

Acceso universal de las/los adolescentes a una atención integral de calidad

Principal desafío en el Perú

Las y los adolescentes (de 10 a 19 años) constituyen el 18% de la población mundial con 335 millones en Asia Meridional, 329 en Asia Oriental y el Pacífico, 118 en países industrializados, 108 en América Latina y el Caribe, 94 en África occidental y central, 91 en África meridional y oriental y en 58 millones en ECE/CEI. La mayoría (88%) vive en países en desarrollo, en términos generales 1 de cada 6 adolescentes viven en países adelantados

La población adolescente de América Latina y el Caribe es de 108 millones viviendo el 15% en extrema pobreza (con menos de un dólar al día). La región subandina tiene una población adolescente de 28,8 millones siendo Colombia el país con mayor cantidad de adolescentes: 9,3 millones seguido por 5,9 millones del Perú y 5,5 millones de Venezuela.

En el Perú, el 20.4% de la población está conformada por adolescentes, el 36% de adolescentes viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social, 93% asiste a la escuela pero sólo el 29.6% termina la secundaria y un 17.4% accede a una educación superior universitaria no universitaria.

¿Por qué invertir en adolescentes?

La adolescencia es una etapa que exige un compromiso real de parte de familias, comunidades y autoridades para una inversión en la salud, educación, posibilidades de empleo y el ejercicio ciudadano para que logren su desarrollo continuando la labor realizada durante la primera década de la vida. Existen seis razones por las cuales es imperioso invertir en adolescentes:

(1) la existencia de los tratados sobre derechos humanos, incluyendo la Convención sobre los Derechos del Niño que los/las incluye hasta los 18 años y la consecución de los Objetivos del Milenio exigirá el logro del acceso universal de los/las adolescentes a una atención integral y de calidad debido a que están presentes en todos ellos prioritariamente en los relacionados a pobreza, educación, equidad de género, salud infantil, salud materna y VIH/sida;

(2) la consolidación de los importantes logros que se han registrado en todo el mundo desde 1990 en la infancia que se verían afectados por las condiciones subóptimas en salud y educación;

(3) la aceleración de los progresos en la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la discriminación por motivo de género en los cuales este grupo etario presenta una mayor vulnerabilidad;

(4) la urgente necesidad de abordar dificultades como la crisis económica, desempleo desestructural, el cambio climático y la degradación del medio ambiente, el vertiginoso proceso de urbanización y la dinámica de la migración, la pandemia de VIH/sida, entre otros que afectan prioritariamente a este segmento poblacional; y

(5) el reconocimiento de los y las adolescentes, no como “la próxima generación de adultos”, “futura generación” o sencillamente el futura sino también como una parte importantísima del presente; viven, trabajan y contribuyen a sus hogares, comunidades, sociedades y economías. Tenemos madres adolescentes, adolescentes trabajadores/as, jefes/jefas de hogar.

(6) La presencia del bono demográfico en los países de la región que obliga a una inversión integral en los 108 millones de adolescentes si se quiere lograr adultos productivos para sus naciones.

La inversión que se realiza en América Latina (i) la inversión en juventud, en un sentido amplio, es significativa pero acotada en comparación con la inversión en otros grupos de la población; (ii) esta inversión, en disonancia con las prioridades fijadas a partir del diseño de las políticas públicas (inserción laboral, construcción ciudadana y prevención de la violencia) se concentra abrumadoramente en la educación, la recreación y el tiempo libre.

Las amenazas para los y las adolescentes en el área de salud son predominantemente de conducta y no biomédicas; más adolescentes están involucrados en conductas de riesgo, se involucran en conductas riesgosas para la salud a una edad más temprana, muchos aunque no todos, se involucran en múltiples conductas de salud riesgosas simultáneamente y la mayoría está involucrada en algún tipo de conducta personal que amenaza su salud y bienestar.

En salud, se ha demostrado que la inversión es más eficiente cuando se asigna a programas preventivos que cuando se asigna a programas directamente curativos. En el caso de los jóvenes, además, esto es particularmente relevante, por el tipo de afecciones y de problemas predominantes, que –como se sabe- están significativamente concentrados en las denominadas “conductas de riesgo” (accidentes de tránsito, por ejemplo) y menos en enfermedades del tipo de las que afectan a los niños, a los adultos o a la tercera edad.

Situación de salud de los y las adolescentes

La mortalidad y morbilidad, en general son bajas durante la adolescencia, habiéndose registrado 287,290 muertes en la Región de las Américas en personas entre 15 y 29 años según la Carga Mundial de la Morbilidad 2004. Sin embargo ocho de las causas de mortalidad: hipertensión, consumo de tabaco, hiperglicemia, inactividad, sobrepeso y obesidad, colesterol alto, sexo no seguro y consumo de alcohol están relacionados con hábitos y conductas que se instalan en la adolescencia.

La principal causa de muerte son los traumatismos (63%) siendo la mayoría asociada con accidentes de tránsito correspondiendo las mayores tasas a países de bajos y medianos ingresos. En orden decreciente están las enfermedades no transmisibles (22%), y las afecciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (15%). La tasa de homicidios en jóvenes es 36.4 por 100 000 en América Latina, siendo la mayor a nivel mundial sin contar las causadas por conflictos bélicos.

Nutrición

Las mujeres adolescentes tienen más propensión de sufrir problemas nutricionales que los varones adolescentes. Se ha estimado que, durante el periodo de adolescencia la anemia es el principal problema nutricional. La anemia en las adolescentes y jóvenes puede tener efectos negativos sobre su rendimiento cognitivo y sobre su crecimiento . Si la adolescente se embaraza, la anemia no sólo incrementa la morbilidad y la mortalidad materna, también incrementa la incidencia de problemas en el bebé como bajo peso al nacer y prematuroz. Los datos sobre anemia o deficiencia de hierro entre las adolescentes son escasos a nivel mundial. En los países de América Latina y el Caribe la prevalencia de anemia entre mujeres de 15-24 años de edad tiene un rango que va del 7% en El Salvador al 47% en Haití. En el Perú alrededor del 20% de mujeres entre 15 y 19 años presentan anemia presentándose tanto en regiones con mayores o menores niveles de pobreza.

La obesidad es una preocupación creciente tanto en los países industrializados como en el mundo en desarrollo. La existencia de sobrepeso y obesidad ha demostrado una tendencia creciente en las Américas habiendo estudios nacionales que confirman este hecho. En diversos estudios se observa una incidencia que va de 21% a 36% en adolescentes mujeres de 15 a 19 años estando los mayores niveles de obesidad en España, Grecia, Italia y Portugal en el sur de Europa y en los países mayoritariamente anglófonos Canadá, Estados Unidos y Reino Unido. En el Perú el 12% de las adolescentes de 15 a 19 años presenta sobrepeso y obesidad, 11% en hombres y 13% pero estudios realizados en instituciones educativas públicas y privadas muestran niveles mucho más altos.

Salud sexual y reproductiva

Desde 1970 la fecundidad ha caído fuertemente en América Latina y el Caribe, sin embargo desde finales de los 80 la fecundidad antes de los 20 años ha presentado una tendencia distinta: primero refractaria a la baja, y luego con una nueva propensión al aumento en varios países. La persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescente en la región conlleva a mayores riesgos de salud, en particular perinatales; obstáculos para la formación escolar y laboral; desventajas en las perspectivas de vida de progenitores y prole; la fecundidad es mucho más frecuente entre adolescentes pobres ; las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser jefas de hogar solas; y lo más importante es una clara muestra de la falta del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.

Las niñas adolescentes tienen más probabilidades de iniciar tempranamente su vida sexual, pero también menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos. La región con mayor proporción de niñas adolescentes que afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años (un 22%) es América Latina y el Caribe. Los datos también muestran que los varones adolescentes tienen más probabilidades que las niñas de utilizar preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo, a pesar de que éstas corren mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Un estudio realizado en América Latina muestra que las adolescentes que dan a luz antes de los 16 años tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que las mayores de 20 años.

El embarazo y la maternidad adolescentes se presentan en una dimensión importante y compleja en la región Subandina habiendo sido reconocida como un tema de salud pública: los embarazos tempranos-deseados o no- colocan a las y los adolescentes y su descendencia en una situación de vulnerabilidad frente a la vida. Diversos estudios cualitativos realizados en los países de la subregión, así como la información estadística disponible muestran que el embarazo y la maternidad adolescentes afectan en mayor medida a las muchachas pobres y a aquellas con menor educación.

En el Perú 12.5% de adolescentes están embarazadas o ya tienen un hijo, La prevalencia se concentra, manera cada vez más clara, en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias y pertenencia a grupos poblacionales con características de marginación como los grupos indígenas. Se evidencian grandes diferencia entre las áreas rural y urbana (22.4% vs 10.8%). En cuanto a regiones naturales la Selva presenta mayor prevalencia (29.4%) que la Sierra (15.3%) , Costa (11.2%) y Lima Metropolitana (8.1%).

VIH- SIDA

La gente joven (entre 10 a 24 años) está en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, impacto, vulnerabilidad y potencial de cambio donde está el virus y también donde se dirige. Prevenir la transmisión del VIH es uno de los retos más importantes para preservar la vida y la salud de los adolescentes. Aunque se estima que el sida es la octava causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años el número de víctimas fatales en los países con alta prevalencia es desproporcionadamente alto.

En cuanto a la prevalencia del VIH / sida entre jóvenes de 15 a 24 años los países de América Latina que muestran niveles altos (entre 54 y 150 por 10 000) son El Salvador, Guatemala, Panamá y Honduras. Setecientos cuarenta mil adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años presenta VIH y sida en América Latina y el Caribe. Durante la adolescencia es donde se están infectando la mayoría de casos nuevos formando parte de la mortalidad en jóvenes. Esta misma situación se observa en el Perú.

Salud Mental

Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes de 15 a 19 años y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto unos 71000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. La frecuencia de los trastornos mentales ha aumentado en los últimos 20 y 30 años, dicho aumento se debe a la ruptura de las estructuras familiares, el aumento de

desempleo entre los jóvenes y a las pocas realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijas e hijos.

Los problemas mentales de los jóvenes que no reciben asistencia están asociados con resultados insuficientes en materia de educación, desempleo, uso de drogas, estilos de vida peligrosos, delitos, una salud sexual y reproductiva deficiente, autolesiones y un escaso cuidado de si mismos, factores todos que aumentan los riesgos de enfermedades y de muerte prematura. Los problemas de salud mental de los adolescentes acarrean unos altos costes sociales y económicos ya que, conforme pasa el tiempo, suelen sufrir discapacidades.

En el Perú estudios realizados en ciudades de la Costa, Sierra y Selva demuestran que los episodios depresivos, trastornos de ansiedad generalizada y la tendencia a problemas alimentarios lo más frecuente observándose trastornos psicóticos en aproximadamente 1%. La prevalencia del consumo de drogas en adolescentes es 21% para tabaco y 36% para alcohol. La prevalencia de consumo de drogas ilegales es mayor en la población adolescente siendo la marihuana la más consumida (1.2%).

La violencia que afecta a los y las adolescentes es más frecuente en los hogares y las escuelas. Entre las adolescentes que han sido agredidas físicamente el primer agresor es el padre, seguido por la madre y el esposo

Discapacidad

No se sabe cuantos adolescentes viven con discapacidades físicas o mentales. Los adolescentes con algún tipo de discapacidad tienen más probabilidades de ser víctimas de la discriminación, el estigma y la exclusión. Casi siempre viven segregados de la sociedad y no es raro que se les considere víctimas pasivas u objetos de caridad. Así mismo, son vulnerables a la violencia física y a toda clase de abusos. Sus probabilidades de estar estudiando son sustancialmente menores, y sus tasas de transición a grados superiores son inferiores al promedio. Esta falta de oportunidades educativas contribuye a la pobreza a largo plazo.

Los países de la región andina presenta porcentajes de discapacidad en la población que van desde 3.8% en Bolivia, 6.3% en Colombia, hasta 15% en Venezuela pasando por 10.9% en Perú y Ecuador 12.1 y Chile 12.9%. A pesar de la existencia de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades existen aún muchos casos de discriminación y exclusión.

Acceso universal a Servicios diferenciados para adolescentes

En relación al Plan de Acción sobre la salud de los adolescentes y jóvenes de la OMS en su área estratégica 3: Sistemas y Servicios de integrados e integrales, tiene como objetivo 3.1 Mejorar los sistemas y los servicios de salud integrales e integrados de calidad para atender a las necesidades de adolescentes y jóvenes, haciendo hincapié en la atención primaria de la

salud. A nivel nacional se considera como primera actividad: Incluir a los adolescentes y jóvenes en el sistema de financiamiento y en el modelo de atención.

Se debe prestar atención a las necesidades de salud de los adolescentes para reducir la mortalidad y morbilidad ahora y en su vida futura; para que ejerzan sus derechos especialmente los sexuales y reproductivos y asegurar que esta generación, en retorno, cuidará la salud de sus propios hijos.

Los servicios de salud responden a las necesidades y expectativas de los y las adolescentes cuando tratan condiciones que los enferman o les causan preocupación; previenen y responden a problemas de salud que pueden acabar sus vidas o pueden resultar en enfermedades crónicas o discapacidad; apoyan adolescentes que quieren tener una buena salud mediante el monitoreo de su progreso y la resolución de sus complicaciones; interactúan con adolescentes en momentos de crisis; y realizan referencias oportunas a otros servicios.

No existe una sola forma de organizar los servicios de salud para adolescentes, pueden ser en o fuera de los establecimientos de salud como parte de Centros de Desarrollo Juvenil, siempre que cuenten con los recursos humanos capacitados y el equipamiento necesario para cumplir con los estándares de calidad establecidos.

Los servicios amigables para adolescentes tienen altos estándares clínicos y de calidad, son accesibles, aceptables y apropiados. Son equitativos, inclusivos y no discriminan. Ellos alcanzan a las poblaciones vulnerables. Brindan paquetes esenciales e integrales de atención. Son efectivos, siendo la atención brindada por recursos humanos capacitados y comprometidos que saben como comunicarse. El equipamiento está en su lugar, existe un sistema de la calidad que apoya y motiva al staff. Tienen la información al día e incorporan a los adolescentes en la planificación y monitoreo . Y son aceptados por la comunidad.

De acuerdo con la CDN, el PIDESC y la CEDAW, así como las observaciones generales basadas en los artículos de tales instrumentos, es posible identificar un marco jurídico y político establecido por la comunidad internacional que reconoce, protege y garantiza el derecho a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, del que se desprenden obligaciones estatales específicas:

- Proporcionar acceso universal a la información y a los servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva, tanto para las y los adolescentes casados como no casados.
- Garantizar que ni los funcionarios estatales ni terceros interfieran directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud de las y los adolescentes, para lo cual debe abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica.
- Eliminar cualquier obstáculo legal o restricción para acceder a información y servicios sobre salud sexual y reproductiva, como el requerimiento de autorización paterna, de la pareja o de la autoridad de salud.

- Garantizar acceso efectivo a los servicios médicos y en particular a aquellos relacionados con la atención primaria de salud y los cuidados preventivos, lo que incluye la planificación familiar y los anticonceptivos.
- Garantizar que la negativa a prestar servicios de salud sexual y reproductiva por razones de conciencia no impida su efectiva prestación a través de la remisión a otro profesional o establecimiento.
- Proporcionar servicios adecuados de salud y asesoramiento a los adolescentes que han sido sexualmente explotados.
- Garantizar a la población adolescente servicios de salud accesibles, asequibles, confidenciales y que no supongan juicios de valor.
- Garantizar a las y los adolescentes que el asesoramiento y las pruebas de detección del VIH/SIDA se lleven a cabo de manera voluntaria y confidencial.
- Garantizar la preeminencia de la opinión de las y los adolescentes sobre la opinión de sus padres cuando son suficientemente maduros, lo que refleja el reconocimiento de su condición de titulares de derecho en consonancia con la evolución de sus facultades.
- Garantizar servicios confidenciales a los adolescentes suficientemente maduros, incluso para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres.
- Garantizar que incluso frente a la detección del VIH/SIDA, prevalezca el derecho del adolescente a la confidencialidad, aún respecto de sus padres.

Los lineamientos de política de Salud de los/ las adolescentes vigentes en el Perú vigentes desde el 14 de Febrero del 2005, consideran el “Acceso universal de los/las adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud, con especial énfasis en salud mental, salud sexual y reproductiva, prevención de atención basada en género, familiar, sexual, social y la relacionada con las secuelas de la violencia política” como el primero.

Entre sus acciones se encuentran “Garantizar el marco legal y normativo que permita el ejercicio del derecho a la salud de los/las adolescentes”; e “Implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada desde los sistemas de aseguramiento público y privado, incluyendo prestaciones que respondan a las necesidades de los/las adolescentes, en especial de aquellas relacionadas a su salud sexual y reproductiva, eliminando aquellas barreras que obstaculizan su afiliación y/o atentan contra la confidencialidad.

Sin embargo el marco legal nacional considera que los/las adolescentes son sujetos de derechos con capacidad progresiva y se reconoce el ejercicio de estos derechos de acuerdo a su edad y madurez (Código del Niño y Adolescente). Se considera que los menores de 16 años tienen una capacidad absoluta con algunas excepciones.

Así mismo, ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o

estuviere impedida de hacerlo. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces a que ser refieren los numerales 1 al 3 del artículo 44 del Código civil, negaren su consentimiento para el tratamiento quirúrgico o médico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones que hubiere en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos (Artículo 4 de la Ley General de Salud).

A pesar de los innumerables esfuerzos para modificar el marco legal que dificulta el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud, nuestros y nuestras adolescentes siguen asistiendo a los establecimientos de salud en el Perú. Según los datos al primer semestre 2012 el 54% de este grupo poblacional está afiliado al seguro integral de salud asistiendo a la consulta poco más del 30%.

Seguiremos trabajando para lograr la modificación del marco legal, recomendación realizada en la Declaración de Lima de Agosto 2010 firmada por los representantes de los países que conformaban la CODAJIC y que a continuación se detalla.

Documento: "Declaración de Lima"

Las y los representantes de las Asociaciones de los países que conforman la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Costa Rica, Ecuador, España, México, Perú, Portugal, Uruguay y Venezuela se reunieron durante el II Congreso Iberoamericano y del Caribe de Adolescencia y Juventud: Diálogo y entendimiento mutuo, los días 12 y 13 de Agosto en la ciudad de Lima-Perú.

En relación a la situación actual de las políticas públicas a favor de la adolescencia y la juventud de la Región, la CODAJIC enuncia lo siguiente:

1. *Apoya las iniciativas de los gobiernos que han promovido y creado Programas Nacionales de Adolescencia. Insta asimismo a hacerlo a quienes no los hayan efectivizado a la vez que solicita una particular atención a aquellos gobiernos que no les estén asignando los recursos y el apoyo que los mismos merecen.*
2. *Observa con preocupación la persistencia, en países de la Región, de una legislación obsoleta que atenta directamente contra la implementación de diversos derechos en los y las adolescentes, particularmente en lo referido a la confidencialidad y a la Salud Sexual y Reproductiva.*
3. *Observa progresos en el reconocimiento de la población adolescente con necesidades específicas para el periodo de desarrollo y crecimiento, sin embargo es necesario que se evidencien en la presencia de Programas, Planes, y Políticas en la mayoría de los países de la región con diferentes niveles de desarrollo, evaluación y seguimiento.*
4. *Apoya la realización de nuevas investigaciones que generen evidencias científicas y sociales que den sustento a los programas y proyectos.*
5. *Apoya la utilización de la tecnología de información y comunicación en el trabajo con adolescentes y jóvenes.*

6. *Preocupa la falta de continuidad en Políticas y Programas en la mayoría de los países, lo cual implica no haya un desarrollo sostenible y progresivo de los mismos.*
7. *Exhorta a fortalecer y renovar el compromiso de los decisores, líderes políticos, representantes de la sociedad civil, formadores de opinión pública, autoridades académicas, con el desarrollo de adolescentes y jóvenes garantizando políticas de estado traducidas en acciones priorizando educación, salud, empleo digno y el ejercicio pleno de su ciudadanía y generadas con participación juvenil y con un plan de monitoreo y evaluación.*
8. *Exhorta a promover la incorporación del tema Desarrollo y Salud de Adolescencia y Juventud en el currículum de pre y post grado de las profesiones relacionadas con la atención integral de este grupo poblacional para asegurar personal capacitado.*
9. *Exhorta a incorporar el enfoque de juventud en todas las políticas públicas generadas en los diferentes países de la región.*

Servicios Diferenciados para la Atención Integral de Adolescentes

Entre las estrategias del Ministerio de Salud del Perú para la atención integral de las y los adolescentes está la de contar con servicios diferenciados. Actualmente existen 1930 servicios presentes en el 24.9% de los establecimientos de salud en todo el país. Las modalidades existentes son: horarios diferenciados, ambientes exclusivos, especializados (intramurales), espacios de escucha en instituciones educativas entre otras (extramurales) y los Centros de Desarrollo Juvenil que pueden ser intra o extramurales. Estos servicios están presentes según los niveles de complejidad de los establecimientos de salud: puestos, centros y hospitales, teniendo como servicios especializados emblemáticos los existentes en el Instituto Nacional de Salud del Niño y el Instituto Nacional Materno Perinatal, ambos con más de quince años de existencia.

Se ha aprobado el Paquete de atención integral para adolescentes que incluye la evaluación integral, inmunizaciones, exámenes de laboratorio, suplementación con hierro y ácido fólico, talleres formativos, visitas domiciliarias, entre otras intervenciones. Y recientemente se ha formalizado la Norma técnica de Criterios y Estándares de Evaluación de los Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para adolescentes que actualmente se está aplicando en todos los servicios a nivel público y privado.

Por otro lado se cuenta con financiamiento a través de los Programas Presupuestales del Ministerio de Salud, prioritariamente el de Salud Materno Neonatal existiendo una finalidad de Atención Integral de Salud de Adolescentes en Servicios Diferenciados para la Prevención del Embarazo Adolescente.

Y lo más importante contamos con personal capacitado para la atención integral de salud en prácticamente todo el país.

CONCLUSIÓN

Las condiciones son favorables desde el punto de vista de servicios diferenciados, paquetes de atención integral, personal capacitado y financiamiento pero el más grande desafío que tiene actualmente el Perú es la modificación del marco legal para el acceso universal de las y los adolescentes a una atención integral de calidad.

SEGUIREMOS TRABAJANDO PORQUE LA ADOLESCENCIA ES UNA MILITANCIA Y LA JUVENTUD TAMBIÉN.

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Presidenta

CODAJIC

SPAJ