

Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad



Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad

Se publica también en inglés (2013) con el título:
Reaching Poor Adolescents in Situations of Vulnerability with
Sexual and Reproductive Health.
ISBN 978-92-75-11774-3

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. Washington, DC : OPS, 2013.

1. Adolescente. 2. Salud Reproductiva. 3. Poblaciones Vulnerables I. Título.

ISBN 978-92-75-31774-7
(Clasificación NLM: WA 330)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Familiar, Género y Curso de Vida/Proyecto de Salud de Adolescente podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

FOTOGRAFÍAS: BANCO DE FOTOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Y KHENG HO TOH

Índice

PREFACIO	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
ACRÓNIMOS	viii
INTRODUCCIÓN	1
I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	7
Vulnerabilidad	9
Factores subyacentes de la vulnerabilidad	11
Pobreza	11
Género	17
Diversidad étnica	20
Adolescentes en situaciones de vulnerabilidad	22
Programa especial de investigaciones, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana de las Naciones Unidas	23
Organización Mundial de la Salud	24
El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	24
El Banco Mundial	24
El Instituto de Medicina	25
Grupos específicos en situaciones de vulnerabilidad	26
Jóvenes que no asisten a la escuela	28
Niños y niñas en situación de calle	30
Jóvenes con discapacidad	33
Trabajadoras y trabajadores migrantes	35
Trabajadoras y trabajadores domésticos	39
Víctimas de tráfico de personas	39
Víctimas de abusos sexuales	41
Grupos en riesgo de contraer la infección por el VIH	42
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	43
Trabajadores y trabajadoras sexuales y sus clientes	44
Usuarios y usuarias de drogas inyectables	46
Comentarios finales de la revisión bibliográfica	48
II. CÓMO ALCANZAR A LOS ADOLESCENTES POBRES Y VULNERABLES	50
Área Estratégica 1: Mejorar la información estratégica y la innovación	56
Área Estratégica 2: Entornos favorables y políticas basadas en datos probatorios	62
Área Estratégica 3: Sistemas y servicios de salud integrados e integrales	66
Área Estratégica 4: Crecimiento de las capacidades de los recursos humanos	78
Área Estratégica 5: Intervenciones en la familia, la comunidad y la escuela	80
Área Estratégica 6: Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores	84
Área Estratégica 7: Comunicación social y participación de los medios de comunicación	88
III. COMENTARIOS FINALES	90
IV. REFERENCIAS	94

Prefacio

En América Latina y el Caribe, los jóvenes hacen frente a un sinnúmero de obstáculos que los excluyen de los beneficios de la salud. En su mayoría, esos obstáculos se relacionan con la pobreza, la marginación y la discriminación. Se estima que el 40% de jóvenes en esta Región vive en la pobreza, situación que limita sus posibilidades de desarrollar su potencial y sus capacidades.

La salud de estos grupos de adolescentes y jóvenes representa una prioridad para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tal como se observa en la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes y el Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes, aprobados en el 2008 y el 2009. Al adoptar dicha estrategia, la OPS se propuso instar a los Estados Miembros a fortalecer la capacidad de respuesta en los formuladores de políticas y proveedores de atención sanitaria para, entre otros objetivos, ampliar las políticas y programas de desarrollo comunitario y prestar servicios efectivos que atiendan la salud de adolescentes y jóvenes pobres, excluidos o en situación de vulnerabilidad.

Dichas resoluciones promueven la participación de adolescentes y jóvenes, sus familias y sus comunidades en la ejecución de programas de promoción de la salud adecuados para cada edad y cada cultura como parte de un modelo integral dirigido a mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes.

En este contexto, la OPS, en colaboración con la Embajada Real de Noruega y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), han preparado este documento con el objetivo de ayudar a comprender el impacto de la pobreza en la juventud y desarrollar programas de salud basados en evidencias.

Este informe busca servir de inspiración y guía a líderes, formuladores de políticas e instancias normativas a cargo de la salud y el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes. Esperamos que ayude a los países de América Latina y el Caribe a lograr resultados significativos en los esfuerzos por la salud y el bienestar del grupo de adolescentes y jóvenes en situaciones de pobreza, exclusión y vulnerabilidad.

Dra. Carissa F. Etienne
Directora



© ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) agradece a las siguientes personas por su ayuda en el desarrollo de este informe: Lic. Marilyn Lauglo, Consultora Internacional; Lic. Meaghen Quinlan-Davidson, Consultora de Salud de Adolescente; Lic. Isabel Espinosa, Oficial de Programa de Salud de Adolescente; Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Principal de Salud de Adolescente; Sr. Javier Vasquez, Asesor Regional de los Derechos Humanos; y Sr. Oswaldo Gomez, Consultor de Género.

Agradecemos el apoyo de la Embajada Real de Noruega y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) por su apoyo en la elaboración del documento *Salud Sexual y Reproductiva al Alcance de Adolescentes y Pobres y en Situación de Vulnerabilidad*.

Acrónimos

USAID

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

ALC

América Latina y el Caribe

CDC

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

CSC

Consorcio para Niños de la Calle

ECOSOC

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas

ENDESA

Encuestas Demográficas y de Salud

GGT

Grupo Consultivo de ONUSIDA sobre VIH y Trabajo Sexual

HRP

Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana

HSH

Hombres que tienen sexo con hombres

IDH

Índice de Desarrollo Humano

ITS

Infecciones de transmisión sexual

IOM

Instituto de Medicina en los Estados Unidos

IOH

Índice de Oportunidad Humana

IPPF

Federación de Planificación Familiar Internacional

LGBT

Personas lesbianas, gay, bisexual y transgénero

MESM

Modelo de Estrés Social Modificado

RPTS

Red de Proyectos de Trabajo Sexual

ODM

Objetivos de Desarrollo del Milenio

OIM

Organización Internacional para las Migraciones

ONG

Organización no gubernamental

ONUSIDA

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

PA

Plan de Acción

PNUD

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SAA

Servicios amigables para adolescentes y jóvenes

SSR

Salud sexual y reproductiva

SSRA

Salud sexual y reproductiva de los adolescentes

IDM

Informe sobre el Desarrollo Mundial

UDI

Usuarios de drogas inyectables

UNESCO

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNGAS

Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida

UNFPA

Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNODC

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito



Introducción

El informe “Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad” se propone identificar las mejores formas de lograr una mejor salud sexual y reproductiva para adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad en América Latina y el Caribe (ALC), mediante el uso de herramientas y estrategias basadas en evidencias científicas. El término “adolescentes pobres y vulnerables”, ampliamente usado a lo largo de este documento, incluye los conceptos de exclusión, invisibilidad y susceptibilidad a las circunstancias y hechos de la vida que afectan adversamente a las personas jóvenes, no solamente durante la adolescencia sino también en la adultez. La OPS considera la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años, la juventud se considera como el periodo entre los 15 y 24 años. Las personas entre los 10 y 24 años se denominan “población joven”.

La Estrategia y Plan de Acción Regional sobre Adolescentes y Jóvenes 2010-2018 de la OPS definen siete áreas estratégicas que sirven al mismo tiempo como directrices para ayudar las necesidades de la juventud de América Latina y el Caribe en materia de salud. Es posible que en el marco de esta estrategia solo sea posible obtener resultados significativos a nivel sub-nacional, sin embargo, es también posible que los cambios logrados en estas áreas estratégicas ayuden significativamente para llegar a la población joven mas vulnerable en los países.

Tal como se expresa en la primera área estratégica del Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes, **mejorar la información estratégica y la innovación** es fundamental para la identificación de estrategias e intervenciones que puedan ayudar a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SSRA). De ahí que, en el diseño de programas de salud los factores subyacentes, como la pobreza en el hogar, el género, la pertenencia étnica y la edad deben ser abordados de forma explícita. De igual forma, los datos de referencia deben ser transformados en información utilizable y pertinente; es necesario efectuar intervenciones focalizadas para asegurarse de llegar a los grupos de adolescentes pobres, las minorías étnicas y a los grupos de jóvenes excluidos por razones de género.

La segunda área estratégica se refiere a **la creación de entornos favorables para la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes por medio de políticas basadas en datos probatorios**. Esta área hace hincapié en la necesidad de considerar los entornos locales y nacionales para llegar a los sectores más pobres en vista de que las y los adolescentes marginados constituyen pequeñas subpoblaciones invisibles en ciertos contextos. Siendo América Latina y el Caribe una región altamente heterogénea los contextos varían enormemente, por ejemplo, los y las jóvenes que en un determinado país están marginados, en otro país bien podrían no estarlo. Mas aún, las características de un grupo vulnerable – como las personas migrantes – pueden ser diferentes en otra región. Es por eso que para mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes se hace necesario considerar el contexto epidemiológico, institucional y social de cada país.

Si bien en las últimas décadas hemos asistido a un desarrollo rápido de las tecnologías de la información, los sistemas de salud todavía no llegan a los grupos de adolescentes marginados. La información en salud y los aspectos sociales en estos grupos son difíciles de obtener y en muchos países están a menudo incompletos, inexactos o incongruentes. Esta dificultad se explica quizá por el hecho que en el grupo de adolescentes marginados se puede encontrar a niños o niñas en situación de calle, personas migrantes – trabajadores o trabajadoras domésticas, o bien víctimas del tráfico de personas- , personas con discapacidad, miembros de minorías étnicas, adolescentes en situación de riesgo de contraer la infección por el VIH o bien adolescentes que no asisten a la escuela.

Estos grupos se caracterizan por permanecer invisibles, ser estigmatizados y también por la probabilidad de caer en actividades ilegales. Esas características son al mismo tiempo desafíos grandes

para la satisfacción de sus necesidades en materia de salud. En muchas ocasiones, sus derechos humanos son frecuentemente violados (falta de acceso a la información y servicios, falta de privacidad o bien, falta de protección ante la violencia). La tercera área estratégica del Plan de Acción aborda estas cuestiones **recomendando sistemas y servicios de salud integrados e integrales.**

Las dificultades para obtener información sobre las y los jóvenes marginados pueden también tener origen en los siguientes factores:

- Si bien algunos programas o proyectos sobre jóvenes y adolescentes pueden arrojar resultados significativos –positivos–, en muchos casos las lecciones aprendidas de los mismos no son compartidas efectivamente para llegar a un segmento mayor de la población. A modo de ejemplo, ciertos programas o proyectos al ser diseñados de forma cuidadosa y empleando recursos locales apropiados para satisfacer las necesidades de un grupo determinado pueden ser eficaces. Sin embargo, su eficacia está relacionada con ese determinado grupo y no con otros, aún cuando ciertas etiquetas tales como “niños o niñas en situación de calle” “personas migrantes” o “trabajadores o trabajadoras sexuales” sean definidas de manera similar.
- En regiones y países la extensión de la epidemia de VIH/sida es diferente. A modo de ejemplo, en el Caribe, la prevalencia de infección por el VIH es mayor que en América Latina (en esta última es una epidemia concentrada). Por esta razón, la propagación de la infección por el VIH en un país depende no solamente en gran parte de la atención prestada a las poblaciones en mayor situación de riesgo, sino también de la formulación de métodos eficaces de orientación sobre la manera efectiva de llegar a los grupos de adolescentes vulnerables.
- Se observa que en algunos países ciertos grupos políticos carecen de experiencia de trabajo y convivencia con grupos de jóvenes invisibles y marginados. En consecuencia, muchas veces esos grupos de jóvenes no son parte de la agenda política. En ese contexto, el trabajo de sensibilización dirigido a incrementar la participación de los grupos políticos y garantizar la inclusión de los grupos de jóvenes en las agendas nacionales es singular importancia.

El acceso y la calidad de los servicios de salud es esencial para el bienestar de jóvenes y adolescentes. Es muy probable que los adolescentes jóvenes y marginados no se sientan cómodos de usar

los servicios de salud disponibles al identificar dentro de su personal actitudes discriminatorias o estigmatizantes. Ante estas realidades, la cuarta área estratégica del Plan de Acción apoya el desarrollo y el **fortalecimiento de la capacidad de los recursos humanos**, con el objeto de mejorar la calidad de la promoción de la salud, la prevención y la atención sanitaria de adolescentes y jóvenes.

En general, los grupos de adolescentes y jóvenes pobres y marginados tienen vínculos frágiles con su familia, su escuela y su comunidad. Por esas razones, la quinta área estratégica del Plan de Acción apoya **las intervenciones basadas en la familia, las comunidades y la escuela**. Es probable que los resultados de ciertas iniciativas dirigidas a estos grupos por medio de las familias o las escuelas arrojen resultados poco alentadores, sin embargo, las instituciones comunitarias tienen la obligación de tender una mano solidaria a los grupos de adolescentes marginados.

El diálogo activo y las alianzas entre socios estratégicos son elementos importantes para llegar a estos grupos e impulsar programas a su favor. Estos beneficios pueden lograrse mediante **alianzas estratégicas y la colaboración con otros sectores** (sexta área estratégica del Plan de Acción) para no duplicar esfuerzos y velar por la aplicación de un enfoque uniforme y unificado para llegar a los adolescentes marginados.

La información sobre como los grupos en situación de vulnerabilidad hacen uso de las nuevas tecnologías y medios de comunicación es limitada. Sin embargo, se sabe que las y los adolescentes se encuentran entre los primeros grupos en aprovecharlas. La **comunicación social y la participación de los medios de comunicación** es la séptima área estratégica del Plan de Acción y representa un instrumento importante para llegar a los grupos de jóvenes en vista de las posibilidades que se ofrecen para intercambiar información de manera confidencial.

La primera parte de este documento está dirigida a los encargados de la formulación de políticas y toma de decisiones, incluidos los ministerios de salud. Esta parte incluye un análisis bibliográfico sobre el trabajo realizado en materia de políticas por diversas organizaciones internacionales, la OPS, UNICEF y el Banco Mundial, entre otros. En la segunda parte se recomiendan cuatro tareas prioritarias para llegar a los jóvenes y adolescentes marginados. Al mismo tiempo y tomando como base la revisión bibliográfica se indican otras fuentes de información y herramientas de utilidad para las instancias normativas. En ese contexto, las siete áreas estratégicas constituyen el marco para poner en marcha estas iniciativas.





PRIMERA PARTE

Revisión Bibliográfica

Vulnerabilidad

Factores subyacentes de la vulnerabilidad

Adolescentes en situaciones de vulnerabilidad

Grupos específicos en situaciones de vulnerabilidad

Comentarios finales de la revisión bibliográfica



Vulnerabilidad

Según la OPS, las poblaciones vulnerables se definen como:

Grupos que debido a factores biológicos, ambientales o socioculturales, tienen control limitado o ningún control a la exposición a situaciones peligrosas o riesgosas. Estas personas pueden no estar expuestas al riesgo frecuentemente, pero si son expuestas, tienen menor poder para evitar o para reducir sus efectos adversos (2).

La vulnerabilidad afecta la capacidad de las y los jóvenes para efectuar una transición exitosa a la edad adulta en lo que se refiere a los roles que desempeñarán como madres o padres, miembros de la sociedad y como ciudadanos responsables. Por consiguiente, es preciso proteger y desarrollar sus capacidades de evolución.

Las decisiones y conductas en materia de salud sexual y reproductiva en la adolescencia tienen consecuencias perdurables para las oportunidades de vida de una persona joven y para su vulnerabilidad. En razón de su edad, los adolescentes tienen poca capacidad de control sobre su exposición a situaciones de riesgo al encontrarse en un periodo definido por cambios físicos, emocionales y sociales. Se trata de un periodo de exploración y desarrollo tanto de la identidad personal como de la identidad de género. Existen situaciones que pueden afectar en forma desfavorable esta transición, por ejemplo; la falta de vínculos familiares o escolares sólidos, la inseguridad económica conducente, en algunos casos, a decisiones que debilitan los vínculos con comunidades establecidas; la adopción de conductas de riesgo y la toma de decisiones inadecuadas en materia de salud sexual y reproductiva. A menudo no se presta la debida atención a las y los adolescentes en vista del hecho que ya no son niños o niñas pero tampoco adultos jóvenes.

Por esas razones los intentos por satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes de menos de 18 años pueden verse obstaculizados por su condición de niños/niñas. Esa misma condición limita sus posibilidades de opinión sobre asuntos que les afectan directamente.



Factores subyacentes de la vulnerabilidad

Pobreza

La pobreza tiene un carácter multidimensional, dinámico e incluye aspectos subjetivos como “falta de poder” y “falta de voz”. También incluye la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas; alimentación, albergue, vestimenta, saneamiento, salud y educación. Si bien se ha definido que las personas que viven en situación de pobreza son aquellas que cuentan con menos de dos dólares y aquellas en situación de extrema pobreza las que cuentan con menos de un dólar diario, la pobreza incluye dimensiones más allá de los ingresos. Entre los factores subyacentes a la vulnerabilidad es necesario considerar el ingreso en el contexto de la familia y el apoyo social, la inclusión en las instituciones sociales, políticas o económicas y el acceso a otros recursos u oportunidades. Al mismo tiempo, la edad, el género y la pertenencia étnica son dimensiones relevantes cuya interacción con la pobreza es necesario considerar.



Definiciones

El Índice del Desarrollo Humano (IDH) mide el desarrollo social y económico, tomando como base la esperanza de vida, el nivel educativo alcanzado y el ingreso (3).

El Índice de Gini mide el grado en que la distribución del ingreso (o en algunos casos el gasto por concepto de consumo) entre las personas o los hogares de una economía determinada se desvía de una distribución perfectamente igualitaria. El coeficiente varía de cero (distribución perfectamente igualitaria) a 100 (máxima desigualdad posible) (4).

El Índice de Oportunidad Humana (IOH) mide el porcentaje disponible de oportunidades necesarias para garantizar el acceso universal de los adolescentes a los servicios básicos y la igualdad en su asignación. El índice varía de cero (absoluta deprivación) a 100 (universalidad) (5).

Inequidad en los ingresos indica la distribución desigual de los ingresos familiares o individuales entre los diferentes actores de una economía (6).

La pobreza en un país se puede medir de diferentes maneras por medio de indicadores, tales como, el desarrollo social y económico, las desigualdades e inequidades y las oportunidades.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) mide el desarrollo social y económico de un país, tomando como base el ingreso, el nivel educativo logrado y la esperanza de vida. En la tabla 1-1 se señalan los países miembros de la OPS, clasificados en función de su IDH indicando su valor y el porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza. En la misma tabla se puede observar que, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), los países de América Latina y el Caribe, a excepción de Haití, han logrado un desarrollo humano medio o elevado. Sin embargo, las personas que viven en condiciones de pobreza a lo largo de toda la Región constituyen subpoblaciones grandes. Lo anterior indica que, aun considerando las definiciones de pobreza empleadas por los países, aproximadamente la mitad de la población en muchos de ellos vive en condiciones de pobreza.

Otra manera de medir el nivel de pobreza consiste en examinar las desigualdades y las inequidades. Muchas veces los indicadores de salud no tienen en cuenta las grandes disparidades entre los grupos de mayores y menores ingresos. El Índice de Gini representa una de las mejores maneras de medir las desigualdades de ingresos. Los valores de este coeficiente varían entre cero (distribución totalmente igualitaria) y 100 (máxima desigualdad posible). En la tabla 1-2 se indica el Índice de Gini junto a la participación en el ingreso o el consumo de los deciles más alto y más bajo de la población. Este valor muestra la disparidad relativa entre ricos y pobres. Las desigualdades de ingreso y consumo guardan relación con la capacidad de un hogar o persona de acceder a servicios e información. Es necesario subrayar que si bien el Índice de Gini es un indicador de las desigualdades es posible que en sus resultados no se observen las desigualdades para el 10% más pobre de la población. Al usarlo como medición se corre el riesgo de excluir en sus resultados a muchos de los grupos de jóvenes y adolescentes estudiados en este documento.

La pobreza también tiene relación directa con la falta de oportunidades. El Banco Mundial, junto con el Instituto de Investigación Económica Aplicada de Brasil y la Universidad Nacional de la Plata de la Argentina, establecieron un Índice de Oportunidad Humana (IOH) como una manera de medir en qué medida las circunstancias personales durante la niñez (raza, sexo, lugar de nacimiento, nivel educativo de los padres y ocupación del padre) afectan las desigualdades de ingresos en los adultos. En la tabla 1-3 se muestran 19 países de América Latina y el Caribe ordenados según la clasificación en función de su IDH, junto con su IOH y los valores del

Tabla 1-1. Países miembros de OPS y la posición que ocupan en el mundo según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 2010, e indicadores de pobreza según los ingresos (2000-2008)

Clasificación según el IDH	País	Valor del IDH en 2010	Porcentaje de la población que vive con menos de \$1,25 por día (2000-2008)	Porcentaje de la población que vive por debajo del umbral de pobreza del país (2000-2008)
Desarrollo humano muy elevado				
4	Estados Unidos	0,902	--	--
8	Canadá	0,888	--	--
42	Barbados	0,788	--	--
Desarrollo humano elevado				
43	Bahamas	0,784	--	--
45	Chile	0,783	<2	--
46	Argentina	0,775	3,4	--
52	Uruguay	0,765	<2	--
54	Panamá	0,755	9,5	36,8
56	México	0,750	4,0	47,0
59	Trinidad y Tabago	0,736	--	--
62	Costa Rica	0,725	<2	23,9
63	Perú	0,723	7,7	51,6
73	Brasil	0,699	5,2	21,5
75	Venezuela	0,696	3,5	--
77	Ecuador	0,695	4,7	38,6
78	Belice	0,694	na	--
79	Colombia	0,689	16,0	45,1
80	Jamaica	0,688	<2	18,7
Desarrollo humano medio				
88	República Dominicana	0,663	4,4	48,5
90	El Salvador	0,659	6,4	30,7
94	Suriname	0,646	--	--
95	Bolivia	0,643	11,7	37,7
96	Paraguay	0,640	6,5	--
104	Guyana	0,611	--	--
106	Honduras	0,604	18,2	50,7
115	Nicaragua	0,565	15,8	45,8
116	Guatemala	0,560	11,7	51,0
Desarrollo humano bajo				
145	Haití	0,404		

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Nueva York; PNUD; 2010. Puede consultarse en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Complete_reprint.pdf Consultado el 10 de junio del 2010.

Tabla 1-2. Desigualdades de Ingresos (2000–2010)

Clasificación según el IDH (2006)	País	Índice de Gini (porcentaje) 2000–2010	Relación entre el ingreso y el gasto 1992–2007	
			10% más pobre de la población	10% más rico de la población
Desarrollo humano muy elevado				
4	Estados Unidos	40,8	1,9	29,9
8	Canadá	32,6	2,6	24,8
42	Barbados	--	--	--
Desarrollo humano elevado				
43	Bahamas	--	--	--
45	Chile	52,0	1,6	41,7
46	Argentina	48,8	1,2	37,3
52	Uruguay	47,1	1,7	34,8
54	Panamá	54,9	0,8	41,4
56	México	51,6	1,8	37,9
59	Trinidad y Tabago	40,3	2,1	29,9
62	Costa Rica	48,9	1,5	35,5
63	Perú	50,5	1,5	37,9
73	Brasil	55,0	1,1	43,0
75	Venezuela	43,4	1,7	32,7
77	Ecuador	54,4	1,2	43,3
78	Belice	59,6	--	31,4
79	Colombia	58,5	0,8	45,9
80	Jamaica	45,5	2,1	35,6
Desarrollo humano medio				
88	República Dominicana	48,4	1,5	38,7
90	El Salvador	46,9	1,0	37,0
94	Suriname	52,8	1,0	40,0
95	Bolivia	57,2	0,5	44,1
96	Paraguay	53,2	1,1	42,3
104	Guyana	43,2	1,3	34,0
106	Honduras	55,3	0,7	42,2
115	Nicaragua	52,3	1,4	41,8
116	Guatemala	53,7	1,3	42,4
Desarrollo humano bajo				
145	Haití	59,5	0,9	47,8

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Nueva York, PNUD; 2010. Puede consultarse en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Complete_reprint.pdf. Consultado el 10 de junio del 2010.

Tabla 1-3. Índices de Oportunidad Humana (2002-2009) y otros indicadores de pobreza económica (2000-2008)

Clasificación según el IDH	IOH	País	Índice de Gini	Porcentaje de la población que vive con menos de \$1,25 diarios (2000-2008)
45	92	Chile	52,0	<2
46	88	Argentina	48,8	3,4
75	87	Venezuela	43,4	3,5
62	88	Costa Rica	48,9	<2
52	90	Uruguay	47,1	<2
56	86	México	51,6	4,0
77	76	Ecuador	54,4	4,7
79	79	Colombia	58,5	16,0
80	81	Jamaica	45,5	5,8
73	76	Brasil	55,0	12,7
88	73	República Dominicana	48,4	15,1
-	73	Promedio del IOH de América Latina y el Caribe	--	--
54	69	Panamá	54,9	17,8
96	71	Paraguay	1,1	14,2
63	69	Perú	50,5	18,5
95	69	Bolivia	0,5	30,3
90	53	El Salvador	46,9	20,5
106	48	Honduras	0,7	29,7
116	51	Guatemala	1,3	24,3
115	46	Nicaragua	1,4	31,8

Fuente: Banco Mundial. Informe sobre la Oportunidad Humana en América Latina y el Caribe 2010. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2010.

coeficiente de Gini. En su conjunto, estas tres variantes muestran el carácter complejo de las desigualdades y la pobreza de un país. Por ejemplo, si bien Argentina, Chile y Venezuela tienen un alto puntaje en cuanto a las oportunidades, esos mismos países comparten disparidades muy significativas en cuanto a los ingresos.

La salud sexual y reproductiva tiene relación con la pobreza. Varios estudios han demostrado que en general, si la situación económica de los hogares es mala, los indicadores de salud sexual y reproductiva son deficientes. En las encuestas demográficas y de salud (ENDESA) (7) que examinaron el ingreso familiar en relación con algunos indicadores de salud reproductiva, se pudo apreciar que (tabla 1-4):

- Un mayor porcentaje de mujeres jóvenes, de 15 a 24 años, pertenecientes al quintil más bajo de ingresos, tienen más probabilidades de quedar embarazadas al menos una vez en la vida que las de los quintiles de riqueza más altos.

Tabla 1-4. Indicadores de salud reproductiva en relación con el ingreso familiar (2001-2005)

	Quintiles de ingreso familiar				
	Más bajo	Segundo	Medio	Cuarto	Más alto
Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad que han tenido hijos o están embarazadas, desglosado por índice de ingreso familiar					
Bolivia 2008	31	23	18	16	8
Colombia 2010	29	28	19	14	7
República Dominicana 2007	37	30	20	14	8
Guyana 2009	38	21	20	9	4
Haití 2005-2006	22	16	18	13	7
Honduras 2005-2006	31	24	27	20	10
Nicaragua 2001	38	31	25	20	15
Perú 2004-2005	30	18	14	9	4
Porcentaje de mujeres jóvenes casadas que usan un método moderno de anticoncepción, desglosado según el ingreso familiar					
Bolivia 2003	25	29	33	40	51
Colombia 2005	45	58	61	64	69
República Dominicana 2002	40	46	47	47	49
Guyana 2004	42	32	(32)*	(25)*	(46)*
Honduras 2005	34	43	49	57	59
Nicaragua 2001	53	59	62	66	65
Perú 2004-2005	33	44	42	69	51
Porcentaje de mujeres jóvenes casadas con necesidades no satisfechas de servicios de planificación familiar, desglosado por situación de ingreso familiar					
Bolivia 2003	40	31	31	29	19
Colombia 2005	18	13	9	9	4
República Dominicana 2002	27	22	20	20	26
Guyana 2004	--	--	--	--	--
Honduras 2005	30	24	24	20	19
Nicaragua 2001	22	19	17	17	14
Perú 2004-2005	18	17	8	3	15

Fuente: Khan S, Mishra V. Youth Reproductive and Sexual Health. DHS Comparative Reports No. 19. Calverton (Maryland): Macro internacional Inc.; 2008.

* Las cifras que figuran entre paréntesis se obtuvieron a partir de 25 a 49 casos sin ponderar.

- Las mujeres jóvenes, de 15 a 24 años, pertenecientes al quintil más bajo de ingresos, tienen mayores necesidades no satisfechas de anticoncepción que sus pares que se encuentran en mejor situación y en el quintil de mayor ingreso familiar.
- Las mujeres jóvenes casadas pertenecientes a los quintiles de ingreso familiar más elevados, tienen más posibilidades de usar un método anticonceptivo moderno, que las mujeres de los quintiles de ingresos más bajos.

Género

La adolescencia es un periodo en el que las y los jóvenes comienzan a explorar el significado de ser hombre o mujer y establecer su identidad y roles de género. En el informe presentado al Consejo de Derechos Humanos de Asamblea General de las Naciones Unidas, el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud presentó las siguientes definiciones (8):



Definiciones

Género describe aquellas características de los hombres y las mujeres que se construyen socialmente, mientras que **sexo** se refiere a aquellas que se determinan biológicamente.

Identidad de género se define como el sentimiento y vivencia íntima de cada persona respecto al género, que puede o no corresponder con el sexo asignado al nacer, y que incluye su vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género.

Equidad de género en salud significa que mujeres y hombres tienen las mismas oportunidades para comprender sus derechos plenos y su potencial para gozar de buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

Inequidad de género en salud se refiere a las desigualdades entre hombres y mujeres en cuanto al estado de salud, atención en salud y participación en el trabajo sanitario, que son injustas, innecesarias y evitables. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.

Análisis de género en salud examina la interacción de factores biológicos y socioculturales para resaltar cómo estos pueden afectar de forma positiva o negativa los comportamientos con respecto a la salud, los riesgos y los resultados, el acceso y el control sobre los recursos en salud y la contribución a la atención.

Las personas nacen con sexo femenino o masculino pero aprenden a ser niñas y niños que se convierten en mujeres y hombres. Este comportamiento aprendido constituye la identidad de género y determina los roles de los géneros.

Para hombres y adolescentes las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad muchas veces están asociadas con conductas que aumentan el riesgo de contraer la infección por el VIH. Las actitudes de los

hombres en relación con la sexualidad y las conductas de riesgo aumentan su vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual, la paternidad temprana, los accidentes y los homicidios. Así mismo, existen otros factores que crean vulnerabilidades entre ciertos grupos de adolescentes varones, por ejemplo: el consumo de alcohol, drogas, el uso inconsistente de condones, el silencio sobre actividades sexuales con el mismo sexo, las actitudes de violencia hacia otras personas y el ficticio prestigio *asignado* al hecho de tener múltiples parejas.

En muchos casos, la coerción sexual y la violencia se encuentran arraigadas en las nociones masculinas de control y dominación, aspectos sobre los cuales los hombres y los adolescentes creen poseer derechos. A modo de ejemplo, en algunas culturas la violencia de adolescentes varones es socialmente aceptada y también tolerada bajo el supuesto de que el hombre bajo excitación sexual no está en capacidad de controlar su conducta y que, de su lado, las mujeres *tendrían* la responsabilidad de no actuar provocativamente ante ellos.

Al establecer un rol pasivo y desigual en las mujeres adultas y adolescentes en la toma de las decisiones sobre la sexualidad las normas de género limitan su acceso a la información socavando su autonomía y exponiéndolas a una mayor coerción sexual. Las mujeres adolescentes enfrentan mayor riesgo de sufrir abusos sexuales, maternidad temprana y también abortos inseguros. Al mismo tiempo y como consecuencia de esas normas, ellas se encuentran menos empoderadas para consensuar una actividad sexual sin riesgos. Estudios realizados en la República Dominicana y Guyana indican que pocas mujeres jóvenes admiten haber usado condón durante la última relación sexual con una pareja no conyugal o no conviviente en los 12 meses anteriores (7). Si su entorno económico es inseguro esta realidad se complica aún más obligándolas, en muchos casos, a sostener relaciones transaccionales o a migrar. Mas aún, si a esta realidad se agrega un bajo nivel de escolaridad, entonces las adolescentes tienen mucho menos recursos para ejercer y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos a la información, los servicios y la auto-protección. Para algunas adolescentes la maternidad en ese contexto puede resultar una opción tentadora al conferirles ésta el estatus social de adulto.

Las diferencias de género se observan también en la conducta sexual de adolescentes y jóvenes. Existen pocas diferencias-en cuanto a haber tenido relaciones sexuales- entre las adolescentes de la ciudad y el campo. También son pocas las diferencias encontradas entre las adolescentes que han completado la escuela primaria o secundaria. En los varones, sin embargo, estas diferencias se observan aún más. Diversos estudios han encontrado que los adolescentes varones de los quintiles más altos de ingreso familiar tienen

mayores probabilidades de haber tenido relaciones sexuales alguna vez en comparación a sus pares de los quintiles de ingreso familiar más bajos.

En América Latina y el Caribe las mujeres han sido uno de los grupos mayormente afectados por la epidemia del VIH/sida. En Jamaica, por ejemplo, en el grupo de edad de 10 a 19 años por cada hombre portador de VIH hay 2,84 mujeres portadoras. En consecuencia, las adolescentes jóvenes tienen tres veces más probabilidades de contraer la infección que los varones de la misma edad (9).

La identidad de género surge de la experiencia individual e interna de cada persona. Las personas transgénero son aquellas cuya percepción de sí mismas-como hombres o como mujeres-difiere de la que generalmente ha sido asociada con su sexo al nacer. Las y los adolescentes transgénero pueden ser personas bisexuales, homosexuales o heterosexuales. La adolescencia es un periodo en el cual las personas comienzan a tomar conciencia de su atracción sexual. Entonces, para poder alcanzar a las poblaciones vulnerables-conforme a las definiciones consignadas a continuación (8) - se hace necesario entender los factores asociados con la atracción y la orientación sexual de las y los jóvenes.



Definiciones

Sexo: se refiere a las características de mujeres y hombres que son determinadas biológicamente.

Orientación sexual: se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional y sexual hacia personas de otro género, del mismo género o de más de un género, y mantener relaciones íntimas y sexuales con ellas.

En diciembre del 2008, 66 países firmaron una declaración presentada ante la Asamblea General de las Naciones Unidas. En esta declaración se señala que la protección internacional de los derechos humanos incluye la orientación sexual y la identidad de género, y condena los abusos contra los derechos de las personas LGBT (del inglés *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender people*). Catorce países miembros de la OPS son signatarios de esa declaración (10). En junio del 2009, durante la 39a sesión de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), se adoptó la resolución sobre la orientación sexual, los derechos humanos y la identidad de género en la cual se afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales, sin distinción de ningún tipo.

Diversidad étnica

Las poblaciones indígenas y afrodescendientes constituyen casi la cuarta parte de la población total de América Latina y el Caribe. En Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú los pueblos indígenas componen más del 40% de la población (17). Se calcula que en la Región unos 45 a 50 millones de personas pertenecen a más de 400 grupos étnicos y constituyen el 40% de la población rural. En Brasil, Colombia, Haití, República Dominicana, Venezuela y el Caribe de habla inglesa, las personas afrodescendientes conforman más del 45% de la población. Juntos suman 150 a 200 millones de habitantes de la Región (12). Los esfuerzos por satisfacer las necesidades de las poblaciones indígenas y afrodescendientes en materia de salud se ven limitados debido en gran parte a la escasa información sobre sus condiciones de vida y estado de salud.

En el informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos incluye las siguientes definiciones:



Definiciones

Etnicidad: se refiere a un proceso de construcción de identidad colectiva. No solo describe un conjunto de relaciones intergrupales dentro de un orden social, sino que también una forma de conciencia que cambia con el tiempo (13).

Grupos étnicos: son grupos de personas que comparten rasgos culturales comunes que los distinguen de otras personas. Al compartir un idioma, un conjunto de valores, creencias, hábitos alimentarios, un lugar de origen, una ubicación geográfica, una religión, una tradición y un sentido histórico, se ven a sí mismos y son percibidos como un grupo étnico (13).

Poblaciones indígenas: las personas que se consideran indígenas adhieren a las condiciones sociales, culturales y económicas que los distinguen; se rigen total o parcialmente por sus propias costumbres, tradiciones, o por una legislación especial. Son descendientes de pueblos que habitaban las tierras donde viven antes de la conquista, la colonización o el establecimiento de los límites nacionales (14).

Raza: es un concepto sociológico basado en las diferencias sociales, culturales y políticas entre las personas. No hay ninguna base genética o biológica para clasificar a las personas, pero aunque la raza pueda ser una ficción biológica es un determinante importante del estado de salud y la calidad de la atención sanitaria (15).

Tabla 1-5. Estimación de la población indígena total en las Américas y como porcentaje del total de la población en los países seleccionados (2002-2004)

Porcentajes	Población indígena total		
	<100.000	100.000 to 500.000	> 500.000
Más de 40			Bolivia Ecuador Guatemala Perú
5 a 40	Belice Guyana Suriname	El Salvador Nicaragua Panamá	Chile México Honduras
Menos de 5	Costa Rica Dominica Guyana Jamaica	Argentina Brasil Paraguay Venezuela	Canadá Colombia Estados Unidos de América

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo. Informes sobre la evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. Washington, D.C.: 2002. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2006 (CD47/13).

La falta de información sobre el estado de salud y las condiciones de vida de los grupos étnicos minoritarios se debe en gran parte a su exclusión e invisibilidad en los estudios y encuestas nacionales. No siendo parte de los planes, políticas o estrategias nacionales estos grupos son a menudo descuidados por los sistemas y servicios de salud. Más aún, existen otros obstáculos que les impiden acceder a la salud, por ejemplo, las grandes distancias a recorrer, los horarios de atención inadecuados pero, especialmente, la falta de sensibilidad cultural en servicios y proveedores. Es muy común que las poblaciones indígenas estén conformadas por varias comunidades étnicas habitando zonas remotas, sin lazos o idiomas en común. En vista de esas realidades es imperante que los países entiendan y reconozcan las diferentes naturalezas de dichas poblaciones.

Existe una serie de situaciones (el origen étnico, un bajo nivel socio-económico, el nivel educativo y vivir en la zona rural) asociadas a una menor cobertura de servicios prenatales y obstétricos, un uso más limitado de métodos anticonceptivos así como a menores intervalos entre el primer y el segundo nacimiento. A modo de ejemplo, la proporción de mujeres guatemaltecas casadas que usan métodos anticonceptivos es mayor en el grupo de las mujeres de origen no-indígena. Más aún, la tasa de mortalidad materna de las mujeres guatemaltecas indígenas es tres veces mayor que la de las mujeres no-indígenas (16).

Las y los jóvenes indígenas a menudo hacen frente a la discriminación social e institucional que impide o limita su acceso a los servicios de salud en vista de (17):

- a) Una condición política y legal marginal;
- b) Menores niveles de alfabetización y logros educativos;
- c) Barreras para acceder a las oportunidades económicas y de empleo;
- d) Acceso limitado y barreras a los servicios de salud y otros servicios; y
- e) Conocimientos limitados sobre sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.



Adolescentes en situaciones de vulnerabilidad

Si bien, las y los adolescentes enfrentan dificultades en acceder a la información y atención sanitaria, éstas dificultades son aún mayores para las y los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad al no ser sus necesidades satisfechas por los servicios existentes. Es verdad que estos grupos han recibido mayor atención durante los últimos años, sin embargo, al momento de definir sobre son las poblaciones más vulnerables las instituciones internacionales participantes arrojan ciertas discrepancias. Sin embargo, esas discrepancias reflejan la labor interna de cada institución y al final, como se demuestra a continuación, ellas presentan una imagen uniforme.

Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana de las Naciones Unidas (HRP)

El HRP fue establecido por la Organización Mundial de la Salud en 1972 y entre 1998 y 2003 apoyó más de cuarenta estudios sobre salud sexual y reproductiva del adolescente en países en desarrollo. En un análisis de estos estudios, la OMS subrayó que las y los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad son aquellos/as que viven en condiciones de pobreza, en un entorno de conflictos sociales, no asisten a la escuela, son refugiados/as y migrantes (18):

“Aunque la mayoría de los adolescentes tienen una percepción de riesgo personal bajo de las relaciones sexuales inseguras, el contexto social es un marcador importante del grado de riesgo que corren. En diferentes entornos sociales, los estudios analizados demostraron que los adolescentes con vínculos familiares fuertes y logros educacionales tienen una mayor probabilidad de contar con habilidades para la vida y para manejar los desafíos que implica negociar una actividad sexual segura”.

El mismo análisis demostró que las y los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad tienen menos probabilidades de poseer conocimientos básicos de anticoncepción y reproducción; más probabilidades de experimentar o adoptar conductas sexuales de riesgo; más probabilidades de tener relaciones sexuales transaccionales; menor capacidad de protegerse contra la coerción sexual — incluida la capacidad de consensuar la adopción de medidas anticonceptivas y de protección contra las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH.

En cuanto al uso del condón, el análisis señala que “... quizás se usen condones en los primeros encuentros sexuales, pero cuando la seriedad de la relación aumenta dejan de usarse gradualmente. Un vínculo emocional más fuerte genera la percepción de que se reducen los riesgos de infección o de embarazo no deseado.”

Organización Mundial de la Salud

En una revisión bibliográfica de más de 11.000 documentos realizada en el año 2004 por la OMS, se documentó sobre los factores de riesgo y de protección relacionados con las conductas en cuanto a salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes (19). Esta revisión incluyó la edad en que se produce la iniciación sexual, la frecuencia de los embarazos, la infección por el VIH, el uso de métodos de anticoncepción, el uso de condón, la maternidad temprana, las parejas sexuales múltiples, y las ITS. En su conclusión este ejercicio señala el carácter multifacético de los factores de riesgo y de protección ante conductas peligrosas.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Según UNICEF, la exclusión es un componente integral de la vulnerabilidad que impide el acceso de las niñas y los niños a los bienes, servicios esenciales y a los derechos que les protegen de la violencia, el abuso y la explotación. Esta ausencia de protección pone en riesgo su capacidad de participación plena en la sociedad futura. De otro lado, la invisibilidad es también otro factor que impide su acceso y participación. La invisibilidad se refiere a la falta o pérdida de una identidad formal, la protección inadecuada del Estado hacia aquellos niños y niñas que carecen de atención de sus padres. También se refiere a la explotación a través del tráfico y los trabajos forzados, la adopción prematura de funciones - de adultos- relacionadas con el matrimonio precoz, el trabajo peligroso y la guerra (20).

El Banco Mundial

En su *Informe sobre el desarrollo mundial 2006* (IDM) el Banco Mundial subraya que la transición de las y los jóvenes a la vida adulta es un periodo fundamental durante el cual se desarrollan las herramientas y recursos para la educación permanente, el empleo, el desarrollo de un estilo de vida saludable, la formación de una familia y el ejercicio de la ciudadanía. El informe concluye que la adolescencia es un periodo de inversión para el futuro (21).

En el libro *Juventud en riesgo en América Latina y el Caribe: entendiendo las Causas, Realizando su Potencial* (Banco Mundial) se presentan varios estudios sobre la juventud en situación de riesgo hechos para caracterizar a este grupo en América Latina y el Caribe, y proporcionar directrices a los encargados de la formulación de políticas. Con base en el enfoque del Curso de Vida se agruparon los factores de



© ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

riesgo en función de los comportamientos (de riesgo) y los resultados negativos, que van desde el nivel micro hasta el nivel macro. Se observó que si bien las conductas peligrosas están ligadas a la pobreza, también lo están a la falta de progenitores interesados y al hecho que los jóvenes se sientan desconectados del hogar. Se concluyó que las y los jóvenes con mayores riesgos provienen de familias pobres, tienen en común el analfabetismo y la inactividad. También se caracterizan por haber abandonado la escuela secundaria. De las mujeres jóvenes en situación de riesgo, 75% tiene hijos. En efecto, las conductas sexuales de riesgo son características en los grupos en situaciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, un 10% ha sufrido abuso en sus hogares. Esos mismos estudios señalan que la educación también desempeña un papel relevante en las situaciones de riesgo. En ese sentido, los adolescentes varones tienen más probabilidades de abandonar sus estudios e ingresar al mercado de trabajo de forma prematura, volverse violentos y de abusar sustancias. En cuanto a las adolescentes, ellas tienen más probabilidades de mantener relaciones sexuales tempranas y riesgosas, contraer matrimonio y abandonar la escuela antes de tiempo (22).

El Instituto de Medicina (IOM, sigla en inglés)

Growing Up Global (2005) es el Informe del Consejo Nacional de Investigación y el Instituto de Medicina de la Academia Nacional sobre la transición a la adultez en los países en desarrollo. Según este informe, la educación y la salud son elementos necesarios para una exitosa transición a las funciones de adultos (que incluyen trabajo, ciudadanía, matrimonio y paternidad o maternidad). Los grupos de jóvenes más vulnerables a adoptar conductas de riesgo son aquellos cuyos vínculos con la escuela y la familia son escasos. El informe presta atención a la salud sexual y reproductiva como componente integral de una transición saludable a la edad adulta, incluida la edad en que se inician las relaciones sexuales, el aborto, las conductas sexuales de riesgo, la violencia sexual, la coerción y los conocimientos sobre los anticonceptivos.



Grupos específicos en situaciones de vulnerabilidad

Si bien es necesario desarrollar mayor conciencia en relación a las y los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad es también imperativo contar con mayor información sobre las y los niños en situación de calle, las víctimas del tráfico y, las niñas y los niños en riesgo de infección por VIH. La ausencia de esta información dificulta la identificación de los grupos vulnerables en los países. Finalmente, la falta de información limita la identificación de factores de riesgo y protección de las conductas y resultados positivos.

No existe definición internacional acordada respecto a los grupos en situación de vulnerabilidad examinados en este documento. Algunas de las definiciones empleadas son poco precisas y a menudo son objeto de discrepancias. Un riguroso análisis de la bibliografía, en este documento, indica que se ha producido una fusión de términos. Por ejemplo, en algunos ámbitos, la definición sobre “trabajadoras/es sexuales” incluye a “trabajadoras/es migrantes”; “niños o niñas en situación de calle” se confunden con “niños o niñas que no asisten a la escuela”; “en riesgo de contraer la infección por el VIH” incluye a “personas con VIH y sida”. Al mismo tiempo, esas definiciones pueden omitir a ciertos grupos, por ejemplo; en “trabajadoras/es sexuales” se excluye a los hombres jóvenes o a las personas transgénero; o bien, entre “víctimas de abuso sexual” los y las trabajadoras sexuales o personas con discapacidad pueden bien no estar incluidas.

Tal como se ha mencionado, la adolescencia se define como el periodo entre los 10 y los 19 años. Sin embargo, en muchos estudios los menores de 18 años son aún considerados niños o niñas. A menudo, se hace referencia a niños, niñas o adultos, pero no a las o los adolescentes. A esta situación, se suma el comercio sexual o el abuso de drogas, actividades ilegales en las que algunos grupos marginales participan y que son también motivo para mantenerse ocultos. En muchos contextos los grupos en situaciones de vulnerabilidad hacen frente a conductas discriminatorias y estigmatizantes que les impiden identificarse como un grupo determinado. En diversos momentos los mismos grupos pueden sobreponerse y coexistir resultando en formas múltiples de estigmatización y discriminación. Las condiciones anteriores sumadas a su edad conllevan a que las y los jóvenes que no asisten a la escuela así como los jóvenes con discapacidad, migrantes o quienes corren riesgo de contraer la infección por el VIH, carezcan de protección ante la explotación, la violencia y las violaciones de sus derechos humanos.

Para atender a las necesidades de cada uno de estos grupos es preciso conocer el contexto local. La forma de llegar a ellos depende del panorama político de cada país. No existe un conjunto único de políticas o servicios que permitan llegar mejor a los grupos de adolescentes marginados.

La siguiente sección tiene como objetivo aclarar los temas que guardan relación con cada grupo y pretende estimular formas diversas de pensar sobre ellos de tal forma que los funcionarios y formuladores de políticas estén en mejores condiciones de ejecutar la Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018 de la OPS.

Jóvenes que no asisten a la escuela

Hasta el momento no existe una definición acordada sobre adolescentes “que no asisten a la escuela”. Para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) este término se refiere a la escuela primaria, y hasta cierto punto, al periodo de la adolescencia. Esta falta de definición se complica aún más porque ella depende del país de que se trate. En aquellos países donde la escolaridad es obligatoria, como los Estados Unidos, es posible considerar que este concepto se aplique a todos los y las jóvenes que no asisten a la escuela. En cambio, en aquellos países con políticas de escolaridad universal en donde el acceso a la escolaridad básica – generalmente entre los seis y nueve años – se considera un derecho, este mismo concepto se aplicaría a quienes no están matriculados en las escuelas.

El mejor indicador del nivel de la matrícula escolar es la tasa neta de matrícula y esta se define como la proporción de adolescentes de un grupo de edad matriculados en la escuela. Esta tasa representa el número de personas matriculadas en un nivel de educación determinado, independientemente de la edad, expresado como porcentaje de la población del grupo de edad teórico que corresponda a ese nivel de educación. Por consiguiente, esto significa que las tasas netas de matrícula pueden superar el 100% pudiendo darse que personas de más edad asistan a la escuela a un nivel previsto para estudiantes más jóvenes; por ejemplo, personas de 17 años de edad en quinto grado.

La tabla 1-6, elaborada con base en el *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2009* de la UNESCO, muestra las tasas netas de matrícula de algunos países ordenados según el valor de su IDH. Si se considera América Latina y el Caribe en su conjunto, la matrícula de las adolescentes en la escuela primaria es igual a la de los varones encontrándose una pequeña diferencia en los países del Caribe, en donde el número de adolescentes matriculadas es menor. Al mismo tiempo, se observa que en la escuela secundaria hay más mujeres adolescentes que adolescentes

Tabla 1-6. Tasas netas de matrícula en la enseñanza primaria y secundaria en determinados países de las Américas para el año 2006

Clasificación según el IDH	País	Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (en porcentaje)		Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria (en porcentaje)	
		Niñas	Varones	Niñas	Varones
4	Canadá	--	--	--	--
13	Estados Unidos	--	--	--	--
37	Barbados	96	97	89	88
49	Argentina	98	99	82	75
44	Chile	--	--	--	--
50	Uruguay	100	100	--	--
54	Costa Rica	--	--	--	--
52	Bahamas	89	87	85	83
51	Cuba	97	96	88	86
53	México	97	98	70	71
62	Saint Kitts y Nevis	78	64	61	70
47	Antigua y Barbuda	--	--	--	--
64	Trinidad y Tabago	85	85	66	64
60	Panamá	98	99	67	61
75	Brasil	95	93	83	75
73	Dominica	79	75	85	77
69	Santa Lucía	97	99	80	65
58	Venezuela	91	91	71	62
77	Colombia	88	89	68	61
90	República Dominicana	78	76	57	47
93	Belice	97	97	69	64
74	Granada	83	84	--	--
97	Suriname	98	95	79	57
78	Perú	97	96	72	72
80	Ecuador	97	96	58	57
91	San Vicente y las Granadinas	88	92	71	57
101	Paraguay	95	94	59	56
114	Guyana	--	--	--	--
100	Jamaica	90	90	80	76
106	El Salvador	94	94	55	53
124	Nicaragua	90	90	47	40
112	Honduras	97	96	--	--
113	Bolivia	95	94	72	70
122	Guatemala	92	96	37	40
149	Haití	--	--	--	--
	América Latina y el Caribe	94	94	73	68

Fuente: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO). Education for All Global Monitoring Report. París: UNESCO; 2009.

varones matriculados, lo cual indica que la proporción de mujeres adolescentes que logran hacer la transición a la escuela secundaria es mayor. Tal como ocurre con otros tipos de estadísticas nacionales basadas en la población, la calidad de los datos puede variar de manera considerable. Finalmente, cabe señalar que no es lo mismo el nivel de matrícula escolar que asistencia a la escuela o rendimiento escolar.

Existen diversas razones por las cuales las y los jóvenes se ven obligados a abandonar la escuela. Según un informe del Banco Mundial (22), el abandono escolar se debe a razones económicas, personales, pero también a la mala calidad de la educación.

Establecer la relación entre las deficiencias de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y la inasistencia a la escuela resulta difícil en vista de, por ejemplo, la incorrecta definición del término “que no asisten a la escuela”. Hasta ahora diversos estudios han subrayado que una menor asistencia escolar está asociada con resultados aún más deficientes en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Según las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA) más recientes, el porcentaje de mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años) con educación secundaria que alguna vez han estado embarazadas es menor que el porcentaje de aquellas que solo han podido tener educación primaria o bien no tienen educación. Estas encuestas indican que las mujeres casadas y con educación secundaria emplean un método moderno de anticoncepción, en comparación con otras mujeres casadas que no tienen ningún tipo de educación o bien sólo tienen educación primaria (23). En una línea similar, otros estudios revelan que las mujeres que denuncian la violencia física o sexual son aquellas que tienen menos años de escolaridad (24).

Algunos estudios del Banco Mundial (22), establecen una correlación de la deserción escolar con los delitos y la violencia, las conductas sexuales de riesgo, el abuso de sustancias y el desempleo. Al no asistir a la escuela, las y los jóvenes no se pueden beneficiar de los programas nacionales de educación sexual existentes

Niños y niñas en situación de calle

El artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño se define por niño “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. De su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos define como “niños en situación de calle” a aquellos niños de menos de dieciocho años de edad que viven en la calle en situaciones de riesgo (25). Algunas veces, los términos “niños en situación de calle” y “jóvenes que viven o trabajan en la calle” son usados indistintamente. En su labor,

el Equipo de trabajo interinstitucional sobre VIH y jóvenes, considera a los grupos de jóvenes que viven o trabajan en la calle como uno de los grupos de mayor riesgo. Estos jóvenes están en riesgo de ser víctimas de abusos sexuales y violencia a manos de sus pares, sus padres o la policía misma en todo momento. Muchos de estos jóvenes carecen de acceso a los servicios apropiados, hacen uso indebido de drogas o intercambian relaciones sexuales como forma de satisfacer sus necesidades básicas de sobrevivencia (26).

UNICEF considera el término “niños en situación de calle” una estigmatización pues hace ver a los niños y niñas como fuente de amenaza y delito (20). Los niños y niñas se convierten en “niños y niñas en situación de calle” al verse obligados a huir del hogar, a menudo como reacción a los abusos o la violencia. En su mayoría huyen más los varones ya que a menudo las niñas soportan por más tiempo las situaciones de maltrato. Sin embargo, en aquellos casos cuando las niñas huyen, su regreso al hogar es menos probable. UNICEF ha desarrollado categorías para agrupar a los niños y niñas en situación de calle: a) *los y las niñas que viven en la calle* (durmiendo en lugares públicos sin sus familias); b) *los y las niñas que trabajan en la calle* (trabajando en las calles durante el día pero que vuelven al hogar para dormir); y c) *los niños y las niñas de familias de la calle* (viviendo con su familia en las calles). En adición, UNICEF ha demostrado que sus condiciones de vida no solamente varían sino que también se ocultan. La mayoría de estos niños y niñas no son huérfanos ya que permanecen en contacto con sus familias contribuyendo al ingreso familiar de forma considerable.

Los intentos de UNICEF por cuantificar los niños y niñas en situación de calle se han vuelto una tarea difícil en vista de la poca fiabilidad y validez de los datos recopilados (27). En su respuesta, UNICEF señala que si bien los niños y niñas en situación de calle al vivir y trabajar en los espacios públicos son físicamente más visibles, son al mismo tiempo los más invisibles. Lo anterior se explica por las dificultades de protegerlos y alcanzarlos en el marco de los programas de salud y educación (20).

El Consorcio para niños de la calle (CSC) es una red mundial que promueve los derechos, el desarrollo y la protección de las niñas y los niños en situación de calle. La violencia representa una compañía diaria en la vida de estos niños formándoles así sus experiencias cotidianas en los espacios públicos e influenciando sus vidas. El CSC hace uso de un marco ecológico para analizar los factores a nivel individual, familiar, comunitario, social y político que les afectan.

En el año 2000, la OMS elaboró el *Street Children Training Package* (Kit para capacitación sobre los niños y las niñas en situación de calle).

Se trata de un kit de diez módulos orientado a determinar la vulnerabilidad relacionada con las conductas, las situaciones de riesgo asociadas con el abuso de sustancias, y las conductas sexuales en los niños y niñas en situación de calle. Se trata de una herramienta importante para aprender sobre estos grupos en entornos locales. En el módulo de capacitación, se describe a los niños y niñas en situación de calle como:

“...víctimas del crecimiento económico, la guerra, la pobreza, la pérdida de los valores tradicionales, la violencia en el hogar y los abusos físicos y psicológicos. Todos estos niños tienen un motivo para estar en la calle. Si bien para algunos de ellos la atracción es la perspectiva de libertad y de vivir situaciones emocionantes, la mayoría se ve impulsada por la desesperación y porque se dan cuenta de que no tienen donde ir. En muchos países, la denominación que se da a los niños de la calle depende de sus principales actividades de supervivencia, como “vendedores”, “pandillas callejeras” y “prostitutas juveniles”. Lo que es evidente es que los niños de la calle son indigentes y sus imperativos y problemas son el resultado de su deseo de satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia. Estos niños deben luchar para obtener las cosas básicas que necesitan, como alimentos, albergue, salud y vestimenta. Para llevar a cabo intervenciones dirigidas a satisfacer sus necesidades, es preciso comprender quiénes son, qué necesitan, qué hacen y cómo pueden identificarse” (28).

En adición, los estudios han comprobado que un porcentaje elevado de niños y niñas en situación de calle abusa de sustancias psicotrópicas que varían según el sexo, la edad y la región geográfica. Según el Modelo de estrés social modificado (MESM), la vulnerabilidad de dichos grupos al abuso de estas sustancias aumenta cuando el niño o la niña (29):

- Sufre un nivel de estrés elevado;
- Experimenta efectos positivos o deseados como resultado de ese uso;
- Tiene pocos vínculos positivos;
- Tiene pocas aptitudes y estrategias para hacer frente a las situaciones que vive;
- Tiene pocos recursos internos o externos a su alcance; y
- Vive en una comunidad en la que el uso de sustancias es normal.

El abuso de esas sustancias trae consecuencias negativas para los niños y las niñas así como para la comunidad en general. Según la OMS, el abuso de sustancias viene a menudo acompañado de actividad sexual, incluidas la violencia sexual, las relaciones sin protección, el trabajo sexual, las relaciones sexuales para supervivencia o bien las relaciones sexuales con el mismo sexo. Los niños y las niñas en situación de calle



otorgan distintos significados a las experiencias sexuales: relaciones sexuales como generador de bienestar y confort; el sexo como instrumento de poder; las relaciones sexuales de iniciación; y el sexo como castigo. Entre las conclusiones del Kit para capacitación se señala que los niños y las niñas en situación de calle (30):

- Muchas veces carecen de información sobre salud sexual y reproductiva, incluida la infección por el VIH/sida, aunque la sexualidad es parte de su desarrollo normal.
- Tienen menos posibilidades de buscar ayuda oportuna en profesionales médicos, y tienen mayores probabilidades de recurrir a auto tratamientos peligrosos, con consecuencias negativas para su salud sexual y reproductiva. Y se señala también que;
- Existen mitos y temores en torno a la infección por el VIH/sida. De ahí la necesidad de que los educadores comunitarios colaboren entre sí para ayudar a sus comunidades en la identificación de esos mitos con información correcta.
- La situación de vulnerabilidad de las y los adolescentes a las conductas sexuales de riesgo está asociada con el abuso de sustancias.

Jóvenes con discapacidad

Se calcula que el diez por ciento de la población mundial vive con alguna discapacidad, sin embargo, la definición de discapacidad es de muy reciente formulación. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo (31), aprobada en el año 2008 por 17 países de América Latina y el Caribe, señala que:



Definiciones

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo, que en interacción con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones.

En la actualidad cada día se tiene mayor conciencia sobre las necesidades desatendidas de las personas con discapacidad. En 2007, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) afirmó que la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad es un tema importante y emergente (32). En abril del 2009, el ONUSIDA publicó el documento *Disability and HIV Policy Brief* por medio del cual se incrementó el interés global en estos importantes temas (33). Ese mismo año, el informe *La realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para las personas con discapacidad*, hizo ver que sus necesidades no son mencionadas en los ODM y que tampoco existe referencia en los mismos a políticas, programas, directrices o conferencias sobre el tema (31).

Según la UNICEF, el 30% de jóvenes en situación de calle tienen alguna discapacidad y el 90% de los y las adolescentes con discapacidad de países en desarrollo no asisten a la escuela (34). El Banco Mundial calcula que un 20% de las personas más pobres tienen algún tipo de discapacidad. Como resultado de la estigmatización, falta de políticas, programas e infraestructuras adecuadas, las personas con discapacidad son excluidas de la vida social, política y economía. A lo anterior se debe agregar que ellas enfrentan más posibilidades de ser víctimas de violaciones o violencia, pero menos probabilidades de recibir protección policial, medidas preventivas o bien protección jurídica en caso de ser necesario. Las mujeres, los grupos de niños y adolescentes con discapacidad son especialmente vulnerables en estas condiciones.

En particular, las personas jóvenes con discapacidad pueden ser vulnerables a los abusos sexuales como resultado de (35) (36):

- Las discapacidades físicas, las cuales hacen que les sea más difícil protegerse, pedir ayuda o denunciar los abusos;
- La limitada capacidad para elegir por sí mismos/as;
- La poca atención personal que reciben, situación que puede dificultarles el establecimiento de límites que respeten su integridad;
- El aislamiento en que se encuentran, situación que contribuye a aumentar las probabilidades de que el abuso sexual pase inadvertido y les crea barreras para revelarlo;
- La falta de políticas de protección y de aplicación de su cumplimiento en instituciones y organizaciones.



© ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Las personas jóvenes con discapacidad tienen considerables dificultades para acceder a los servicios y a la información sobre salud sexual y reproductiva. En general son pocos los países que han adoptado de forma sistemática los materiales y servicios dirigidos a satisfacer las necesidades resultantes de diferentes tipos de discapacidad. En algunos países existen iniciativas aisladas de grupos de personas con una discapacidad determinada. Casi no existe personal sanitario capacitado para trabajar con adolescentes que tienen alguna discapacidad. En el caso del VIH por ejemplo, las personas con discapacidad pueden también adoptar conductas sexuales de riesgo o bien ser víctimas de violencia sexual. La preocupación reside en que las personas con discapacidad se enfrentan a diario con múltiples barreras en el acceso a los servicios de prevención y atención del VIH. Aunque los estudios sobre la infección por el VIH en personas con discapacidad son todavía escasos, aquellos disponibles señalan que las tasas de prevalencia son mayores en personas con discapacidad auditiva que en el resto de la comunidad (33).

Trabajadoras y trabajadores migrantes

Según la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias:



Definiciones

El término **trabajador o trabajadora migrante** se refiere a toda persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional.

¹La Convención internacional de 1990 entró en vigor en el 2003, después de que los 20 países requeridos ratificaran el acuerdo.

El término “trabajador o trabajadora migrante” más que cualquier otro término ha sido confundido con otros grupos de adolescentes en situación de vulnerabilidad. Esta confusión se debe quizá al hecho que el término es una etiqueta de uso demasiado general. Por ejemplo, el grupo de trabajadores migrantes adolescentes cuya salud sexual y reproductiva y derechos a menudo son olvidados comprende a: trabajadores y trabajadoras agrícolas, domésticas, jornaleros, víctimas del tráfico de personas y trabajadores/as sexuales. En general, la falta de datos desglosados por edad es alta y muchas veces los estudios se agrupan en torno a los niños, menores de 18 años, o los adultos, sin que haya datos confiables sobre los adolescentes.

Los últimos cinco años han visto un marcado interés en relación a la migración internacional, sin embargo, en los países miembros de la OPS la información disponible es todavía limitada. La División de Población del Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC) de forma regular suministra información sobre diferentes indicadores migratorios internacionales; migración neta, población de migrantes internacionales, refugiados y remesas de migrantes, así como los puntos de vista y las políticas de los gobiernos sobre la migración internacional.

La decisión de migrar en muchas ocasiones es tomada por la familia considerando no solamente el rol en el hogar o el beneficio de la persona a migrar, sino también el monto de las remesas que se pueden recibir. Al ser consideradas – en muchas culturas – “cuidadoras” es frecuente que sean las mujeres jóvenes las seleccionadas para migrar. El UNFPA señaló en su publicación *Estado de la Población del Mundo 2006* (37), los efectos que la migración tiene sobre las mujeres tomando como ejemplo la migración de América Latina y el Caribe hacia Europa. Dicha publicación subraya que en 1990 las mujeres inmigrantes de América Latina fueron las primeras en el mundo en desarrollo en alcanzar un número equivalente al de los inmigrantes hombres. En una línea similar, desde 1950 en la emigración hacia Canadá y los Estados Unidos (37), las mujeres caribeñas han superado a los hombres. En cuanto a la inmigración hacia los países, un estudio conducido en Argentina concluyó que del total de inmigrantes hacia ese país, las mujeres constituyeron el 65%.



© ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Para los países receptores la migración ofrece diferentes beneficios. En muchos casos los hombres y mujeres migrantes aportan un alto nivel de aptitudes, trabajo y educación a sus economías. Sin embargo, estos grupos realizan mal remunerados, arriesgados e inseguros que ponen en riesgo su salud. Se enfrentan también a explotación en el trabajo, deficiencias en materia de vivienda y mayores dificultades para acceder a la atención en salud. Si bien la migración puede ser voluntaria o forzosa, no todos los migrantes son los más pobres o los menos educados dado que muchos de ellos poseen recursos y redes que les permiten escalar.

El carácter rotatorio y a veces estacional de la migración repercute en los sistemas de salud tanto de los países de origen como los receptores. En los países receptores los hombres y las mujeres migrantes pueden bien encontrar dificultades en los servicios de salud, sin embargo, también pueden encontrarlos en sus países de origen tras su regreso debido principalmente a la falta de vínculos comunitarios. Es muy posible que los migrantes en vista de su movilidad no establezcan vínculos sólidos con las redes locales y sufran problemas de aislamiento y soledad. Al no poder generar ingresos estas personas se ven obligadas a recurrir al trabajo sexual (38). En otros casos y a causa del aislamiento de la familia y amigos estas personas suelen convertirse en clientes de trabajadores/as sexuales.

En el grupo de jóvenes que emigra a países en desarrollo, la proporción de hombres y mujeres es igual (39). Aproximadamente 80% de jóvenes de 12 a 14 años acompañan a uno de sus padres, mientras que en el grupo de 18 a 24 años, la proporción es inferior a 20%. Aunque los estudios indican que la mayoría de los migrantes jóvenes asisten la escuela, las cifras correspondientes a los grupos de adolescentes y jóvenes de 18 a 24 años son más preocupantes. En un estudio realizado en Argentina, que incluyó a migrantes varones de 18 a 24 años de edad llegados al país recientemente, 20% indicó no trabajar ni asistir a la escuela (39). Es frecuente que los migrantes hombres estén empleados en la construcción y trabajo agrícola, mientras que las mujeres se emplean como trabajadoras domésticas, cajeras, vendedoras o en la industria de los servicios de alimento.

En algunos casos, los y las adolescentes también migran por su propia cuenta. En una revisión sistemática de adolescentes migrantes independientes realizada en Argentina, Costa Rica, El Salvador y México, se comprobó que:

“... los desplazamientos de niños para vivir sin sus padres o tutores adultos es un tema de gran importancia en los países en desarrollo. A menudo se trata de niños pobres, de zonas rurales, que en algunos casos solo tienen 7 a 10 años de edad. Muchas veces estos desplazamientos son en parte decisión de los mismos niños, que lo hacen por sus propias razones y con sus propios recursos y mecanismos, interrelacionados con los de su familia, a tal punto que muchos de estos desplazamientos independientes son difíciles de examinar adecuadamente con criterios vinculados al tráfico o el delito, en lugar de criterios más amplios relativos a las migraciones y el desarrollo” (40).

Es importante señalar que las necesidades de jornaleros/as, jóvenes trabajadores/as agrícolas en materia de salud sexual y reproductiva son a menudo ignoradas. En un estudio realizado en México se encontró que:

“La mayor parte de la atención se ha concentrado en México, como país fuente de migrantes o de tránsito de quienes emigran a los Estados Unidos. Sin embargo, México también es un destino importante para migrantes. La producción agrícola de México depende tanto de la migración internacional como de la interna, e incluye a niños. La migración de una zona rural a otra, a través de los 1.000 km de la frontera meridional de México sirve de sustento a una variedad de cultivos frutícolas y otras actividades productivas. En la publicación “Sin Fronteras” (2005) se calcula que 10% de los migrantes agrícolas tienen entre 14 y 17 años de edad y la mayoría son varones. También hay niños más pequeños. La organización Sin Fronteras cita las estadísticas guatemaltecas oficiales sobre los niños guatemaltecos independientes repatriados desde México, y alrededor de 1,5% tiene menos de 11 años de edad y casi 23% entre 11 y 15 años (abril del 2004 - abril del 2005). Artola (2007) cita datos oficiales mexicanos de enero a julio del 2007 según los cuales 15% de los niños, con y sin familias, repatriados a El Salvador, Guatemala, Honduras, y Nicaragua, tenían menos de 12 años de edad” (40).

Estas estadísticas han sido confirmadas por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). En el año 2008 en la frontera meridional de México se interceptaron aproximadamente 5.200 adolescentes varones y mujeres adolescentes provenientes de Centro América. Esta cifra, sin embargo, no incluye a las adolescentes guatemaltecas, cuyos hogares están cerca de la frontera y se desempeñan como trabajadoras domésticas en México (41). Por otro lado, se calcula que unos 20.000 jóvenes migran por su cuenta o se incorporan a las familias que ya viven en los Estados Unidos.

Trabajadores y trabajadoras domésticas

Los trabajadores y trabajadoras domésticas representan hasta un 60% de todos los migrantes internos e internacionales de América Latina, cuya mayoría se encuentra en Canadá, Estados Unidos y Europa. En general, gran cantidad de mujeres hacen este tipo de trabajo, siendo muchas de ellas jóvenes indígenas o afrodescendientes. En ese contexto ellas son vulnerables a los abusos y explotación ya que en la mayoría de casos resultan invisibles ante las familias para las cuales trabajan, tienen restringido su movimiento, se encuentran aisladas debido al desconocimiento del idioma y carecen de protección bajo las leyes de trabajo (37). En un estudio realizado en el 2000 sobre las migraciones intrarregionales, los países receptores de trabajadores y trabajadoras domésticas fueron Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Venezuela, mientras que los países de origen incluían a Bolivia, Colombia, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Perú (42).

Víctimas de tráfico

Según las Naciones Unidas, por tráfico de personas se entiende:



Definiciones

(a) “Por **tráfico de personas** se entiende el reclutamiento, transporte, traslado, albergue o recepción de personas recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coerción, rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona para tener autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos”;

(b) “El consentimiento dado por la víctima a toda forma intencional de explotación descrita en el apartado (a) de este artículo no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios enunciados en dicho apartado”;

(c) “El reclutamiento, transporte, traslado, albergue o la recepción de un niño con fines de explotación se considerará “tráfico de personas” incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios enunciados en el apartado a) del presente artículo”, y

(d) “Por niño se entenderá toda persona menor de 18 años”.

El tráfico de personas incluye también los trabajos forzados, domésticos o agrícolas, aunque estos a menudo son ignorados y no están incluidos en la definición.

América Latina y el Caribe, en comparación con Europa y Asia por ejemplo, tiene poca información sobre las víctimas de tráfico. En el 2004, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) encomendó un estudio bibliográfico sobre el tráfico para el trabajo y la explotación sexual en América Latina y el Caribe centrada en la prostitución y la servidumbre doméstica en Argentina, Brasil, El Salvador, Guatemala, Guyana, Jamaica, México y Paraguay (43). El estudio incluyó más de 140 trabajos en español, inglés y portugués, entre 1995 y 2004. Muchos de los trabajos sobre explotación sexual de niños incluyen a adolescentes. Entre las conclusiones se señala que las razones fundamentales del tráfico en América Latina y el Caribe son las mismas que en otras regiones: a decir, la pobreza, la falta de oportunidades económicas y la discriminación por motivos de género, con algunas características propias de la región relacionadas con la participación en pandillas, el abuso de sustancias y el embarazo de adolescentes. Ese mismo estudio subraya que en muchas ocasiones algunas víctimas del tráfico de personas se ven obligadas a ejercer la prostitución para sufragar la manutención de sus hijos. Otra considerable proporción de jóvenes que vive con sus familias realiza esta actividad como forma de aportar a los ingresos del hogar. Aún más, el estudio concluye que el aumento del tráfico de personas está asociado con un aumento del turismo sexual (43).

El Comité Permanente Interagencial define la explotación sexual como: “todo abuso o intento de abuso de una situación de vulnerabilidad, una relación de poder desigual o de abuso de una relación de confianza con fines sexuales, incluidos, entre otros, la obtención de beneficios económicos, sociales o políticos de la explotación sexual de otra persona” (44). La explotación sexual de niños y niñas incluye su explotación como trabajadores domésticos, la prostitución y la pornografía. En el caso de América Latina y el Caribe es importante señalar que se dispone de más información sobre el tráfico de niños y niñas para explotación sexual que sobre tráfico de mujeres dado que el tráfico de niños y niñas a nivel internacional es menos frecuente.

En un estudio de dos años sobre la salud y tráfico de personas en Europa, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM, sigla en inglés) determinó que en muchos casos las mujeres víctimas de tráfico también pertenecen a otros grupos en situaciones de vulnerabilidad, como trabajadoras migrantes, trabajadoras sexuales o trabajadoras explotadas. Este mismo estudio hace hincapié en que las consecuencias del tráfico de personas para la salud de las mujeres están interrelacionadas, son complejas y sinérgicas.

Víctimas de abuso sexual

La UNICEF y el Comité Permanente Interagencial han definido el abuso sexual como “el contacto físico o la amenaza de contacto físico de carácter sexual, incluido tocar de forma inapropiada, mediante uso de la fuerza o en condiciones de desigualdad o coerción” (44). Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada. El abuso sexual, sin embargo, ha sido señalado como un factor de riesgo entre todos los grupos en situación de vulnerabilidad examinados a lo largo de este documento.

Pasando a menudo desapercibido el abuso sexual en la familia es una de las formas más invisibles de violencia. En las familias, las adolescentes mujeres tienen mayores probabilidades que los adolescentes varones de ser víctimas. Los estudios han revelado que entre 40 y 60% de las agresiones sexuales en una familia se cometen contra mujeres adolescentes de 15 años o menos (45). En la mayoría de los casos la persona responsable de la agresión sexual es un miembro de la familia que goza de confianza.

En un estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud titulado *Women's Health and Domestic Violence against Women*, se pudo comprobar que en Brasil 12% de las mujeres de São Paulo y 9% de las de Pernambuco sufrieron abusos sexuales antes de los 15 años (46). En Perú, aproximadamente 20% de las mujeres de Lima y Cusco dijeron haber sido abusadas sexualmente durante su adolescencia (47). El estudio permitió determinar que tanto en Brasil como en el Perú los agresores generalmente eran miembros de la familia.

Una estudio del CDC y la USAID sobre investigaciones realizadas en El Salvador, Guatemala y Honduras, encontró que entre 7% y 13% de las mujeres denunciaron haber sido abusadas sexualmente (48). La edad promedio del primer abuso sexual, en Guatemala fue de 14 años, mientras que la edad promedio en El Salvador y Honduras fue de 15 años. Entre la mitad y las dos terceras partes de las mujeres afirmaron que el primer abuso se dio antes de los 15 años. El mismo estudio comprobó que aquellas mujeres víctimas de abuso sexual en la niñez antes de los quince años, en el último año habían también sido víctimas de violencia de pareja. También se comprobó que el abuso sexual en la niñez está relacionado con abusos sexuales posteriores, la violencia ejercida por la pareja, mayores niveles de sexo inseguro y resultados psicosociales negativos en la vida de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud define “violencia sexual” como “todo acto sexual, intento de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coerción, independientemente de la relación con la víctima, en cualquier ámbito, incluyendo, entre otros, el hogar y el trabajo” (49).

En un estudio de nueve países realizado por la OMS casi la mitad de las adolescentes sexualmente activas afirmó haber vivido una primera relación sexual forzada. Sin embargo, en los adolescentes varones esa proporción fue de un tercio. En un ejemplo de Lima, Perú, el porcentaje de mujeres jóvenes cuya iniciación sexual se afirmó haber sido forzada fue de casi cuatro veces al de los varones (40% y 11%, respectivamente) (49). En Brasil, cuanto menor es la edad de iniciación sexual de una mujer, tanto mayor es la probabilidad de que su primera experiencia sexual sea forzada. Otro estudio realizado en São Paulo y Pernambuco señala que entre 14% y 11% de todas las mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron forzadas a ello (46).

El abuso sexual incluye también la violencia infligida por la pareja y en vista de que una gran proporción de mujeres menores de 18 años en América Latina y el Caribe tienen pareja este fenómeno es muy importante. Bolivia, Nicaragua y Haití son algunos de los diez países incluidos en EDS sobre violencia por la pareja. En Bolivia se encontró una alta prevalencia de violencia física (52%) y violencia sexual (14%) en mujeres de 20 a 44 años de edad (50). En la EDS de 2005-2006 en Haití, se determinó que 11% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad fueron víctimas de violencia sexual por parte de sus parejas (51). En Nicaragua, la EDS indicó que la mitad de la violencia ocurrida en matrimonios adolescentes comenzó dentro de los dos primeros años de matrimonio. En Haití y Nicaragua, la mayoría de las mujeres jóvenes víctimas de coerción sexual en los últimos doce meses fueron víctimas - de coerción- tres o más veces durante ese periodo (52). La coerción sexual en la niñez o la adolescencia temprana ha sido vinculada con una mayor probabilidad de tener relaciones sexuales durante la adolescencia y múltiples parejas en etapas posteriores (53). Sobre este tema, sin embargo, aún se hace necesario investigar.

Grupos en riesgo de contraer VIH

Las poblaciones en mayor riesgo de contraer la infección por VIH se definen como:



Definiciones

“... los grupos de personas que incurren con mayor frecuencia en conductas que resultan en la transmisión del VIH. Estas conductas incluyen relaciones sexuales sin protección (especialmente vía anal), las relaciones sexuales con múltiples parejas, y el uso de los mismos instrumentos corto punzantes o de inyección. Estas poblaciones incluyen a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores y las trabajadoras sexuales y sus clientes, y los usuarios de drogas inyectables (UDI)” (54)

Se calcula que para fines del año 2008, en América Latina había dos millones de personas portadoras de VIH y 240 mil en el Caribe. En América Latina, las relaciones sexuales entre hombres, trabajadores/as sexuales y usuarios de drogas inyectables son el modo de transmisión principal (55). En cuanto al Caribe, aunque las relaciones sexuales sin protección entre hombres representan un factor de riesgo, el principal modo de transmisión es la relación sexual vaginal o anal heterosexual sin protección. En respuesta al VIH, mientras los países de América Latina hacen frente a epidemias centralizadas en poblaciones clave de mayor riesgo, en Bahamas y Haití, por ejemplo, la epidemia es generalizada. La evidencia en cuanto a otros países del Caribe, no obstante, apunta a la existencia de una “epidemia mixta” (56). Para más información sobre la infección por el VIH y sida en América Latina y el Caribe puede consultarse el *ECOSOC Annual Ministerial Review* (7).

Las observaciones presentadas a continuación han sido recogidas de materiales que cubren a todos los grupos de edad en vista de la poca información sobre adolescentes entre esos grupos en situación riesgo. Solamente el 1% de los fondos mundiales dirigidos a la infección por VIH vienen destinados a grupos de trabajadoras o trabajadores sexuales y sus clientes. En contraste, un 10% se dedica a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Las acciones discriminatorias y la conducta estigmatizante incrementan la vulnerabilidad de las poblaciones en riesgo de contraer la infección por el VIH. En su conjunto las normas sociales y las barreras legales/políticas impiden a estas poblaciones acceder a los servicios de información. Mas aún, al tener lugar actividades ilegales de por medio (consumo de drogas, tráfico y trabajo sexual) es frecuente que la violencia a manos de la policía, en la familia o la comunidad, no sea denunciada. Se ha documentado ampliamente que en muchas ocasiones el personal sanitario, los docentes, los miembros de la familia o de la policía reciben con hostilidad y violencia a las personas en riesgo de contraer la infección por el VIH. Son esas, sin embargo, las instituciones o personas con la responsabilidad de ayudar y brindarles atención. Al coexistir y superponerse a si mismos los miembros de estos grupos experimentan mayor vulnerabilidad.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

En el informe de política del ONUSIDA titulado *VIH y relaciones sexuales entre hombres* (57) se señala que:



Definiciones

“Las relaciones sexuales entre hombres ocurren en circunstancias diversas y entre individuos cuyas experiencias, modos de vida, comportamientos y riesgos asociados al VIH varían enormemente. Abarca toda una gama de identidades sexuales y de género entre personas de distintos contextos socioculturales. Pueden involucrar a hombres que se identifiquen como personas homosexuales, gay, bisexuales, transgénero o heterosexuales. Es habitual que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres estén casados, sobre todo ahí donde prevalecen leyes discriminatorias o estigma social contra las relaciones sexuales no homosexuales masculinas. Las relaciones sexuales entre varones adolescentes también pueden formar parte de la experimentación sexual.”

Estudios sobre la prevalencia de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe indican que en las poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales hombres la prevalencia de infección es elevada: 10% a 25% en algunas ciudades de Colombia; 14% en Buenos Aires; 15% en cuatro ciudades bolivianas y Quito (Ecuador); 18% a 22% en Perú; y 22% en Montevideo (Uruguay). Esos estudios también han permitido identificar epidemias ocultas en poblaciones de HSH en países como Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y Panamá (58). En efecto, se ha podido mostrar que 12% de todas las infecciones por el VIH en el Caribe tienen lugar en el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Al estar tipificadas como delito, este tipo de relaciones constituyen un serio obstáculo para la prevención, el tratamiento, el apoyo y la reducción del estigma. Las actitudes discriminatorias desalientan a los hombres que relaciones sexuales con hombres de recurrir a los servicios necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una infección de transmisión sexual (ITS). En esa misma línea, es probable que se oculten sus antecedentes sexuales resultando en ITS no identificadas. Mas aún, en vista de que muchos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres, las probabilidades de aumento de la ITS se incrementan.

Trabajadores / trabajadoras sexuales y sus clientes

En el documento del 2002 titulado *Trabajo sexual y VIH/sida: Actualización técnica del ONUSIDA* (59), se define a trabajadoras/es sexuales como “... mujeres, varones y transexuales adultos y jóvenes que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales, sea de forma regular u ocasional, y que pueden definir o no conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos.” En este documento se señala además que “... la mayoría de trabajadores o trabajadoras sexuales no se definen a sí mismos como tales, y consideran el trabajo como una actividad temporal.” El trabajo sexual puede variar en cuanto a su nivel de estructura y al grado en el que se diferencia de otras relaciones sexuales, sociales y

tipos de intercambio sexual y económico. Los motivos para iniciarse en el trabajo sexual son diversos y van desde la libre opción hasta la coerción y el tráfico. Sin embargo, muchas personas lo inician debido a condiciones que no están relacionadas con el engaño o la coerción. En muchos casos las razones están ligadas a la pobreza, la desigualdad de género, el bajo nivel de educación, la falta de oportunidades laborales, uso de drogas así como situaciones de emergencia humanitaria o post conflicto (60).

El riesgo de infección por VIH es mayor para los trabajadores y trabajadoras sexuales en vista del número de parejas y la inconsistencia en el uso de condones. Este grupo incluye también a usuarios de drogas inyectables, lo que agrega a su nivel de riesgo. Tal como se indicó antes la migración puede estar vinculada con el trabajo sexual, otorgándole así un carácter móvil a este tipo de trabajo.

Las relaciones sexuales transaccionales entendidas como relaciones sexuales a cambio de regalos o dinero (61) y las relaciones sexuales entre adolescentes jóvenes y hombres de mas edad (relaciones intergeneracionales) con frecuencia se ignoran en la adolescencia. *Save the Children Federation*, de los Estados Unidos, ha desarrollado un modelo (figura 1) que aborda los motivos por los cuales las personas jóvenes se involucran en relaciones sexuales intergeneracionales. Se considera que las relaciones sexuales transaccionales entendidas como un “continuo volitivo”, comienzan por participación voluntaria por razones emocionales pero terminan en coerción (62).

Figura 1. Continuo volitivo: Razones e impulsores de la actividad sexual



Fuente: Weissman A, Cocker J, Sherburne MBP, Lovich R, Mukaka M. Cross-generational Relationships: Using a Continuum of Volition in HIV Prevention Work among Young People. *Gender & Development* 14 (1); 2006.

Este modelo reconoce las áreas negociables en las relaciones sexuales transaccionales. La identificación de los “diferentes elementos que las impulsan” puede ayudar a desarrollar respuestas diferentes. A diferencia de otras regiones, en América Latina y el Caribe existen pocos estudios exhaustivos sobre el trabajo sexual y las relaciones sexuales transaccionales.

Debido a la estigmatización del trabajo sexual, los trabajadores y las trabajadoras sexuales pueden ser víctimas de discriminación como consecuencia de las actitudes basadas en el género, la explotación sexual y la pertenencia a otros grupos vulnerables como los HSH y los UDI. Estos grupos son vulnerables a la violencia sexual, incluida aquella ejercida por los funcionarios encargados de la aplicación de la ley. Si estos grupos logran controlar su entorno de trabajo manteniendo relaciones sexuales sin riesgos se puede entonces reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH (60). En su condición de víctimas de la violencia sexual, las trabajadoras sexuales necesitan poder acceder a servicios que realizan el aborto seguro y suministran anticoncepción de emergencia. El aborto realizado por médicos es un método seguro que debe ser conocido y estar al alcance de las trabajadoras sexuales. En América Latina y el Caribe, una docena de países permiten el aborto cuando el embarazo es producto de una violación.

Usuarios de drogas inyectables (UDI)

Se calcula que entre 5% y 10% de las infecciones por el VIH en el mundo son debidas al uso de drogas inyectables. En los países del Cono Sur, Brasil y México esta es una de las principales formas de transmisión. En Argentina, la prevalencia de infección se estima en 40%. La revista *Lancet* en un artículo sobre la epidemiología mundial del uso de drogas inyectables y la infección por el VIH subrayó que en América Latina y el Caribe solo hay cuatro países con estimaciones de prevalencia de consumo de drogas (63). Aunque la cocaína es la droga empleada con mayor frecuencia en algunos países, los patrones de uso de drogas inyectables varían de un lugar a otro (64). En la actualidad es necesario investigar aún más para determinar los patrones de uso de drogas a nivel nacional y local en los países. Una forma frecuente de transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables resulta de compartir agujas u otros equipos infectados.

Estudios recientes indican que el uso de *crack* no inyectable como estupefaciente es un factor de riesgo para contraer la infección por el VIH. Las personas que fuman *crack* pueden sufrir quemaduras y resultar con heridas abiertas en los labios y mucosas de la boca a causa del calor de

los dispositivos usados para fumar. La sangre infectada puede contaminar las pipas que se comparten (65).

La mayoría de usuarios de drogas inyectables comienzan cuando son jóvenes, primero inhalando o fumando opioides y luego inyectándose. Las primeras inyecciones suelen ocurrir en reuniones sociales, en donde la persona joven es inyectada por un amigo, un familiar o la pareja sexual. Es muy probable que quienes comparten agujas o jeringas sean usuarios jóvenes; no obstante, es menos probable que esos usuarios tengan contacto con programas de intercambio de agujas, trabajadores sociales u ONG. A menudo, los programas de desintoxicación no tienen en cuenta las necesidades de las o los usuarios jóvenes, especialmente de quienes no se consideran adictos (66).



Comentarios finales de la revisión bibliográfica

La presente revisión bibliográfica subraya que los grupos de adolescentes marginados son vulnerables en distintos entornos. Cabe señalar que las denominaciones utilizadas para identificarlos pueden algunas veces ser engañosas dado que los grupos se ocultan y coexisten. Mas aún, su composición puede diferir en cuanto a sexo, edad, grupo étnico y ubicación geográfica. Por consiguiente, para poder llegar estos grupos se hace necesario determinar con cuidado las características de aquel grupo sobre el cual se desea focalizar.

Los grupos marginados comparten características comunes; están invisibles y carecen de voz; son víctimas de estigmatización, discriminación, violencia y violaciones de los derechos humanos básicos; necesitan servicios e información diseñada especialmente para ellos; tienen vínculos poco precisos con las instituciones de las comunidades en general, como familias y escuelas, y muchas veces no están vinculados con los organismos de atención de salud y de protección. A lo anterior se debe agregar que los encargados de formular políticas sanitarias y los funcionarios de la OPS tienen poca experiencia en trabajo directo y convivencia con estos grupos.

Para abordar estos desafíos se recomiendan las siguientes cuatro tareas prioritarias:

- 1)** Hacer visibles a los grupos invisibles
- 2)** Proteger los derechos humanos de los y las jóvenes en situaciones de vulnerabilidad
- 3)** Diseñar intervenciones en servicios que consideren las circunstancias de los adolescentes marginados
- 4)** Promover la participación de los adolescentes excluidos.

A continuación se examina la manera como las siete áreas estratégicas de la Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018 de la OPS contribuyen a estas tareas prioritarias. Se examina también las intervenciones pertinentes para los y las adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.



SEGUNDA PARTE

Cómo Alcanzar a los Adolescentes Pobres y Vulnerables

Área Estratégica 1: Mejora de la información estratégica y de innovación

Área Estratégica 2: Entornos favorables y políticas basadas en datos probatorios

Área Estratégica 3: Sistemas y servicios de salud integrados e integrales

Área Estratégica 4: Crecimiento de las capacidades de los recursos humanos

Área Estratégica 5: Intervenciones en la familia, la comunidad y la escuela

Área Estratégica 6: Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores

Área Estratégica 7: Comunicación social y participación de los medios de comunicación



Introducción

La Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018 de OPS definen siete áreas estratégicas dirigidas a promover la salud de adolescentes y jóvenes. Estas áreas no solo son fundamentales para mejorar la salud general de adolescentes y jóvenes, también sirven de base para llegar a aquellos adolescentes en situaciones de vulnerabilidad. Esta parte se ha estructurado conforme a cada una de la áreas estratégicas del Plan de Acción Regional y en ella se abordan las orientaciones y herramientas necesarias para dar respuestas a los grupos marginados.

Las conclusiones de la revisión bibliográfica indican que:

- 1)** La información sobre las y los adolescentes más vulnerables es escasa. Por consiguiente, es importante identificarlos, conocer su ubicación geográfica y los factores de riesgo asociados.
- 2)** Las y los adolescentes marginados se ven expuestos de forma reiterada a peligros que aumentan su vulnerabilidad a la victimización, y limitan su capacidad para explotar su potencial. Por esas razones, es importante protegerlos reforzando las obligaciones de las instituciones y las comunidades respecto de ellos.
- 3)** Las personas pobres – según el Banco Mundial - “... pocas veces hablan de los ingresos y se centran, en cambio, en la gestión de los activos (físicos, humanos, sociales y ambientales) como manera de hacer frente a su vulnerabilidad.” (67).
- 4)** Las estrategias de las y los adolescentes en el manejo de situaciones de vulnerabilidad pueden no funcionar en la sociedad en general; sin embargo, estas acciones se convierten en oportunidades para llegar a ellos. Entonces, es importante dar “voz” a los adolescentes y jóvenes que no la tienen por medio de su involucramiento en las decisiones que les conciernen, sobre todo en lo relacionado a las mejores maneras de alcanzarlos. Este involucramiento es importante no solamente para mejorar su salud sino también su salud sexual y reproductiva.

Como se explica antes, para llegar a los grupos marginados se recomiendan cuatro tareas prioritarias. Las tres primeras están relacionadas directamente con las tres primeras áreas estratégicas de la Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y



© ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Jóvenes 2010–2018 de OPS, e incluyen:

- 1)** Hacer visibles a los grupos invisibles
- 2)** Proteger los derechos humanos de los y las jóvenes en situaciones de vulnerabilidad
- 3)** Diseñar intervenciones en servicios que consideren las circunstancias de las y los adolescentes marginados.

La cuarta tarea prioritaria es transversal y tiene como objetivo lograr la participación de las y los adolescentes excluidos.

Para llegar a los grupos en situaciones de vulnerabilidad de forma eficaz es esencial que los encargados de decisiones comprendan tanto sus características como su composición. Habiendo logrado lo anterior, pueden ofrecer protección política o jurídica con el objeto de reducir los múltiples riesgos enfrentados por las y los adolescentes marginados. Más aún, para alcanzarlos de forma efectiva los servicios deben ser accesibles, apropiados, asequibles, flexibles, adaptados a tipo de usuario y basados en evidencia. Para darles voz y garantizar su derecho a la protección es fundamental reducir la estigmatización y la discriminación. De otro lado, las ONG que trabajan con adolescentes deben tener como parte de su compromiso la promoción de sus necesidades. Se hace necesario también desarrollar contacto personal con las y los adolescentes marginados para establecer redes de colaboración. Para finalizar es importante señalar la relevancia de adoptar y adaptar tecnologías que permitan a usuarios anónimos el acceso a la información y la protección.

En adelante se presentan fuentes adicionales de información sobre cómo llegar a los grupos marginados y algunas herramientas que ya han resultado útiles en distintos entornos. Cada país tiene un punto de partida para definir a los grupos en situación de vulnerabilidad y diferentes contextos para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva. Si bien una gran parte de las herramientas incluidas han sido diseñadas para un grupo determinado, las mismas pueden fácilmente ser adaptadas a diversos grupos en situaciones de vulnerabilidad.



ÁREA ESTRATÉGICA 1:

Mejorar la información estratégica y la innovación

La invisibilidad es común de todos los grupos en situaciones de vulnerabilidad, pero la falta de información dificulta la identificación de mejores programas para abordarlos.

A fin de mejorar la información estratégica, los datos deben desglosarse por grupos de edad quinquenales, género, grupo étnico e indicadores socioeconómicos. El documento titulado *Framework and Standards for Country Health Information Systems (Health Metrics)*, proporciona algunas directrices útiles para transformar los datos en información y evidencia científicas (68).

Actualmente, los países realizan encuestas de hogares, como las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA), las encuestas sobre salud reproductiva para recopilar información sobre la situación socioeconómica, residencia, edad y sexo. Esas encuestas recaban también información sobre uso de métodos anticonceptivos, violencia en el hogar, atención materna y en relación a conocimientos sobre la infección por el VIH. Además, las encuestas mundiales de salud a escolares y otras encuestas sobre planificación familiar incluyen preguntas sobre conductas sexuales y uso de sustancias psicotrópicas.

En los próximos años se llevarán a cabo censos de población en todos los países miembros de la OPS. Dado que la etnicidad ha sido uno de los factores más descuidados en las encuestas de hogares, la OPS tendrá la oportunidad de colaborar con los gobiernos para velar porque se recopile información acerca de esta variable. El apoyo social en este proceso es importante ya que recopilar este tipo de información no es solamente un asunto de recursos y planificación, sino también y, ante todo, de sensibilidad. A modo de ejemplo, la etnicidad de las poblaciones indígenas puede recopilarse de acuerdo con la forma en que cada persona o grupo se auto-identifica.

Si bien las encuestas de hogares contribuyen a establecer los factores subyacentes de la vulnerabilidad es probable que se continúe subestimando el número de adolescentes marginalizados. De ahí que para identificarlos y estar en capacidad de desarrollar programas e intervenciones aún se precisa de realizar estudios adicionales. Apoyados por la OPS, estos grupos invisibles podrían incluirse en el programa nacional, por ejemplo, encargando estudios especiales a las instituciones académicas, las ONG y los grupos con intereses específicos dispuestos

a trazar un esquema de sus características básicas demográficas y sus necesidades. Por ejemplo, es posible que las ONG ya hayan hecho estudios a nivel local, conocidos como “literatura gris”, los cuales pueden aportar información sobre las intervenciones y programas destinados a los grupos marginados. También la información de las organizaciones nacionales e internacionales de abogacía o los grupos con intereses específicos puede ayudar en la identificación de temas relevantes.

Las poblaciones clave de mayor riesgo de contraer la infección por el VIH son algunas de las más difíciles de alcanzar. En la publicación *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Survey in Populations at Risk of HIV*, (Family Health International) se orienta en forma detallada sobre cómo recopilar información de los grupos marginados y cómo usarla para el seguimiento de los programas. En el documento *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*, de ONUSIDA, se presenta una reseña general de la información necesaria para planificar una intervención con las trabajadoras sexuales, los temas que se deben abordar en una evaluación rápida de las conductas sexuales, y la infección por el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, así como los criterios que es preciso examinar antes de elaborar las intervenciones. Este documento abarca distintas metodologías para recopilar información sobre la epidemia de VIH, y brinda un panorama de los indicadores del UNGASS.

Para lograr una comprensión más profunda de las necesidades del grupo destinatario es necesario emplear métodos cualitativos de recopilación de datos, como entrevistas en profundidad y grupos focales. Por ejemplo, los métodos de evaluación participativos rápidos pueden ayudar a determinar las actitudes y los conocimientos. Esto resulta particularmente útil en aquellas comunidades que se sienten más cómodas con representaciones visuales que verbales y que hacen mayor uso de las comparaciones que de las mediciones. Una publicación de CARE International en Zambia, muestra como los métodos de evaluación rápidos y participativos, cuyo iniciador fue Robert Chambers, se han adaptado a un aprendizaje participativo y a una metodología de acción aplicada a la salud sexual y reproductiva del adolescente (69).

Además de emplearse para desarrollar e informar a los programas, la información puede utilizarse para fines de abogacía. La OPS apoya a las ONG en el desarrollo de sus capacidades de abogacía haciendo énfasis en los beneficios de salud pública, tal como reducir embarazos adolescentes, la transmisión de la infección por el VIH, el abuso de sustancias y la violencia. Para más información sobre el uso de datos para actividades de abogacía consultar la *Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH* publicada por ONUSIDA/OMS.



Herramientas para obtener datos e información

World Health Organization. *Framework and Standards for Country Health Information Systems*. 2ª edición. Ginebra: OMS; 2008.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Organización Mundial de la Salud. *Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH*. Ginebra: ONUSIDA, OMS; 2004



Herramientas para la recopilación de información sobre adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.

World Health Organization. *Working with Street Children, Module 1: A Profile of Street Children*. Ginebra: OMS; 2000 (WHO/MSD/MDP/00.14).

Thompson MP, Basile KC, Hertz MF, Sitterle D. *Measuring Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration: A Compendium of Assessment Tools*. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), National Center for Injury Prevention and Control; 2006.

Family Health International. *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk for HIV*. Nueva York: FHI; 2000.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS. *A framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programs for Most-at-Risk Populations*. Ginebra: ONUSIDA; 2007.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators: 2010 reporting*. Ginebra: ONUSIDA; 2009.



Fuentes de información sobre grupos en situaciones de vulnerabilidad

Cunningham W, McGinnis L, Verdu RG, et al. *Youth at Risk in Latin America and the Caribbean: Understanding the Causes, Realizing the Potential*. Washington, DC: Informe del Banco Mundial; 2008.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. EFA Global Monitoring Report 2009, *Overcoming Inequality: Why Governance Matters*. Puede consultarse en: <http://www.streetchildren.org.uk/>. París: UNESCO; 2008.

UN Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *International Migration Report 2006: A Global Assessment*. Nueva York: DESA; 2009.

Ribando C. *Trafficking in Persons in Latin America and the Caribbean*. Congressional Research Service Report for Congress. Nueva York: Universidad de Cornell; 2007.

Sumner Coffey P, Vallance Phariss A, Renaud T. Washington, DC: OAS [cited 2009 Jul 31]. *Literature Review of Trafficking in Persons in Latin America and the Caribbean* (2004). Puede consultarse en: <http://www.oas.org/atip/Regional%20Reports/USAID%20LAC%20TIP%20Literature%20Review.pdf> <http://www.oas.org/atip/Regional%20Reports/USAID%20LAC%20TIP%20Literature%20Review.pdf>





ÁREA ESTRATÉGICA 2:

Entornos favorables y políticas basadas en datos probatorios

A menudo, los grupos en situaciones de vulnerabilidad son víctimas de estigmatización, discriminación y violencia. Un enfoque de derechos humanos (incluido el derecho a la vida, la privacidad, a los servicios de atención de salud, a no ser discriminados y a la información) reduce la vulnerabilidad de estos grupos y mejora la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.



Cómo crear un entorno favorable en Brasil:

Derechos humanos, alianzas estratégicas y asociaciones

Se considera que Brasil es un modelo para abordar la infección por VIH/sida. La Constitución de 1988 de ese país declara que la atención de salud es un derecho de todos y una responsabilidad del Estado. Cuando se pudo disponer de los medicamentos antirretrovirales, el Ministerio de Salud los puso al alcance de todas las personas portadoras de VIH, de forma gratuita. El movimiento de derechos humanos que surgió en los años ochenta fue muy activo en su lucha por reducir la discriminación relacionada con el sida. Al comienzo de la epidemia, los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres fueron los que más se infectaron. El Ministerio de Salud estableció mecanismos de colaboración con organizaciones de hombres y mujeres homosexuales, bisexuales y personas transgénero para la defensa de sus derechos. Actualmente, una serie de leyes protegen a las personas viviendo con VIH y a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Se prohíbe a los seguros de salud privados discriminar contra las parejas del mismo sexo, y también se prohíbe la discriminación por motivos de orientación sexual. La violencia basada en la identidad de género está tipificada como delito. La voluntad del gobierno brasileño de reducir la discriminación quedó demostrada con el lanzamiento, por parte del Presidente Luiz Inacio Lula da Silva, de un programa denominado “Brasil sin Homofobia”. En adición, se puso en marcha un plan nacional dirigido a promover la ciudadanía y los derechos humanos de las personas LGBT.

La creación de un entorno propicio para los grupos marginados requiere trabajar con sectores no vinculados directamente a la salud, como educación, política y seguridad interna. En los países donde existen diferentes ministerios para la mujer, género, la juventud, o las minorías étnicas es necesario desarrollar una relación de trabajo más estrecha con esas instituciones. También es necesario que tanto los encargados de adoptar las decisiones como los funcionarios tengan conocimiento sobre las realidades de estos grupos. Las políticas de protección son importantes pero no suficientes. De ahí que estas deban contar con recursos suficientes y ejecutarse debidamente.

Además, se necesita coherencia política, con una comprensión clara del hecho que en el sector salud es necesario prestar servicios y brindar información para mejorar la salud de los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad. En este sentido, la protección de las y los usuarios de servicios es de máxima importancia. El personal sanitario debe estar claro que no habrá represalias por prestar servicios preventivos, de diagnóstico o tratamiento, o bien, por brindar atención a jóvenes menores de edad o a jóvenes involucrados en actividades ilegales. En estos esfuerzos se hace necesario aplicar un enfoque pragmático y de salud pública que evite la propagación del VIH.

La educación es también un factor importante para fortalecer la resiliencia de las y los adolescentes. Por consiguiente, es necesario desarrollar y aplicar políticas que alienten tanto a madres y padres adolescentes como a las adolescentes embarazadas para que continúen su educación.

Migrantes

Debe promoverse un entorno que mejore la salud sexual y reproductiva tanto de hombres como de mujeres migrantes independientemente de su situación jurídica. En algunos países, el Estado protege tan solo los derechos de sus ciudadanos, o hace una distinción entre migrantes documentados e indocumentados. Entonces se debe también señalar la importancia de acceder a la educación y atención en salud para la vida de las personas migrantes. Igualmente, la protección del entorno de trabajo, tal como se estipula en la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares, ayuda a fortalecer la situación de los hombres y mujeres migrantes en general.

Adolescentes con discapacidad

Existen pocos datos sobre los países de América Latina y el Caribe que han ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo optativo, e incluido las disposiciones sobre las personas con

discapacidad en los marcos y las políticas jurídicas nacionales. Para el año 2004, la mayoría de los países de la región todavía hacían referencia a una definición sobre discapacidad establecida en 1980. Esta definición no tenía en cuenta el contexto social de las personas con discapacidad.

Trabajo sexual

La situación jurídica del trabajo sexual en América Latina y el Caribe varía considerablemente. Por ejemplo, la prostitución es ilegal en 9 países y su legalidad es limitada en uno de ellos. Hasta septiembre del 2009, en 19 países miembros de la OPS existían distintos grados de protección jurídica para la prostitución. Los 6 países de impacto de la OPS, junto con 3 de los países prioritarios para la salud de adolescentes son algunos en donde la prostitución y actividades conexas son legales. La protección ante la violencia y la coerción es fundamental para consensuar las prácticas sexuales de menor riesgo, como el uso de condones y las relaciones sexuales sin penetración.



Herramientas para la creación de un entorno favorable

International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, Global Network of People Living with HIV/AIDS, International Community of Women with HIV/AIDS, and Young positives. Instrumento de evaluación rápida para la salud sexual y reproductiva y los vínculos con el VIH: Una guía genérica. Nueva York: UNFPA; 2009.



Fuentes para la creación de un entorno político favorable

The International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC) es una de las principales organizaciones internacionales dedicadas a la abogacía por los derechos humanos en nombre de las personas que sufren discriminación o abuso por su orientación sexual real o percibida, su identidad o expresión de género. Su sitio web es: <http://www.iglhrc.org/cgi-bin/iowa/home/index.html>

La *Global Network Of Sex Work Projects* es un buen punto de partida para vincularse con las organizaciones de trabajadores/as sexuales: <http://www.nswp.org//>



ÁREA ESTRATÉGICA 3:

Sistemas y servicios de salud integrados e integrales

Los servicios de salud eficaces para adolescentes en situaciones de vulnerabilidad tienen características en común. Por ejemplo, es esencial que, de un lado, estos sean accesibles, adecuados, asequibles y flexibles, y de otro lado, que basen su acción en la evidencia. Las herramientas examinadas en esta sección hacen hincapié en el diseño de programas para los grupos en situaciones de vulnerabilidad. Por lo general, los servicios no son diseñados pensando en atraer a usuarios a los que es difícil llegar. En muchas ocasiones resulta difícil y es necesario dedicar tiempo sustancial a la capacitación del personal sobre como llegar y hacer sentir bienvenidos estos grupos de jóvenes.

Servicios de extensión

Las actividades de extensión son una manera eficaz de prestar servicios y proporcionar información en los lugares frecuentados por las y los adolescentes marginados. Al prestar este tipo de servicios se recomienda recurrir a la colaboración de instituciones académicas y ONG dado que estas son más flexibles en su formas de trabajo.

Las actividades de extensión tienen por objeto:

- Brindar una variedad de servicios, insumos e información para prevención, mitigación de daños, realización de pruebas, tratamiento y cuidado
- Ofrecer referencia a otros servicios
- Proporcionar información sobre violencia
- Crear conciencia sobre los derechos de los y las adolescentes marginados/as.

Según la OMS, las intervenciones basadas en actividades de extensión como las dirigidas a lograr cambios de conductas son eficaces para llegar a usuarios de drogas inyectables que no están en tratamiento (70). Es preciso adaptar las intervenciones a cada comunidad, las que solo deben desarrollarse después de haber establecido cierto nivel de confianza. Las y los trabajadores sexuales y los usuarios de drogas inyectables son grupos especialmente difíciles de alcanzar, pero los principios de confidencialidad, respeto, inclusión y profesionalismo, junto con un equilibrio adecuado de las actividades, son igualmente esenciales. Además, se ha comprobado que resulta eficaz incluir a las personas como participantes o facilitadores en las discusiones en grupo.

La *UK Network of Sex Work Projects* (NSWP) examina diferentes tipos de actividades de extensión dirigidas a los y las trabajadores/as sexuales (71):

- Servicios de extensión en la calle
- Servicios de extensión fuera de la calle, como en bares y clubes
- Servicios de extensión hacia otras instituciones, como aquellas de educación vocacional o para adquirir habilidades prácticas
- Servicios de extensión en el hogar
- Servicios de extensión a través de Internet

Los observadores de los programas de extensión han podido comprobar que puede ser complicado mantener la calidad técnica de los servicios prestados fuera de los locales donde funcionan los servicios de rutina. Además, puede resultar difícil redimensionar programas de extensión dirigidos específicamente a un grupo pequeño, con el objeto de prestar una gama amplia de servicios. Por consiguiente, es fundamental organizar los servicios de rutina para acoger a adolescentes en situaciones de vulnerabilidad con la sensibilidad necesaria, ya que puede ser necesario derivar a muchos de ellos a los establecimientos que prestan este tipo de servicios.



Herramientas e información para las actividades de extensión

UK Network of Sex Work Projects. Working with Sex workers: Outreach. Londres: UKNSWP; 2008.

World Health Organization, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, United Nations Organization on Drugs and Crime. *Policy brief: Reduction of HIV Transmission Through Outreach.* Ginebra: OMS, ONUSIDA, UNODC: 2004.

Servicios de salud de calidad para adolescentes y jóvenes

Los sistemas y servicios de salud integrales e integrados de calidad para los grupos en situaciones de vulnerabilidad deben ofrecer servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

Para la Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF) estos servicios, de carácter integral, deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Contar con horarios convenientes para los y las jóvenes, y que estos no necesiten pedir una hora para ser atendidos
- Contar con personal especialmente capacitado para satisfacer las necesidades de los y las jóvenes
- Prestar servicios integrales de SSR para ITS, incluido el VIH; la anticoncepción (anticoncepción de emergencia); y aborto seguro (72).

Entre las características importantes de los SAA se incluye la confidencialidad y la privacidad, la accesibilidad geográfica, la gratuidad de los servicios y la profilaxis posterior a la exposición al VIH. Estas intervenciones deben ser incluidas tanto en los servicios diseñados específicamente para los grupos en situaciones de vulnerabilidad como en las actividades de extensión, llevando los servicios donde las y los adolescentes marginados trabajan o se reúnen. En vista de que muchos de ellos son víctimas de la violencia sexual, quienes prestan SAA en países donde el aborto es permitido, de ser necesario deben apoyar la decisión de interrumpir un embarazo.

La integración y el fortalecimiento de la SSR a los servicios relacionados con la infección por el VIH en la atención primaria de salud, así como a los servicios de salud materno infantil y de atención al recién nacido relacionados con la tuberculosis y la nutrición, aumenta la disponibilidad de lugares donde los jóvenes en situaciones de vulnerabilidad pueden solicitar atención. La FIPF y sus asociados han preparado una herramienta para evaluar de forma rápida la integración de la SSR y los servicios relacionados con la infección por el VIH a nivel político, de los sistemas y los servicios a fin de detectar brechas y fortalecer vínculos.

Si bien hace ya considerable tiempo se emplea los SAA para llegar a los adolescentes, muchos países no los ofrecen por motivos económicos, poniendo a disposición de la población solamente servicios generales. Es poco probable que estos servicios atraigan a jóvenes que no asisten a la escuela y grupos de adolescentes marginados, ya que muchos temen ser recibidos por personal de salud poco empático.



Herramientas para los servicios integrados y orientados a los/las jóvenes

International Planned Parenthood Federation. *Provide: Strengthening Youth Friendly Services* (una guía y herramienta con listas de verificación para autoevaluación de los consultorios, necesidades de los proveedores, y manejo y satisfacción de los usuarios).



Herramientas para los servicios integrados y orientados a los/las jóvenes

YouthNet elaboró una serie de herramientas para evaluar y planificar los servicios orientados a los/las jóvenes basándose en un proyecto que concluyó en el 2001.

International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, Global Network of People Living with HIV/AIDS, International Community of Women with HIV/AIDS, and Young positives. *Rapid Assessment Tool for Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: a Generic Guide*. Nueva York: UNFPA; 2009. Puede consultarse en: <http://www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/Rapid+Assessment+Tool+for+Sexual+Reproductive+Health+and+HIV+Linkages.htm>

United States Agency for International Development, Family Health International. *Increasing Access to Contraception for Clients with HIV: A Toolkit*. Puede solicitarse a: publications@fhi.org. 2008.



Fuentes de información sobre los servicios orientados a los/las jóvenes

El Ministerio de Salud de Kenya elaboró directrices nacionales para los servicios orientados a los/las jóvenes y es un ejemplo de lo que podría incluirse en una norma nacional.

La OMS publicó una guía genérica para los servicios orientados a los y las jóvenes titulada *Adolescent Friendly Health Services (HO/FCH/CAH/02.14 W)*. Distribución general; original inglés.

Senderowitz J, Solter C, Hainsworth G. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services; A Tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth*. Nueva York: Pathfinder International; 2002.

Jóvenes que no asisten a la escuela

Es preciso realizar un gran esfuerzo para mantener a los y las jóvenes en la escuela, en especial en las zonas rurales donde el acceso a la educación es difícil y la asistencia costosa. Por otro lado, también es necesario poner en marcha y aplicar políticas para las adolescentes embarazadas. La educación no formal, los programas de alfabetización, la educación de segunda

oportunidad y la educación vocacional pueden contribuir a preparar a los y las adolescentes que no asisten a la escuela para que puedan aprovechar las posibilidades resultantes de la enseñanza formal.

Al brindar información a adolescentes que no asisten a la escuela es importante asegurarse de no depender de materiales impresos ya que algunos de ellos podrían no saber leer ni escribir. Por consiguiente, es aconsejable difundir la información a través de la radio y la televisión.



Empoderamiento de los/las jóvenes que no asisten a la escuela

YouthNet informó sobre una iniciativa para que jóvenes de las zonas rurales de Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Honduras puedan acceder a la educación. La finalidad del Sistema de Aprendizaje Tutorial (SAT) es capacitar a los estudiantes para desarrollar las habilidades de vida que utilizarán en el futuro, que serán en su mayoría de carácter agrícola, mediante una combinación de programas de estudios académicos y actividades prácticas aplicadas a la salud, la agricultura y la microempresa. Con un preceptor capacitado, un grupo de 10 a 30 estudiantes se capacita durante un periodo de seis años para graduarse con un título equivalente al que obtendría en la escuela secundaria. Al terminar los estudios, llevan lo que han aprendido a sus comunidades, e intercambian información, por ejemplo, sobre la infección por el VIH/sida y otros temas.

YouthNet, 2004: *Reaching Out-of-School Youth with Reproductive Health and HIV/AIDS Information and Services*, Youth Issues Paper 4 Family Health International, ISBN 0-939704-89-7.

Niños y niñas en situación de calle

Los SSRA para niños y niñas en situación de calle deben centrarse en la prevención de conductas sexuales peligrosas y en el diagnóstico, tratamiento y atención de embarazos no planeados, abortos inseguros e ITS, incluida la infección por el VIH. También deben abordar la protección ante la violencia, incluso mediante servicios de orientación a víctimas, y técnicas de enseñanza y empoderamiento que les protejan de eventual violencia. Además, es preciso contar con servicios gratuitos y accesibles de atención primaria de salud. Finalmente, los servicios de alcance deben facilitar el acceso a albergues seguros y otros servicios de apoyo de emergencia (27).



Herramientas para la prestación de servicios a los niños/as en situación de calle

World Health Organization. *Working with Street Children, Module 4: Understanding Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs Among Street Children*. Ginebra: OMS; 2000 (WHO/MSD/MDP/ 00.14).



Fuentes de información sobre los niños/as en situación de calle

Thomas de Benítez S. *State of the World's Street Children: Violence*. Londres: Consortium for Street Children; 2007.

Migrantes

La información y los servicios para hombres y mujeres migrantes deben ser brindados en el idioma materno. Al igual que otros grupos, los migrantes necesitan servicios de SSR relativos a la anticoncepción, atención de embarazos, diagnóstico y tratamiento de las ITS, incluida la infección por el VIH. Esto es particularmente importante cuando entre los grupos de migrantes hay grupos étnicos o minoritarios.

Mujeres víctimas de tráfico

Aunque los datos sobre el tráfico para la explotación sexual en América Latina y el Caribe y los servicios prestados a este grupo de mujeres son escasos, existe información importante de mencionar: La Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres realizó un informe sobre los efectos del tráfico de mujeres en sus cinco etapas, incluyendo salud física, sexual y mental; el abuso de sustancias; el bienestar social, económico y ambiental; la seguridad, y la utilización y prestación de servicios sanitarios (73).

Además, la OIM, junto con la Iniciativa Mundial de las Naciones Unidas para la Lucha contra la Trata de Personas y la LSHTM, publicó un libro

titulado *Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers* (74). Este documento brinda información sobre diversos aspectos de atención, protección y seguridad del paciente y la interacción de las autoridades encargadas de aplicar la ley en relación a las víctimas de tráfico. Por otro lado, este libro presenta diez principios dirigidos a garantizar que las entrevistas con las víctimas sean éticas y seguras.

Estos comprenden:

- 1) No hacer daño
- 2) Conocer el tema y evaluar los riesgos
- 3) Preparar información para las derivaciones y no hacer promesas que no se puedan cumplir
- 4) Seleccionar y preparar adecuadamente a los intérpretes y colaboradores
- 5) Garantizar el carácter anónimo y la confidencialidad
- 6) Obtener el consentimiento informado
- 7) Escuchar la evaluación de cada persona sobre su situación y los riesgos de su seguridad y respetarla
- 8) No volver a traumatizar a las personas
- 9) Estar preparados para una intervención de urgencia
- 10) Hacer uso adecuado de la información obtenida



Herramientas sobre los servicios para personas víctimas de tráfico

International Organization for Migration, UN Global Initiative to Fight Human Trafficking, London School of Hygiene & Tropical Medicine. *Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers*. Ginebra: OIM; 2009.



Fuentes de información sobre la salud y las mujeres víctimas de tráfico

Zimmerman C, Yun K, Shvab, I, et al. *The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents: Findings from a European Study*. Londres: Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; 2003.

Jóvenes con discapacidad

Las y los jóvenes con discapacidad se enfrentan también con invisibilidad, estigmatización y violencia, y requieren servicios de alcance diseñados especialmente para ellos. En mayor grado que otros grupos, muchas veces se pasa por alto su sexualidad debido a la falta de acceso a la información y los servicios. Por ejemplo, algunos servicios no tienen en cuenta las restricciones a la movilidad y los problemas físicos de acceso. Además, ante la necesidad de recurrir a intérpretes u otro tipo de ayuda puede ponerse en peligro la confidencialidad. En el cuadro siguiente se suministra más información sobre las necesidades de servicio de las y los adolescentes con discapacidad.



Fuentes de información sobre necesidades de servicio de adolescentes con discapacidad

Joint United Nations Program on HIV/AIDS *Disability and HIV: Policy Brief*. Ginebra: ONUSIDA; 2009.

Eastgate G. Sexual Health for People with Intellectual Disability (Salud sexual para personas con discapacidad intelectual). *Salud Pública Mex* 2008; 50 (supl 2:S255-S259).

Trabajadores y trabajadoras sexuales

Como grupo social, los trabajadores y trabajadoras sexuales constituyen quizás el grupo más organizado y el que más se hace oír sobre la variedad de servicios que necesitan. Es preciso incluirlos como participantes activos en la planificación y la provisión de servicios, así como en las actividades de seguimiento y evaluación de los servicios brindados. Por ejemplo, hay insumos y servicios determinados para la SSR que son esenciales para su protección, incluidos condones masculinos y femeninos de alta calidad; anticonceptivos y anticonceptivos de emergencia; profilácticos posteriores a la exposición; tratamientos contra el VIH; lubricantes de base acuosa; y servicios de aborto seguros.

En la nota de orientación de ONUSIDA (2009) sobre el VIH y el trabajo sexual, se sostiene que los derechos humanos son la piedra angular para responder eficazmente al VIH y al trabajo sexual, y se recomienda tres pilares de respuesta: 1) garantizar el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH; 2) crear entornos de apoyo, fortalecer las asociaciones y ampliar las opciones; y 3) reducir la vulnerabilidad y atender los temas estructurales (60).

La protección de los y las trabajadoras sexuales contra la violencia y la discriminación por medio de la creación de un de un entorno de trabajo libre de riesgo son intervenciones que contribuyen a mejorar su SSR. El Grupo Mundial de Trabajo de Política sobre VIH y Trabajo Sexual (GWG) reivindica que la despenalización de esta actividad representa una de las formas más importantes de proteger a estas personas de la violencia.

Un paquete integral e integrado de servicios para ampliar las opciones de los trabajadores sexuales comprende:

- Oportunidades de sustento y empleo alternativo significativas, como trabajos y transferencias en efectivo
- Servicios de microcrédito y microfinanzas bancarios y reembolso de deudas
- Ayuda para obtener una vivienda segura
- Educación permanente, incluido el aprendizaje general, la capacitación vocacional y de aptitudes
- Control de los activos familiares
- Apoyo para volver al hogar a trabajadores/as sexuales migrantes documentados o indocumentados, en circunstancias que muchas veces son un obstáculo para abandonar la actividad



Fuentes de información sobre los servicios para los/las trabajadores/as sexuales

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual. Ginebra: ONUSIDA; 2009.

AVERT, Institución Internacional de Beneficencia que se ocupa del Sida. Puede consultarse en: <http://www.avert.org/aids-VIH-caridad-avert.htm>

Actualización sobre los trabajadores sexuales. Puede consultarse en: <http://www.avert.org/sex-workers.htm>

UK Network for Sex Work Projects. Puede consultarse en: <http://www.nswp.org>

Research for Sex Work, una publicación anual dirigida a trabajadores/as sexuales, personal sanitario, investigadores, personal de las organizaciones no gubernamentales y otros. Puede consultarse en: <http://www.researchforsexwork.org>

Usuarios de drogas inyectables (UDI)

Además de los servicios de extensión de SSR del adolescente, diseñados especialmente para jóvenes usuarios de drogas, existen tres áreas de servicio importantes para los usuarios de drogas inyectables: 1) intervenciones de mitigación de daños o provisión de agujas y jeringas limpias; 2) medidas de prevención para que quienes utilizan drogas no inyectables no se conviertan en usuarios de drogas inyectables; y 3) terapia de sustitución de opioides. Los intercambios de agujas y jeringas por sí solos no son suficientes. En las zonas en las que no hay ninguna posibilidad de ejecutar programas de intercambio de agujas debe considerarse la posibilidad de proveer antisépticos para limpiar los equipos. Los programas de mitigación de daños deben integrarse a los tratamientos de rehabilitación y en los servicios de atención primaria de salud, así como en la educación para reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH, la realización de pruebas de diagnóstico, las actividades de orientación, el tratamiento y la atención. Por otro lado, estudios recientes subrayan que cuando los servicios de rehabilitación incluyen un servicio de transporte, aumenta entonces el uso de medidas de prevención y atención de la infección por el VIH (70).



Fuentes de información sobre servicios para personas que utilizan drogas

Interagency Youth Working Group, 2008, *Youth and Injecting Drug Use*. Youth Lens on Reproductive Health and HIV/AIDS, N° 26. Puede consultarse en: <http://www.infoforhealth.org/youthwg/pubs/IYWGpubs.shtml>

World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS United Nations Organization on Drugs and Crime. Policy Brief: *Reduction of HIV Transmission Through Outreach*. Ginebra: OMS, ONUSIDA, UNODC: 2004. WHO, 2005, *Policy and Programming Guide for HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug Users*, ISBN 92 4 159295 8

AVERT, *Injecting Drugs, Drug Users, HIV & AIDS*. Puede consultarse en: <http://www.avert.org/injecting.htm>

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

Se ha desarrollado un marco para lograr acceso universal de los HSH y de las personas transgénero, en el que se identifican las siguientes intervenciones (75):

- Información y educación acerca de la infección por el VIH y otras ITS y apoyo a las actividades de sexo seguro y consumo de drogas seguro mediante servicios apropiados (incluidos los servicios manejados y dirigidos por pares)
- Uso de condones y lubricantes de base acuosa
- Consejería y pruebas de detección del VIH, confidenciales y voluntarias
- Detección y tratamiento de las ITS mediante la prestación de servicios clínicos
- Sistemas de derivación a servicios legales, de bienestar, salud y acceso a servicios apropiados
- Insumos para el consumo de drogas más seguro
- Tratamientos antirretrovirales y relacionados, junto con atención y apoyo a personas viviendo con VIH
- Prevención y tratamiento de la hepatitis viral
- Derivaciones entre servicios de prevención, atención y tratamiento
- Servicios que abordan los riesgos relacionados con el VIH, y las necesidades de las parejas sexuales femeninas



Fuentes de información sobre servicios para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS Action Framework: *Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Ginebra: ONUSIDA; 2009.



ÁREA ESTRATÉGICA 4:

Construir la capacidad de los recursos humanos

Para lograr que un esfuerzo concertado por llegar a los adolescentes pobres y vulnerables tenga éxito, es preciso construir la capacidad de los encargados de la formulación de políticas, funcionarios de la OPS, socios estratégicos e instituciones de la comunidad. Estos esfuerzos demandan:

- 1) Mejorar los conocimientos sobre los grupos vulnerables a nivel nacional y local
- 2) Mejorar los conocimientos sobre cómo proteger los derechos de los y las adolescentes en situación de riesgo
- 3) Concentrar los esfuerzos relevantes a las necesidades y las preferencias de los y las adolescentes pobres y vulnerables
- 4) Desarrollar aptitudes para lograr la participación de los adolescentes excluidos

En general, los encargados de la formulación de políticas y los funcionarios no tienen contacto directo con los grupos de adolescentes pobres y vulnerables. Para hacer frente a esta situación se podría desarrollar la capacidad de los recursos humanos dirigida a incrementar la visibilidad cara a cara de los grupos de jóvenes marginados. En su trabajo con jóvenes es necesario que los encargados de formular políticas comprendan sus necesidades, conozcan su vida cotidiana así como sus estrategias para afrontar situaciones de riesgo. Un segundo enfoque podría ser la capacitación de socios estratégicos (ONG, organizaciones de derechos humanos, organismos de Naciones Unidas y servicios sociales) en cuanto a los derechos en salud sexual y reproductiva de los adolescentes (DSSRA).



ÁREA ESTRATÉGICA 5:

Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela

Los grupos analizados en este documento tienen, en el mejor de los casos, vínculos frágiles con sus familias y escuelas, y en algunos casos están claramente separados de ellas. Aunque ellos pueden formar sus propias comunidades estrechamente unidas, casi por definición están fuera de su comunidad. Por lo tanto, las iniciativas para llegar a ellos a través de sus familias y escuelas son de ayuda limitada. Sin embargo, las instituciones de la comunidad representan un canal excelente para ejecutar iniciativas dirigidas a fortalecer las obligaciones de las comunidades y las familias. Estas iniciativas deben orientarse a mejorar la comprensión de cómo la estigmatización y la discriminación repercuten adversamente en la salud de estos grupos.

Algunas lecciones aprendidas sobre como llegar a grupos en riesgo de contraer la infección por el VIH permiten concluir, entre otros, sobre la importancia de la participación y apropiación de los mismos adolescentes marginados en las intervenciones que les conciernen. A nivel internacional, los grupos de trabajadoras y trabajadores sexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son quizá los mas dispuestos a expresar su opinión. A nivel local y cuando se trata de jóvenes es bastante difícil lograrlo dado que la mayoría no solo se sienten estigmatizados, sino también amenazados a tal grado que evitan participar en dichas intervenciones.

Para efectuar este tipo de intervenciones la primera tarea consiste en establecer un contacto inicial con los grupos de jóvenes. En su momento, las organizaciones que han ampliado su trabajo a otros grupos de destinatarios informan que en muchos casos se hace necesario tan solo un par de contactos para empezar a formar una Red.

De otro lado, se ha probado que el aprendizaje participativo se adecúa muy bien a las personas que generalmente son ignoradas en las evaluaciones de las comunidades. Para los facilitadores de este tipo de trabajo es de particular importancia, lo que Chambers denomina “ceder el bastón de mando”, es decir, dejar la tarea de facilitación de las sesiones a los participantes para que puedan presentar y analizar la información reunida por ellos mismos.

El informe *Nothing About us Without us: Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs*, presenta algunas orientaciones sobre la forma de trabajar con un grupo al que es difícil llegar, concretamente las personas portadoras de VIH/sida y las



personas que consumen drogas. Entre las herramientas que aporta el informe hay una lista de 44 cosas que se deben o no se deben hacer. Por ejemplo, invitar a un grupo de usuarios a elegir a su representante; no elegir siempre al mismo que usted conoce y con el que se siente cómodo; reconocer que usted también puede tener necesidades y que la falta de familiaridad puede hacerle sentir incómodo (76).

Por otro lado, la participación requiere algo más que diálogo. Los grupos de jóvenes y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad pueden necesitar capacitación en cuanto a la preparación de información, leer y preparar documentos o para hablar en contextos oficiales con autoridades locales. La participación es costosa en términos de tiempo y dinero, de ahí que las personas que buscan promover mayor participación de estos grupos deben tener este punto en consideración.

Por último, la participación de posibles usuarios de servicios exige que los encargados de adoptar las decisiones pasen de aportar “para” un grupo con necesidades especiales a planificar y aportar “con” el grupo.

La acción colectiva es una demostración de verdadera participación. Por ejemplo, la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en hombres homosexuales en los años ochenta y noventa podría atribuirse a la participación activa de grupos de Europa y Canadá y los Estados Unidos. La *Network of Sex Work Projects* es otro ejemplo reciente de la acción internacional colectiva. Las y los trabajadores sexuales consideraron que la primera versión de la Nota de Orientación del ONUSIDA sobre VIH y Trabajo Sexual, no hacía suficiente hincapié en la importancia de la protección de los derechos humanos y la seguridad en el lugar de trabajo, pero en cambio insistía en la reducción de la demanda de trabajo sexual y la rehabilitación de las y los trabajadores sexuales. La acción de la *Network of Sex Work Projects* contribuyó a lograr un lugar más prominente para estos temas en la versión revisada de la Nota de Orientación.



Herramientas de participación

Jurgens R. *Nothing About us Without us Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative*. Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2005.

Shah, Meera Kaul, 1999, *Listening to Young Voices: Facilitating Participatory Appraisals on Reproductive Health with Adolescents*. CARE International in Zambia, FOCUS on Young Adults.



ÁREA ESTRATÉGICA 6:

Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores

Para llegar a las y los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad con servicios de SSRA adaptados a sus necesidades es necesaria la colaboración de diversos actores. En ese sentido, la colaboración de la OPS con otros organismos de las Naciones Unidas es de particular importancia para evitar la superposición de tareas y verificar que se está empleando un enfoque coherente y unificado, con roles claramente definidos. Si el país está aplicando una política nacional con respecto a uno o más de los grupos examinados es importante que las iniciativas regionales de la OPS estén en consonancia con la misma.

Hay tres recursos posibles para establecer alianzas con los grupos marginados:

1. ONG: los contactos personales pueden ser facilitados por las organizaciones que colaboran con el grupo destinatario previsto. Por ejemplo, se ha comprobado que los grupos de mujeres ayudan a establecer los contactos iniciales con las comunidades de LGBT.
2. Organizaciones religiosas: las redes religiosas son otra fuente posible de colaboración. Trabajar en el tema del VIH con grupos indígenas, jóvenes y pobres es importante para muchas iglesias. Algunas se dedican a temas más sensibles relacionados con la SSR, y también trabajan con grupos de LGBT.
3. Grupos de derechos humanos: cuando preparan sus informes, los grupos de derechos humanos recopilan datos basados en evidencia sobre las violaciones de los derechos humanos, en muchos casos utilizando la información brindada por las organizaciones de base.

La *International HIV/AIDS Alliance* es un grupo mundial de organizaciones nacionales que trabajan para apoyar la acción de la comunidad en relación con el sida en países en desarrollo. La Alianza tiene programas y asociados regionales en Bolivia, Ecuador, México, Perú y en el Caribe.

Por otro lado, la *International Lesbian and Gay Human Rights Commission* es una organización de abogacía para la causa de los



derechos humanos en nombre de las personas que son víctimas de discriminación o abusos con motivo de su orientación sexual real o percibida, su identidad de género o su expresión. De forma periódica elabora informes nacionales y regionales sobre las violaciones de derechos humanos en colaboración con las organizaciones nacionales.

También se recomienda forjar alianzas estratégicas con las autoridades de policía aprovechando el poder de convocatoria de la OPS en los países. En vista de que muchos adolescentes en situaciones de vulnerabilidad son víctimas de la violencia, es importante que la OPS colabore con las autoridades de policía para garantizar su protección.



Fuentes de información para el establecimiento de alianzas estratégicas

International HIV/AIDS Alliance: <http://www.aidsalliance.org>

Consortium on Street Children: <http://www.streetchildren.org.uk/>

Network of Sex Work Projects: <http://www.nswp.org>

Catholics for a Free Choice

Correo electrónico: cfc@catholicsforchoice.org

Catholics for a Free Choice 1436 U Street NW, Suite 301, Washington, D.C. 20009-3997, Estados Unidos

Teléfono. Oficina: +1 (202) 986-6093; Fax: +1 (202) 332-7995

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) en América Latina

International Lesbian and Gay Human Rights Commission

Sitio web: <http://www.iglhrc.org/cgi-bin/iowa/home/index.html>

Oficina en Buenos Aires: Buenos Aires (Argentina)

Teléfono/fax: +54.11.4665.7527

Correo electrónico: mferreyra@iglhrc.org

Sitio web de International Lesbian and Gay Human Rights Commission:

<http://www.iglhrc.org/cgi-bin/iowa/home/index.html>

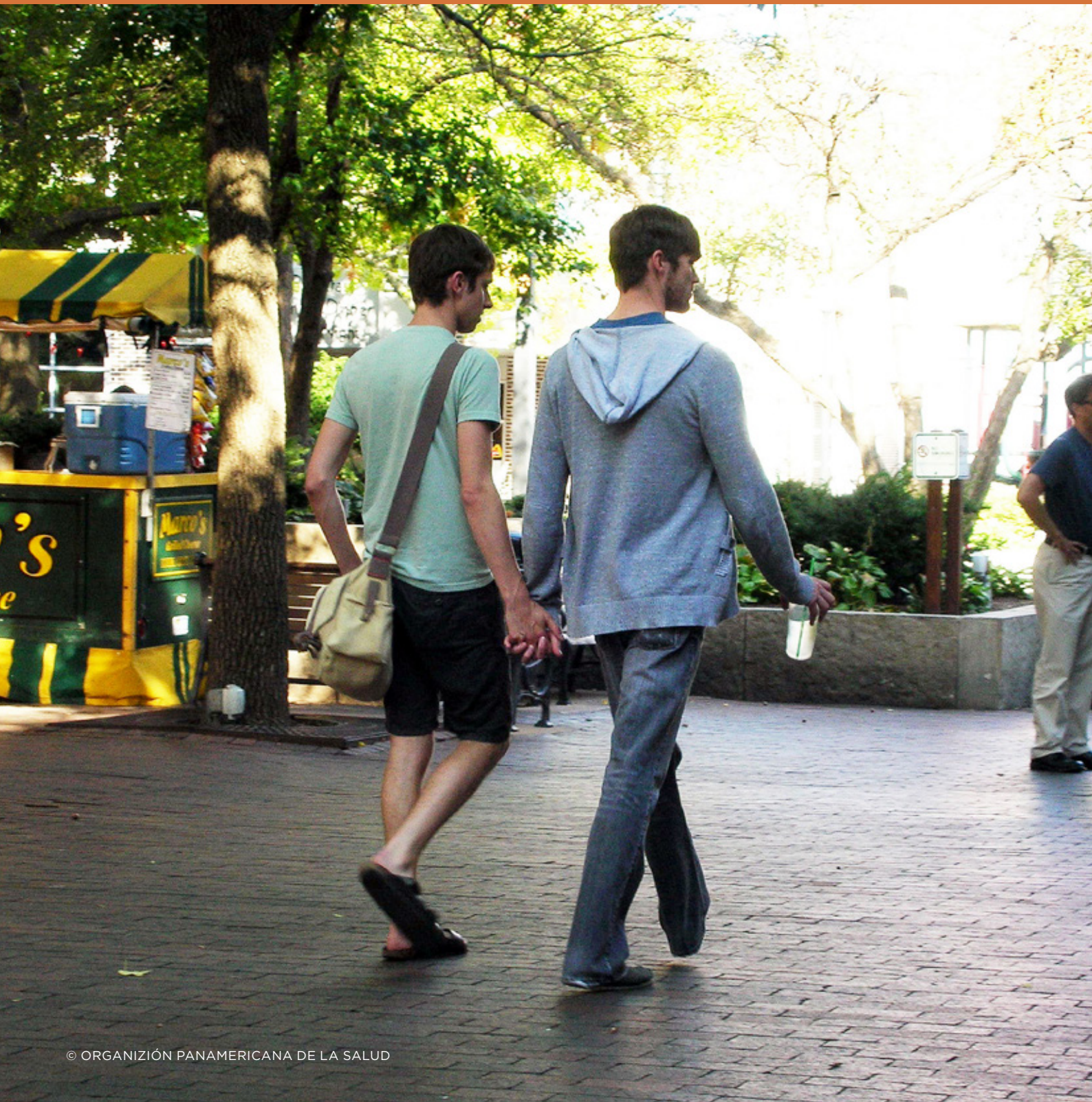


ÁREA ESTRATÉGICA 7:

Comunicación social y participación de los medios de comunicación

Si bien es muy poco lo que conoce sobre la difusión y uso de las nuevas tecnologías y medios de difusión en los grupos en situación de vulnerabilidad, es bien conocido que las y los adolescentes ocupan los primeros lugares por el aprovechamiento de las oportunidades de comunicación social modernas. En el caso del grupo de los y las trabajadoras sexuales se ha observado que en gran medida dependen de los teléfonos móviles, sin embargo, el acceso a esta y otras tecnologías exige contar con recursos. En este sentido, en América Latina y el Caribe el nivel de acceso a las tecnologías de comunicación se modifica rápidamente. En el 2005, en Haití las líneas de teléfono fijas variaban entre 17 por 1.000 personas; 43 por 1.000 en Nicaragua; y más de 500 por 1.000 en algunos de los países del Caribe. El número de usuarios de internet variaba entre 17 por 1.000 en Cuba y 594 por 1.000 en Barbados (77). Para fines del 2010 el uso de teléfonos móviles en América Latina y el Caribe había aumentado a aproximadamente 620 millones de dispositivos, lo que equivale a una densidad de 100,6 teléfonos celulares por cada 100 habitantes en el 98% de los países de la Región.

Las nuevas tecnologías y la comunicación social posibilitan el intercambio de información de manera anónima. Por consiguiente, es importante que las nuevas tecnologías sean accesibles y estén al alcance de los adolescentes marginados. En este contexto sería de beneficio usar las redes de comunicación sociales, por ejemplo, para que una persona joven que necesite información acerca de su SSR o haya sido amenazada con violencia obtenga asistencia con facilidad. Mas aún, la tecnología podría fomentar las redes sociales de autoayuda para que las y los jóvenes en situaciones de vulnerabilidad estén en capacidad de asistir a alguien que necesite protección.



SECCIÓN 3:

Comentarios finales

Muchas veces las y los jóvenes marginados y en situaciones de vulnerabilidad son invisibles, carecen de voz y son víctimas de estigmatización y discriminación. Entonces, para brindarles servicios de SSR es imprescindible que las intervenciones sean diseñadas con debida consideración de las circunstancias que configuran su vida cotidiana.

Las áreas estratégicas de la Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010–2018 de OPS son un punto de partida para llegar a estos grupos. Con el objeto de ayudar a los funcionarios y encargados de decisiones a centrar la atención en grupos en situación de vulnerabilidad el Plan de Acción recomienda cuatro tareas prioritarias que vinculan las áreas de acción. Estas tareas pueden considerarse como principios orientadores para decidir qué intervenciones son las más pertinentes, e incluyen:

- 1) Mejorar la visibilidad de los grupos
- 2) Proteger los derechos humanos de las y los jóvenes en situaciones de vulnerabilidad.
- 3) Diseñar servicios que tengan en cuenta las circunstancias de las y los adolescentes marginados.
- 4) Lograr la participación de las y los adolescentes excluidos.

De otro lado, si se mejora la información estratégica y los sistemas de vigilancia también se podrá mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Este proceso se puede facilitar si se recopila y usa de forma sistemática información sobre edad, pobreza, sexo y etnicidad. En apoyo a este proceso se hace necesario reunir datos a nivel nacional y local sobre las características de los grupos marginados.

Para elaborar políticas basadas en evidencia y crear entornos que respondan a las necesidades de las y los jóvenes, es esencial reducir la estigmatización y la discriminación. Las intervenciones especialmente diseñadas para los grupos en situaciones de vulnerabilidad deben formar parte de los servicios y sistemas de salud integrales.

Tanto las instancias normativas, los funcionarios de salud y las instituciones de la comunidad necesitan contar con mayores investigaciones sobre los grupos marginados. El aumento de las capacidades de los recursos humanos debe estar dirigido a: 1) crear mayor conciencia sobre los grupos en situaciones de vulnerabilidad; 2) fortalecer la competencia de los responsables de proteger a los grupos de adolescentes en situaciones

de vulnerabilidad; y 3) desarrollar las competencias necesarias sobre como garantizar mayor participación de los grupos de adolescentes.

Es especialmente importante mejorar la participación de los adolescentes en las áreas del diseño de los servicios, mientras se trabaja con familias e instituciones comunitarias, se crean alianzas estratégicas y se involucra la participación de los sistemas de comunicación social y los medios de difusión.

La tabla 1-7 es un resumen de las conclusiones de la revisión bibliográfica y tiene como objetivo brindar a los encargados de la adopción de decisiones y los funcionarios de la OPS una guía para alcanzar de forma mas efectiva a los grupos de adolescentes pobres y mejorar su salud sexual y reproductiva. En esta tabla se intenta vincular la información de esta revisión con la Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018 de OPS, y la lista de herramientas y orientaciones proporcionadas en este documento.

Tabla 1-7. Uso de la Estrategia y Plan de Acción Regional de OPS sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018 para alcanzar a los grupos de adolescentes en situaciones de vulnerabilidad

	Características compartidas de los grupos en situaciones de vulnerabilidad	Respuesta	Tarea prioritaria
Mejoramiento de la información estratégica y la vigilancia	Invisibilidad	<p>Conozca al grupo en situación vulnerable con el que está trabajando, su composición y sus características</p> <p>Use la “literatura gris” y la información disponible para las actividades de abogacía</p>	Mejore la visibilidad del grupo
Entornos favorables y políticas basadas en datos probatorios	No tienen voz. Son víctimas de la estigmatización, la discriminación y la violencia	<p>Elabore marcos jurídicos y políticas que protejan a los grupos y reduzcan su vulnerabilidad</p> <p>Realice actividades de sensibilización sobre los derechos de los grupos en situaciones de vulnerabilidad y las obligaciones de la familia y la comunidad</p>	Proteja los derechos de los/ las adolescentes en situaciones de vulnerabilidad

Continuación: Tabla 1-7

<p>Sistemas y servicios de salud integrados e integrales</p>	<p>Necesitan servicios e información especialmente diseñados</p>	<p>Los servicios deben ser accesibles, apropiados, asequibles y flexibles. Se ha comprobado que las actividades de extensión son un método eficaz</p> <p>Logre la participación de los usuarios previstos de los servicios en el diseño de las intervenciones. Si fuera posible, inclúyalos como proveedores de estos servicios</p>	<p>Diseñe los servicios adaptándolos a las circunstancias de los usuarios previstos</p> <p>Trate de lograr la participación de los adolescentes excluidos y que su voz pueda ser escuchada</p>
<p>Construir las capacidades de los recursos humanos</p>	<p>Poco contacto directo con las instancias normativas de los servicios de SSRA y los funcionarios de la OPS</p>	<p>Mejore los conocimientos de los encargados de la adopción de decisiones, los funcionarios, los socios estratégicos y las comunidades en situaciones de vulnerabilidad, sus derechos a la protección y sus necesidades en materia de SSRA</p> <p>Fortalezca las aptitudes de estos sectores para que puedan procurar mejor la participación de los/las adolescentes excluidos/as y lograr hacer oír su voz</p> <p>Mejore la experiencia de trabajo de los funcionarios de salud con los grupos marginados</p> <p>Fortalezca las capacidades de los socios estratégicos en la esfera de la SSRA</p>	<p>Todas son tareas prioritarias</p>
<p>Intervenciones a nivel de las familias, las comunidades y la escuela</p>	<p>Tienen pocos vínculos con las familias, la comunidad establecida y la escuela</p>	<p>Utilice las instituciones de la comunidad para reforzar la protección de los adolescentes marginados</p> <p>Haga participar activamente a los/as adolescentes en situaciones de vulnerabilidad y sus representantes en las decisiones relacionadas con las intervenciones diseñadas para mejorar su SSRA</p>	<p>Proteja los derechos de los/las adolescentes en situaciones de vulnerabilidad</p> <p>Procure la participación de los/las adolescentes excluidos y que estos puedan hacer oír su voz</p>
<p>Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores</p>	<p>Necesitan un enfoque multisectorial</p>	<p>Trabaje con las ONG que han establecido redes de adolescentes en situaciones de vulnerabilidad, organizaciones de derechos humanos y otros organismos de las Naciones Unidas</p> <p>Busque lograr confianza y credibilidad y formar redes mayores entre los grupos</p>	<p>Procure la participación de los/las adolescentes excluidos/as y que estos puedan hacer oír su voz</p> <p>Mejore la visibilidad de los grupos</p>
<p>Comunicación social y participación de los medios de difusión</p>	<p>Usan nuevos medios de difusión y tienen más capacidad para adoptar las nuevas tecnologías</p>	<p>Brinde información a la que pueda accederse en forma anónima y gratuita</p> <p>Diseñe iniciativas para mejorar la protección</p>	<p>Procure la participación de los/las adolescentes excluidos/as y que puedan hacer oír su voz</p>

Referencias

- (1) Sistema de Naciones Unidas en El Salvador. Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica. San Salvador: Naciones Unidas; 2008. Disponible en: <http://www.oei.es/pdfs/ica.pdf>.
- (2) Pan American Health Organization. Washington, DC: PAHO. Poblaciones vulnerables. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1136&Itemid=948&lang=es. Consultado septiembre 9, 2009.
- (3) United Nations Development Programme. *International Human Development Indicators*. New York: UNDP; 2012. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/statistics/>.
- (4) The World Bank. *GINI Index*. Washington, DC: World Bank; 2012. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>.
- (5) The World Bank. *Leveling Opportunities, Key to Latin American and the Caribbean*. Washington, DC: World Bank; 2008. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/O,,contentMDK:21915630~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258554,00.html>.
- (6) Paes de Barros R, Ferreira FHG, Vega JR, Chanduvi JV. The World Bank. *Measuring Inequality of Opportunities in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: World Bank; 2008. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/LACEXT/Resources/258553-1222276310889/Book_HOI.pdf.
- (7) Khan S, and Mishra V. 2008. *Youth Reproductive and Sexual Health*. DHS Comparative Reports No. 19. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc. Disponible en: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/cr19/cr19.pdf>.
- (8) The Pan American Health Organization. The right of young people to health and gender identities. Washington DC: PAHO; 2011. Available at: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/trends-final-eng.pdf>.

- (9) Leu-Bent M. United Nations Economic and Social Council. *Implementing the Internationally Agreed Goals and Commitments with regard to Public Health: HIV in Latin America and the Caribbean. Background Assessment to the Economic and Social Council (ECOSOC) Annual Ministerial Review (AMR)*. New York: ECOSOC; 2009. Disponible en: http://www.un.org/en/ecosoc/newfunct/pdf/amr_assessment_hiv_in_lac_final.pdf. Consultado junio 8, 2012.
- (10) International Gay and Lesbian *Human Rights Commissions. Human Rights for Everyone, Everywhere*. New York: IGLHRC; 2009. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/AboutUs/HumanRightsDay/hrday09_leaflet_en.pdf.
- (11) Pan American Health Organization. *Health of the Indigenous Peoples of the Americas*. Washington, DC: PAHO; 2006 (CD47/13). Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD47-13-e.pdf>.
- (12) Pan American Health Organization/World Health Organization, Ethnicity and Health, 132nd Session of the Executive Committee, CE 132/16, 1 May 2003, publication: Washington DC, 23-27 June 2003.
- (13) Hutchinson J, Smith A. *Ethnicity (Oxford readers)*. Cary: Oxford University Press USA; 1996.
- (14) International Labour Organization. *Convention 169*. Geneva: ILO; 1989. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C169>.
- (15) La Veist T. *Race, ethnicity and health*. 1st ed. Hoboken: Jossey-Bass; 2002.
- (16) Remez L, Prada E, Singh S et al. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. New York: Guttmacher Institute; 2008. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/06/16/PNG_CentralAmerica_en.pdf.
- (17) United States Agency for International Development. *Reaching Indigenous Youth with Reproductive Health Information and Services*. Washington, DC: USAID; 1999. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADR276.pdf. Consultado julio 31, 2009.

- (18)** Warriner I, Jejeebhoy S, Shah I. *Understanding the sexual and reproductive health of adolescents in developing countries: a review of the evidence on risk-taking behaviors and dual protection from a WHO Research Initiative*. Proceedings from the Population Association of America Annual Meeting; Office of Population Research: Princeton University; 2009. Disponible en: <http://paa2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=91742>.
- (19)** Blum, Robert. *Risk and Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries*. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593652_eng.pdf.
- (20)** The United Nations Children's Fund. *State of the World's Children - Excluded and Invisible*. New York: UNICEF; 2006. Disponible en: http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06_fullreport.pdf.
- (21)** The World Bank. *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*. Washington DC: World Bank; 2007. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/09/13/000112742_20060913111024/Rendered/PDF/359990WDR0complete.pdf.
- (22)** Cunningham W, McGinnis L, Verdu RG, et al. *Youth at Risk in Latin America and the Caribbean: Understanding the Causes, Realizing the Potential*. Washington, DC: World Bank Report; 2008. Disponible en: http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=rodrigo_garciaverdu.
- (23)** United States Agency for International Development. Uganda: Key Findings from the UDHS 2006. Washington, DC: USAID; 2006. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADO565.pdf. Consultado julio 30, 2009.
- (24)** Hindin MJ, Kishor S, Ansara DL. *Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes*. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.; 2008. Disponible en: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf>.
- (25)** Inter American Court of Human Rights. *Case of the "Street Children" (Villagran-Morales et al.) v. Guatemala*. Judgment of November 19, 1999. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_63_ing.pdf.

- (26)** International Labour Organization. *Global Guidance Brief on HIV Interventions for Young People*. Geneva: ILO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_iatt_infnotes_2008_56_en.pdf.
- (27)** Thomas de Benítez S. *State of the World's Street Children: Violence*. London: Consortium for Street Children; 2007. Disponible en: http://www.streetchildren.org.uk/uploads/publications/state_of_the_world_-_violence.pdf.
- (28)** World Health Organization. *Working with Street Children, Module 1: A Profile of Street Children*. Geneva: WHO; 2000 (WHO/MSD/MDP/00.14). Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/who_street_children_module1.PDF.
- (29)** World Health Organization. *Working with Street Children, Module 3: Understanding Substance Use Among Street Children*. Geneva: WHO; 2000 (MSD/MDP/00.14). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MDP_00.14_Module3.pdf.
- (30)** World Health Organization. *Working with Street Children, Module 4: Understanding Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs Among Street Children*. Geneva: WHO; 2000 (WHO/MSD/MDP/00.14). Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/who_street_children_module4.PDF.
- (31)** United Nations Enable. *Realizing the Millennium Development Goals for Persons with Disabilities through the implementation of the World Programme of Action concerning Disabled Persons and the Convention of the Rights of Persons with Disabilities*. Report of the Secretary-General, Advance Unedited Version, 64th session, Item 62 of the provisional agenda, Social Development, including question relating to the world social situation and to youth, ageing, disabled persons and the family. Geneva: UN Enable; 2009. Disponible en: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1463>.
- (32)** United Nations Population Fund. *Sexual and Reproductive Health of Persons with Disabilities*. New York: UNFPA; 2007. Disponible en: <http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=354>. Consultado agosto 6, 2009.

- (33)** Joint United Nations Program on HIV/AIDS; World Health Organization; United Nations Human Rights. *Disability and HIV: Policy Brief*. Geneva: UNAIDS, WHO, UNHR; 2009. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf. Consultado agosto 6, 2009.
- (34)** United Nations Enable. *Factsheet on Persons with Disabilities*. New York: UN Enable; 2007. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=18>. Consultado agosto 4, 2009.
- (35)** Eastgate G. *Sexual health for people with intellectual disability*. Salud Pública Mex 2008; 50 (supl 2) S255 – S259). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50s2/a19v50s2.pdf>.
- (36)** Child Abuse Effects. *Sexual Abuse Victims with Disability*. Disponible en: <http://www.child-abuse-effects.com/sexual-abuse-victims-with-disability.html>. Consultado agosto 3, 2009.
- (37)** United Nations Population Fund. *State of World Population A Passage to Hope: Women and International Migration*. New York: UNFPA; 2006. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2006/english/introduction.html>.
- (38)** Galvan FH, Ortiz DJ, Martinez V et al. *Sexual solicitation of Latino male day laborers by other men*. Salud Pública México 2008; 50:439-446. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821784/>.
- (39)** McKenzie DJ. *A Profile of the World's Young Developing Country Migrants. Background Paper to the 2007 World Development Report*. Washington, DC: World Bank; 2006. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/04/00016406_20061004092834/Rendered/PDF/wps4021.pdf
- (40)** Yaqub S. *Independent Child Migrants in Developing Countries: Unexplored Links in Migration and Development*. Innocenti Working Paper IWP-2009-01. New York: UNICEF; 2009. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2009_01.pdf

- (41) International Organization for Migration. *New Centre for Unaccompanied Minors Opens on Mexico's Southern Border. IOM in Libya - IOM and UNHCR Jointly Address the Needs of Migrants, Refugees and Asylum Seekers*. Geneva: IOM; 2009. Disponible en: http://www.iom-nederland.nl/english/Configuratie/Homepage/About_IOM/IOM_Worldwide/News/Press_Briefing_Notes/IOM_in_Libya_IOM_and_UNHCR_Jointly_Address_the_Needs_of_Migrants_Refugees_and_Asylum_Seekers. Consultado en agosto 9, 2009.
- (42) Arriagada I. *Feminization of Migration in Latin America: Domestic Workers*. Focal Point, Special Edition. Labour Mobility, April (2009): 8(12). Disponible en: http://www.focal.ca/pdf/focalpoint_se_april2009.pdf
- (43) Sumner Coffey P, Vallance Phariss A, Renaud T. *Literature Review of Trafficking in Persons in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: OAS; 2004. Disponible en: <http://www.oas.org/atip/Regional%20Reports/USAID%20LAC%20TIP%20Literature%20Review.pdf>. Consultado en Julio 31, 2009.
- (44) The Inter-Agency Standing Committee. *Report of the Task Force on Protection from Sexual Exploitation and Abuse in Humanitarian Crises*. Geneva: IASC; 2002. Disponible en: <http://www.unicef.org/emerg/files/IASCTFReport.pdf>.
- (45) The United Nations Children's Fund. *Domestic Violence Against Women and Girls*. Innocenti Digest 6. Floreny: UNICEF; 2000. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6e.pdf>.
- (46) World Health Organization. *Country Findings: Brazil. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/gender/violence/en/>.
- (47) World Health Organization. *Country Findings: Peru. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/gender/violence/en/>.

- (48) Centers for Disease Control & United States Agency for International Development. *Childhood Sexual Abuse Among Women in El Salvador, Guatemala, and Honduras*. Atlanta: CDC, USAID. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ReproductiveHealth/Surveys/SurveyCountries.htm#Latin%20America%20&%20Caribbean%20%28y%20en%20Espa%C3%B1ol%29>.
- (49) World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf.
- (50) Hindin M J, Kishor S, & Ansara D L. *Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes*. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc; 2008. Disponible en: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf>.
- (51) Amnesty International. *Stop Violence Against Women*. London: Amnesty International; 2008. Disponible en: <http://www.amnesty.org/en/campaigns/stop-violence-against-women>.
- (52) Population Council. *Forced Sexual Relations among married young women in developing countries*. New York: Population Council; 2004. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/genfam/power.html>.
- (53) Population Council. *The Adverse Health and Social Outcomes of Sexual Coercion: Experiences of young women in developing countries*. New York: Population Council; 2004. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/genfam/power.html>.
- (54) Pan American Health Organization. *Poblaciones en mayor riesgo*. Washington, DC: PAHO. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=993&Itemid=910. Consultado septiembre 9, 2009.
- (55) Joint United Nations Program on HIV/AIDS and World Health Organization. *AIDS Epidemic Update*. Geneva: UNAIDS and WHO; 2009. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf.

- (56) Wilson D, & Halperin DT. *Know your epidemic, know response: a useful approach, if we get it right*. The Lancet. 2009; 372(9637): 423-426. Disponible en: <http://www.ceescat.org/curs%20ITS%202010/Know%20your%20epidemic,%20Know%20your%20response.pdf>.
- (57) Joint United Nations Program on HIV/AIDS. *HIV and Sex Between Men*. Geneva: UNAIDS; 2006. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1269-policybrief_en.pdf.
- (58) Joint United Nations Program on HIV/AIDS. *Report of the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS; 2008. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/2008reportontheglobalaids/epidemic/>.
- (59) Joint United Nations Program on HIV/AIDS. *Sex work and HIV/AIDS: Technical Update*. Geneva: UNAIDS; 2002. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc705-sexwork-tu_en.pdf.
- (60) Joint United Nations Program on HIV/AIDS. *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*. Geneva: UNAIDS; 2009. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf.
- (61) Chatterji M, Murray N, D. London et al, *The Factors Influencing Transactional Sex Among Young Men and Women in 12 Sub-Saharan African Countries*. Soc Biol. 2004; 52(1-2):56-72. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA925.pdf.
- (62) Hope R. *Addressing Cross-Generational Sex: A Desk Review of Research and Programs*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2007. Disponible en: http://www.prb.org/igwg_media/AddressingCGSex.pdf.
- (63) Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B et al. *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*. The Lancet. 2008; 372 (24). Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61311-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61311-2/abstract).

- (64) International Harm Reduction Association. *Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*. London: IHRM; 2008. Disponible en: http://www.ihra.net/files/2010/06/29/GlobalState2010_Web.pdf
- (65) AVERT. *Injecting Drugs, Drug Users, HIV & AIDS*. West Sussex: AVERT; 2009. Disponible en: <http://www.avert.org/injecting.htm>. Consultado en: 9 Sept 2009.
- (66) Family Health International. *Youth and Injecting Drug Use: YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS*. New York: FHI; 2008. Disponible en: <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/3i2x5dhfo52ffo7xvwd7nodvndoop2fwhht5loxodtkayqyxjzgb2sg2do6m6j/YL26e1.pdf>. Consultado agosto 3, 2009.
- (67) Narayan D. *Voices of the Poor: Volume 1: Can Anyone Hear Us?* Washington, DC: The World Bank; 2000. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/335642-1124115102975/1555199-1124115187705/ch1.pdf>.
- (68) World Health Organization. *Framework and Standards for Country Health Information Systems*. Geneva: WHO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf.
- (69) Shah MK, Zambezi R, Simasiku M. *Listening to Young Voices: Facilitating Participatory Appraisals on Reproductive Health with Adolescents*. New York: FOCUS on Young Adults, CARE International in Zambia; 1999. Disponible en: <http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/pla1.pdf>.
- (70) World Health Organization, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, United Nations Organization on Drugs and Crime. *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission through Outreach*. Geneva: WHO, UNAIDS, UNODC; 2004. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Reduc_trans%20outreach_eng.pdf.
- (71) UK Network of Sex Work Projects. *Working with Sex workers: Outreach*. London: UKNSWP; 2008. Disponible en: <http://www.uknswp.org/wp-content/uploads/GPG2.pdf>.

- (72) International Planned Parenthood Federation. *Comprehensive youth-friendly services: The Safe Project*. New York: IPPF; 2007. Disponible en: http://www.ysafe.net/safe/page14/assets/Design_FS%20YFS%20final_Oct07.pdf.
- (73) Zimmerman C, Yun K, Shvab, I, et al. *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents: Findings from a European study*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM); 2003. Disponible en: http://genderviolence.lshtm.ac.uk/files/health_risks_consequences_trafficking.pdf.
- (74) International Organization for Migration, UN Global Initiative to Fight Human Trafficking, London School of Hygiene & Tropical Medicine. *Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers*. Geneva: IOM, UN.GIFT, LSHTM; 2009. Disponible en: <http://genderviolence.lshtm.ac.uk/files/2009/10/Caring-for-Trafficked-Persons-Handbook.pdf>.
- (75) Joint United Nations Program on HIV/AIDS. UNAIDS Action Framework: *Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Geneva: UNAIDS; 2009. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf.
- (76) Jurgens R. Nothing about us *Without us: Greater, Meaningful Involvement of People who use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human rights Imperative*. International Edition. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute; 2008. Disponible en: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=67>.
- (77) International Telecommunication Union. *World Telecommunication/ICT Indicators Database 2011* (15th edition). Disponible en: <http://www.itu.int/ITU-D/ict/publications/world/world.html>. Consultado mayo 21, 2010.



525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, Estados Unidos de América
Tel.: +1 202.974.3000 Fax: +1 202.974.3663

