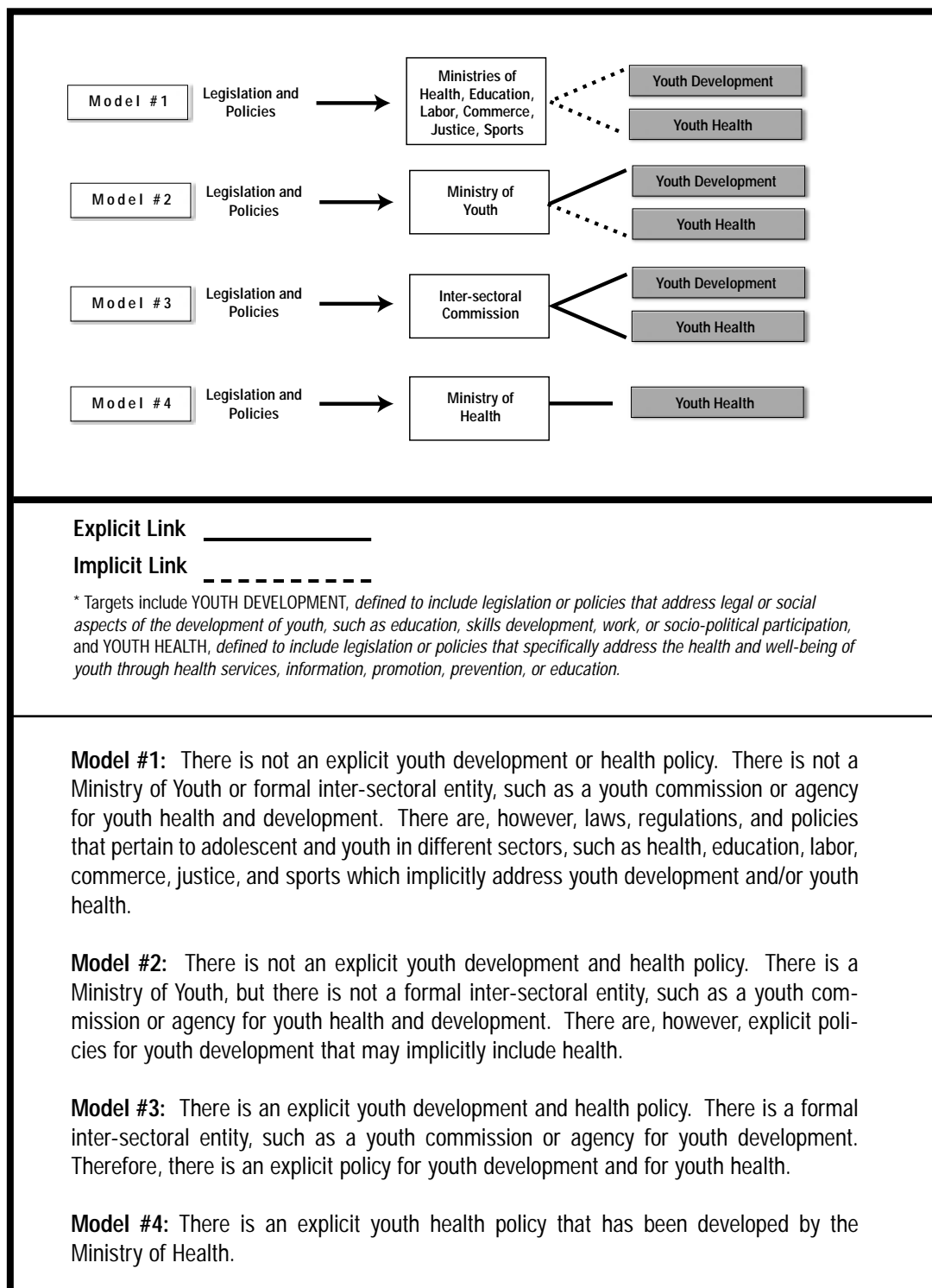
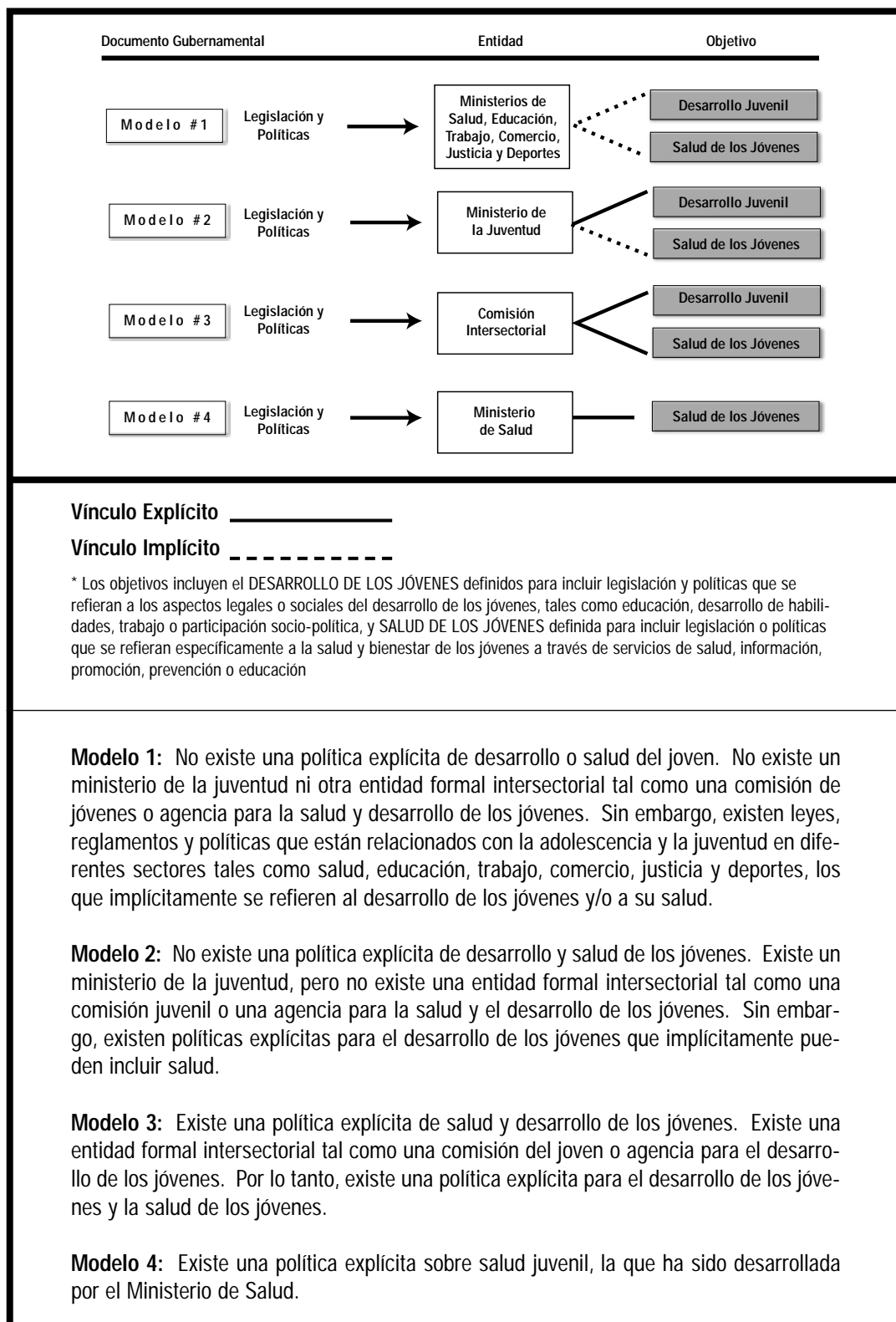


Gráfico 19: Modelos analíticos de legislación y políticas nacionales sobre adolescentes



The model for national adolescent and youth health policy development is also presented below. Figure 20 describes the elements of a comprehensive youth health policy, including the sectors to be involved and possible policy components or objectives. It is not meant to be exhaustive, but to provide examples of policy objectives. The figure shows that the sectors most likely to be involved in a comprehensive youth health policy are health, education, economic, socio-political, commerce and industry, justice, and sports. This model is intended to be used as a guide in developing a comprehensive adolescent health policy.

As indicated, this study has attempted to provide policy-relevant information and practical tools and models to facilitate policy work to advocate for adolescent health. One such tool is the “advocacy fact sheet” (See Appendix F). The fact sheet, entitled “Faces of Youth”, is designed to provide information relevant to developing a comprehensive national youth health effort, including the legislation, policies, and programs needed to promote the health of youth. It provides a brief narration of the importance of youth health promotion and how to work together for integral change. It also arranges space for country specific youth health facts, as well as, the country-specific legislative and policy environment for youth. Finally, it identifies the special needs of youth and the actions and sectoral commitments that are needed to advance the health and human development of youth. It is intended that this “generic” advocacy fact sheet can be tested throughout the Region so that it can be adapted and made country-specific.

los documentos gubernamentales, entidades, y objetivos de las legislaciones y políticas nacionales implícitas y explícitas orientadas hacia los adolescentes.

En el gráfico, el término “documentos gubernamentales” se refiere a las leyes, reglamentos y políticas que tratan de la salud y el desarrollo de los jóvenes. Lo más probable es que un esfuerzo nacional por la salud de los jóvenes incluya una combinación de legislaciones y políticas dirigidas a la juventud. El término “entidad” se refiere al sector (o sectores) o comisión intersectorial que aplica la legislación y las políticas referidas a la juventud. Finalmente, el término “objetivo” se refiere al aspecto de la juventud que la legislación o política pretende alcanzar. En este caso, se ha hecho una distinción entre el desarrollo de los jóvenes y la salud de los jóvenes. El vocablo “desarrollo de los jóvenes” se refiere a los aspectos sociales o jurídicos del desarrollo de los jóvenes tales como educación, desarrollo de habilidades, trabajo, o participación socio-política. El vocablo “salud de los jóvenes” se refiere a la salud y al bienestar de los jóvenes obtenidos a través de servicios de salud, información, promoción, prevención o educación. El vínculo existente entre la entidad que aplica la legislación y/o las políticas, y el objetivo, se muestra como algo explícito (conectado por una línea sólida) o implícito (conectado por una línea punteada).

También se presenta más adelante el modelo para el desarrollo de una política nacional de salud sobre los adolescentes y los jóvenes. El gráfico 20 describe los elementos de una política integral de salud sobre los jóvenes, incluyendo los sectores que estarán integrados y los posibles componentes y objetivos de la política. No están diseñados para ser exhaustivos, sino para proporcionar ejemplos de objetivos de las políticas. El gráfico muestra que los sectores que probablemente más participan en una política integral de salud sobre los jóvenes son los sectores salud, educación, economía, socio-político, comercio e industria, justicia y deportes. El propósito de este modelo es servir como guía para desarrollar una política integral de salud sobre los adolescentes.

Como se ha indicado, en este estudio se ha tratado de proporcionar información acerca de políticas relevantes, herramientas y modelos prácticos para facilitar el desarrollo de políticas que promuevan la salud de los adolescentes. Una de las herramientas es la “hoja de abogacía” (Ver apéndice F). La hoja informativa titulada “Las caras de la juventud” está diseñada para proporcionar información relevante para desarrollar un esfuerzo nacional global sobre la salud de los jóvenes, incluyendo la legislación, las políticas y los programas que se necesitan para fomentar la salud de los jóvenes. La hoja proporciona una narración breve de la importancia de la promoción de la salud de los jóvenes y del trabajo conjunto para lograr el cambio integral; también ofrece tanto los datos de salud de los jóvenes de los países específicos, como las legislaciones específicas de los países, y el ambiente jurídico y de políticas tocante a los jóvenes. Finalmente, identifica las necesidades específicas de los jóvenes, y las acciones y compromisos sectoriales que se necesitan para mejorar la salud y el desarrollo humano de los jóvenes. Se pretende que la hoja de abogacía sea probada a través de la Región para que se adapte a cada país.

Figure 20: Model for National Adolescent and Youth Health Policy Development

OBJECTIVES BY SECTOR	
COMPONENTS OF A COMPREHENSIVE YOUTH POLICY	<p>HEALTH</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promote “youth friendly” services that empowers youth to exercise their right to health services and to protect their own health. ● Support health information and education that promotes positive health and social behaviors, safety and non-violence. ● Integrate health services including reproductive health, psycho-social support, and health promotion and prevention to maximize resources and improve access. ● Support research to improve physical and psychological health of youth. ● Support water sanitation and healthy household environment. ● Support capacity building for professionals working with youth.
	<p>EDUCATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promote youth’s right to formal education, set compulsory secondary education of high quality and limit drop outs. ● Include formal health promotion education, including reproduction, interpersonal skills, diet/hygiene/exercise, and other social values in secondary curriculum. ● Provide equal opportunity to secondary education for the mentally and physically disabled. ● Embody education, including health education and vocational training, into obligatory military or national corp service. ● Support the promotion of peer support groups.
	<p>ECONOMIC: LABOR AND SOCIAL SECURITY</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Encourage vocational training and apprenticeship that enhances adolescent development but does not interfere with schooling, recreation, and rest. ● Protect working youth by setting occupational health requirements and minimum age, wage, and hours of work standards. ● Promote savings, investment, and employment. ● Provide social support for the health and education of adolescents living in impoverished conditions.
	<p>SOCIO-POLITICAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promote activities that encourage youth participation in self-governance and local leaders networks.
	<p>COMMERCE AND INDUSTRY</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Create job training programs to promote employment and income generation. ● Restrict the distribution, advertisement, and sale of products that adversely affect the health of youth, including tobacco products, alcohol, illicit drugs, and firearms.
	<p>JUSTICE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enforce requirements for vehicular safety, including driving under the influence of drugs and alcohol, requiring safety belts, and provisions for legally driving a vehicle. ● Support mental and physical rehabilitation and support services for youth involved in the judicial system.
	<p>SPORTS AND RECREATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Support recreational activities for youth, opportunities for young people to excel in sports, and healthy physical environments.

Gráfico 20: Modelo para el desarrollo de políticas nacionales sobre la salud del adolescente y del joven

OBJETIVOS POR SECTOR	
COMPONENTES DE UNA POLÍTICA INTEGRAL DE SALUD DE LOS JÓVENES	<p>SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promover “servicios amigos” de los jóvenes y que los empodere para ejercer sus derechos a servicios de salud, y para proteger su propio salud. ● Apoyar la información y educación sobre salud que fomenta comportamientos de salud y sociales positivos, seguridad y no-violencia ● Integrar los servicios de salud, incluyendo salud reproductiva, apoyo psico-social y fomento y prevención de salud para maximizar los recursos y mejorar el acceso. ● Apoyar la investigación para mejorar la salud física y psicológica de los jóvenes. ● Apoyar la capacitación de los profesionales que trabajan con jóvenes. ● Apoyar obras sanitarias y ambientes saludables
	<p>EDUCACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fomentar los derechos de los jóvenes a la educación formal, establecer educación secundaria obligatoria de alta calidad y limitar la deserción escolar. ● Incluir la educación formal sobre promoción de salud, incluyendo reproducción, habilidades interpersonales, dieta, higiene, ejercicio y otros valores sociales en el programa secundario. ● Proporcionar igualdad de oportunidades a los discapacitados físicos y mentales en la educación secundaria. ● Incorporar educación que incluya salud y capacitación vocacional al servicio militar obligatorio o al cuerpo nacional de servicios. ● Apoyar el fomento de los grupos de apoyo entre pares.
	<p>ECONOMÍA: TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fomentar la capacitación vocacional y la preparación para el trabajo que aumenten el desarrollo de los adolescentes sin interferir con la escuela, la recreación y el descanso. ● Proteger a los adolescentes que trabajan estableciendo normas de salud ocupacional, edad y salario mínimo, y horas de trabajo. ● Promover el ahorro, inversión y empleo ● Proporcionar apoyo social para la salud y educación de los adolescentes que viven en condiciones de pobreza
	<p>SOCIO-POLÍTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promover actividades que fomenten la participación de los jóvenes en el auto-gobierno y las redes locales de líderes.
	<p>COMERCIO E INDUSTRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Crear programas de capacitación que fomenten el empleo y la generación de ingresos. ● Restringir la distribución, propaganda y venta de productos que afecten la salud de los jóvenes adversamente, incluyendo el tabaco, alcohol, drogas y armas de fuego.
	<p>JUSTICIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar el cumplimiento de la seguridad vehicular, incluyendo conducir bajo la influencia de drogas y alcohol, requerir cinturones de seguridad, y provisiones para la conducción legal de un vehículo. ● Apoyar la rehabilitación mental y física y los servicios de salud de los jóvenes metidos en el sistema judicial.
	<p>DEPORTES Y RECREACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apoyar actividades recreativas para los jóvenes, oportunidades para que sobresalgan en el deporte y ambientes físicos saludables.

PART V. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

This policy analysis/policy research study shows the great interest that exists in the Region for adolescent health and the many efforts that are being undertaken in this regard. It has also shown the great variety of approaches and the attempts, in some countries, for an adolescent health strategy that is cohesive and sustainable from policy making to community mobilization. The legislative and policy environment influences the health and well-being of the youth population by providing the parameters, guidelines, and resources to safe guard young people. In numerous countries the health of youth and adolescents is not only a priority for the health sector, but also of sectors such as education, labor, justice, commerce, and sports and cultural affairs. This is a sound approach. Some countries are moving toward collaborative approaches to providing for the health and human development needs of their youth population. As they do so, many other countries can benefit from the guidelines, tools and lessons learned by these countries.

Examples of positive advances in the youth health effort are present in all of the countries analyzed. By combining the activities that create positive change in one country with those of another country and adapting this regional experience to specific country needs, a comprehensive package for youth health can be developed and advocated throughout the Region. Based on the analysis of existing national laws and policies in the Region, preliminary recommendations for legal components of the youth health package, by sector, follows. These recommendations are guided by the model based on the health-development link framework for the promotion of adolescent and youth health (presented in Part II.C), which aims not only at improving youth's health status but also at achieving youth's human development measured by the main indicators of health status, schooling, income, and socio-political participation.

● **HEALTH**

Laws and policies on the health of the youth population should, first, encourage health promotion and positive social behaviors, while eliminating any restraints to accessing health services. Specifically, laws and policies should attempt to eliminate barriers for youth to gain access to health services for family planning, contraception, sexually transmitted diseases, maternal care, gynecological problems, and other reproductive health needs of females and males. Additionally, the health needs of the youth population should be addressed separately from those of the infants and children under 10.

Elements of a comprehensive youth health policy referring to health specifically include promoting “youth friendly” services and empowering youth to exercise their right to health services and to protect their own health. These policies encourage communities to integrate health services including reproductive health, psycho-social support, and health promotion and prevention at the local level in order to maximize resources, while increasing access for youth. Additionally, it is important to provide capacity building for professionals working with youth, while supporting actions to improve the physical and psychological health of youth and measures to ensure sanitary water and healthy household environments. Finally, health information and education that promotes positive health and social behaviors, safety, and non-violence is beneficial to the overall human development of youth. The health sector may not need to make significant changes in the services provided, but to change its approach toward youth. A “youth friendly” health system can do much to improve adolescent and youth health.

SECCION V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este esfuerzo de análisis e investigación de políticas demuestra que hay un gran interés por la salud del adolescente de la Región, y por los estudios que sobre la materia se están llevando a cabo. También se ha mostrado que hay una gran variedad de enfoques en el esfuerzo de algunos países por tener una estrategia de salud sobre el adolescente que sea coherente y sustentable, desde el diseño de las políticas hasta la movilización de la comunidad. El ambiente legislativo y de políticas influye en la salud y el bienestar de la población joven proporcionando parámetros, normas y recursos para proteger a la gente joven. En numerosos países la salud de los jóvenes y adolescentes no sólo es una prioridad para el sector salud, sino también para sectores tales como educación, trabajo, justicia, comercio, y deportes y asuntos culturales. Este es un enfoque acertado. Además algunos países tienden a aplicar enfoques cooperativos para dotar a su población joven de medios para que respondan a sus propias necesidades de salud y desarrollo humano. A medida que esos países avancen, muchos otros se beneficiarán de las normas, herramientas y lecciones desprendidas de su experiencia.

Existen ejemplos de progreso positivo en los esfuerzos hechos por mejorar la salud de los jóvenes en todos los países estudiados. Combinando las actividades que crean cambios positivos en un país con las de otro, y adaptando esa experiencia regional a las necesidades específicas de cada país, se puede desarrollar un paquete integral para la salud de los jóvenes para recomendarlo a través de toda la Región. Sobre la base de un análisis de las leyes y políticas existentes en la Región, a continuación se hacen recomendaciones preliminares para el componente jurídico de un paquete de salud de los jóvenes, por sector. Estas recomendaciones están guiadas por el modelo basado en el marco del vínculo salud-desarrollo para la promoción de la salud de los adolescentes y jóvenes (presentado en la parte II.C), cuyo objetivo no sólo es mejorar la condición de la salud de los jóvenes, sino también lograr el desarrollo humano de los jóvenes según los indicadores más importantes como son salud, educación, ingreso, y participación socio-política.

● SALUD

Las leyes y políticas sobre la salud de la población joven deberían, en primer lugar, estimular el fomento de la salud y los comportamientos sociales positivos, a la vez que eliminar todos las restricciones del acceso a los servicios de salud. Específicamente, las leyes y políticas deberían intentar eliminar las barreras para que los jóvenes tengan acceso a los servicios de salud para planificación familiar, anticoncepción, enfermedades transmitidas sexualmente, cuidado materno, problemas ginecológicos, y otras necesidades de la salud reproductiva de mujeres y hombres. Además, se deberían abordar las necesidades de salud de la población joven separadamente de las de los lactantes y niños menores de 10 años.

Los elementos de una política integral de salud sobre los jóvenes incluyen la promoción de “servicios amigables” para los jóvenes y el empoderamiento de los jóvenes para que ejerzan su derecho a los servicios de salud y a la protección de su propia salud; el fomento de la integración comunitaria de servicios de salud, incluyendo salud reproductiva, apoyo psico-social, y promoción y prevención de la salud para emplear al máximo los recursos aumentando el acceso de la juventud. Además, es importante ampliar la formación de los profesionales que trabajan con jóvenes, a la vez que se apoyan medidas para mejorar la salud física y psicológica de la juventud, y se toman medidas para asegurar el suministro de agua potable y la existencia de entornos sanos en los hogares. Finalmente, la información y la educación sobre salud para promover comportamientos sociales y

● EDUCATION

Access to formal secondary education, non-formal education, and vocational training is an essential component of human development. Laws and policies can help to encourage basic and formal education as well as vocational training for young men and young women equally. In addition, the education sector should take a valuable role in the provision of basic health information for young people.

Specifically, the education sector can promote youth's right to formal education, set compulsory secondary education of high quality, and limit drop outs. Additionally, formal healthy behaviors, interpersonal and civil skills, and other social values can play an important role in the formal secondary education curriculum. A health education curriculum developed according to age, at the national level that includes such things as nutrition, hygiene, wellness, HIV/AIDS, reproductive health, substance abuse prevention, transit safety, mental health, conflict resolution, and physical fitness can enhance educational performance. Moreover, laws that require the provision of special education for youth with mental and physical disabilities are important. Health education and vocational training could be embodied in obligatory military or national corp service, as well as, accessible to out-of-school youth. Finally, capacity building for professionals working with youth, including teachers, health professionals, social workers, and legal council, as well as promoting the creation of peer support groups, will heighten the impact of programs for youth in the health sector.

● ECONOMIC: LABOR AND SOCIAL SECURITY

Similar to the international accord for working minors, setting minimum ages to work, restricting work in "unhealthy" environments, and mandating occupational safety procedures are essential. Additional components of the labor code, with regard to youth, can supplement this accord. Laws that strike a positive balance between discouraging work that may interfere with schooling, recreation, and rest and encouraging work that prepares youth to live economically and socially responsible lives in the future should be formulated.

Specifically, vocational training and apprenticeships that enhance youth development for those not in formal school are key. Occupational requirements and minimum age, wage, and hours of work standards must address youth. Additionally, quantitative and qualitative information about the type of work and number of youth contributing to the formal and informal sectors of the economy should be collected and analyzed as part of a comprehensive policy. This will assist in tailoring new labor regulations and economic policies for adolescents that are based on actual data. Finally, resources to maintain the social and economic needs of youth, including health, education and employment, ought to be available for those living in impoverished conditions.

● COMMERCE AND INDUSTRY

Commerce and industry is responsible for sale, distribution, and advertisement of products that can adversely affect the youth population, including tobacco, alcohol and firearms. Implementing comprehensive laws to restrict advertisement of these product and prohibit sale to young people is the responsibility of the commerce sector at the national level. Additionally, a vital intervention would be to create training programs that promote youth employment and income generating capacity.

de salud positivos, seguridad y no violencia, son beneficiosas para el desarrollo humano general de la juventud. El sector salud quizás no necesite hacer cambios significativos en los servicios que proporciona, sino cambiar su enfoque hacia la juventud. Un sistema de salud amigable para jóvenes puede hacer mucho por mejorar la salud de los jóvenes y adolescentes.

● EDUCACIÓN

El acceso a la educación secundaria formal, a la educación no formal, y a la capacitación vocacional es un componente esencial del desarrollo humano. Las leyes y políticas pueden ayudar a fomentar tanto la educación básica y formal como la capacitación vocacional para los jóvenes y las jóvenes por igual. Además, el sector educación debería tener un papel importante en el suministro de información básica sobre salud a los jóvenes.

Concretamente, el sector educación puede promover los derechos de los jóvenes a la educación formal, crear una educación secundaria obligatoria y de calidad elevada, y limitar el número de desertores escolares. Además, la educación formal de comportamientos saludables, habilidades interpersonales y cívicas, y otros valores sociales pueden tener un papel importante en todo programa de educación media formal. Un programa de educación en salud, desarrollado según las edades y a nivel nacional, y que incluya componentes relativos a nutrición, higiene, bienestar, VIH/SIDA, educación reproductiva, prevención de abuso de sustancias, seguridad en el tránsito, salud mental y condición física, puede reforzar el desempeño educacional. Mas aun, son importantes las leyes que requieren el impartimiento de educación especial para jóvenes con discapacidades mentales o físicas. La educación en salud y la capacitación vocacional podrían estar incorporadas en el servicio militar obligatorio o en algún cuerpo nacional de servicios cívicos, además de ser asequibles para los jóvenes que no estén en la escuela. Finalmente, capacitación de los profesionales que trabajan con jóvenes, incluyendo a profesores, profesionales de la salud, trabajadores sociales y consejeros legales, y el impulso dado a la creación de grupos de apoyo de pares, aumentarán el impacto de los programas para jóvenes en el sector salud.

● ECONOMÍA: TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Al igual que con el acuerdo internacional sobre los menores que trabajan, es esencial establecer edades mínimas para trabajar, restringir el trabajo en entornos poco sanos y establecer jurídicamente los procedimientos para la seguridad ocupacional. Componentes adicionales al actual código del trabajo, en lo concerniente a la juventud, pueden complementar ese acuerdo. Deben formularse leyes que produzcan un equilibrio positivo entre desalentar el trabajo que pueda interferir con la escuela, ofrecer recreación y descanso, y alentar el trabajo que prepare a los jóvenes para tener vidas económica y socialmente responsables en el futuro.

Específicamente, la capacitación vocacional y la preparación para el trabajo que aumenten el desarrollo de los jóvenes fuera de la educación formal, desempeñan un papel clave. Los requisitos ocupacionales, la edad y el salario mínimo, y las normas en cuanto a horas de trabajo deben considerar el caso de los jóvenes. Además, y como parte de una política global, se debe recolectar y analizar la información cuantitativa y la cualitativa sobre el tipo de trabajo y el número de jóvenes que contribuyen a los sectores formales e informales. Eso ayudará a diseñar reglas para el trabajo y políticas económicas novedosas para adolescentes que estén basadas en datos verdaderos. Finalmente, para aquellos jóvenes que viven en condiciones de pobreza, deberían existir recursos para cubrir sus necesidades sociales y económicas, incluyendo salud, educación y empleo.

- **JUSTICE**

The justice sector is responsible for enforcing laws and regulations and supporting individuals that are in some way involved in the judicial system. These responsibilities influence the process of youth development by exacting compliance to the laws designed to prohibit and to protect youth, as well as for sheltering, punishing or rehabilitating youth involved in the judicial system.

Specifically, enforcing regulations for vehicular safety, including driving under the influence of drugs and alcohol, requiring safety belts, and provisions for legally driving an automobile is the responsibility of the judicial sector. Additionally, mental and physical rehabilitation and supportive services ought to be provided for youth who are involved in the judicial system.

- **SPORTS AND RECREATION**

Sports, leisure, and recreation are integral to the overall development of youth. Both physically and emotionally these activities enhance healthy development, while encouraging self-reliance, leadership and group dynamics (also important components of youth empowerment). As a result, activities that support athletic, artistic and other types of individual and group recreational activities, are necessary. Such activities include programs that encourage young people to participate in sports and the arts, the restoration of parks and other community sites for youth recreation, and the promotion of healthy physical environments.

- **SOCIO-POLITICAL**

In addition to the sectoral branches of the government, the socio-political sector which includes the national, regional, and local governance can play an important role in achieving a comprehensive health policy for youth. Socio-political support can be embodied in the government's commitment to youth and its willingness to invest in advocacy for positive change. This means supporting activities that encourage youth participation in self-governance.

What is needed is a collective effort by government, non-government, community, religious, and youth organizations to achieve meaningful results for the health and human development of young people. Policies, advocacy and capacity building can enable youth peer leaders and youth supporters to focus on enhancing the human development of youth and advancing the effort toward a "youth friendly" system.

Understanding the role of each sector in the policy, programmatic, and advocacy efforts is key in establishing a policy package for youth health. Although each sector's involvement independently influences the health of young people, working together for integral care and positive change will have a larger impact on the health and socio-economic development of adolescents and youth.

● **COMERCIO E INDUSTRIA**

El comercio y la industria son responsables por la venta, distribución y propaganda de productos que afectan negativamente a la población joven, incluyendo el tabaco, el alcohol y las armas. El acatamiento de las leyes globales que restringen la propaganda de esos productos y prohíben la venta a los jóvenes es responsabilidad del sector comercial a nivel nacional. Además, crear programas de capacitación que promuevan el empleo juvenil y la capacidad de generar ingresos puede ser una intervención vital.

● **JUSTICIA**

El sector judicial es responsable de asegurar el cumplimiento de las leyes y reglas, y de apoyar a las personas que de alguna manera sean objeto de las medidas del sistema judicial. Esas responsabilidades influyen en el proceso de desarrollo de la juventud, ya que suponen el acatamiento de las leyes diseñadas para proteger a la juventud y para amparar, castigar o rehabilitar a los jóvenes que sean objeto de las medidas del sistema judicial.

En lo concreto, es responsabilidad del sector judicial asegurar el acatamiento de las reglas de seguridad vehicular, incluyendo la conducción bajo la influencia de drogas o alcohol, el empleo de cinturones de seguridad, y los requisitos para la conducción legal de un automóvil. Además, se debe proporcionar rehabilitación mental y física y servicios de apoyo a los jóvenes que sean objeto de las medidas del sistema judicial.

● **DEPORTES Y RECREACIÓN**

El deporte, el tiempo libre y la recreación son parte integral del desarrollo global de los jóvenes. Tanto física como emocionalmente esas actividades refuerzan un desarrollo sano mientras fomentan la confianza en sí mismo, el liderazgo y la dinámica de grupo (que también son componentes importantes del empoderamiento juvenil). Por tanto, es necesario apoyar las actividades atléticas, artísticas y recreacionales individuales y grupales. Dichas actividades deben incluir programas que fomenten la participación de los jóvenes en deportes y artes, la restauración de parques y lugares comunitarios para su recreación, y la promoción de entornos físicos saludables.

● **SOCIO-POLÍTICO**

El sector socio-político, que incluye los gobiernos nacionales, regionales y locales, puede tener un rol importante en el éxito de una política integral sobre la salud de los jóvenes. El apoyo socio-político puede estar incorporado en el compromiso del gobierno para con los jóvenes y en su voluntad de invertir en abogacía para lograr cambios positivos. Esto significa apoyar actividades que fomenten la participación de los jóvenes en el autogobierno.

Se necesita un esfuerzo colectivo de parte de las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, comunitarias, religiosas y de las organizaciones juveniles para lograr resultados significativos en el ámbito de la salud y el desarrollo humano de los jóvenes. Las políticas, la abogacía y la capacitación pueden permitir que los líderes y promotores de la juventud enfoquen su quehacer en el mejoramiento del desarrollo humano de los jóvenes y en que se avance hacia un sistema orientado a los jóvenes.

Es vital entender el rol que cada sector tiene en los esfuerzos políticos, programáticos y promocionales desplegados para establecer un paquete de políticas sobre la salud de los jóvenes. A pesar de que la participación de cada sector influye independientemente en la salud de los jóvenes, trabajar juntos por lograr una atención integral y cambios positivos tendrá un efecto mayor en la salud y el desarrollo socio-económico de los adolescentes y jóvenes.

REFERENCES

- Basch, P. (1990). *Textbook of International Health*. New York: Oxford University Press.
- Blum, R. (1996). *Toward a New Millennium: A Conceptual Model for Adolescent Health in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Burt, M. (1998). *Why Should we Invest in Adolescents?* Washington, DC: Pan American Health Organization.
- DHS. (1993). *Demographic Health Surveys*. Calverton, MD: Macro International, Inc.
- Despaz, R. (1995). "Epidemiologia de la Violencia." Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Dunn, W. N. (1994). *Public Policy Analysis: An Introduction*. (2nd ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- ECLAC (1996). "Social Panorama in Latin America 1994-1995." Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- ECLAC. (1994). "Panorama Social de América Latina y el Caribe." Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Fawcett, J. (1984). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- International Labor Organization. (1993). *International Labor Review*. Geneva: United Nations.
- Isaacs, S., Cairns, B. and Heckel, N. (1991). *Population Policy: A Manual for Policy Makers and Planners*. New York: Columbia University Center for Population and Family Planning.
- Maddaleno, M., Munist, and M., Silber, T. (1995). "La Salud del Adolescente y del Joven." Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Majchrzak, A. (1984). *Methods of Policy Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- PAHO. (1996). *Presentation by the Pan American Health Organization, Adolescent Health Program at The 1996 Annual APHA Conference in New York*: Pan American Health Organization.
- PAHO. (1995a). "Anteproyecto de ley para la creación de una comisión nacional intersectorial para el desarrollo integral de la adolescencia." Washington, DC: Pan American Health Organization.

REFERENCIAS

- Banco Mundial. (1993). World Development Report: Investing In Health. New York: Oxford University Press.
- Basch, P. (1990). Textbook Of International Health. New York: Oxford University Press.
- Blum, R. (1996). Hacia un nuevo milenio: Un marco conceptual para la salud adolescente en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Burt, M. (1996). ¿Porqué invertir en los adolescentes? Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- CEPAL (1996). Panorama social de América Latina 1994-1995. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (1994). Panorama social de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- DHS. (1993). Demographic Health Surveys. Calverton, MD: Macro International, Inc.
- Despaz, R. (1995). Epidemiología de la violencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Dunn, W. N. (1994). Public Policy Analysis: An Introduction. (2nd ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Fawcett, J. (1984). Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Isaacs, S., Cairns, B. y Heckel, N. (1991). Population Policy: A Manual for Policy Makers and Planners. New York: Columbia University Center for Population and Family Planning.
- Maddaleno, M., Munist, y M., Silber, T. (1995). La salud del adolescente y del joven. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Majchrzak, A. (1984). Methods of Policy Research. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- OMS. (1995). A Picture of Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1994a). Global Programme on AIDS: Provisional Working Estimates of Adult HIV Prevalence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1994b). Health in Development: Prospects for the 21st Century. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- PAHO. (1995b). *Strategic and Programmatic Orientations 1995-1998: Health for All and by All*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- PAHO. (1995c). "Anuario Estadístico de América y el Caribe." Washington, DC: Pan American Health Organization.
- PAHO. (1994). *Health Conditions in the Americas. Volume 2*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Patton, C. and Sawicki, D. (1986). *Basic Methods of Policy Analysis and Planning*. New Jersey: Prentice Hall.
- Paxman, J. and Zucherman, R. (1987). *Laws and Policies Affecting Adolescent Health*. Geneva: WHO.
- PRB. (1996). *The World's Youth 1996*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- PRB. (1994). *The World's Youth 1994: A Special Focus on Reproductive Health*. Washington, DC: Population Reference Bureau and the Center for Population Options.
- PRB. (1992). *Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rodriguez-Garcia, R. (1997). "Health, Economics, and Development: Working together for Change." *International Perspectives on Environment, Development, and Health*. By Shahi, G.S., Levy, B.S., Kjellström, T. and Lawrence, R. (Eds). New York: Springer Publishing.
- Rodriguez-Garcia, R., Macinko, J., Waters, W. and Schwethelm, B. (1996). "The Health-Development Link: Microenterprise Development for Positive Health Outcomes." *International Affairs Review*, V (2), 96-112.
- Rodriguez-Garcia, R. (1995 rev.). *Towards an Understanding of International Health Policy: A Review of Approaches to Policy Analysis*. Washington, DC: The George Washington University Center for International Health (unpublished).
- Rodriguez-Garcia, R. and Goldman, A. (Eds.). (1994). *The Health-Development Link*. Washington, DC: Pan American Health Organization/WHO.
- Rodriguez-Garcia, R. and Macinko, J. (1994). "The Role of NGOs in Community Health and Development." *The International Journal of Health Promotion and Education*, 1(4), 5-10.
- Rodriguez-Garcia, R. and Chandra, P. (1991). "The Health-Development Link: Teaching International Health Within a Health-Development Framework." *Health for All: Strengthening the Role for Public Health*. 119th Annual Meeting of the American Public Health Association. Washington, DC: American Public Health Association.

- OMS. (1994c). The HIV/AIDS Pandemic. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Programa Global Sobre el SIDA.
- OMS. (1993). The Health of Young People: A Challenge and a Promise. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1992). Women's Health: Across Age and Frontier. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1991). Health: A Conditionality for Economic Development? Breaking the Cycle of Poverty and Inequality. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1983). Smoking Control Strategies in Developing Countries. WHO Technical Report Series, No. 695. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1981). Psychosocial Factors Related to Accidents in Childhood and Adolescents. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa.
- OMS. (1975). Pregnancy and Abortion in Adolescence: Report of a WHO Meeting. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS/FNUAP/UNICEF. (1995). Programming for Adolescent Health. Un informe para discusión preparado para el grupo de estudio de la OMS/FNUAP/UNICEF sobre programación para la salud de los adolescentes. Organización Mundial de la Salud.
- OMS/UNICEF. (1978). Declaration of Alma Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS/UNICEF/FNUAP. (1995). Programming for Adolescent Health. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- ONU. (1994a). United National Demographic Yearbook. New York: Naciones Unidas.
- ONU. (1994b). World Population Prospects; The 1994 Revisions. New York: Naciones Unidas.
- OPS. (1996). Presentation at the 1996 Annual APHA Conference. New York: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (1995a). Anteproyecto de ley para la creación de una comisión nacional intersectorial para el desarrollo integral de la adolescencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (1995b). Strategic and Programmatic Orientations 1995-1998: Health for All and by All. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (1995c). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

- Senderowitz, J. (1995). *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*. Washington, DC: The World Bank.
- UN. (1994a). *United Nations Demographic Yearbook*. New York: United Nations.
- UN. (1994b). *World Population Prospects; The 1994 Revisions*. New York: United Nations.
- UNDP. (1996). *Human Development Report. United Nations Development Programmes*. New York: Oxford University Press.
- UNDP. (1992). *Human Development Report. United Nations Development Programmes*. New York: Oxford University Press.
- UNICEF. (1997). *The State of the World's Children 1997*. New York: United Nations Children's Fund.
- UNESCO. (1996). *UNESCO Statistical Yearbook*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Wallace, H. and Giri, K. (1991). *Health Care of Women and Children in Developing Countries*. Oakland, CA: Third Party Publishing Company.
- WHO. (1995). *A Picture of Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1994a). *Global Programme on AIDS: Provisional Working Estimates of Adult HIV Prevalence*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1994b). *Health in Development: Prospects for the 21st Century*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1994c). *The HIV/AIDS Pandemic. Geneva: World Health Organization Global Programme on AIDS*.
- WHO. (1993). *The Health of Young People: A Challenge and a Promise*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1992). *Women's Health: Across Age and Frontier*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1991). *Health: A Conditionality for Economic Development? Breaking the Cycle of Poverty and Inequality*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1983). "Smoking Control Strategies in Developing Countries." WHO Technical Report Series, No. 695. Geneva: World Health Organization.

- OPS. (1994). Health Conditions in the Americas. Volume 2. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- International Labor Organization. (1993). International Labor Review. Ginebra: Naciones Unidas
- Patton, C. y Sawicki, D. (1986). Basic Methods of Policy Analysis and Planning. New Jersey: Prentice Hall.
- Paxman, J. y Zucherman, R. (1987). Laws and Policies Affecting Adolescent Health. Ginebra: OMS.
- PNUD. (1996). Human Development Report. United Nations Development Programme. New York: Oxford University Press.
- PNUD. (1992). Human Development Report. United Nations Development Programme New York: Oxford University Press.
- PRB. (1996). The World's Youth 1996. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- PRB. (1994). The World's Youth 1994: A Special Focus on Reproductive Health. Washington, DC: Population Reference Bureau and the Center for Population Options.
- PRB. (1992). Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rodríguez-García, R. (1997). Health, Economics and Development: Working together for Change. International Perspectives on Environment, Development and Health. By Shahi, G.S., Levy, B.S., Kjellström, T. and Lawrence, R. (eds). New York: Springer Publishing.
- Rodríguez-García, R., Macinko, J., y Waters, W. (1996). Making the Health-Development Link through Microenterprise Development. Washington, DC: The George Washington University Center for International Health (no publicado).
- Rodríguez-García, R. (1995 rev.). Towards an Understanding of International Health Policy: A Review of Approaches to Policy Analysis. Washington, DC: The George Washington University Center for International Health (no publicado).
- Rodríguez-García, R. y Goldman, A. (Eds.). (1994). The Health-Development Link. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OMS.
- Rodríguez-García, R. y Macinko, J. (1994). The Role of NGOs in Community Health and Development. The International Journal of Health Promotion and Education, 1(4), 5-10.
- Rodríguez-García, R. y Chandra, P. (1991). The Health-Development Link: Teaching International Health Within a Health-Development Framework. Health for All: Strengthening the Role for Public Health. 119th Annual Meeting of the American Public Health Association. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

- WHO. (1981). *Psychosocial Factors Related to Accidents in Childhood and Adolescents*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO. (1975). *Pregnancy and Abortion in Adolescence: Report of a WHO Meeting*. Geneva: World Health Organization.
- WHO/UNFPA/UNICEF. (1995). *Programming for Adolescent Health. A discussion paper prepared for the WHO/UNFPA/UNICEF study group on programming for adolescent health*. World Health Organization.
- WHO/UNICEF. (1978). *Declaration of Alma Ata*. Geneva: World Health Organization.
- WHO/UNFPA/UNICEF. (1995). *Programming for Adolescent Health*. Saigon, Switzerland: World Health Organization.
- World Bank. (1993). *World Development Report: Investing In Health*. New York: Oxford University Press.

Senderowitz, J. (1995). Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood. Washington, DC: Banco Mundial.

UNICEF. (1997). The State of the World's Children 1997. New York: United Nations Children's Fund.

UNESCO. (1996). UNESCO Statistical Yearbook. Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization.

Wallace, H. y Giri, K. (1991). Health Care of Women and Children in Developing Countries. Oakland, California: Third Party Publishing Company.

APPENDIX A: LIST OF DEFINITIONS

Adolescents: those between the ages of 10 and 19 (WHO, 1995).

Advocacy: actions taken to speak in favor of a cause.

Advocacy Fact Sheet: tool that individuals and institutions can use to guide their public actions in support of policies and laws for the health and socio-economic development of adolescents and youth.

Commission: a group that oversees those efforts that require the support of more than one sector and work toward more than one primary objective, or a general purpose.

Conceptual Framework: a set of concepts and the statements that integrate them into a meaningful configuration (Fawcett, 1984).

Explicit Policy: a statement or document issued by a government (Rodriguez-Garcia, 1995).

Health-Development Link: an integral conceptual framework that encompasses the study of the impact of health on development, the impact of development on health, and the determinants, mechanisms, attributes and consequences of these relationships (Rodriguez-Garcia and Chandra, 1991).

Health: the state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or disability (WHO/UNICEF, 1978) including the important area of human rights (Rodriguez-Garcia, et al., 1996).

Human Development: refers to not only increases in a nation's, or household's, income, but just as importantly to improvements in education and in health. The indicators of human development are education, income, and life expectancy (UNDP, 1992).

Health Policy: an expression of specific priority objectives and the accompanying laws, directives and resources to achieve them through a process of reassessment (Rodriguez-Garcia, 1995).

Implicit Policy: those laws, regulations, and other directives which although not directly issued for the purpose of influencing a specific health situation have the effect of doing so (Rodriguez-Garcia, 1995).

Inter-sectoral: those efforts that encompass several sectors working toward one primary objective or specific purpose.

Legislation: a law or regulation enacted by a national law making body (general definition).

Policy: a written expression of specific priority objectives and the accompanying laws, directives and resources to achieve them through a process of reassessment (Rodriguez-Garcia, 1995).

APÉNDICE A: DEFINICIONES

Abogacía: acciones tomadas por expresar apoyo a una causa.

Adolescente: aquel que está entre las edades de 10 y 19 años (OMS, 1995).

Ambiente de políticas: el contexto específico en el cual ocurren los eventos que rodean un asunto de políticas (Patton y Sawicki, 1986).

Análisis de políticas: el estudio de las características de las políticas establecidas, como llegaron a ser tales, y sus consecuencias (Rodríguez-García, 1995).

Desarrollo del joven: declaraciones de políticas que se refieren a aspectos jurídicos o sociales del desarrollo de la juventud, tales como educación, desarrollo de habilidades, trabajo, o participación socio-política.

Desarrollo humano: se refiere no solamente a los incrementos de ingreso de una nación o de un hogar, sino, también, e igualmente importante, a los desarrollos en educación y salud. Los indicadores del desarrollo humano son la educación, el ingreso, y la esperanza de vida al nacer (PNUD, 1992).

Desarrollo socio-económico: el mejoramiento de la calidad de vida a través de cambios que resulten en 1) niveles de vida más altos, 2) aumento en el poder adquisitivo, 3) mayor participación política, y 4) acceso a bienes y servicios básicos (Rodríguez-García, 1996).

Hoja de abogacía: herramientas que individuos e instituciones pueden usar para guiar sus acciones públicas en apoyo a políticas y leyes para el desarrollo socio-económico y de salud de los jóvenes y adolescentes.

Intersectorial: el esfuerzo que comprende varios sectores que trabajan por un objetivo primario o un propósito específico.

Investigación de políticas: el estudio o análisis de un problema social fundamental, para proporcionar a las autoridades responsables recomendaciones pragmáticas orientadas hacia la acción para aliviar el problema (Majchzak, 1984).

Joven: aquel que tenga entre 15 y 24 años de edad (OMS, 1995).

Legislación: una ley o regla promulgada por un cuerpo nacional legislativo (definición general).

Marco conceptual: una serie de conceptos y planteamientos que se integran en una configuración significativa (Fawcett, 1984).

Política: una expresión escrita de una prioridad específica de objetivos y las leyes que la acompañan, las directivas, y los recursos para lograrlos a través de un proceso de reevaluación (Rodríguez-García, 1995).

Policy Analysis: the process of studying the characteristics of established policies, how they came to be, and their consequences (Rodriguez-Garcia, 1995).

Policy Environment: the specific context in which events surrounding a policy issue occur (Patton and Sawicki, 1986).

Policy Research: the process of studying or analyzing a fundamental social problem in order to provide policy makers with pragmatic, action-oriented recommendations for alleviating the problem (Majchrzak, 1984).

Socio-economic Development: the process of improving the quality of life through changes that result in 1) higher standards of living, 2) increased purchasing power, 3) greater political participation, and 4) access to basic goods and services (Rodriguez-Garcia, 1996).

Youth: those between the ages of 15 and 24 (WHO, 1995).

Youth Development: policy statements that address legal or social aspects of the development of youth, such as education, skills development, work, or socio-political participation.

Youth Health: legislation or policies that specifically address the health and well-being of youth through health services, information, promotion, prevention or education.

Política de salud: una expresión específica de objetivos prioritarios y las leyes que la acompañan, las directivas, y los recursos para lograrlos a través de un proceso de reevaluación (Rodríguez-García, 1995).

Políticas explícitas: un planteamiento o documento emitido por un gobierno (Rodríguez-García, 1995).

Política implícita: aquella ley, regla u otra directiva que a pesar de no ser directamente emitida con el propósito de influir en una situación de salud específica, tiene el efecto de lograrlo (Rodríguez-García, 1995).

Salud: el estado de completa salud física, mental y bienestar social y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad (OMS/UNICEF, 1978) incluyendo la importante esfera de derechos humanos (Rodríguez-García, Macinko, y Waters, 1996).

Salud del joven: legislación o políticas que se refieren específicamente a la salud y al bienestar de los jóvenes a través de servicios de salud, información, promoción, prevención o educación.

Vínculo salud-desarrollo: un marco conceptual integral que comprende el estudio del efecto de la salud en el desarrollo, el efecto del desarrollo en la salud, y los determinantes, mecanismos, atributos y las características y consecuencias de estas relaciones (Rodríguez-García y Chandra, 1991).

APPENDIX B: LEGISLATIVE SUMMARY FORM

Adolescent Policy Analysis Research Project in the Latin American and Caribbean Region <u>LEGISLATION SUMMARY FORM</u>								
Country: _____								
1. Legislation	2. Date	3. Ages of target	4. Focus/ Purpose	5. Youth Dvlpmnt Health	7. Responsible Entity (ies)	8. # of pages	9. Comments	
1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1	9.1
1.2	2.2	3.2	4.2	5.2	6.2	7.2	8.2	9.2
1.3	2.3	3.3	4.3	5.3	6.3	7.3	8.3	9.3
1.4	2.4	3.4	4.4	5.4	6.4	7.4	8.4	9.4

APÉNDICE B: FORMULARIO RESUMIDO DE LEGISLACIONES

Proyecto de Análisis de Políticas de Adolescencia en la Región de América Latina y el Caribe FORMULARIO RESUMIDO DE LEGISLACIONES								
País: _____								
1. Legislación	2. Fecha	3. Edades beneficiarias	4. Enfoque/ Propósito	5. Desarrollo Juvenil	6. Salud Juvenil	7. Entidad (es) Responsables	8. No. de páginas	9. Comentarios
1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1	9.1
1.2	2.2	3.2	4.2	5.2	6.2	7.2	8.2	9.2
1.3	2.3	3.3	4.3	5.3	6.3	7.3	8.3	9.3
1.4	2.4	3.4	4.4	5.4	6.4	7.4	8.4	9.4

APPENDIX C: SECTORAL INVOLVEMENT IN YOUTH HEALTH, by Country
COUNTRY: Argentina

	# of Legislations(dates): 23 (1979-1994)		# sectors involved in YH: 4		groups involved in YH: National Council on Minors						
	SECTOR										
	EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE		
	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	
YOUTH DEVELOPMENT	Culture/Nationalism in culture of foreign schools teach savings and security in prim. and sec. schools Nat'l holiday in primary & second. schools: Argentine Day of Peace-promotes education on peace by org in the schools scholarships for families injured/killed in the Falklands right to educ special, private/public, adult	Min. of Culture and Education/ Min of Foreign Relations National Bank	Obligations to employers of youth agrarian workers prohibit work in mines for women and minors <18 (ratifies intl accord)	Min. of Labor Natl Comm. on rural labor, & Agrarian Labor Not indicated	advocacy for ministry to promote youth pol. and programs	Min. of Health and Social Action	savings account access for minors <16 vs >16 family allowance for educ. scholarships for victims of Falkland Islands war right to subsidies for minors <15 not studying and students >15 same as for parents	National Bank not indicated Min. of Educ. and Justice not indicated	finest/punishment for dealing illegal subst. stricter if purchaser is <18 fines and punishment for using high power fireworks (prohibited for minors <16)	Min. of Justice MoH Min. of Educ	not indicated
TOTAL =		5		2		1		4		2	
YOUTH HEALTH	right to educ. includes nutrition, hygiene, sickness prev. education	Min. of Educ. physical exams for mine workers (male<18) abuse and physical fitness test	Organization	Intl Labor focus on youth policy and programs	Min. of Health		programs for substance	Education/MoH and Min. of Educ.			
TOTAL =		1		1		1		0			12

APÉNDICE C: PARTICIPACIÓN SECTORIAL EN SALUD JUVENIL, por país

PAÍS: Argentina

No. de Legislaciones (fechas): 23 (1979-1994)		No. de sectores involucrados en SJ: 4		Ggrupos involucrados en SJ: Consejo Nacional de Menores	
SECTOR					
EDUCACION	TRABAJO	SALUD	ECONOMICO	JUSTICIA	
Enfoque Cultura/ Nacionalismo en educación de colegios extranjeros enseñanza de ahorro y seguridad en escuelas primarias y sec.	Enfoque Obligaciones con los emplea- dores de traba- jadores agrarios jóvenes	Enfoque promoción para que el Ministerio impulse políticas y programas para los jóvenes	Enfoque acceso a cuentas de ahorro a menores <16 vs >16	Enfoque multas/castigos por traficar substancias ilegales más estricto si el comprador es	Ejecutor Min. de Cultura y Educación/Min. de Relaciones Exteriores Banco Nacional
Ejecutor Min. de Cultura y Educación/Min. de Relaciones Exteriores Banco Nacional	Ejecutor Min. del Trabajo Com. Nac. de trabajo rural, y Com. Nac. de Trabajo Agrario	Ejecutor Min. de Salud y Acción Social	Ejecutor Banco Nacional	Ejecutor Min. de Justicia Min. de Salud Educación	
DESARROLLO JUVENIL	prohibir el trabajo de mujeres y menores de 18 en las minas (ratifica acuerdo internacional)	No Indicado	subvención familiar para educación	<18 multas y castigos no indicado	
Feriatos nac. en escuelas primarias y secundarias Día Argentino de la Paz - promueve la educación sobre la paz por org. en las escuelas becas para las familias de los heridos/muertos en las Malvinas derecho a educ. especial, privada/pública, adultos	Min. de Educación y Min. de Justicia		becas para las víctimas de la Guerra de las Malvinas derecho a subsidio para menores <15 no estudiando y estudiantes >15 igual que a los padres	por usar fuegos artificiales de alta potencia (prohibidos para los menores <16)	
TOTAL =	5	1	4	2	
SALUD JUVENIL	exámenes físicos para trabajadores mineros (hombres menores de 18) y exámenes de estado físico	enfoco en políticas y programas para los jóvenes		Programas de educación para el abuso de substancias	
TOTAL =	1	1	0	1	

COUNTRY: Argentina (cont)

SECTOR					
	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL**	
YOUTH DEVELOPMENT	<p>Focus prohibit ads for cigarettes cannot use people who look <21 in ads no ads assoc to sports</p> <p>Implementor Sec of Comm.</p> <p>not indicated</p>	<p>Focus Culture/Nationalism in curriculum of foreign schools</p> <p>Implementor Min. of Educ. and Culture Min. of For. Affairs</p>	<p>Focus Creation of the Interministerial Commission on Youth (1988)</p> <p>Implementor MoH and Social Action</p> <p>Natl Inst of Youth Policies to promote youth (1990)</p> <p>Natl Council on Minors and Fam. Action abandonment violence, family life, delinquency, disability (1990)</p>	<p>Focus ratify UN Convention on the Rights of the Child</p> <p>Implementor not indicated</p>	
TOTAL =	2	1	3	1	
YOUTH HEALTH	<p>Focus Prohibit advertising cigarettes</p> <p>Implementor Sec. of Comm.</p>		<p>Natl Council on Minors prenatal perinatal family violence disability</p>		
TOTAL =	1	0	1	0	
<p>* a group of more than one entity with more than one primary objective involving more than one sector</p> <p>** more than one sector involved, for one primary objective</p>					

PAÍS: Argentina (cont.)

SECTOR				
	COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES	GRUPOS/ COMISIONES*	INTER-SECTORIAL**
DESARROLLO JUVENIL	<p>Enfoque prohibir la propaganda de cigarrillos no usar a personas que se vean menores de 21 en la propaganda no a la propaganda asociada a los deportes</p> <p>Ejecutor Secretaría de Comercio</p>	<p>Enfoque Cultura/ Nacionalismo en los programas de los colegios extranjeros</p> <p>Ejecutor Min. de Educación y Cultura Min. de Relaciones Exteriores</p>	<p>Enfoque Creación de una Comisión Inter- Ministerial sobre la Juventud (1988)</p> <p>Ejecutor Min. de Salud y Acción Social</p> <p>Inst. Nac. de la Juventud</p> <p>Políticas para promover a los jóvenes (1990)</p> <p>Consejo Nacional de Menores y la Familia</p> <p>abandono, violencia, vida familiar, delincuencia, invalidez (1990)</p>	<p>Enfoque ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU</p> <p>Ejecutor no indicado</p>
	<p>restricciones a los anuncios radiales para proteger a los menores</p>			
TOTAL =	2	1	3	1
SALUD JUVENIL	<p>Prohibir la propaganda de cigarrillos</p> <p>Secretaría de Comercio</p>		<p>Consejo Nacional de Menores prenatal perinatal violencia familiar invalidez</p>	
TOTAL =	1	0	1	0

* un grupo de más de una entidad
con más de un objetivo primario
que involucra a más de un sector

** más de un sector involucrado
para un objetivo primario

COUNTRY: Bolivia

	# of Legislations(dates): 4 (1978-1990) # sectors involved in YH: 2 groups involved in YH: National Committee on Social Dev. and Solidarity								
	EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE
	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	
YOUTH DEVELOPMENT			min. age for the empl of minors (international convention)	Min. of Labor and Work Dev MoH Min of Soc Sec					
TOTAL =	0			1	0		0		0
YOUTH HEALTH			occupational health component						
TOTAL =	0			1	0		0		0

No. de Legislaciones (fechas): 4 (1978-1990) No. de sectores involucrados en SJ: 2 Grupos involucrados en SJ: National Committee on Social Dev. and Solidarity									
SECTOR									
EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
		edad mínima par el empleo de menores (convención internacional)	Mín. del Trabajo y Desarrollo del Trabajo Mín. de Salud Ministerio de Seguridad Social						
DESARROLLO JUVENIL									
TOTAL =		0		1		0		0	
		componente de salud ocupacional							
SALUD JUVENIL									
TOTAL =		0		1		0		0	

COUNTRY: Bolivia (cont)

SECTOR				
	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL**
	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor
YOUTH DEVELOPMENT			Natl Comm on Social Dev. and Solidarity (1987) Office of the First Lady Min of Soc Sec (MoH) Min of Planning and Cooperation Inter-institutional National Comm on Soc. Dev. and protection of minors (1989) Supporting comm for above protecting minors	Ratify UN Convention on the Rights of the Child not indicated
TOTAL =	0	0	2	1
YOUTH HEALTH			Natl Comm on Soc Dev protection asst for minors incl health Min of Public Health	
TOTAL =	0	0	1	0

* a group of more than one entity with more than one primary objective
 ** more than one sector involved, for one primary objective

PAÍS: Bolivia (cont)

SECTOR					
COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES		GRUPOS/ COMISIONES*		INTER-SECTORIAL**
Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor
			Com. Nac. de Desarrollo Social y Solidaridad -1987 protección/ asistencia de menores	Oficina de la Primera Dama Min. de Seg. Social Min. de Salud Min. de Planificación y Cooperación	no indicado Convencción de los Derechos del Niño de la ONU
DESARROLLO JUVENIL			Com. Inter- institucional para la protección de menores (1989) Comité de Apoyo para la protección de menores	Comisión Nacional de Desarrollo Social y Solidaridad	
TOTAL =	0	0		2	1
			Com. Nac. de Desarrollo Social asistencia en la protección de menores incluyendo salud	Min. de Salud Pública	
SALUD JUVENIL					
TOTAL =	0	0		1	0
* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario					
** más de un sector involucrado para un objetivo primario					

COUNTRY: Brazil

		SECTOR									
		EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE	
		Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor
# of Legislations(dates): 19 (1978-1992) # sectors involved in YH: 3 groups involved in YH: Council on the Rights of the Child/Center for Support of Young People of the Child/Center for Support of Young People											
YOUTH DEVELOPMENT		Army Educ Mill training, basic educ scientific/technical training	Min. of Defence	Min wage Cr \$333,120 (1985)	not specified	Integrated Health care for Adolescents	MoH			Code on Minors penal code punishment for males who have sex with females 16-18 years old	Foundation for the Welfare of Minors
		Moral/Civic Educ, engendering a sense of family	not indicated	Working minors and social sec	Min of Labor						
		Create Natl Sec on special educ projects	Min of Educ	Prohibit work <14, unless apprenticeship	Council on the Rights of Child/ Adolescent						
		Project on Young People, protec- tion childcare, basic educ., sports culture, occup prep, training	Min of Educ								
TOTAL =		4		3		1		0		1	
YOUTH HEALTH		Special Education	Min of Educ	occupational safety for 14-18 year olds		requirements for the shelter of abandoned minors	not indicated				
		Sexual Educ in Secondary schools HIV/AIDS reproduction Fam Planning				HC for adolescents prenatal, childbirth, fam planning STDs, gynecologic problems					
TOTAL =		2		1		2		0		0	

No. de Legislaciones (fechas): 19 (1978-1992) No. de sectores involucrados en SJ: 3 Grupos involucrados en SJ: Consejo sobre Derechos de los Niños/Centro de Apoyo a los Jóvenes

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMIA		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL	Educ. en el Ejército	Min. de Defensa	Salario mínimo no especificado Cr \$333.120 (1985)	no especificado	Cuidado de la salud integral del adolescente	Min. de Salud	Código sobre Menores código penal	Minores	Código sobre Menores código penal	Fundación para el Bienestar de los Menores
	Adiestramiento militar educación básica	no indicado	Trabajo de menores y seguridad social	Min del Trabajo			hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres de 16-18 años	castiga a		
	Cívica, creando un sentido de familia	Educación Moral/	Prohibición de trabajar a menores de 14 años no ser como aprendices	Consejo sobre los Derechos del Niño/Adolescente						
	Creación de Seg. especiales de educación	Min. de Educ.								
	Proyecto sobre Gente Joven, tales de apoyo a la cuidado infantil, gente joven	Min de Educ.								
	educación básica, cultura del deporte, prep. para el trabajo, capacit.									
TOTAL =	4		3		1		0		1	
SALUD JUVENIL	Educación Especial	Min de Educ.	seguridad ocupacional para jóvenes de 14-18 años		requisitos para el albergue de menores abandonados	no indicado				
	Educ. sexual en escuelas secundarias HIV/SIDA reproducción planificación familiar				Atención de Salud para adolescentes prenatal, parto, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, problemas ginecológicos					
TOTAL =	2		1		2		0		0	

PAÍS: Brasil

El Ambiente Legislativo para la Salud de los Adolescentes en América Latina y el Caribe

COUNTRY: Brazil (cont)

SECTOR				
	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL **
YOUTH DEVELOPMENT	<p>Focus</p> <p>Implementor</p>	<p>Focus</p> <p>Implementor</p>	<p>Focus Code on minors: Foundation for Asst. protection and care for minors guardianship adoption attending theaters clubs, etc. travel issues (penal code) (1980) Health, family, education, labor, delinquency, pu- mishment (1991) Project on young people (1992) Support to Young People, MOH, MOE</p> <p>Implementor Welfare of Minors (FUNABEM) Min. of Justice Agricul, Educ, Culture Natl Council on the Rights of Adolescents (CONANDA)</p>	<p>Focus Ratify UN declaration on the year of the Child (1978) and (1984) Ratify Intl Convention on the rights of the Child (1990)</p> <p>Implementor Min of Soc Asst, Educ, Ext Affairs and Health Multidisciplinary Committee Min. of Educ, Interior, Labor, Social Asst, Ext. Affairs not indicated</p>
TOTAL =	0	0	3	2
YOUTH HEALTH			<p>regulations on adolescent health designates health as a right for youth Protection, Young People, MCH, sports AH programs (1993) growth & dev sexuality/STDs oral, mental, student health accident prev</p> <p>Council on the Rights of the Child (CONANDA) Integrated centers for support to young people (states) MoH, PROSAD</p>	
TOTAL =	0		3	0

* a group of more than one entity with more than one primary objective
 ** more than one sector involved, for one primary objective

PAÍS: Brasil (cont)

SECTOR				
	COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES	GRUPOS/ COMISIONES*	INTER-SECTORIAL,**
	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL	0	0	3	2
TOTAL =	0	0	3	2
SALUD JUVENIL			3	0
TOTAL =	0		3	0
			* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario	** más de un sector involucrado para un objetivo primario

COUNTRY: Chile

		SECTOR				
		EDUCATION	LABOR	HEALTH	ECONOMIC	JUSTICE
# of Legislations(dates): 20 (1976-1995)		# sectors involved in YH: 4				
groups involved in YH: Nat'l Council on Minor, Nat'l Service for Minors, Nat'l Inst. for Youth, Commission for Health Education						
YOUTH DEVELOPMENT	<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>	<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>	<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>
	Intersectoral Comm on primary prev of alcohol in scholastic comm	Min of Educ Defense, Justice Health, Planning	Prohibit minors <18 from nighttime work in industr establishments	not specified	Inc in Min wage to 33,000/mo 1991, 26.9% for minors 38,600/mo for minors or 28,707/mo depending on type of labor	18 established as age of adulthood Civil code: reappears 18 for 21
YOUTH HEALTH	<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>	<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>	<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>
	Alcohol Prev in schools risk prevention and safety transit safety	Min of Public Educ., Natl Council on Safety	Protection of workers & contractors - work day - overtime/holiday - age limits for 14-18 year olds	Min of Labor and Social Sec	Occupational health Prevention of alcohol	Protection of minors - abuse - health as a priority for programs
TOTAL =	3	2	0	1	3	1
TOTAL =	3	1	0	0	1	1

No. de Legislaciones (fechas): 20 (1976-1995) No. de sectores involucrados en SJ: 4 Grupos involucrados en SJ: Consejo Nacional de Menores Servicio Nc. de Menores, Inst. Nac. para la Juventud

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
	Comisión inter-sectorial de prevención primaria de alcoholismo en las comunidades escolares	Min de Educ. Defensa, Justicia Salud, Planificación industrial	Prohibición a los menores de 18 de trabajar en las noches en establecimientos	no especificado			Incremento del salario mínimo a Ch\$33,000/mes 1991, 26.9% para los menores	Min. de Hacienda	establecimiento de los 18 años como edad adulta	Min. de Justicia
DESARROLLO JUVENIL	Educ. sobre riesgo/prevenición, seguridad en las escuelas	Min de Educ. Pública, Consejo Nacional de Seguridad	Protección de los trabajadores y contratistas - día de trabajo - sobretiempo/ feriados	Min. del trabajo y Seguridad Social			Ch\$38,600/mes para los menores o Ch\$28,707/mes dependiendo en el tipo de trabajo	Min. de Justicia	Código Civil reemplaza 18 por 21	Min. de Justicia
	Enseñar normas de seguridad en el tránsito "Brigada Escolar de Seguridad en el Tránsito"	Min. de Educ. Pública	límites de edad para los individuos entre 14-18 años					Min. de Justicia	Normas para los programas de menores	Min. de Justicia
TOTAL =	3	3	2	2	0	0	1	1	3	3
SALUD JUVENIL	Prevención de alcoholismo en las escuelas	ver arriba	Protección de los Trabajadores ocupacional	Min. del Trabajo y Seguridad Social, y Min. de Salud	Salud Ocupacional	Min. del Trabajo			Protección de Menores	Min. de Justicia
	prevención de riesgos y seguridad en el tránsito	Min. de Educ. Pública	#NAME? sobre el embarazo		Prevención del alcoholismo	Min. de Salud			salud como prioridad en los programas	
TOTAL =	3	3	1	1	0	0	0	0	1	1

PAÍS: Chile

El Ambiente Legislativo para la Salud de los Adolescentes en América Latina y el Caribe

COUNTRY: Chile (Cont)

SECTOR			
COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL**
<p>Focus Establish Nat'l Council on TV -restriction on screening programs unsuitable for minors</p> <p>Implementor Min of Interior Min of Transport and Telecomm.</p>	<p>Focus</p> <p>Implementor</p>	<p>Focus Responsibility of institutions that assist minors in irregular situations Natl Pol on Infancy & Youth (1977-81) Natl Service on Minors (1979_) -protection (rev 1981) rev 1988) rev (1991) 5 systems for assisting minors in irregular situations Natl Inst of Youth (1991) Natl Program on AH PROJOVEN (nat'l youth policy) Promotion/ prevention integrated approach (advocacy)</p> <p>Implementor Natl Council on Minors Min of Justice, Int, Educ and MOH Min of Justice, Int, Educ, and MOH, Nat'l Dir for Service on Minors</p>	<p>Focus Primary prev of Alcohol in Schools</p> <p>Implementor Educ, defense justice, health, planning</p>
YOUTH DEVELOPMENT			
TOTAL =	1	0	1
YOUTH HEALTH			
TOTAL =	0	5	1

* a group of more than one entity with more than one primary objective

** more than one sector involved, for one primary objective

PAÍS: Chile (Cont)

SECTOR				INTER-SECTORIAL**
COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES	GRUPOS/ COMISIONES*		
Enfoque	Enfoque	Enfoque	Enfoque	Enfoque
Ejecutor	Ejecutor	Ejecutor	Ejecutor	Ejecutor
<p>Establecer el Consejo Nac. de TV -restricciones a la selección de programas propios para los menores</p> <p>DESARROLLO JUVENIL</p>	<p>Min. del Interior</p> <p>Min. de Transporte y Telecomunicaciones</p>	<p>Responsabilidad de las instituciones que asisten a menores en situaciones irregulares sobre Infancia y Juventud (1977-81) Servicio Nacional de Menores (1979) -protección (rev 1981) (rev 1988) rev (1991) 5 sistemas para asistir a menores en situaciones irregulares Instituto. Nac. de la Juventud (1991) Programa Nacional sobre SA PROJOVEN (política nac. sobre juventud) Educ., Promoción/prevencción enfque integrado (defensa)</p> <p>TOTAL =</p>	<p>Comisión Nacional de Menores</p> <p>Min. de Justicia, Interior, Educación y Salud</p> <p>Min. de Justicia, Interior, Educ.y Salud, Dirección Nacional de Servicios a Menores</p> <p>Min. de Planificación y Cooperación</p> <p>Instituto Nac. de la Juventud.</p> <p>Min. de Salud, Trabajo, Educ., Promoción/prevencción nacional de la juventud</p> <p>5</p>	<p>Prevencción del alcoholismo en las escuelas</p> <p>Educación, defensa, justicia, salud, planificación</p> <p>1</p>
<p>SALUD JUVENIL</p> <p>TOTAL =</p>	<p>Servicios de salud para instituciones que asisten a menores en situaciones irregulares</p> <p>La política nac. 1977-81 incluye la salud como área prioritaria rev 1988 de la colaboración del Servicio Nacional de menores para incluir -salud/higiene deportes/recreación, educación, Promoción/Prevención -tabaco, drogas, alcohol., sexualidad, ETS, prevención de accidentes y medio ambiente</p> <p>Políticas para la Juventud Salud</p> <p>0</p>	<p>Consejo Nacional de Menores</p> <p>igual que anterior</p> <p>Dir. de Servicios Nacionales sobre Menores</p> <p>COMISE (Comité sobre Educación en Salud)</p> <p>5</p>	<p>Prevencción de alcoholismo</p> <p>igual que anterior</p> <p>1</p>	

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
	Educación para los hijos de los trabajadores de fincas rurales	Min. de Agricult.	*Prohibición de emplear a <14 en la agricultura/industria *Restricciones al empleo para las edades entre 14-18 y las mujeres	Min. del Trabajo y Seguridad Social	Protección y salud para los niños	Min. de Salud			Prohibir la venta y el consumo de alcohol a menores	Min. de Justicia
DESARROLLO JUVENIL	Estímulos académicos e incentivos para los atletas nacionales	Min. de Educ.							Reglamenta el uso de drogas y sustancias psicotrópicas	Consejo Nacional de Drogas
TOTAL =	2		1	1	1	3	0	0	3	3
SALUD JUVENIL			Sanidad e higiene en el lugar de trabajo para los empleados de entre 14-18 años	Ministerios del Trabajo y Seguridad Social (División de Salud Ocupacional)	Protección del Niño	Ministerio de Salud			Prevención del consumo de alcohol	Min. de Justicia
					Prevención del Consumo de Alcohol	Ministerio de Salud			Tratamiento para menores que usan drogas	Consejo Nac. de drogas
					Tratamiento para la rehabilitación de drogas	Consejo Nacional sobre Drogas, Ministerios de Salud, Comercio y Educación				
TOTAL =	0		1	1	3	3	0	0	2	2

COUNTRY: Colombia (cont)

SECTOR			
COMMERCE/ INDUSTRY	YOUTH (SPORTS/CULTURE)	GROUPS/COMMISSIONS or INTER-SECTORAL**	
<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>	<u>Focus</u>	<u>Implementor</u>
<p>*Control of War Toys *Prohibit adult TV from 7am-10pm Prevent sale of alcohol to minors Prohibit drug consumption</p>	<p>Mins. of Education and Commerce Mins. of Health and Justice Nat'l Council on Drugs (Min. of Commerce)</p>	<p>Nat'l system of Family Welfare *est. institute for protection of family/children Research and facilities for Colombian youth & sports Code on Minors (abandonment, adoption, labor, delinquency, prohibit entrance to adult entertainment)</p>	<p>Program on youth women & family access to edu., economic prod. culture, recreation & Defense promotion & protection and rights of the child Celebrating the year of the child Min. of Edu, Inst. of Youth & sports, Comm. of Youth NGOs</p>
TOTAL =	3	0	6
<p>Alcohol Sale Drug Consumption</p>	<p>Mins. of Health and Justice Nat'l Council on Drugs (Min of Commerce)</p>	<p>Nat'l system of Family Welfare rgt to medical attn. & nutrition protection for sick minors Research and facilities for Youth sports Code on Minors (rgt to HC service, emergency care occupational safety, prohibit alcohol consumption)</p>	<p>Prgrm on youth women & family access to health, hospital care, and safe environment Funds for health infra-structure Rights of the child includes health promotion ICBF Mins. of Justice, Edu., Labor, Health, Inst. of youth and sports</p>
TOTAL =	2	0	5
<p>* a group of more than one entity with more than one primary objective ** more than one sector involved, for one primary objective</p>			

COUNTRY: Costa Rica

	# of Legislations(dates):		# sectors involved in YH:		# groups involved in YH:					
	SECTOR									
	EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE	
	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor
YOUTH DEVELOPMENT	Creation of division of alienation and nutrition of the school child & adolescent (DANEA)	DANEA -Min of Educ	Physical Exam for Maritime Worker (Intl Convent)	Min of Labor & Soc. Sec	Prohibit sale of illegal subst. to minors (mod of law) Functions of health center for primary HC Children, Females aged 15-45	MOH	Prohibit sale of cigarettes to minors recognize violence against children as an epidemic	MOH		
TOTAL =	2		1		4		0		0	
YOUTH HEALTH	DANEA - promotes nutrition in schools	DANEA -Min of Educ	Physical Exam for Maritime Workers (Intl Convent) -occupational health	Min of Labor & Soc Sec.	Sale of illegal subst to minors Natl Comm on School Garden/Family plots Prohibit Sale of cigarettes to minors Recognize violence against children as an epidemic advocacy: recognize need to focus on AH	MOH				
TOTAL =	1		1		5		0		0	

No. de Legislaciones (fechas):		No. de Sectores involucrados en SJ:		Grupos involucrados en SJ:					
SECTOR									
EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
Creación de una división de alienación y nutrición para los niños y adolescentes en la escuela (DANE/A)	DANE/A -Min de Educ.	Examen físico para Trabajadores Marítimos (Convención Internacional)	Min. del Trabajo y Seguridad Social	Prohibir la venta de sustancias ilegales a menores (modificar ley)	Min. de Salud	Funciones de centros de salud para cuidado primario niños, mujeres entre 15-45	Min. de Salud		
Cooperativas Escolares y Juveniles para el Adiestramiento y la Producción (jóvenes que no participan en la educación formal)	Min. de Educ.			Prohibir la venta de cigarrillos a menores reconocer la violencia contra los niños como una epidemia	Min. de Salud				
TOTAL =	2	1	1	4	4	0	0	0	0
DANE/A - promoción de nutrición en las escuelas	DANE/A -Min de Educ.	Examen físico para Trabajadores Marítimos (Convención Internacional) salud ocupacional	Min. del Trabajo y Seguridad Social	Venta de sustancias ilegales a menores Comisión Nac. Jardines escolares/huertos familiares Prohibir la venta de cigarrillos a menores reconocer la violencia contra los niños como una epidemia promoción: reconocer la necesidad de enfocarse en SA	Min. de Salud				
TOTAL =	1	1	1	5	5	0	0	0	0
DESARROLLO JUVENIL		SALUD JUVENIL							

PAÍS: Costa Rica

El Ambiente Legislativo
para la Salud de los
Adolescentes en
América Latina
y el Caribe

COUNTRY: Costa Rica (cont)

SECTOR				INTER-SECTORAL**	
	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	Focus	Implementor
YOUTH DEVELOPMENT	Focus Prohibit sale of cigarettes to minors Implementor MOH	Focus artistic and literary scholarships establ. comm. on the preservation of Nat'l Culture Implementor Min of culture, youth and sports Min of Culture, Youth and sports	Focus Nat'l Comm on School Gardens and Family Plots -educate children on agri/fish prod -promotional Comm for Prev Integral Care of Abandoned, Phys and Mentally disabled Children & Adol -creates, monitors and evaluates programs	Focus Nat'l Comm on School Gardens and Family Plots -educate children on agri/fish prod -promotional Comm for Prev Integral Care of Abandoned, Phys and Mentally disabled Children & Adol -creates, monitors and evaluates programs	Implementor Min of Agric Min of PH Min of Natl Planning Min of Health and Educ
	TOTAL =	1	2	2	0
YOUTH HEALTH	Focus Prohibit sale of cigarettes to minors Implementor MOH		Nat'l Comm on School Gardens - nutrition Prevention of HC for abandoned/ physically or mentally disabled adolescents		Nat'l Comm w/MOH Nat'l Comm w/MOH
	TOTAL =	1	0	2	0

* a group of more than one entity
 with more than one primary objective

** more than one sector involved,
 for one primary objective

PAÍS: Costa Rica (cont)

SECTOR								
	COMERCIO/ INDUSTRIA		CULTURA/ASUNTOS NACIONALES		GRUPOS/ COMISIONES*		INTER-SECTORIAL**	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
	prohibir la venta de cigarrillos a menores	Min. de Salud	becas artísticas y literarias	Min. de Cultura, Juventud y Deportes	Comisión Nac. de Jardines Escolares y Huertos Familiares	Min de Agricultura Min de Salud Pública Ministerio de Planificación Nacional		
			establecer comisión para la preservación de la cultura nacional	Min. de Cultura, Juventud y Deportes	-educación a los niños sobre prod. agr/marina -promocional Prevención y Cuidado Integral de Niños y Adolescentes Abandonados, Física y Mentalmente Discapacitados -crea, supervisa y evalúa programas			
DESARROLLO JUVENIL								
TOTAL =	1	1		2		2		0
	prohibir la venta de cigarrillos a menores	Ministerio de Salud			Comisión Nacional de Jardines Escolares - nutrición Prevención de salud para adolescentes abandonados/ física o mentalmente discapacitados	Comisión Nacional con Ministerio de Salud		
SALUD JUVENIL								
TOTAL =	1	1		0		2		0
* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario ** más de un sector involucrado para un objetivo primario								

COUNTRY: Cuba

		SECTOR				
		EDUCATION	LABOR	HEALTH	ECONOMIC	JUSTICE
# of Legislations(dates): 17 (1977-1995)		# sectors involved in YH: 4		groups involved in YH: Common Children and Youth, Nat'l Comm. on Preventative and Social Services		
Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	
Funding occupational training for youth	Natl Bank of Cuba Min of Educ	Responsibility of Min of Safety & Hygiene in the workplace and min age of employment of 15: 7 hr/day, 40 hr/wk for 15 and 16 yr olds -no employment for mines for 17	State Comm on Labor & Soc. Sec. Min of Interior Min of Educ	tenets of Natl PH System (1983) -hygiene -epi -education -training H workers -pharma -research control reg. (1988) -prevnt. unwanted pregnancy -contraception -prevnt STDs	Funding for occupational training w/ contributions from enterprises that youth work for	Natl Bank, Min of Educ
New evaluation standards for Natl Educ Syst	Min of Educ					
re-education for juvenile del. (ages <16)	Min of Educ. & Min of Interior					
-Educ facilities provided by municipalities and provinces		Labor Code - rights and oblig of employers and workers (including adol 15-16)	same as above	health/medical certificates for middle & higher educ, students engaged in productive labor		
Trade schools for 13-16 yr olds that are undereducated	Min of Educ	trade schools for '13-16 yr olds	State Comm on Labor & Soc Sec			
TOTAL =	4		3	2	1	0
Evaluation Standards incl physical fitness	Min of Educ	Safety & Hygiene in the workplace	State Comm on Labor & Soc Sec with Min of PH	Health certific for working students	MOH and Min of Educ	
Juvenile delinq receive ambulatory care, if needed during "re-education"	Min of Educ, Min of Pub Health	Labor Code -Safety & Hygiene Health Certific for working students	MOH	Reg (1988) on the Law of PH: adolescent health section -family planning -STDs -contraception	MOH	
TOTAL =	2		3	2	0	0

No. de Legislaciones (fechas):17 (1977-1995) No. de sectores involucrados en SJ: 4 Grupos involucrados en SJ: Niños Comunes y Jóvenes, Comisión Nac. De Prevención y Serv. Sociales

SECTOR

	EDUCACION	TRABAJO	SALUD	ECONOMICO	JUSTICIA
	<p>Enfoque Financiar entre- namiento ocupacional para jóvenes</p> <p>Ejecutor Banco Nac. de Cuba Min. de Educ.</p> <p>Nuevos criterios de evaluación para el Sist. Nac. de Educación re-educación para delincuentes y juveniles(<16)</p> <p>-Instalaciones educ. proporcionadas por municipios y provincias</p> <p>Escuelas técnicas para niños entre 13-16 años con baja educación</p>	<p>Enfoque Responsabilidad del Min. de Seguridad e Higiene en el lugar de trabajo y edad mínima de empleo de para 15/16 años -no al empleo en minas a menores 17</p> <p>Ejecutor Com. Estatal de Trabajo y Seg. Social Min. Salud Pública Min. del Interior Min. de Educ.</p> <p>Código del Trabajo derechos y oblig. de empleadores y trabajadores (incluyendo adolec. 15-16)</p> <p>escuelas técnicas para 13-16 años</p>	<p>Enfoque postulados del Sist.Nac de SP (1983)</p> <p>-higiene</p> <p>-epidemias</p> <p>-ocupacional</p> <p>-educación</p> <p>-entrenamiento</p> <p>trabaj. salud</p> <p>-farmacología</p> <p>-control de la invest. reglamento (1988)</p> <p>-prevenc. embarazo no deseado</p> <p>-contracepción</p> <p>-prevenc.ETS</p> <p>certificados médicos/salud a estudiantes de educ. media y sup. involucrados en trabajo productivo</p>	<p>Enfoque Financiamiento para entrenam. ocupacional con contribuciones de las empresas donde trabajan jóvenes</p> <p>Ejecutor Banco Nacional Min. de Educ.</p>	<p>Enfoque</p> <p>Ejecutor</p>
TOTAL =	4	3	2	1	0
SALUD JUVENIL	<p>normas de evaluación inc. estado físico</p> <p>Delincuentes juveniles reciben cuidado ambulatorio durante "re-educación"</p>	<p>Seguridad e Higiene en el lugar de trabajo</p> <p>Labor Code -Seguridad e Higiene</p> <p>Certificados de salud para estudiantes que trabajan</p>	<p>Cert. salud a estudiantes que trabajan</p> <p>Reg (1988) Ley de SP: sección sobre salud del adolec. -planif. familiar -ETS -contracepción</p>		
TOTAL =	2	3	2	0	0

COUNTRY: Cuba (cont)

SECTOR			
COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL**
<p>Focus</p> <p>Implementor</p>	<p>Focus</p> <p>Implementor</p>	<p>Focus</p> <p>Implementor</p>	<p>Focus</p> <p>Implementor</p>
<p>0</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>1</p>
<p>TOTAL =</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>1</p>
<p>YOUTH DEVELOPMENT</p>	<p>Law on Defense Min of Interior - Youth Army on with Defense Labor Councils -Socio-econ dev Revolutionary -Military prep Armed Forces -Patriotic formation /culture -education (army reserves for males until 45)</p>	<p>"Pre-project" on the Code on Children & Youth (1977) Code on Children and Youth (<30) -engendering communism in new generation -suffrage fro 16+ (1978) Natl Comm on Prevention & Soc Justice, PH, Labor, Sec Culture -prevent "antisocial" behavior -youth a special target</p>	<p>Reg for -shelters -orphanges for displaced and adoption requirements Interior, Inst of Sports and Recreation Sec Comm, Min of Educ, Justice, PH, Finance, Labor, Culture, Defense,</p>
<p>YOUTH HEALTH</p>	<p>Law on Defense -environmental protection -athletic devel</p>	<p>Code on children and Youth -focus on sports Natl Comm on Prevention & Soc Services -mental health affecting social behavior</p>	<p>Health care for displace children and adopted same as above</p>
<p>TOTAL =</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>
<p>* a group of more than one entity with more than one primary objective</p> <p>** more than one sector involved, for one primary objective</p>			

COUNTRY: Ecuador

# of Legislations(dates): 20 (1976-1995) # sectors involved in YH: 3 groups involved in YH: Nat'l Council on Minors										
SECTOR										
	EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE	
	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor
YOUTH DEVELOPMENT	Inst for Special Education	Provincial Office of Educ - Pinchircha	Adoption <21yrs 18-21 no permission needed	Min of Labor & Social Welfare	Nat'l Program for Integrated Care of Adol	MOH	Protection of minors in the court system	Supreme Council of Gov.		
	Educ & rehab for disabled minors	Inst for Soc Sec	Labor Code: -prohibit <18 to work @ night outside country	Min of Labor	Free hospital & emergency care age <14	Program for free infant care	Code on minors	-Nat'l Council on Minors		
	Create dept of Health Educ	Min of Educ & Culture	Orphanages -protect hardship ehildren -encourage social development	Min of Soc Wel	Manual on Adol Health -integrated care for adol	MOH, Nat'l dir on Protection				
	Right of blind children to free education	Min of Social Wel Labor, Educ	Measles eradication (10-14 yr olds 1994-1998)		Measles eradication (10-14 yr olds 1994-1998)	MOH, Min of Soc Wel, finance				
TOTAL =		5		3		4		0		1
YOUTH HEALTH	Special Educ	Provincial Office of Educ	Orphanages -promote psycho-social development	Min of Soc Wel	Rehab for disabled minors	Inst of Soc Sec				
	Creat Dept of Health Educ	Min of Educ & Culture			Program for integrated care -health & well-being of adoles	MOH				
	-educ -well-being -environmental education									
	right of blind & epileptics to educ	Min of Educ								
TOTAL =		4		1		2		0		0

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL	Inst. de Educación Especial	Oficina Provincial de Educ.- Pichincha	Adopción de <21yrs no necesitan permiso	Mín. del Trabajo y Bienestar Social	Programa Nac. para el cuidado Integral del Adoles.	Min. de Salud			Protección de menores en el sistema judicial	Consejo Supremo del Gobierno -Consejo Nacional de Menores
	Educ. y rehab. a menores discapacitados	Inst. Segur. Social	Código del Trabajo	Mín. del Trabajo	Atención hospi- talaria y de emergencia gratis a menores de 14 años	Programa de atención infantil gratuita			Código de Menores	-Juzgado de Menores
	Crear Depto. de Educ. en Salud	Min. de Educ. y Cultura	-prohíbe a <18 trabajar de noche fuera del país		Manual de Salud del Adoles. Nac. de Protección a los adolescentes	Min. de Salu. Dir.				
	Derecho de los niños ciegos a educación gratis	Min. de Bienestar Social, Trabajo y Educación	Orfelinatos -proteje a los niños en dificultades	Mín. de Bienestar Social	Erradicación del sarampión (10-14 años 1994-1998)	Min. de Salud, Bienestar Social, Finanzas				
TOTAL =	5		3		4		0		1	
SALUD JUVENIL	Educación Especial	Oficina Provincial de Educación	Orfelinatos -fomento al desarrollo psico-social	Mín. de Bienestar Social	Rehabilitación a menores discapacitados	Instituto de Seguridad Social				
	Crear depto. de Educ. en Salud -educación -bienestar -medio ambiente education	Min. de Educ. y Cultura			Programa para atención integrada -salud y bienestar de los adolescentes	Min. de Salud				
TOTAL =	4		1		2		0		0	

COUNTRY: Ecuador (cont)

SECTOR				
	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL**
	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor
YOUTH DEVELOPMENT			<p>Code on Minors Min of Social Wel 1995 -rights to family, health, dignity, educ -Natl Office on the Protection of Minors</p>	<p>Fund for nutrition FONNIN Protection of -Min of Soc Wel Ecuadorian Child Educ & Culture, PH, Labor -Central Bank</p>
TOTAL =	0	0	3	1
YOUTH HEALTH			<p>Code on Minors Min of Soc Wel -nutrition -convention on the rights of the child -rights to health, physical or mental difficiency Manual on MOH Norms & -office of General procedures for Health Integral -Office of Promotion Attention to & Protection AH (ages 10-19) -emphasis on reproductive health</p>	<p>FONNIN -nutrition for children FONNIN -Central Bank -ministries</p>
TOTAL =	0	0	2	1

*a group of more than one entity with more than one primary objective
 **more than one sector involved, for one primary objective

PAÍS: Ecuador (cont)

SECTOR				
	COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES	GRUPOS/ COMISIONES*	INTER-SECTORIAL**
	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL			<p>Crear Comisión Min. de Bienestar Social Nac. de la Juventud(1987) -promocional</p> <p>Operación Min. de Bienestar Social Rescate del Niño Social -nutrición -desarrollo físico -salud -educ. pre-escolar (no adolescentes)</p> <p>Código de Min. Bienestar Social Menores1995 -derecho a la familia, salud, dignidad, educación</p>	<p>Financiam. para nutrición Protección del Niño Ecuatoriano</p> <p>Educ y Culture, SP, Trabajo -Banco Central</p>
TOTAL =	0	0	3	1
YOUTH HEALTH			<p>Código de Min. Bienestar Social Menore s-nutrición -convención de los derechos del niño -derecho a salud, deficiencia física o mental</p> <p>Manual de Min. de Salud Normas y -Oficina General procedimientos de Salud para Atención -Oficina de Promoción Integral de SA y Protección (10-19 años) -énfasis en salud reproductiva</p>	<p>FONNIN -nutrición para los niños</p> <p>FONNIN -Banco Central -ministerios</p>
TOTAL =	0	0	2	1

* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario
** más de un sector involucrado para un objetivo primario

COUNTRY: Guatemala

	# of Legislations(dates): 8 (1979-1992) # sectors involved in YH: 2 groups involved in YH: ARIDEN											
	SECTOR											
	EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE			
	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor		
YOUTH DEVELOPMENT			Agric. Labor -minors <14 can't work in agric. unless it doesn't interfere w/school (Intl Accord) Min Age for Employment (Intl Accord)	Intl Office on Labor Min of External Relations	Health Code -health prom. -environment -sanitation -immunization -nutrition Inter-inst agreement btwn MOH & Mex (Mex) Sec of Health -exchange exp. infectious disease, STDs/AIDS, disease prev Regulate use of lead in food, pharm meant for consumption by children & adol	Min of Health & Soc. Asst MOH (Guate) Sec of Health						
TOTAL =	0		2		3		0		0		0	
YOUTH HEALTH			Medical Exam for minors working in industry (intl accord)	Min of Exterior Relations	Health Code -health promotion in schools -nutrition -accidents Inter-institutional Agreement w/ Mexico -emphasis on youth programs	MOH						
TOTAL =	0		1		2		0		0		0	

SECTOR

EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
		Trabajo Agrícola -menores <14 no pueden trabajar en la agric. a no ser que no interfiera con la escuela (Acuerdo Internacional) Edad mínima para el Empleo (Acuerdo Internacional)	Of. Intermac. Del Trabajo Min. de Relaciones Exteriores	Código de Salud -promoción de salud -medio ambiente -sanidad -Inmunización -nutrición Acuerdo inter-Instit. entre Min. de Salud Sec. Salud (Mejico)	Min. de Salud y Asistencia Social				
DESARROLLO JUVENIL									
TOTAL =	0	2	3			0			0
		Examen médico a menores que trabajan en la industria (acuerdo internacional)	Min. de Relaciones Exteriores	Código de Salud -promoción de salud en escuelas -nutrición -accidentes Acuerdo Inter-Institucional con Mejico -énfasis en programas juveniles	Min. de Salud				
SALUD JUVENIL									
TOTAL =	0	1	2			0			0

PAÍS: Guatemala

El Ambiente Legislativo
para la Salud de los
Adolescentes en
América Latina
y el Caribe

COUNTRY: Guatemala (cont)

SECTOR				INTER-SECTORAL **
COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*		
<u>Focus</u> <u>Implementor</u>	<u>Focus</u> <u>Implementor</u>	<u>Focus</u> <u>Implementor</u>	<u>Focus</u> <u>Implementor</u>	<u>Focus</u> <u>Implementor</u>
		<p>ARIDEN -private inst social service for low income children</p>	<p>Intl Resources for Child Dev (private)</p>	<p>Prohibit Sale or consumption of alcohol in public or private estbl from 1-6 am daily -prohibits consump in public streets -prohibits sale to <18 yr olds -prohibits entry of <18 to clubs, bars, drinking estbl.</p>
YOUTH DEVELOPMENT				
TOTAL =	0	0	1	1
YOUTH HEALTH				<p>prohibit sale of alcohol to minors <18</p>
TOTAL =	0	0	0	1

* a group of more than one entity
with more than one primary objective

** more than one sector involved,
for one primary objective

PAÍS: Guatemala (cont)

SECTOR				
COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES	GRUPOS/ COMISIONES*	INTER-SECTORIAL**	
<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	
DESARROLLO JUVENIL				
TOTAL =	0	0	1	1
SALUD JUVENIL				
TOTAL =	0	0	1	1
** más de un sector involucrado para un objetivo primario				
* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario				

COUNTRY: Mexico

# of Legislations(dates): 5 (1984-1993)		# sectors involved in YH: 1		groups involved in YH: Council on Minors	
SECTOR					
	EDUCATION	LABOR	HEALTH	ECONOMIC	JUSTICE
	Focus	Focus	Focus	Focus	Focus
	Implementor	Implementor	Implementor	Implementor	Implementor
YOUTH DEVELOPMENT			Social Welfare MOH Sys -minors as a preference -abandoned -abused -malnourished -juvenile delinquents norms for diagnostic and operative treatment of minors -training med services		Defense unit for minors -treatment of juvenile delinquents Governing Sec
TOTAL =	0	0	1	0	1
YOUTH HEALTH		Medical Exam for minors working in industry (intl accord)	Social Welfare MOH Sys -health educ and promotion Diagnosis Centers -mental & physical health -hygiene -institutionalization		
TOTAL =	0	1	1	0	0

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL				normas para	Serv. Bienestar Social -menores como preferencia -abandonados -abusados -malnutridos -delincuentes juveniles	Min. de Salud			Unidad de defensa de menores -tratamiento a delincuentes juveniles	Sec. de Gobierno
TOTAL =	0		0		1		0		1	
SALUD JUVENIL			Examen Médico a menores que trabajan en la industria (acuerdo internacional)	Min. de Relaciones Exteriores	Sist. Bienestar Social -educación en salud y promoción Centros de Diagnóstico -salud mental y física -higiene -institucionalización	Min. de Salud				
TOTAL =	0		1		1		0		0	

COUNTRY: Mexico (cont)

SECTOR				INTER-SECTORAL**	
COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*		Focus	Implementor
		Focus	Implementor		
YOUTH DEVELOPMENT		Approve the LAC youth center	not indicated	11-18 yr olds -treatment of juv delinquents	Council on Minors
TOTAL =	0	0	2		0
YOUTH HEALTH					
TOTAL =	0	0	0		0

* a group of more than one entity
 with more than one primary objective

** more than one sector involved,
 for one primary objective

PAÍS: México (cont)

SECTOR								
	COMERCIO/ INDUSTRIA		CULTURA/ASUNTOS NACIONALES		GRUPOS/ COMISIONES*		INTER-SECTORIAL**	
	<u>Enfoque</u>	<u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u>	<u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u>	<u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u>	<u>Ejecutor</u>
DESARROLLO JUVENIL			Aprobación del centro juvenil LAC	no indicado Consejo de Menores				
			11-18 años -tratamiento a delincuentes juveniles					
TOTAL =	0	0			2	0		0
SALUD JUVENIL								
TOTAL =	0	0			0	0		0

* un grupo de más de una entidad
con más de un objetivo primario

** más de un sector involucrado
para un objetivo primario

COUNTRY: Peru

		SECTOR					
# of Legislations(dates): 10 (1986-1994)		# sectors involved in YH: 3		groups involved in YH: INABIF, Comm on the "Code on Minors"			
	EDUCATION	LABOR	HEALTH	ECONOMIC	JUSTICE		
	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	
YOUTH DEVELOPMENT		<p>Formation of Youth Labor Assoc (16-21 yrs old & pre-prof association)</p> <p>Min of Labor & Soc Prom</p> <p>Norms on Empl-youth labor</p> <p>Min of Labor & Soc Prom</p> <p>Programs for Employment -youth labor -pre-professional programs</p>	<p>Norms for providing HC to 5-19 yr olds</p> <p>MOH, inst for Soc Services, NGOs</p>		<p>Provisional Releases: Denied to offenders accused of violently hurting minors</p> <p>Min of Justice</p>		
TOTAL =	0	3	1	0	1	1	
YOUTH HEALTH		<p>Norms on Empl -health insurance</p> <p>Min of Labor</p>	<p>HC for 5-19 yr olds: scholastic & adol health -sexual health</p> <p>MOH</p>				
TOTAL =	0	1	1	0	0	0	

No. de Legislaciones (fechas): 10 (1986-1994)

No. de sectores involucrados en SJ: 3

Grupos involucrados en SJ: INABIE,
Com. del Código de Menores

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL			Formación de Asoc. Juveniles de Trabajo (16-21) y asoc. pre-profesional Normas sobre Empleo -trabajo juvenil Programas de Empleo -trabajo juvenil -programas pre-profesionales	Mín. del Trabajo y Promoción Social Mín. del Trabajo y Promoción Social	Normas para proporcionar AM a jóvenes entre 5-19 años	Mín. de Salud, Inst. de Servicios Sociales, ONGs			Liberación Provisional: Denegada a delincuentes acusados de herir violentamente a menores	Min. de Justicia
TOTAL =	0		3	3	1	1	0	0	1	1
SALUD JUVENIL			Normas sobre trabajo -seguro de salud	Mín. del trabajo	AM para jóvenes de 5-19 años; salud escolar y de adolescente -salud sexual	Min. de Salud				
TOTAL =	0		1	1	1	1	0	0	0	0

PAÍS: Perú

El Ambiente Legislativo
para la Salud de los
Adolescentes en
América Latina
y el Caribe

COUNTRY: Peru (cont)

SECTOR				
	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL **
	<p>Focus</p> <p>Advertisment Regulation: prohibits alcohol & tobacco ads in relation to minors</p> <p>Implementor</p> <p>Min of Industry Commerce, Min of Tourism, Min of Integration</p>	<p>Focus</p> <p></p> <p>Implementor</p> <p></p>	<p>Focus</p> <p>Youth Promotional Council: youth promotion members from ministries INABIF Min of Educ, Labor Health, Econ, Justice Commission to revise the "Code of Minors" (1991-1992) -rights/freedoms -policies -defense -family inst -matrimony -adoption</p> <p>Implementor</p> <p>Sec of Adoption -Lima -State offices</p>	
YOUTH DEVELOPMENT				
TOTAL =	1	0	2	1
	<p>Focus</p> <p>Prohibit ads toward minors -tobacco -alcohol</p> <p>Implementor</p> <p>Min of Industry, Tourism, Integration</p>		<p>"Code on Minors" same as above -Natl system for health care -nourishment</p>	<p>Adoption Institutions must provide health services</p>
YOUTH HEALTH				
TOTAL =	1	0	1	1

* a group of more than one entity
with more than one primary objective

** more than one sector involved,
for one primary objective

PAÍS: Perú (cont)

SECTOR				
COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES	GRUPOS/ COMISIONES*	INTER-SECTORIAL,**	
<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u> <u>Ejecutor</u>	
Regulaciones a la Publicidad: prohíbe la propa- ganda de alcohol y tabaco relacionada a los menores		Min. del Interior -Presidente designa a miembros de los ministerios jóvenes	Reglamentos sobre Instituciones de Adopción	Secc. Adopciones -Lima -Oficinas estatales
		Comisión para revisar el "Código de Menores" (1991-1992) -derechos/libertades -políticas -defensa -instít. familiar -matrimonio -adopción		
TOTAL =	0	2		1
Prohíbe propaganda hacia menores -tabaco -alcohol		"Código sobre Menores" -Sistema Nac. de atención de salud -nutrición	Instituciones de adopción deben proporcionar servi- cios de salud	Oficinas estatales
TOTAL =	0	1		1
<p>* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario</p> <p>** más de un sector involucrado para un objetivo primario</p>				

COUNTRY: El Salvador

# of Legislations(dates): 10 (1977-1994)		# sectors involved in YH: 1		groups involved in YH: Council on Minors	
SECTOR					
	EDUCATION	LABOR	HEALTH	ECONOMIC	JUSTICE
	Focus	Focus	Focus	Focus	Focus
	Implementor	Implementor	Implementor	Implementor	Implementor
YOUTH DEVELOPMENT		<p>Labor Code: Min of Labor and Social Serv</p> <p>-dangerous work prohibited <18</p> <p>->16 can work in appropriate setting</p> <p>-<14 cannot work spec circ. that doesn't interfere w/educ</p> <p>Forced/Oblig Labor: Min of Labor & Soc Sec</p> <p>-only females aged 18-25 can't exceed 60 days/year</p> <p>Min age of emplmt is 14</p>			<p>Penal system reforms age of minors from 18 to 16</p> <p>not indicated</p>
TOTAL =	0	3	0	0	1
YOUTH HEALTH		<p>Labor Code</p> <p>-protect <18 from work that may be unhealthy</p> <p>-<18 must undergo medical exam annually</p> <p>if working in industry and for dangerous job up to 21 yrs (intl accord)</p>			
TOTAL =	0	1	0	0	0

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL			Código del Trabajo y Servicio Social Trabajo peligroso prohibido <18 >16 pueden trabajar en entornos apropiados <14 no pueden trabajar a no ser que no interfiera con la educ. Trabajo Forzado/ Obligatorio: -solo mujeres entre 18-25 años no pueden exceder 60 días/año Edad mínima de empleo: 14 años	Min. del Trabajo y Servicio Social					sistema penal cambia la edad de los menores de 18 a 16 años	no indicado
TOTAL =	0		3		0		0		0	1
SALUD JUVENIL			Código del Trabajo -proteje a <18 de trabajos que puedan ser nocivos a salud <18 deben someterse a exámenes médicos anuales si trabajan en la industria y para trabajos peligrosos hasta los 21 años (acuerdo internacional)	Min. del Trabajo y Seguridad Social						
TOTAL =	0		1		0		0		0	0

PAÍS: El Salvador

COUNTRY: El Salvador (cont)

SECTOR				INTER-SECTORAL**
YOUTH DEVELOPMENT	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	
	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor
			Code on minors -planning and implementation will involve of sectors serving on the council of minors	-Min of Educ
			Council on minors -Min of Justice and Soc Asst collaboration -Min of Labor and Soc Sec -Min of Defense	
TOTAL =	0	0	1	0
YOUTH HEALTH			Council on Minors will include a delegate from the Min of PH and Soc Asst	
TOTAL =	0	0	1	0

* a group of more than one entity with more than one primary objective
 ** more than one sector involved, for one primary objective

PAÍS: El Salvador (cont)

SECTOR								
	COMERCIO/ INDUSTRIA		CULTURA/ASUNTOS NACIONALES		GRUPOS/ COMISIONES*		INTER-SECTORIAL**	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL					Código de Menores -planificación y ejecución involu- crará colaboración de los sectores que sirven en el consejo de menores	Consejo de Menores -Min. de Justicia -Min. de Salud Pública y Asistencia Social Min. de Educación Min. del Trabajo y Seguridad Social Min. de Defensa		
TOTAL =	0	0	0	0	1	1	0	0
SALUD JUVENIL					Consejo de Menores incluira un delegado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
TOTAL =	0	0	0	0	1	1	0	0

* un grupo de más de una entidad
con más de un objetivo primario

** más de un sector involucrado
para un objetivo primario

COUNTRY: Uruguay

# of Legislations(dates): 7 (1980-1994)		# sectors involved in YH: 3		groups involved in YH: National Commission on Youth						
SECTOR										
	EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE	
	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor
YOUTH DEVELOPMENT			Extend Work week from 34 to 40 hours -16-18 year old salaries as adults for same job National Board of Social Promotion -youth promotion and improved action >18 min wage NS\$3100/mo <18 min wage NS\$225/mo	Min of Labor & Soc Sec Educ/Culture Min of Finance Min of Labor & Soc Sec	Child Health Card to include eye exam for 3.5 to 12 year olds	MOH				
TOTAL =		0		3		1		0		0
YOUTH HEALTH			Extending Work Week: Jobs can't compromise physical health/morality	Min of Labor & Soc Sec, Econ & Finance	Eye exam for 3.5 to 12 year olds	MOH				
TOTAL =		0		1		1		0		0

SECTOR

	EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
DESARROLLO JUVENIL		Comisión	<p>Extender semana de trabajo de 34 a 40 hrs. -16-18 años de edad -salarios correspondientes a adultos por el mismo trabajo Min. del Trabajo Nacional de Promoción Social -promoción de los jóvenes y acciones mejoradas >18 salario mínimo NS3100/mes <18 salario mínimo NS2325/mes</p>	<p>Min. del Trabajo y Seguridad Social</p>	<p>Salud del Niño Tarjeta que incluye examen de ojos a niños entre 3.5 y 12 años</p>					
TOTAL =		0	3	1		0		0		0
SALUD JUVENIL			<p>Extender la semana de trabajo: Los trabajos no pueden comprometer la salud física/moralidad</p>	<p>Min. del Trabajo y Seguridad Social, Economía y Finanzas</p>	<p>Examen de ojos a niños entre 3.5 y 12 años</p>					
TOTAL =		0	1	1		0		0		0

PAÍS: Uruguay

El Ambiente Legislativo
para la Salud de los
Adolescentes en
América Latina
y el Caribe

COUNTRY: Uruguay (cont)

SECTOR			
COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL**
Focus	Focus	Focus	Focus
Implementor	Implementor	Implementor	Implementor
<p>YOUTH DEVELOPMENT</p> <p>Reg on Packaging and vending cigarettes, cigars and tobacco MOH, Min of Econ & Finance -company registry for ad: no ads in academic inst or medical centers</p>		<p>National Commission on Youth -realities of care, Agrtc. & Fishery promotion of youth</p> <p>Min of Foreign Rel, Econ & Finance, Edu & Culture, Labor & SS, Min of PH,</p>	
TOTAL =	0	1	
<p>YOUTH HEALTH</p> <p>Prohibit sale of tobacco to <18</p> <p>MOH, Min of Econ & Finance</p>		<p>Natl Comm on Youth above, includes MOH</p>	
TOTAL =	0	1	0

* a group of more than one entity with more than one primary objective
 ** more than one sector involved, for one primary objective

PAÍS: Uruguay (cont)

SECTOR							
	COMERCIO/ INDUSTRIA		CULTURA/ASUNTOS NACIONALES		GRUPOS/ COMISIONES*		INTER-SECTORIAL**
	<u>Enfoque</u>	<u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u>	<u>Ejecutor</u>	<u>Enfoque</u>	<u>Ejecutor</u>	<u>Ejecutor</u>
DESARROLLO JUVENIL	Reglamentos para el envase y venta de cigarrillos, cigarrillos y tabaco -registro de las compañías para publicidad; prohibida la publicidad en instituciones académicas o centros médicos	Min. de Salud, Economía y Finanzas			Comisión Nacional de la Juventud de la Juventud -realidades de la juv. -políticas de atención, promoción de los jóvenes	Min. de Rel. Exter., Econ. y Finanzas, Educ., y Cultura, Trabajo y SS, Min. de SP, Agricultura y Piscicult	
TOTAL =	1	0	1	0			0
SALUD JUVENIL	Prohibe venta de tabaco a <18	Min. de Salud, Economía y Finanzas			Comisión Nacional de la Juventud	igual que anterior, incluye Min. de Salud	
TOTAL =	1	0	1	0			0

* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario

** más de un sector involucrado para un objetivo primario

COUNTRY: Venezuela

		groups involved in YH: Food Assistance Pro Commission on Youth											
		# sectors involved in YH: 1				SECTOR				YH: Food Assistance Pro Commission on Youth			
# of Legislations(dates): 9 (1979-1993)		EDUCATION		LABOR		HEALTH		ECONOMIC		JUSTICE			
Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor	Focus	Implementor
Natl Comm for Educ on Health and Family Life	Min of Sanit. & Social Asst, Min of Educ	Family rights to decreased employee -loans for family minors represented by parental authority	Min of Labor & Soc Sec										
Pilot Educ Project -encourage cultural and technical dev	Min of Educ	Natl Program for Min of Educ & Asst Labot											
Rights & Oblig of Students	Min of Educ												
Natl Program on Asst - policy internships for students	Natl Inst for Educ Coop (INCE), Min of Educ, Min of Labot												
TOTAL =	4	2		0		0		0		0		0	
Health Insur for minors in pre- and primary schools: -hospitalization -accidents -pharmaceutical -lab test	Min of Interior Educ, Min of Youth			MOH									
Natl Comm for Educ on Health	Min of Educ, Min of Sanit												
TOTAL =	2	0		0		0		0		0		0	

No. de Legislaciones (fechas): 9 (1979-1993) No. de sectores involucrados en SJ: 1 Grupos involucrados en SJ: Programa de Asistencia en Alimentación, Comisión de Jóvenes

SECTOR

EDUCACION		TRABAJO		SALUD		ECONOMICO		JUSTICIA	
Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor	Enfoque	Ejecutor
Com. Nac. de Educ. en Salud y Vida Familiar	Min. de Sanidad y Asistencia Social Min. de Educ. Min. de Educ.	Derechos de la fam. al empleado fallecido -préstamos a menores representados por sus padres	Min. del Trabajo y Seguridad Social						
Proyecto Educac. Piloto -fomentar el desarrollo cultural y técnico		Programa Nacional de Asistencia	Min. de Educación y Trabajo						
DESARROLLO JUVENIL	Min. de Educación y Obli- gaciones de los estudiantes Prog. Nac. de Asistencia-política Coop. de la Educ. (INCE), Min. de Educación, Min. del Trabajo								
TOTAL =	4	2		0		0		0	
SALUD JUVENIL	Seguro médico para menores en escuelas primarias y pre-primarias: -hospitalización -accidentes -farmacéuticos -pruebas de laboratorio			MOH					
	Comisión Nac. para la Educ. de Salud								
TOTAL =	2	0		0		0		0	

PAÍS: Venezuela

El Ambiente Legislativo para la Salud de los Adolescentes en América Latina y el Caribe

COUNTRY: Venezuela (cont)

SECTOR				
	COMMERCE/ INDUSTRY	CULTURE/ NAT'L AFFAIRS	GROUPS/ COMMISSIONS*	INTER-SECTORAL**
	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor	Focus Implementor
YOUTH DEVELOPMENT			Min of Youth (1980) -recreation -sports -occupational training -family life Guardianship of minors Tribunal on Minors Min for Minors -prohibit sale of alcohol, tobacco -parental obligation -food/housing -working right -custody rights -abandonment & abuse	Food Asst Program targeted @ minors & low income families Min of Educ Labor, Defense Agriculture
TOTAL =	0	0	2	1
YOUTH HEALTH			Guardianship of minors: -prohibit sale of alcohol, tobacco -food	Food Asst Program Min of Educ, Labor Defense, Agric
TOTAL =	0	0	1	1

* a group of more than one entity with more than one primary objective
 ** more than one sector involved, for one primary objective

SECTOR				
COMERCIO/ INDUSTRIA	CULTURA/ASUNTOS NACIONALES	GRUPOS/ COMISIONES*		INTER-SECTORIAL **
Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor	Enfoque Ejecutor
		<p>Min. de la Juvent. (1980)</p> <ul style="list-style-type: none"> -recreación -deportes -capacitación de bajos ingresos ocupacional -vida familiar <p>Tutela de menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -prohibir la venta de alcohol y tabaco -obligaciones de los padres -derecho a trabajar -derechos de custodia -abandono y abuso 	<p>Min. de la Juventud</p> <p>Tribunal de Menores Min. para Menores</p> <p>Servicio de Asistencia Juvenil</p> <p>-alimentación/vivienda</p>	<p>Min. de Educación, Trabajo, Defensa, Agricultura</p>
DESARROLLO JUVENIL				
TOTAL =	0	0	2	1
SALUD JUVENIL				
TOTAL =	0	0	1	1
<p>* un grupo de más de una entidad con más de un objetivo primario</p> <p>** más de un sector involucrado para un objetivo primario</p>				

APPENDIX D: POLICY SUMMARY FORM

ADOLESCENT POLICY ANALYSIS RESEARCH PROJECT IN THE LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN REGION

1. Country: _____ 2. Date: _____

3. Title: _____

4. Entity: _____

5. Implementing Ministries/Agencies: _____

6. Main Purpose: _____

7. Objectives (circle all that apply):

8. Number of Objectives: _____

7.1 Promotional

7.2 Prohibitive

7.3 Provide Information

7.4 Protective

7.5 Other (specify): _____

9. Type (circle all that apply):

10. Scope (circle one):

9.1 Explicitly youth health

10.1 Limited

9.2 Implicitly youth health

10.2 Comprehensive

11. Considerations:

11.1 Technical

11.2 Social

11.3 Economic

11.4 Other _____

12. Implementation Strategy (circle one):

13. Administrative Structure (circle one)

12.1 Laissez-faire

13.1 Centralized

12.2 Structured

13.2 Decentralized

12.3 Other (specify) _____

14. Beneficiaries (circle one and specify age in years):

14.1 Children _____ to _____

14.2 Adolescents _____ to _____

APÉNDICE D: FORMULARIO RESUMIDO DE POLÍTICAS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOBRE ADOLESCENTES EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. País: _____ 2. Fecha: _____

3. Título: _____

4. Entidad: _____

5. Ministerios/Agencias Ejecutoras: _____

6. Propósito Principal: _____

7. Objetivos (marcar todos los que son aplicables): 8. Número de Objetivos: _____

7.1 Promocional

7.2 Prohibitivo

7.3 Proporcionar Información

7.4 Prevención

7.5 Otro (especificar): _____

9. Tipo (marcar uno):

9.1 Explícitamente salud del adolescente

9.2 Implícitamente salud del adolescente

10. Alcance (marcar uno):

10.1 Limitado

10.2 Integral

11. Consideraciones:

11.1 Técnicas

11.2 Sociales

11.3 Económicas

11.4 Otras _____

12. Estrategia de Ejecución (marcar una):

12.1 Liberal (laissez-faire)

12.2 Estructurada

12.3 Otra (especificar) _____

13. Estructura Administrativa (marcar una)

13.1 Centralizada

13.2 Descentralizada

14. Beneficiarios (marcar una y especificar edad):

14.1 Niños _____ a _____

14.2 Adolescentes _____ a _____

- 14.3 Minors** _____ to _____
14.4 Youths _____ to _____
14.5 Other (specify) _____ to _____

15. Does this policy conflict with other policies?

15.1 Yes

15.2 No

15.3 If the answer is yes, specify which policy _____

16. Who provides funding (circle one and specify the entity)?

16.1 Government

16.2 Other _____

17. Period of policy execution?

18. Policy summary: _____

19. Reviewer comments: _____

Reviewer: _____

- 14.3 Menores _____ a _____
- 14.4 Jóvenes _____ a _____
- 14.5 Otras (especificar) _____ a _____

15. Entra en conflicto esta política con otras políticas?

15.1 Si

15.2 No

15.3 Si la respuesta es sí, especifique cual política _____

16. Quién proporciona el financiamiento (marcar uno y especificar la entidad)?

16.1 Gobierno

16.2 Otro _____

17. Plazo de ejecución de la política?

18. Resumen de la política: _____

19. Comentarios del Revisor: _____

Revisor: _____

APPENDIX E: SUMMARY OF YOUTH RIGHTS AND LEGAL AGES

	C O U N T R I E S R E S P O N D I N G													
	Argentina	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Dom. Republic	Jamaica	Mexico	Nicaragua	Peru	Trinidad/Tobago	USA	Uruguay	Venezuela
Upper Age for Adolescence	19	19	19	19	19		19	18	19	19	21	19	18	19
Upper Age for Youth	24	24	24	30	24		24	24	24	24	25	24	20	24
Minimum Voting Age	21	18	16	18	18		18	18	16	18		18	18	18
Minimum Driving Age	17	18	18	18		16	18	18	18	18		16	18	18
Minimum Drinking Age	18	18	18	18	18	18	21	18	18	18	18	21	18	18
Minimum Age to Work	NA	18	NA	NA	18	18	NA	18	NA	NA	18	NA	NA	NA
Minimum Age for Females to be Married	14	18	16	18	18	16	16	18		18	18	16	18	18
Mandatory Schooling (yrs required)	10	5	11	8	5		8	9	11	11	12	9		
Obligatory Military Service (age)	no	yes 18	yes 18	yes 18	yes 16	no	no	yes 18	no	yes 18	no	no	no	
Age to hold political office	21	18	18	21				18		25		25	25	
Age allowed to testify in court	18	18	18					18		18		any age	18	18
Minimum Age to Give Medical Consent	21		18				18			18		18	18	
Minimum Age to Receive Reproductive Services	21	18	18				18					18		

ANEXO E: RESUMEN DE LOS DERECHOS JUVENILES Y MAYORÍA DE EDAD

PAÍSES QUE RESPONDIERON														
	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Rep. Dominicana	Jamaica	México	Nicaragua	Perú	Trinidad y Tobago	EEUU	Uruguay	Venezuela
Edad máxima de la adolescencia	19	19	19	19	19		19	18	19	19	21	19	18	19
Edad máxima de la juventud	24	24	24	30	24		24	24	24	24	25	24	20	24
Edad mínima para votar	21	18	16	18	18		18	18	16	18		18	18	18
Edad mínima para conducir	17	18	18	18		16	18	18	18	18		16	18	18
Edad mínima para consumir bebidas alcohólicas	18	18	18	18	18	18	21	18	18	18	18	21	18	18
Edad mínima para trabajar	ND	18	ND	ND	18	18	ND	18	ND	ND	18	ND	ND	ND
Edad mínima para el matrimonio en mujeres	14	18	16	18	18	16	16	18		18	18	16	18	18
Educación escolar obligatoria (años requeridos)	10	5	11	8	5		8	9	11	11	12	9		
Servicio militar obligatorio (edad)	no	sí 18	sí 18	sí 18	sí 16	no	no	sí 18	no	sí 18	no	no	no	
Edad para ocupar cargos de representación política	21	18	18	21				18		25		25	25	
Edad para testificar en los juzgados	18	18	18					18		18		cualquier edad	18	18
Edad mínima para otorgar consentimiento médico	21		18				18			18		18	18	
Edad mínima para recibir servicios reproductivos	21	18	18				18					18		

APPENDIX F: "FACES OF YOUTH" GENERIC ADVOCACY SHEET

[insert name of country]

Faces of Youth

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, Regional
Office of the WORLD HEALTH ORGANIZATION

THE GW CENTER FOR INTERNATIONAL HEALTH
WHO Collaborating Centre for Health and Development

Youth Health Promotion

Young people are a vital force in our societies. They bring life to our neighborhoods and hope for our communities. They are the face of development.

Youth are a healthy population, yet aspects of development with respect to education, income, and political participation affect their health and well-being.

To be effective in improving the health of young people a shift toward health promotion and risk prevention is needed. Policies and legislation that focus on enhancing the human development of youth, instead of only fixing the ailments affecting them after they have escalated to severe problems are effective in youth health promotion.

Working Together

Collaborative action to provide for the health and development needs of young people involve many sectors. By combining the efforts that lead to positive change in one sector with those of another, a comprehensive policy package for youth is achievable. Working together for change will lead to the healthy development of youth.

Relevant laws and policies can increase access to information and enhance the quality, appropriateness and availability of services for youth. Health can be the primary focus of policy initiatives for youth, but the need for youth to receive education and vocational training, earn a living, and to have political representation are relevant to their overall human development.

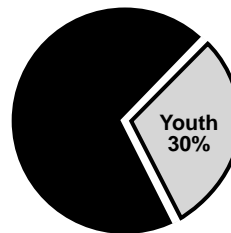


The health of youth can be seen as a measurement of the socio-economic status of a nation and its commitment to human development

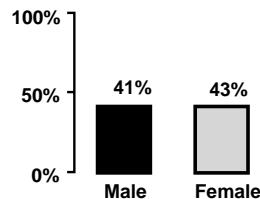
Legislative & Policy Environment in [country]

-  **Health**
[current country specific information]
-  **Education**
[current country specific information]
-  **Labor**
[current country specific information]
-  **Justice**
[current country specific information]
-  **Commerce and Industry**
[current country specific information]

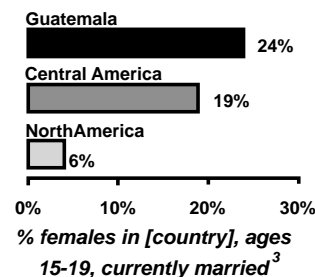
The Facts



The percentage of the total population in [country] between the ages of 10 and 24²



% population in [country], ages 15-24 enrolled in secondary school in 1996³



% females in [country], ages 15-19, currently married³

Special Needs

- Youth, including young men, need reproductive and sexual health information and services.
- Early pregnancy and childbirth leads to health risk for the pregnant women and their children and diminish educational and economic opportunities.
- Sexual exploration during adolescence puts youth at risk to HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases.
- Use of alcohol, drugs, and cigarettes during adolescence are correlated to other risk-taking behaviors, including vehicular accidents, violence, and unplanned sexual activity.
- Gender inequality create barriers to the human development of girls and young women.

Action

- Integrate services to maximize resources and improve access.
- Promote youth health throughout national policies and programs and give youth high priority in national agendas and budgets.
- Mobilize partnerships between government and private organizations at local and national levels.
- Involve youth in planning, development, implementation, and evaluation of legislation and policies for youth.
- Improve the quality of services, including better training and interpersonal skills for professionals working with youth.
- Launch comprehensive education programs for youth health promotion using broad-based social marketing.
- Incorporate evaluation in youth initiatives and support research to improve the physical and psychosocial health of youth.
- Empower youth to exercise their rights to education, information and services and enable pregnant and young mothers to continue their schooling.

Sectoral Commitment

National policies, legislation, and regulations have a great influence on the health and well-being of youth by providing the parameters and guidelines to safe guard its youth. In [country] the health of youth should not only be a priority for the health sectors, but also for sectors, including education, labor, justice, economic and commerce.

Health

[country specific information with general recommendations]

Education

[country specific information with general recommendations]

Labor

[country specific information with general recommendations]

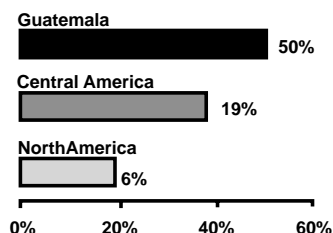
Justice

[country specific information with general recommendations]

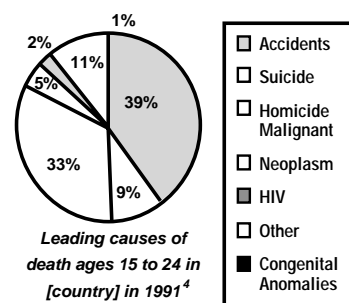
Commerce and Industry

[country specific information with general recommendations]

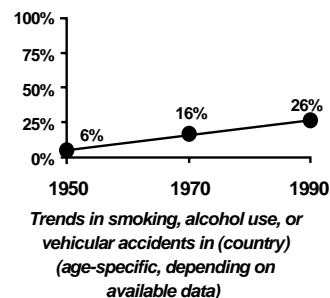
More Facts



% females giving birth by age 20 among women currently 29-34³



Leading causes of death ages 15 to 24 in [country] in 1991⁴



Trends in smoking, alcohol use, or vehicular accidents in (country) (age-specific, depending on available data)

References:

1. Rodriguez-Garcia and Russell. 1997. *The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC.
2. PAHO. 1996. *Conference on the comprehensive health of youth in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: WHO/PAHO.
3. PRB. 1996. *The World's Youth, 1996*. Washington, DC: PRB.
4. DHHS. 1995. *Fact Sheet on Adolescent Mortality, prepared by the National Adolescent Health Information Center*. San Francisco: Division of Adolescent Medicine & Institute for Health Policy Studies.
5. OAS. 1996. *The OAS and Youth Development*. Washington, DC:1996.

APÉNDICE F: EJEMPLO DE UNA HOJA DE ABOGACÍA

[Insertar nombre del País]

Las Caras de la Juventud

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

EL CENTRO GW PARA LA SALUD INTERNACIONAL
Centro de Colaboración para la
Salud y el Desarrollo OMS

Promoción de la salud del joven

Los jóvenes son una fuerza vital en nuestras sociedades. Les dan vida a nuestros vecindarios y esperanza a nuestras comunidades. Son la cara del desarrollo.

Los jóvenes son una población saludable; sin embargo, el desarrollo en sus aspectos de educación, ingreso, y participación política afectan su salud y bienestar.

Para ser efectivo en el mejoramiento de la salud de los jóvenes se necesita un cambio hacia la promoción de la salud y la prevención de riesgos. Las políticas y legislaciones que están enfocadas a realizar al desarrollo humano de la juventud, en vez de arreglar las dolencias que los afectan después que se han convertido en problemas severos, son efectivas en la promoción de la salud de los jóvenes.

Trabajando en conjunto






La acción conjunta para satisfacer encarar las necesidades de salud y desarrollo de la gente joven cubre muchos sectores. Combinando los esfuerzos que llevan a cambios positivos en un sector con los de otro sector, se puede lograr un paquete de políticas globales para la juventud.

Las leyes y políticas relevantes pueden aumentar el acceso a la información y mejorar la calidad, pertinencia y disponibilidad de servicios para la juventud. La salud puede ser el enfoque primario de las iniciativas de políticas para la juventud, pero la necesidad de que los jóvenes reciban educación y capacitación vocacional, que puedan ganarse la vida y que tengan representación política son relevantes para su desarrollo humano integral.

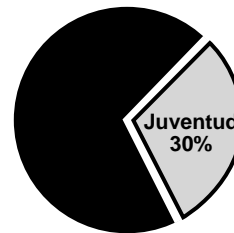


La salud de los jóvenes puede ser medida como el estatus socio-económico de una nación y su compromiso con el desarrollo humano.

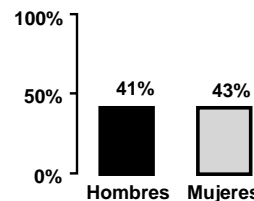
Ambiente legislativo y ejecutivo en [país]

-  **Salud**
[información actual específica del país]
-  **Educación**
[información actual específica del país]
-  **Trabajo**
[información actual específica del país]
-  **Justicia**
[información actual específica del país]
-  **Comercio e Industria**
[información actual específica del país]

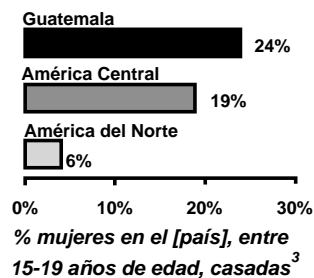
Los Hechos



Porcentaje total de la población en el [país] entre la edad de 10 y 24 años²



% población en el [país], entre la edad de 15-24, matriculados en educación secundaria en 1996³



% mujeres en el [país], entre 15-19 años de edad, casadas³

Las Caras de la Juventud

Necesidades especiales

- Los jóvenes, incluyendo a los hombres jóvenes, necesitan información y servicios de salud sexual y reproductiva.
- El embarazo y el parto prematuro inducen a riesgos de salud en las mujeres embarazadas y a sus hijos, y disminuyen sus oportunidades educacionales y económicas.
- La exploración sexual durante la adolescencia pone a los jóvenes en riesgo de contraer HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- El uso de alcohol, drogas y cigarrillos durante la adolescencia está correlacionado con otros comportamientos de riesgo incluyendo los accidentes vehiculares, la violencia, y la actividad sexual no planificada.
- La desigualdad de género crea barreras al desarrollo humano de las niñas y las mujeres jóvenes.

Acción

- Integrar los servicios para emplear al máximo los recursos y mejorar el acceso.
- Promover la salud de los jóvenes a través de políticas y programas nacionales y de darles a los jóvenes una prioridad alta en los presupuestos y agendas nacionales.
- Fomentar la asociación entre el gobierno y las organizaciones privadas a niveles locales y nacionales.
- Integrar a los jóvenes en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de las legislaciones y políticas para la juventud.
- Mejorar la calidad de los servicios, incluyendo una mejor capacitación y mejores habilidades interpersonales de los profesionales que trabajan con jóvenes.
- Lanzar programas globales de educación para promover la salud de los jóvenes usando una base amplia.
- Incorporar evaluaciones sobre iniciativas para los jóvenes y apoyar investigaciones para mejorar la salud física y psico-social de los jóvenes.
- Empoderar a los jóvenes para que ejerzan sus derechos a educación, información y servicios y permitirle a las embarazadas y madres jóvenes continuar su educación.

Compromiso Sectorial

Las políticas, legislaciones y reglas nacionales tienen una gran influencia en la salud y bienestar de los jóvenes proporcionándoles los parámetros y lineamientos para proteger su juventud. En (país) la salud de los jóvenes no sólo debería ser una prioridad para los sectores de salud sino también de los sectores de educación, trabajo, justicia, economía y comercio.



Salud

[información específica del país con recomendaciones generales]



Educación

[información específica del país con recomendaciones generales]



Trabajo

[información específica del país con recomendaciones generales]



Justicia

[información específica del país con recomendaciones generales]



Comercio e Industria

[información específica del país con recomendaciones generales]

Guatemala

50%

América Central

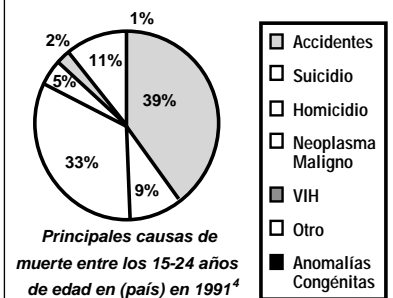
19%

América del Norte

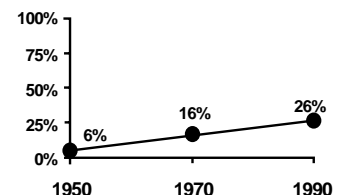
6%

0% 20% 40% 60%

% mujeres dando a luz a los 20 años entre mujeres de 29-24³



Principales causas de muerte entre los 15-24 años de edad en (país) en 1991⁴



Tendencias en fumar, consumir alcohol y accidentes automovilísticos (país) (edad específica, dependiendo de los datos disponibles)

Referencias:

1. Rodriguez-Garcia and Russell. 1997. *The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC.
2. OPS. 1996. *Conference on the comprehensive health of youth in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: WHO/PAHO.
3. PRB. 1996. *The World's Youth, 1996*. Washington, DC: PRB.
4. DHHS. 1995. *Fact Sheet on Adolescent Mortality, prepared by the National Adolescent Health Information Center*. San Francisco: Division of Adolescent Medicine & Institute for Health Policy Studies.
5. OAS. 1996. *The OAS and Youth Development*. Washington, DC:1996.

ADOLESCENT'S PUBLICATION ORDER FORM/ SOLICITUD DE PUBLICACIONES DEL PROGRAMA DE ADOLESCENCIA

FREE PUBLICATIONS/PUBLICACIONES GRATIS

<i>Title</i> <i>Título</i>	<i>Language</i> <i>Idioma</i>	<i>Quantity</i> <i>Cantidad</i>
Manual para la educación en salud integral del adolescente. OPS/UNFPA. Canessa, Nykiel, 1997.	<input type="checkbox"/> español	_____
Salud Sexual y reproductiva. OPS. Chelala. 1995	<input type="checkbox"/> español	_____
Familia y adolescencia: indicadores de salud; manual de aplicación de instrumentos OPS/Kellogg. Hernández. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención OPS/Kellogg. Moreno y Cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Guidelines for the Programming of Comprehensive Adolescent Care and Health Care Modules.	<input type="checkbox"/> english	_____
Diretrizes para a programação da saúde integral do adolescente e módulos de atendimento	<input type="checkbox"/> português	_____
Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Evaluation of Missed Oportunities for Comprehensive Adolescent Health Care	<input type="checkbox"/> english	_____
Avaliação sobre oportunidades perdidas de atenção integral do adolescente	<input type="checkbox"/> português	_____
Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes: estimación de complejidad; condiciones de eficiencia. OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Evaluation of Outpatient Health Services for Adoelscents. Determining Complexity and Conditions of Efficiency	<input type="checkbox"/> english	_____
Avaliação de sriços de atendimento ambulatorial de Adolescentes. Estimativa de complexidade Condições de eficiência	<input type="checkbox"/> português	_____
Financiando el futuro. Advocates for Youth. 1995	<input type="checkbox"/> español	_____
El embarazo en la adolescencia: lineamientos para el diseño de investigaciones de aspectos socioculturales	<input type="checkbox"/> español	_____
Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano Fundación Bernard van Leer. Grotberg, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Manual para promover la resiliencia en la niñez y la adolescencia OPS/Kellogg/SIDA. Munist y Cols, 1998.	<input type="checkbox"/> español	_____
Capacitación para orientar adolescentes en sexualidad y salud reproductiva: guía para facilitadores, agosto 1993	<input type="checkbox"/> español	_____
Programa regional de adolescencia: proyecto OPS/Kellogg, informe evaluativo Niremberg. Perrone, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Guía para abogar por la salud integral de los adolescentes con énfasis en salud sexual reproductiva. Advocate for Youth/OPS, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulo del facilitador, OPS	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulo de aprendizaje, OPS	<input type="checkbox"/> español	_____

ADOLESCENT'S PUBLICATION ORDER FORM/ SOLICITUD DE PUBLICACIONES DEL PROGRAMA DE ADOLESCENCIA

FREE PUBLICATIONS/PUBLICACIONES GRATIS

<i>Title</i> <i>Título</i>	<i>Language</i> <i>Idioma</i>	<i>Quantity</i> <i>Cantidad</i>
Estado de arte en resiliencia. OPS/Kellogg/SIDA. Kotliarenco y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
El ambiente legislativo y de políticas para la salud de los adolescentes en América Latina y el Caribe. OPS/Kellogg. Rodríguez y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean	<input type="checkbox"/> english	_____
Informe reunión de violencia en El Salvador. OPS/Kellogg/SIDA, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Técnicas participativas. OPS/Kellogg, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia OPS/Kellogg. Cerruti, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral del adolescente: una propuesta de atención diferenciada. OPS/Kellogg. Bianculli y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Estado del arte en investigación y prevención de violencia en niños y adolescentes de las Américas.o OPS/Kellogg/SIDA. McAlister, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Children, Young People and Violence: Research and Prevention in the Americas	<input type="checkbox"/> english	_____
La juventud y el liderazgo transformador. OPS/Kellogg. Blejmar y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/Kellogg. M. Burt, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Why Should We Invest in Adolescents? PAHO/Kellogg. M. Burt, 1998	<input type="checkbox"/> english	_____

PUBLICATIONS IN SPANISH (FOR SALE) / PUBLICACIONES EN ESPAÑOL EN VENTA

La salud del adolescente y del joven: publicación científica 552 OPS 1995, 586 pp., ISBN 92 75 31552 3 / US\$ 32.00 / 24.00 in developing countries Order Code PC 552	<input type="checkbox"/> español	_____
La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro 1995, 52 pp., ISBN 92 75 32055 1 / US\$ 8.00 / Order Code C 6	<input type="checkbox"/> español	_____
Manual de medicina de la adolescencia: PALTEX 20	<input type="checkbox"/> español	_____

Send your order to/Dirigir su solicitud a:

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Family and Population Program/Programa de Familia y Población

525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Tel. (202) 974-3086 • Fax (202) 974-3694

E-mail: maddalem@paho.org