

La salud sexual y reproductiva del

JOVEN *y del* ADOLESCENTE

OPORTUNIDADES, ENFOQUES Y OPCIONES



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



La salud sexual y reproductiva del JOVEN y del ADOLESCENTE:

OPORTUNIDADES, ENFOQUES Y OPCIONES



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Traducción del inglés: Adolescent and Youth Sexual Reproductive Health: Opportunities, Approaches and Choices

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones
Washington, D.C.: OPS, © 2008

ISBN: 978-92-75-3293-5

I. Título

1. SALUD DEL ADOLESCENTE
2. CONDUCTA SEXUAL
3. SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA
4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – epidemiología
5. SEROPREVALENCIA DE VIH
6. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – prevención & control
7. AMÉRICA LATINA

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deben dirigirse al Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, Salud Familiar y Comunitaria, FCH/CH.

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, USA

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respeto de la delimitación de sus fronteras. La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Autora

Marilyn Lauglo

Equipo técnico del proyecto

Matilde Maddaleno
Ewa Nunes Sorenson

Revisión técnica

Matilde Maddaleno
Ewa Nunes Sorenson
Rafael Mazin
Saida Lakhdim

Editora

Lauren Brown



Sida



NORAD
DIREKTORATET FOR
UTVIKLINGSSAMARBEID
NORWEGIAN AGENCY FOR
DEVELOPMENT COOPERATION

Índice



Acrónimos ::4::

Introducción ::5::

Antecedentes ::7::

Indicadores para la salud sexual y reproductiva ::9::

Marco conceptual para identificar intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva ::13::

Enfoques para avanzar la salud sexual y reproductiva ::15::

Enfoques principales ::15::

- 1: Focalizarse en alcanzar a los jóvenes más pobres y vulnerables ::15::
- 2: Fortalecer capacidades a nivel país ::17::
- 3: Fortalecer la aplicación del Acuerdo de París a nivel país ::20::
- 4: Identificar los factores subyacentes en salud sexual y reproductiva ::20::

Otros puntos de entrada ::25::

Recomendaciones ::27::

Referencias ::33::

Bibliografía ::35::

Cuadro 1 Indicadores de salud sexual y reproductiva en países seleccionados, 1990 e información reciente ::10::

Cuadro 2 Factores individuales, sociales y estructurales para las intervenciones ::14::

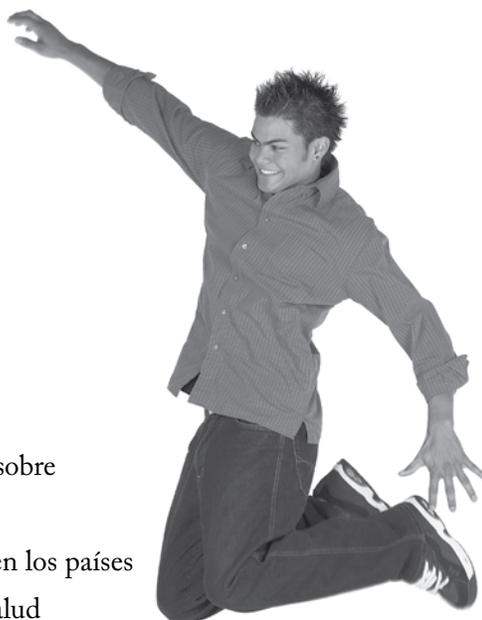
Cuadro 3 Diferencias en resultados de salud sexual y reproductiva en países seleccionados de Latinoamérica y el Caribe (LAC), 2005 ::16::

Cuadro 4 Conocimiento y prevalencia de VIH en adolescentes de países seleccionados de LAC, 2005 ::19::

Figura 1 Marco de epidemiología social para identificar intervenciones destinadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes ::11::



Acrónimos



| | |
|--------------|--|
| AGI | Instituto Alan Guttmacher |
| ALC | América Latina y el Caribe |
| APS | Atención primaria de salud |
| CIPD | Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo |
| ECP | Estrategia de cooperación en los países |
| EDS | Encuesta demográfica de salud |
| DELP | Documentos de la estrategia Lucha contra la Pobreza |
| FMSTM | Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria |
| FNUAP | Fondo de Población de Naciones Unidas |
| FODA | Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas |
| HSH | Hombres que tienen sexo con hombres |
| ITS | Infecciones de transmisión sexual |
| LGBT | Lesbianas, gay, bisexual y transgénero |
| MANUD | Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OEA | Organización de Estados Americanos |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OPV | Consejería y pruebas voluntarias |
| OSC | Organizaciones de la sociedad civil |
| PVH | Virus del papiloma humano |
| PVVS | Personas que viven con VIH |
| Sida | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| SSRA | Salud sexual y reproductiva de adolescentes |
| TMM | Tasa de mortalidad materna |
| TFT | Tasa de fecundidad total |
| UDI | Usuarios de drogas inyectables |
| VIH | Virus de la inmunodeficiencia humana |

Introducción



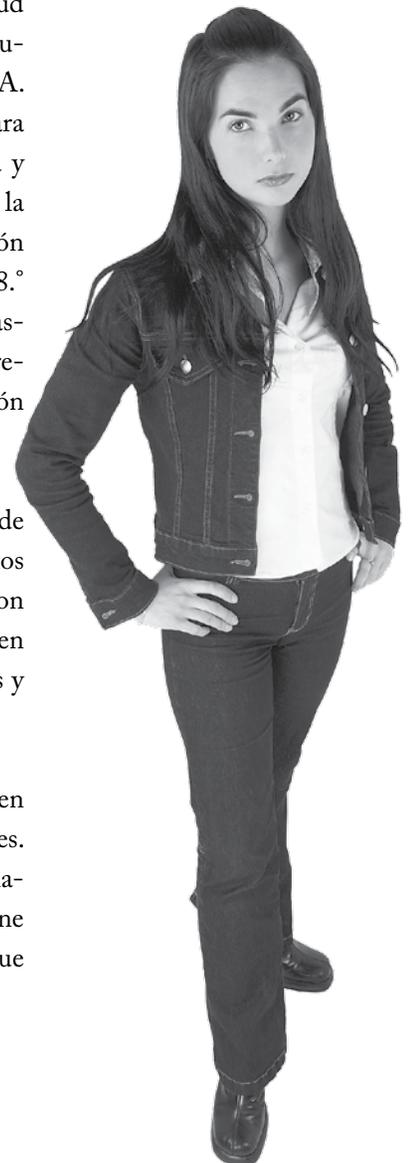
La salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SSRA) continúa siendo un asunto urgente en América Latina y el Caribe (ALC). VIH, abortos en situaciones de riesgo y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son aún causas importantes de mortalidad y morbilidad para la población joven en la Región (1). Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y la falta de acceso a anticonceptivos repercuten negativamente en la salud de este grupo etario y continuarán impactando su bienestar y desarrollo mientras no sean prioridades políticas y financieras para los gobiernos y los tomadores de decisión. La combinación de la falta de acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, escasos programas de educación en salud sexual y servicios de salud poco convenientes para los jóvenes se traduce en estados de salud sexual y reproductiva deficientes, principalmente para los grupos de alto riesgo (1,2).

El principal objetivo de este documento es sugerir puntos de entrada para promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe.

El principal objetivo de este documento es sugerir puntos de entrada para promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe (ALC). El documento comienza con una discusión de los indicadores identificados para medir la SSRA. Luego sugiere un marco conceptual apropiado para seleccionar los puntos de entrada para las intervenciones y propone cuatro enfoques que deberían implementarse coordinada y sistemáticamente para promover la SSRA. Presenta, además, las siete líneas de acción de la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2008-2018, aprobado el 1 de octubre de 2008 por el 48.º Consejo Directivo, y en las que se enmarca este documento. Finalmente, se tratan otros aspectos que es necesario considerar cuando se promueve la SSRA. Este documento no pretende proporcionar todas las respuestas a la SSRA, sino que espera promover la discusión sobre el tema y contribuir a nuevos enfoques que mejoren la SSRA en la Región.

Las primeras dificultades surgen en la medición de la SSRA, ya que no se dispone de indicadores que definan una sexualidad saludable. Debido a problemas de atribución, los indicadores convencionales utilizados para evaluar la SSRA se basan en la población, y son limitados cuando se trata de determinar la eficacia lograda en la promoción de la SSRA en LAC. Aunque se dispone de otros indicadores a menudo estos se centran en problemas y no en mediciones de comportamientos saludables.

La SSRA está influenciada por varios factores, como los roles de género, las inequidades en salud, el VIH, las enfermedades no transmisibles y la salud y sistemas de salud sostenibles. Debido a que el trabajo en cada una de estas áreas impacta la SSRA, se requiere de la colaboración de las diferentes unidades, instituciones y sectores. Por consiguiente, se propone un marco conceptual que indique diversos puntos de entradas para las intervenciones, que





considere los factores individuales, sociales y estructurales, y los nexos que existen entre ellos y que influyen la SSRA.

Se recomiendan cuatro enfoques para promover la SSRA. Aunque ya se hayan realizado actividades relacionadas con algunos de ellos, se recomienda que se lleven a cabo conjuntamente y de una manera sistemática. Los cuatro enfoques son:

- ◆ Focalizarse en alcanzar a los jóvenes más pobres y vulnerables
- ◆ Fortalecer las capacidades a nivel de país
- ◆ Fortalecer la aplicación del Acuerdo de París a nivel país
- ◆ Abordar los factores subyacentes

Por último, el documento se enfoca en las siete líneas de acción de la Estrategia Regional de OPS para Mejorar la Salud de los Adolescentes, que fue establecida con información, evidencia y conocimientos, y descansa en los siguientes pilares: atención primaria de salud, promoción de la salud, protección social y factores sociales determinantes de la salud. A su vez, llama a la integración de enfoques, y desafía a los programas y servicios que afrontan los aspectos de salud con un enfoque integrado, para asegurar un mejor resultado de la SSRA.

Antecedentes



La población joven es un grupo de edad importante, que comprende el 30% de la población en América Latina y el Caribe;¹ la sexualidad precoz, los matrimonios tardíos y el mayor énfasis que se le ha dado a la educación han contribuido a la aceptación de la adolescencia como una fase distintiva de la vida (3). Se considera un sector de población relativamente “saludable” y, por ello, a menudo se pasan por alto sus necesidades en salud. No obstante, dado que la población joven se ve particularmente afectada por la pandemia de la infección por el VIH, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes merece especial atención. Muchos de los comportamientos que se establecen durante la adolescencia pueden tener efectos persistentes en la edad adulta. Para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es necesario abordar aspectos tales como la maternidad temprana, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención en salud, la violencia y los comportamientos de riesgo.

¹ Se define: Población joven: 10 a 24 años; Jóvenes: 15 a 24 años; Adolescentes: 10 a 19 años de edad.

El sida es una de las cinco principales causas de muerte de los jóvenes en el Caribe, con aproximadamente 1,6% de la población de 15-24 años infectada por el VIH. En América Latina, la prevalencia es de 0,3% (1). Además, uno de cada 20 jóvenes en la Región está infectado con una ITS (1).

El embarazo no planeado sigue siendo un problema en la Región, ya que el 25% de las mujeres jóvenes en América Latina y el Caribe son madres antes de los 20 años de edad, y el 45% de estos embarazos son el resultado del mal uso o la falta de anticonceptivos (2). En 2008 un estudio demostró que esto podría atribuirse a la falta de políticas relacionadas con la educación en salud sexual y reproductiva que respondan eficientemente al aumento de las primeras relaciones sexuales a edades más tempranas (2). Por ejemplo, en algunos países de Centroamérica, el 50% de las mujeres jóvenes han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años (1). Casi el 90% de los jóvenes en América Latina y el Caribe están familiarizados con al menos un método de anticoncepción, sin embargo, entre el 48 y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca los utiliza. Entre los que han usado un método anticonceptivo, aproximadamente el 40% lo hace regularmente (4). Esto demuestra que si se tiene un mayor acceso a los servicios de salud de calidad en combinación con una mejor educación sexual, se podrían prevenir las ITS/VIH y los embarazos no deseados, lo que a su vez revela el alto nivel de necesidades no satisfechas para una anticoncepción segura (5).

En algunos países de Centroamérica, el 50% de las mujeres jóvenes han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.

Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas. Lo mismo sucede en aquellas de un nivel socioeconómico bajo, en relación con las que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto (5). Estas madres jóvenes son generalmente pobres, sin redes



de apoyo social y tienen poca educación, continuando así con el ciclo vicioso de pobreza intergeneracional.

Además de los problemas sociales del embarazo precoz y no planeado, hay también efectos biomédicos negativos. Durante 2007, las condiciones obstétricas fueron la causa más común de hospitalización de las mujeres en la Región (1). Además, en 2003 las mujeres menores de 24 años de edad representaron el 45% de muertes estimadas debido a abortos inseguros (1).



Las normas de género culturales y sociales restringen muchas veces el acceso de las adolescentes a información y conocimiento básico, y prescriben un rol desigual y más pasivo en la toma de decisiones en relación a su sexualidad. Esto disminuye su autonomía y expone a muchas de ellas a la coerción sexual y las relaciones abusivas; por ejemplo, la violencia contra las mujeres jóvenes o la amenaza de violencia aumenta su vulnerabilidad. Asimismo, las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad están asociadas con comportamientos que aumentan el riesgo de infecciones de VIH/ITS entre los jóvenes varones. Son necesarios avances significativos en equidad de género para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, aumentar el empoderamiento de las adolescentes mujeres y la sensibilización de los adolescentes varones (1).

Desde que se realizó la Conferencia Internacional de Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo (1994), 179 países han acordado un Programa de Acción, que reitera la necesidad de mejorar la SSRA, especialmente para prevenir la transmisión de ITS y VIH, con foco en edades que fluctúan entre los 15 y 24 años (6).

Las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad están asociadas con comportamientos que aumentan el riesgo de infecciones de VIH/ITS entre los jóvenes varones.

La importancia de un enfoque holístico en salud sexual también se reconoció el año 2000 en Guatemala, en una consulta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y en la publicación resultante, *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción* (7). Una perspectiva de desarrollo humano fue parte integrante del marco de SSRA que OPS elaboró en 2003 y se enunció en *Salud sexual y el desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas* (8). Estos aspectos fueron analizados en profundidad en la publicación de OPS, *Jóvenes: opciones y cambios*, que proporciona una revisión comprensiva de los marcos teóricos para la promoción de la salud y desarrollo de los adolescentes (9).

Indicadores de la salud sexual y reproductiva



En el documento Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas (8), se presenta un marco conceptual que va desde la prevención de algunos problemas específicos, tales como el embarazo precoz o la prevención de las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH, a una perspectiva más amplia, que incluye aspectos tales como género, sexualidad y desarrollo cognoscitivo y psicosexual dentro de un contexto social, cultural e institucional. Desafortunadamente, aunque el documento hace referencia a los aspectos positivos de una sexualidad saludable, el cuadro 2 (Características de un desarrollo óptimo para una adolescencia sexualmente saludable, p.10), no proporciona indicadores que ayuden a medir este cambio de enfoque hacia un marco conceptual positivo de SSRA.

Para medir el progreso sólo se dispone de indicadores de impacto, centrados en los problemas. Ejemplo: la maternidad precoz, las infecciones de transmisión sexual, la mortalidad materna, el uso de métodos anticonceptivos, la información (o la carencia de esta) sobre la infección por el VIH y las conductas de riesgo. Existe preocupación por el progreso escaso de estos indicadores entre la población joven de la Región.

El primer paso es evaluar la situación de SSRA en América Latina y el Caribe. Debido a que la compilación de datos sobre adolescentes y jóvenes de una manera sistemática entre los países es escasa, hay que utilizar datos generales de salud sexual y reproductiva.

Se seleccionaron once países para proporcionar una visión conjunta de la Región. Cuatro de ellos fueron elegidos por el gran tamaño de su población: en conjunto, Brasil, México, Argentina y Colombia incluyen al 67% de la población de América Latina y el Caribe. Cinco países se seleccionaron por ser prioritarios² para la OPS y en conjunto contribuyen con un 6% de la población de América Latina y el Caribe. Jamaica se ha incluido por ser un país del Caribe con alta prevalencia de VIH y Guatemala, por el constante interés que genera en los donantes.

Si se observa el cuadro 1, se puede comprobar que la razón de mortalidad materna ha mejorado en seis países y ha empeorado en cuatro; no se dispone de datos comparativos para 1990 en el caso de Guyana. La tasa global de fecundidad ha descendido en todos los países. La tasa de fecundidad específica por edad en mujeres jóvenes de 15 a 20 años también ha disminuido en todos ellos, excepto en Brasil.

Debido a que la compilación de datos sobre adolescentes y jóvenes de una manera sistemática entre los países es escasa, hay que utilizar datos generales de salud sexual y reproductiva.

² Países prioritarios para OPS: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua.

Según esta información, se aprecia que la maternidad entre las jóvenes ha mejorado durante los últimos 15 años y se han logrado algunos avances. Sin embargo, los estudios recientes del Instituto Alan Guttmacher indican que la maternidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en Honduras, Nicaragua y Guatemala es más elevada que lo que indican los datos descritos en el cuadro 1 (5; 10-11).³

³ Honduras (137 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años), Nicaragua (119), Guatemala (114).

La razón de mortalidad materna, la tasa global de fecundidad y la tasa de fecundidad específica por edad son indicadores de impacto de base poblacional y son el resultado de múltiples factores diferentes. Es importante recordar que la mejora de estos indicadores requiere el compromiso a largo plazo de las diferentes iniciativas. Es más, muchos de los factores que repercuten en estos resultados son externos a la esfera habitual de influencia del sector de salud. Cuando se producen cambios, es difícil determinar exactamente qué factor o combinación de factores han conducido a este cambio (10).

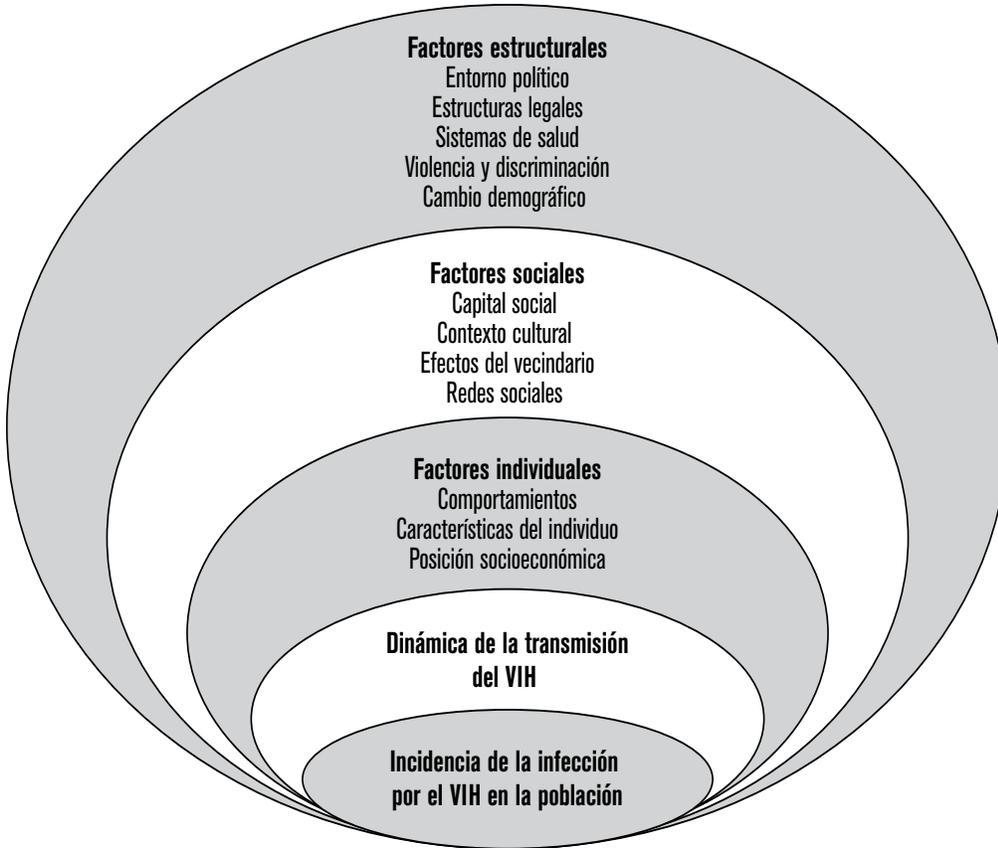
Aunque también se centran en los problemas, se puede considerar el uso de los indicadores de ONUSIDA para los programas nacionales de lucha contra el sida destinados a la población joven, ya que se trata de indicadores más específicos relacionados con los comportamientos, la información y otros factores determinantes de riesgo (12).

CUADRO 1. Indicadores de la salud sexual y reproductiva en países seleccionados; 1990 y datos más recientes

| | Razón de mortalidad materna: defunciones por 100.000 nacidos vivos | | Tasa de fecundidad específica por edad en mujeres de 15 a 20 años | | Tasa global de fecundidad en mujeres de 15 a 49 años | |
|-----------|--|---------------------|---|---------------------|--|---------------------|
| | 1990 | Datos más recientes | 1990 | Datos más recientes | 1990 | Datos más recientes |
| Argentina | 100 | 82 | 73 | 59 | 3,0 | 2,6 |
| México | 110 | 83 | 83 | 67 | 3,5 | 2,8 |
| Brasil | 220 | 260 | 82 | 90 | 2,9 | 2,6 |
| Colombia | 100 | 130 | 91 | 77 | 3,1 | 2,8 |
| Bolivia | 650 | 420 | 89 | 81 | 4,9 | 4,2 |
| Guyana | NA | 170 | 92 | 62 | 2,6 | 2,4 |
| Haití | 1.000 | 680 | 84 | 61 | 5,4 | 4,5 |
| Honduras | 220 | 110 | 131 | 98 | 5,1 | 4,2 |
| Nicaragua | 160 | 230 | 163 | 119 | 4,9 | 3,9 |
| Guatemala | 200 | 240 | 130 | 111 | 5,6 | 4,9 |
| Jamaica | 120 | 87 | 108 | 78 | 3,0 | 2,6 |

Fuente: UNFPA, Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators, 2005 (17).

Figura 1. Marco epidemiológico social para la selección de intervenciones dirigidas a mejorar la SSRA (13. Con permiso).



Fuente: Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. Epidemiol Rev 2004; 26: 22–35.





La razón de mortalidad materna, la tasa global de fecundidad y la tasa de fecundidad específica por edad son indicadores de impacto de base poblacional y son el resultado de múltiples factores diferentes.

Marco conceptual para seleccionar intervenciones en materia de SSRA



Los tres documentos referidos anteriormente apuntan al desarrollo individual de factores e influencias en el contexto social y ambiental que impactan la SSRA y su desarrollo. Un marco epidemiológico social elaborado por Poundstone et al. y utilizado para explicar la incidencia de la infección por el VIH, coincide con los marcos conceptuales de estos documentos. En él, los factores se agrupan en diferentes niveles (figura 1) (13).

- ◆ *Factores individuales, que incluyen* comportamientos, características individuales y posición socioeconómica.
- ◆ *Factores sociales, que incluyen* capital social, contexto cultural, efectos del vecindario y las redes sociales.
- ◆ *Factores estructurales, que incluyen* guerras y militarización, cambios demográficos, violencia estructural y discriminación, estructuras legales y entorno político.

Una modificación de este marco epidemiológico sugiere incluir a los sistemas de salud entre las influencias estructurales. Se debería tener en cuenta no sólo la existencia de los servicios de salud sino también su adecuación a las necesidades identificadas, su aceptabilidad por parte de los usuarios y su accesibilidad geográfica y económica.

Este marco conceptual también se podría aplicar a otros problemas clave en materia de SSRA, tales como maternidad temprana, mortalidad materna, actividad sexual no consensual o aborto inseguro. Los diferentes niveles están interrelacionados ya que existen vínculos entre los distintos factores. Con el objeto de seleccionar los puntos de entrada para las intervenciones dirigidas a un problema de salud específico, es importante determinar los factores clave y discernir los vínculos existentes entre ellos. En el cuadro 2 se proporcionan ejemplos de factores individuales, sociales y estructurales que se pueden mencionar o destacar cuando se trata de mejorar la SSRA.

Con el objeto de seleccionar los puntos de entrada para las intervenciones dirigidas a un problema de salud específico, es importante determinar los factores clave y discernir los vínculos existentes entre ellos.



Cuadro 2. Factores individuales, sociales y estructurales e implicaciones para las intervenciones

| Nivel de los factores | Implicancias para las intervenciones |
|--|--|
| Individuales: características (edad, sexo, grupo étnico, estado civil), comportamientos, posición socioeconómica | Centrarse en seleccionar a las personas vulnerables con miras a reducir su vulnerabilidad; garantizar el acceso a la información y los servicios; y lograr modificar los comportamientos. |
| Sociales: redes sociales, contexto cultural, capital social | Centrarse en abordar los determinantes sociales y los patrones que conducen a los problemas en materia de SSRA, promover normas culturales que lleven a resultados saludables, y captar el capital social que favorezca los resultados saludables en los diferentes grupos sociales. |
| Estructurales: entorno político, sistemas legales, violencia estructural y discriminación, cambios demográficos | Centrarse en mejorar el entorno político, defender los derechos humanos, fortalecer los sistemas de salud y reducir la discriminación y la violencia. |

El recuadro 1 ilustra el ejemplo de la mortalidad materna, y señala algunos factores individuales, sociales y estructurales que pueden indicar algunos puntos de acceso para abordar la mortalidad materna en adolescentes y jóvenes.

Recuadro 1: Factores relacionados con la mortalidad materna

Epidemiología social de la mortalidad materna de la población joven

Factores individuales

- ◆ Características individuales: edad, género, lugar de residencia, situación de pobreza, grupo étnico, educación, estado civil
- ◆ Comportamientos: limitado uso de métodos anticonceptivos, exposición a abortos en condiciones de riesgo, carencia de atención prenatal, ausencia de atención calificada del parto.

Factores sociales

- ◆ Contexto cultural: matrimonio a edad temprana, reticencia a obtener información sobre anticonceptivos o a utilizar los servicios de salud, barreras idiomáticas y culturales, y roles de género.
- ◆ Redes sociales: función de las parejas y de otros miembros de la familia.
- ◆ Capital social: reconocimiento por parte de la comunidad de los signos de complicaciones del parto y apoyo comunitario para acceder a los servicios asistenciales de referencia.
- ◆ Efectos del vecindario: falta de oportunidades, por ejemplo: educación, empleo, etc.

Factores estructurales

- ◆ Entorno político: necesidad de notificación paterna para acceder a anticonceptivos; abortos sin riesgos; políticas de protección social de la maternidad.
- ◆ Sistemas de salud: necesidades anticonceptivas insatisfechas, disponibilidad de información y servicios; atención calificada del parto, disponibilidad de servicios asistenciales de referencia; mecanismos de pago por los servicios; aceptabilidad (calidad) de los servicios dirigidos a los diferentes grupos, por ejemplo, con base a edad, sexo o grupo étnico; acceso a la atención integral postaborto.
- ◆ Estructura legal: protección contra el matrimonio a edad temprana; protección contra la coerción sexual tanto dentro como fuera del matrimonio; dificultades para que la población joven pueda tener acceso a los anticonceptivos; aborto sin riesgos; disponibilidad de contracepción de emergencia.

Enfoques para avanzar la salud sexual y reproductiva



Enfoques principales

Para promover la SSRA en ALC se propone:

- ◆ Focalizarse en alcanzar a los jóvenes más pobres y vulnerables
- ◆ Fortalecer las capacidades a nivel país
- ◆ Fortalecer la aplicación del Acuerdo de París a nivel país
- ◆ Identificar los factores subyacentes en SSRA

Se sugiere un esfuerzo para que estos enfoques se lleven a cabo de manera coordinada y sistemática y se dirija la atención hacia los adolescentes y jóvenes más pobres y vulnerables, abordando los determinantes sociales y estructurales de salud con la participación de organismos de las Naciones Unidas (ONU), y construyendo capacidades a nivel país con el objetivo de mejorar la ejecución de estas acciones.

Enfoque 1: Focalizarse en alcanzar a los jóvenes más pobres y vulnerables

Existen diferentes formas de definir a las personas de pobres y a los grupos vulnerables. Es necesario dirigir la atención hacia adolescentes y jóvenes pobres, a los que no asisten a la escuela, a los que viven en la calle, a los trabajadores migrantes, a los grupos étnicos minoritarios, a los jóvenes sin empleo o los que trabajan en la economía informal, y a los grupos vulnerables a la infección por el VIH (hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los/las trabajadores/ras sexuales (TS), usuarios de drogas inyectables, y otros). Se trata, en general, de personas “sin voz” a quienes no se les brinda atención.

El principal objetivo de este documento es sugerir puntos de entrada para promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe.

Cuando se apunta a jóvenes de pobres, la atención se dirige hacia los países señalados como prioritarios para las actividades de la OPS. En conjunto, estos países comprenden 30 millones de personas, lo que constituye el 5,8% de la población de América Latina y el Caribe.

Con una población estimada en América Latina y el Caribe de 568 millones, no se debe descuidar a las grandes poblaciones que residen en Brasil (188 millones de habitantes), México (108 millones de habitantes), Colombia (46 millones de habitantes) y Argentina (39 millones de habitantes) (14). Juntos, estos países comprenden más de las dos terceras partes de la población de la Región. La proporción de jóvenes que viven bajo la línea de la pobreza —aunque menor que la proporción de los países prioritarios de OPS— alcanza una magnitud importante, que a menudo supera el número total de habitantes de muchos países de la Región.

En estos grandes países de ingresos medianos las disparidades entre las personas de más ingresos y las de menos son sustanciales. El cuadro 3 muestra algunos resultados en salud

sexual y reproductiva de los once países. Se pueden observar considerables diferencias entre las provincias, entre las comunidades rurales y urbanas, y entre las mujeres de los hogares del quintil más alto y el quintil más bajo. Se debe procurar dirigir la atención hacia los pobres y los que residen en entornos rurales ya que, a menudo, se trata de las mismas personas.

El análisis de los ingresos para quintiles basado en los datos de las encuestas de población demográficas y de salud (EDS) constituye un método bien establecido y ampliamente difundido por el Banco Mundial. Se cuenta con los informes de nueve países de América Latina y el Caribe (15). Aunque tal vez no se disponga de informes recientes de todos los países, el método se ha difundido tan ampliamente que otros pueden aplicarlo a los datos disponibles de las encuestas demográficas y de salud.

Los esfuerzos dirigidos a la población pobre de cada país tendrán un mayor impacto en los indicadores de base poblacional. Es importante identificar a la gente pobre en los países con poblaciones de ingresos bajos y medios altos. El cuadro indica que en muchos países se pueden determinar las provincias o regiones que tienen los peores resultados en salud. Se reconoce la gran dificultad de alcanzar a “los más pobres entre los pobres” y la existencia de obstáculos que son difíciles de superar. Sin embargo, ello no debe desviar el compromiso de alcanzar a los más pobres, ya que son los que tienen las mayores necesidades de salud. Los esfuerzos pueden dirigirse a alcanzar al segundo quintil, ya que estas intervenciones a veces también alcanzan al quintil de abajo.

Cuadro 3. Disparidades en los resultados de la SSRA en países seleccionados de ALC, 2005

| | Población urbana (%) | Tasa de fecundidad específica por edad en mujeres de 15 a 19 años | | | | Madres adolescentes de 15 a 19 años (%) | | Partos atendidos por personal capacitado en mujeres de 15 a 49 años (%) | | | | | |
|-----------|----------------------|---|-----|--------------------------------------|----|---|----|---|----|-------------------------------------|----|---|-----|
| | | Entorno urbano y entorno rural | | Quintil más pobre y quintil más rico | | Entorno urbano y entorno rural | | Entorno urbano y entorno rural | | Quintil más bajo y quintil más alto | | Provincias con resultados bajos y altos | |
| Argentina | 91 | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD |
| México | 76 | 62 | 95 | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD | SD |
| Brasil | 84 | 78 | 122 | 176 | 28 | 17 | 24 | 98 | 94 | 72 | 99 | 95 | 98 |
| Colombia | 77 | 71 | 134 | 180 | 24 | 17 | 26 | 94 | 70 | 64 | 99 | 78 | 98 |
| Bolivia | 64 | 68 | 124 | 168 | 27 | 13 | 22 | 78 | 39 | 20 | 98 | 43 | 84 |
| Guyana | 39 | SD | SD | SD | SD | SD | SD | 100 | 80 | SD | SD | 22 | 100 |
| Haití | 39 | 61 | 100 | 105 | 25 | 13 | 23 | 52 | 11 | 4 | 70 | 10 | 57 |
| Honduras | 46 | 114 | 162 | SD | SD | SD | SD | 83 | 38 | SD | SD | 35 | 90 |
| Nicaragua | 58 | 99 | 153 | 213 | 58 | 21 | 30 | 89 | 46 | 78 | 99 | 35 | 94 |
| Guatemala | 47 | 85 | 133 | 203 | 54 | 34 | 42 | 66 | 30 | 9 | 92 | 19 | 71 |
| Jamaica | 52 | 114 | 133 | SD | SD | SD | SD | 95 | 94 | SD | SD | 94 | 96 |

SD = Sin datos

Fuente: UNFPA, *Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators*, 2005 (17)

Enfoque 2: Fortalecer las capacidades a nivel país

Se recomienda el fortalecimiento de las capacidades a los siguientes grupos de profesionales:

2. a Profesionales de las oficinas de países de OPS/OMS

Para promover la SSRA, se requieren capacidades y compromiso por parte de los países en forma sistemática.

◆ Un enfoque sistemático recomienda:

- Evaluar si la SSRA está incluida en la Estrategia de Cooperación del País
- Evaluar el grado de compromiso con la SSRA en las oficinas de los países en cuanto a presupuesto, recursos humanos y nivel de actividad;
- Evaluar las necesidades de capacitación de los puntos focales en materia de SSRA; y
- Analizar los procesos de gestión para mejorar el desempeño en torno a la SSRA.

◆ Definición de competencias básicas

Los puntos focales en materia de SSRA varían en cuanto a su formación básica, a su interés en temas de SSRA y a la presencia de otras áreas de trabajo en competencia. Además, operan en contextos de países con sistemas de salud, problemas y actores estratégicos diferentes. Sin embargo, se sugiere adoptar medidas para conseguir que todos los puntos focales en materia de SSRA tengan competencias básicas en:

- temas de SSRA, incluida la infección por el VIH;
- estrategias para introducir los temas de SSRA en la agenda nacional, por ejemplo, cómo identificar a los interesados directos clave, trabajar con los socios, utilizar los medios de comunicación, usar estratégicamente el asesoramiento técnico para abogacía y aprender de los otros;
- utilizar un enfoque de derechos humanos y de género para asegurar que los derechos de la población joven no queden sin protección en las políticas y en las prácticas nacionales;
- cómo hacer uso de estrategias para utilizar las iniciativas de salud globales, por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) para promover la SSRA.

Aunque tal vez no se disponga de informes recientes de todos los países, el método se ha difundido tan ampliamente que otros pueden aplicarlo a los datos disponibles de las encuestas demográficas y de salud.

2.b Grupos de profesionales entre las autoridades nacionales

◆ Fortalecer las capacidades de las autoridades nacionales para abogar por la salud

Las autoridades nacionales necesitan aumentar sus capacidades para abogar por la salud en un entorno competitivo, usar los instrumentos de los derechos humanos para proteger la salud de la población, y proteger y fortalecer sus sistemas de salud ante las iniciativas de salud globales.

Los cinco países prioritarios y otros dos países de América Latina y el Caribe poseen Documentos de Estrategia de la Lucha contra la Pobreza (DELP). Si en estos documentos se

presta una atención adecuada a las necesidades y contribuciones de los jóvenes, las autoridades nacionales podrían conceder mayor atención a la SSRA. Aunque los jóvenes de 15 a 24 años de edad constituyen entre el 19 y el 35% de la población de los países prioritarios de OPS, sólo se mencionan en uno de estos documentos estratégicos (Nicaragua) y se les presta una escasa atención en su plan de acción (16). El incluir al sector de salud en los DELP podría fortalecer la posibilidad de promover la SSRA.

Mientras que, en general, las autoridades nacionales no prestan suficiente atención a la población joven, en muchos países surge una creciente inquietud ante el incremento del nivel de violencia callejera. Esto quizá constituya la puerta de entrada que permita atraer la atención de las autoridades nacionales hacia las necesidades de desarrollo de este grupo.

◆ Ayudar a las autoridades nacionales a obtener información pertinente en materia de SSRA

Las encuestas demográficas y de salud pueden suministrar abundante información sobre diversos temas de salud reproductiva de forma sistemática. Desde que se iniciaron en 1984, estas encuestas se han llevado a cabo en 15 países de ALC. En comparación con otras regiones, son muy pocos los países de América Latina y el Caribe que alguna vez han llevado a cabo una encuesta demográfica y de salud.

Se recomienda colaborar activamente con las autoridades nacionales en la planificación de las encuestas demográficas y de salud.

Se recomienda colaborar activamente con las autoridades nacionales en la planificación de las encuestas demográficas y de salud. Los aspectos que dependen de la decisión de cada país son los siguientes:

- los módulos que se deben incluir en la encuesta, por ejemplo, información sobre el uso de métodos anticonceptivos, partos asistidos, conocimientos globales sobre la infección por el VIH, actitudes ante la violencia doméstica, toma de decisiones en el hogar por parte de las mujeres;
- la información sobre los entrevistados, por ejemplo, zona regional de residencia, edad (en segmentos de 5 años) e ingresos domésticos;
- la disponibilidad de los datos una vez recopilados;
- la difusión de los resultados.

A veces, los datos pueden revelar resultados que los gobiernos quizá no deseen diseminar ampliamente. Por este motivo, es importante garantizar que los datos recopilados estén fácilmente a disposición de los grupos de investigación que deseen realizar estudios adicionales, por ejemplo, sobre niveles de pobreza o diferencias geográficas. Asimismo, es importante que los resultados de EDS se difundan de manera que los posibles usuarios puedan comprenderlas fácilmente. Las decisiones sobre estos temas deben adoptarse durante la fase de planificación.

El cuadro 4 muestra la información disponible acerca de los conocimientos sobre el VIH en los once países seleccionados mencionados anteriormente. Nueve de ellos han realizado como mínimo una EDS. La información que aparece en las tres columnas de la derecha, relativa a los conocimientos sobre la infección por el VIH, es la información estándar de uno de los módulos de las EDS. Como se puede ver, en muchos casos no se dispone de esta información, a pesar de la alta prevalencia de la infección por el VIH en algunos de estos países. Esto constituye un ejemplo de cómo se podría colaborar activamente con las autoridades nacionales para determinar el contenido de las encuestas.

Cuadro 4. Conocimientos sobre el VIH y prevalencia de esta infección en adolescentes de países seleccionados de LAC, 2005

| | Estimación de prevalencia de la infección por VIH en personas de 15 a 49 años | Estimación de prevalencia de la infección por VIH en personas de 15 a 24 años | Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que saben que una persona puede protegerse del VIH mediante el uso consistente de preservativos | Porcentaje de hombres de 15 a 24 años que saben que una persona puede protegerse del VIH mediante el uso consistente de preservativos | Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que saben que una persona de aspecto sano puede transmitir el VIH |
|------------|---|---|---|---|---|
| Argentina | 0,7 | 0,6 | SD | SD | SD |
| México* | 0,3 | 0,2 | SD | SD | SD |
| Brasil* | 0,7 | 0,6 | SD | SD | 79 |
| Colombia* | 0,7 | 0,5 | 67 | SD | 83 |
| Bolivia* | 0,1 | 0,1 | 56 | SD | 64 |
| Guyana* | 2,5 | 3,6 | 69 | SD | 84 |
| Haiti* | 5,6 | 4,5 | 46 | 72 | 68 |
| Honduras* | 1,8 | 1,4 | 35 | SD | 81 |
| Nicaragua* | 0,2 | 0,2 | SD | SD | 73 |
| Guatemala* | 1,1 | 0,9 | SD | SD | SD |
| Jamaica | 1,2 | 0,8 | SD | SD | SD |

Fuente: UNFPA, *Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators, 2005 (17)*.

SD = Sin datos

*Se han llevado a cabo encuestas demográficas y de salud (EDS).

2.c Profesionales en organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) brindan oportunidades que a veces los ministerios de salud no pueden brindar. Más importante, las OSC a menudo representan grupos especiales de interés y pueden abogar por temas específicos. Las organizaciones de la sociedad civil integradas por jóvenes usualmente comprenden mejor su situación, a menudo pueden presentar soluciones prácticas y factibles a sus problemas, y pueden aprovechar ciertos recursos que están únicamente a su alcance.

Algunas OSC pueden tener poca experiencia para trabajar con “el sistema”. Fortalecer sus capacidades mejorará sus posibilidades para una más efectiva abogacía. Esto significa fortalecer su capacidad para comprender documentos oficiales y también para producir documentos que podrán ser utilizados por las autoridades nacionales; aumentar su confianza para expresarse en el escenario público; familiarizar a sus miembros con las finanzas; y aumentar sus conocimientos básicos en materia de SSRA para que puedan expresarse con autoridad.

⁴ La Declaración de París sobre la Eficacia de la ayuda al desarrollo se puede acceder en <http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf>

Enfoque 3. Fortalecer la aplicación del Acuerdo de París a nivel país⁴

La coordinación y colaboración de las organizaciones de las Naciones Unidas son parte de la reforma de la ONU. Honduras se ha presentado como un ejemplo de buena colaboración interagencial en salud de los adolescentes y jóvenes y en SSRA. No ha sido posible identificar los componentes fundamentales que han facilitado este ejemplo de buena práctica. Pero la pregunta principal debe ser: ¿Se puede replicar esta experiencia?

Dado que la SSRA tiene obviamente muchos aspectos en común con el trabajo de las diferentes agencias de las Naciones Unidas en cuanto a su interés compartido por los adolescentes, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos, se sugiere que se lleve a cabo un análisis de la situación de cómo opera la OPS y las agencias de ONU en los distintos países. Las preguntas que deberían formularse son las siguientes:

- ¿Qué significa una mejor colaboración en términos operativos a nivel de país?
- ¿Qué se ha hecho para alentar sistemáticamente a los organismos de las Naciones Unidas para que colaboren y participen activamente en el proceso del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD)?
- ¿Qué grupos de temas lideran OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), y otras oficinas?
- ¿Cuántos programas conjuntos se han presentado a los donantes para solicitar su apoyo?

La salud es básicamente una consecuencia de determinantes económicos, sociales, culturales y ambientales, y la pobreza y la inequidad están fuertemente relacionadas con la carga de enfermedades.

Enfoque 4: Identificar los factores subyacentes en SSRA

Dirigiendo la atención a los jóvenes pobres y vulnerables, y trabajando más estrechamente con otras agencias de la ONU, el foco de las intervenciones puede ser más claro después de identificar los factores sociales y estructurales relacionados con la SSRA. Esfuerzos adicionales de capacitación, además de los discutidos anteriormente, se pueden adaptar a las intervenciones identificadas.

La salud es básicamente una consecuencia de determinantes económicos, sociales, culturales y ambientales, y la pobreza y la inequidad están fuertemente relacionadas con la carga de enfermedades.

La distribución desigual de experiencias perjudiciales en salud no es un fenómeno natural; en conjunto, los determinantes y las condiciones estructurales de la vida cotidiana constituyen los determinantes sociales de la salud (18).

La inequidad de género que se encuentra en todas las sociedades es sólo un ejemplo de un determinante estructural. Los prejuicios de género en el acceso a recursos y al poder, así como las normas culturales, contribuyen a una mala salud de los y las adolescentes. La inequidad de género afecta la salud de diversas formas: patrones de alimentación discriminatorios, violencia en contra de la mujer, falta de habilidades para negociar sexo seguro, falta de poder para tomar decisiones, división injusta del trabajo, y posibilidades de una vida mejor. La mortalidad y la morbilidad materna siguen siendo altas en muchos países y los servicios de salud reproductiva siguen siendo distribuidos en forma desigual en y entre ellos.

Los prejuicios de género en el acceso a recursos y al poder, así como las normas culturales, contribuyen a una mala salud de los y las adolescentes.

Una de las principales conclusiones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue enfocarse en la raíz de los problemas y aumentar las inversiones en los servicios y programas de salud sexual y reproductiva, con la meta final de lograr cobertura y derechos universales (18).

Como tal, hay muchas oportunidades para trabajar en los factores previamente mencionados. Tres áreas correlacionadas se destacan a continuación:

4.a Un enfoque basado en los derechos humanos

Un aspecto fundamental en la promoción de SSRA es la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos. La mayor parte de los países en la Región han firmado la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la Convención de los Derechos de los Niños.

La mayoría de los países de la Región también han adoptado los siguientes instrumentos del Sistema Interamericano para la Protección de los Derechos Humanos (1):

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

Es necesario promover iniciativas para mejorar el conocimiento básico de los derechos humanos con objeto de familiarizar a profesionales de Naciones Unidas en cada país, al personal sanitario nacional y a la sociedad civil con las diferentes convenciones y protocolos,



su relevancia para la salud (particularmente los ODM 3, 4, 5 y 6), las normas, los mecanismos de rendición de cuentas y los mecanismos de notificación de los incumplimientos. Los temas relacionados con la SSRA son:

- la discriminación contra la población joven (por razones de edad) en el acceso a la información y los servicios;
- la discriminación contra los grupos marginados (por ejemplo, los jóvenes que no asisten a la escuela, los adolescentes en la calle, los/las trabajadores(as) sexuales, los trabajadores migrantes) en el acceso a los servicios o a la información, a menudo como consecuencia de su falta de vínculo con las comunidades establecidas y la exclusión social;
- el estigma y la discriminación, que bloquea el acceso a los servicios a las personas viviendo con sida, a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y a los usuarios de drogas inyectables;
- las relaciones sexuales no consensuales en mujeres jóvenes casadas o solteras;
- las relaciones sexuales no consensuales en hombres jóvenes;
- el aborto inseguro, y
- la mortalidad materna.

El discurso acerca de los derechos reproductivos desde inicios de los 90 claramente destaca los vínculos que existen entre la salud de las mujeres y los derechos humanos específicos que se encuentran en las declaraciones, convenios internacionales, y convenciones (19).

4.b Servicios para la población joven/atención primaria en salud (APS)

Es necesario colaborar con las autoridades de asistencia sanitaria y las organizaciones no gubernamentales para mejorar la calidad de los servicios dirigidos a la población joven.

La OPS/OMS ha desarrollado una serie de herramientas y protocolos que aseguran la calidad de los servicios de salud. Los adolescentes y los jóvenes tienen múltiples y diversas necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Además de las diferencias en los roles y normas de género, existen importantes diferencias geográficas, económicas, sociales y educativas, que se suman a las diferentes capacidades en evolución de la gente joven y que son características de su edad. Un número importante de adolescentes y jóvenes puede además perder la conexión con sus familias y comunidades, y muchos de ellos también pueden formar parte de los grupos vulnerables y marginados, por ejemplo, jóvenes sin hogar, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables.

A menudo, no se tiene en cuenta que muchos adolescentes, particularmente las mujeres, viven en unión libre y frecuentemente ya son madres. En los países de mayor población se estima que una cuarta parte de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres, mientras



que en algunos países prioritarios los niveles son aún mayores. Estas mujeres jóvenes deben recibir atención especial, ya que a menudo viven en zonas rurales donde las redes de apoyo (si existen) son diferentes a las que posee una adolescente que vive en un entorno urbano.

Los servicios que proporcionan información, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) dirigidos a hombres jóvenes, a menudo no aparecen entre los servicios convencionales de salud sexual y reproductiva, que enfatizan en la salud materno-infantil y en los servicios de planificación familiar dirigidos a las mujeres. Los servicios que toman en cuenta las necesidades de los hombres jóvenes tienen que ser establecidos entre las normas y protocolos de atención primaria.

Las áreas o dimensiones que se recomienda considerar para la provisión de servicios de calidad son:

- *Eficiencia*- servicios, que provean atención de salud optimizando recursos y evitando que estos se desperdicien;
- *Accesibilidad*- servicios, que provean atención de salud de manera oportuna, geográficamente razonables y en un entorno que cuente con personal y recursos médicos apropiados;
- *Aceptabilidad*- *atención centrada en el paciente*, servicios que provean atención de salud tomando en cuenta las preferencias y aspiraciones de cada uno de los usuarios y con respeto por las culturas de las comunidades;
- *Equidad*- servicios, que provean atención de salud donde la calidad no varíe debido a las características personales como el sexo, la raza, el grupo étnico, la ubicación geográfica o el estado socioeconómico;
- *Seguridad*- servicios, que provean atención de salud reduciendo al mínimo los riesgos y daños para atender a los usuarios.



4.c Desbalances de género

Las actitudes y los comportamientos basados en el género constituyen poderosas instituciones sociales que influyen en las actitudes hacia el sexo y hacia la forma en que las personas hablan del tema, la sexualidad, los comportamientos de riesgo y los roles de género. Estas distinciones ponen a hombres y mujeres en situación de riesgo por diferentes razones. Las instituciones con un enfoque de género van más allá de las relaciones sexuales. Debido a desbalances de poder por razones de edad o género, la población joven a menudo no tiene acceso a los recursos económicos, no está protegida de la violencia doméstica y no son capaces de tomar decisiones en relación a su salud reproductiva.

En general, los conocimientos sobre la prevención del VIH son mayores en los hombres y en las personas que tienen una mejor situación económica. Se ha observado que las mujeres tienen más dificultades para acceder a la atención, la información y el tratamiento como

Las actitudes y los comportamientos basados en el género constituyen poderosas instituciones sociales que influyen en las actitudes hacia el sexo y hacia la forma en que las personas hablan del tema, la sexualidad, los comportamientos de riesgo y los roles de género.

consecuencia de la pobreza, la discriminación, la falta de movilidad y el estigma. El desbalance de poder por razones de género, particularmente en el hogar, constituye obstáculos significativos para la SSRA.

La violencia basada en el género —incluida la infringida por la pareja— es un factor que favorece la diseminación del VIH.

La violencia basada en el género —incluida la infringida por la pareja— es un factor que favorece la diseminación del VIH. Un reducido número de estudios en pequeña escala han encontrado que los hombres también pueden ser víctimas de actividad sexual coercitiva, pero las normas de género predominantes hacen muy difícil que ellos discutan sobre sus experiencias de actividad sexual no consensual. Los conflictos armados se asocian con una mayor prevalencia de la infección por el VIH, aunque las pautas de transmisión difieren entre hombres y mujeres.

Para mejorar la SSRA, la población joven debe ser capaz de:

- reconocer cuándo necesita acudir a los servicios de salud,
- saber dónde puede encontrar estos servicios,
- utilizar los servicios cuando sea necesario, y
- seguir los consejos y recomendaciones de los profesionales sanitarios para proteger su propia salud.



Otros puntos de entrada



Existen otras seis áreas que proporcionan puntos de entrada para promover la SSRA. Se presentan por separado ya que si se hubieran descrito dentro del marco principal del documento, habrían desviado la atención de la idea central de las recomendaciones anteriores.

1. Recopilar información sobre el aborto inseguro

Uno de los factores clave que contribuye a la mortalidad materna entre las adolescentes y jóvenes es el aborto inseguro. En 2005 se estimó que 14% de los abortos inseguros en la Región se produjeron en mujeres de 15 a 19 años, y el 29% en mujeres de 20 a 24 años de edad (20). Es posible apreciar la magnitud del problema en cada país si se analizan los ingresos hospitalarios por abortos incompletos. Las universidades locales constituyen un recurso adecuado para llevar a cabo este tipo de proyectos de investigación. Se debe considerar, también, la colaboración con organizaciones que trabajan a nivel mundial para aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y para disminuir la mortalidad por abortos inseguros. Un ejemplo es la organización internacional Ipas, presente en Bolivia, Brasil, El Salvador, México y Nicaragua.

⁵ <http://www.unfpa.org/worldwide/indicator>

2. Vínculos con el consumo excesivo de alcohol

Hay evidencia suficiente sobre el vínculo que existe entre un comportamiento sexual riesgoso y el consumo de alcohol, especialmente en la población joven. El consumo del alcohol lleva a una combinación peligrosa de pérdida del autocontrol y a la limitación de la capacidad de entender las situaciones de riesgo por parte del bebedor (21). Se recomienda recopilar datos sobre los adolescentes y jóvenes (en categorías segmentadas, en intervalos de 5 años y por sexo) en este tema.

Hay evidencia suficiente sobre el vínculo que existe entre un comportamiento sexual riesgoso y el consumo de alcohol, especialmente en la población joven.

3. Considerar más actividades en los medios de difusión

Los niveles de analfabetismo entre la población joven siguen siendo altos en algunos países, por ejemplo, Haití (32% hombres 15-24 años), Nicaragua (28% hombres 15-24 años), Honduras (14% hombres 15-24 años), Jamaica (8% hombres 15-24 años) y Brasil (5% hombres 15-24 años)(17)⁵. Apoyar actividades en los medios de difusión constituye una fórmula excelente para alcanzar a la población joven que no asiste a la escuela. La música es un mecanismo clave de comunicación. Las historietas gráficas, las telenovelas, las líneas telefónicas de autoayuda y las columnas de consultas sentimentales, también pueden alcanzar a los adolescentes y jóvenes con limitada educación formal.

4. Aumentar la habilidad del personal para hablar cómodamente de sexualidad

¿Se sienten cómodos los funcionarios de las distintas organizaciones cuando hablan sobre la sexualidad del adolescente o del adulto? Las actividades dirigidas al personal pueden lograr aumentar las capacidades y hacer que se sientan cómodos en temas de SSRA. Existen diversas posibilidades:

- Reuniones informativas para los padres sobre la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).
- Un curso interactivo dirigido a los padres sobre cómo conversar con sus hijos, niños o adolescentes acerca de la sexualidad y temas relacionados.
- Un curso interactivo dirigido a los padres sobre drogadicción en la población joven.
- La capacitación del personal en torno al tema de personas viviendo con sida.

5. Promoción de la vacuna contra el VPH

La aparición de la vacuna contra el virus del papiloma humano brinda una oportunidad excelente para conseguir que se debatan los diferentes aspectos relacionados con la SSRA, particularmente lo que se relaciona a la oferta de información y servicios apropiados, aceptables y accesibles para la población joven, toma de decisiones autónoma y temas relacionados con la sexualidad.

Es preciso identificar los factores del capital social críticos para el éxito de un programa y determinar cómo estos pueden ser recopilados y llevados a escala.

6. Llevar a escala proyectos exitosos

Siempre existe el deseo de llevar a escala intervenciones o proyectos exitosos. Muchas evaluaciones de proyectos se enfocan en la medición de los resultados o en la comprobación del logro de los objetivos propuestos. Esto no conduce fácilmente a identificar qué ha hecho que el proyecto sea exitoso. Es preciso identificar los factores del capital social críticos para el éxito de un programa y determinar cómo estos pueden ser recopilados y llevados a escala.

Recomendaciones



En septiembre del año 2008, el 48° Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CE142.16, respaldando la nueva Estrategia Regional para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes (1). Esta estrategia insta a los Estados Miembros a responder eficaz y eficientemente a las necesidades actuales y emergentes que plantea la salud de adolescentes y jóvenes, con consideración específica a la prevalencia de desigualdades en el estado de salud y al fortalecimiento de la respuesta del sistema sanitario para elaborar y poner en práctica políticas, planes, programas, leyes y servicios para adolescentes y jóvenes.

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

El género, la cultura y la participación de la población joven son perspectivas transversales.

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

Actualmente, existe un alto nivel de apoyo político en el tema de la SSRA, como se puede ratificar a través de los ministros de salud y de educación de 37 países de LAC, quienes firmaron una declaración en la reunión en México que revela la importancia de promover la salud sexual y la educación sexual comprensiva en el sistema educativo (22). En esta reunión, que se llevó a cabo en agosto de 2008 —previa a la XVII Conferencia Internacional del Sida en Ciudad de México—, los ministros se comprometieron a implementar programas para promover la educación sexual y salud reproductiva. También se comprometieron a incluir comprensivamente la educación en salud sexual en las currículas escolares para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes y jóvenes, y la transmisión de VIH y de ITS (23).

En base a esta resolución y a las lecciones aprendidas en relación al tema —así como también a las investigaciones y la información presentadas en este documento— se entregan las siguientes recomendaciones:

Un componente esencial del proceso de monitoreo del progreso en salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes es la disponibilidad de buena información.



1. Mejorar la información estratégica y el monitoreo

Un componente esencial del proceso de monitoreo del progreso en salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes es la disponibilidad de buena información. Se propone fortalecer la capacidad de los países para generar información de calidad sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes- así como sus determinantes sociales- desagregando la información por edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico.

La recolección, análisis y difusión de información apropiada proveerá herramientas esenciales para establecer prioridades y orientar el plan de acción regional y los programas nacionales, incluyendo el desarrollo de políticas, la planificación y evaluación de ellos.

Esta línea estratégica propone acciones para:

- a) Consensuar una lista de indicadores básicos sobre la salud de la población joven, incluyendo SSRA, para la identificación de inequidades y brechas en la salud sexual de adolescentes y jóvenes. Estos indicadores se utilizarán para el desarrollo de un portal virtual con información regional desglosada por edad (datos de edades entre 10-14, 15-19, 20-24), sexo, etnia e ingresos económicos. La plataforma podría constituirse en un observatorio regional de salud de adolescentes y jóvenes, incluyendo SSRA.
- b) Apoyar a los países para construir capacidades con el objeto de fortalecer sus sistemas nacionales de información, desarrollar el Sistema Informático de Salud de Adolescentes (SIA), monitorear y evaluar la calidad, la cobertura y el costo de los programas nacionales de salud de los adolescentes, los servicios de salud y otras intervenciones, y alinear esfuerzos con el trabajo que viene realizando OPS y otros actores globales en el tema.
- c) Promover el análisis, síntesis y disseminación de la información integrada de distintas fuentes sobre el estado de la SSRA y los determinantes sociales a nivel regional y nacional para que los colaboradores nacionales puedan ver fácilmente las diferencias de edad y género a nivel regional. Además, debe ser establecido un sistema actualizado de rendición de cuentas. La calidad de los datos mejora cuando aquellos que los proporcionan (ej. provincias, distritos, unidades) reciben información que les permite comparar sus resultados con otros.
- d) Apoyar la investigación regional y nacional sobre la repercusión de nuevas tecnologías e innovación, con el fin de mejorar la SSRA y el desarrollo de la población joven y difundir las intervenciones efectivas y las mejores prácticas.

2. Entornos favorables y políticas basadas en evidencia

Se recomienda promover y asegurar el desarrollo de entornos favorables y la implementación de políticas efectivas, integrales, sustentables y basadas en evidencia sobre SSRA para:

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

- b) Desarrollar, implementar y cumplir con las políticas y programas basados en evidencia, consistentes con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y los instrumentos de derechos humanos de NU/OEA.
- c) Abogar por ambientes que fomenten la salud y el desarrollo de la población joven, con énfasis en SSRA, considerando los determinantes sociales de salud y la promoción de comunidades saludables y seguras.

Los asuntos relacionados con la SSRA necesitan ser planteados sistemática, constante y frecuentemente; por ejemplo, la gente joven debe ser incluida cuando se apoya a los países en el desarrollo de una política de acceso universal a SSR. En formar similar, cuando se aplica un enfoque basado en los derechos, los derechos de los adolescentes y jóvenes necesitan ser enfatizados y protegidos. Y, en el caso de los sistemas de pago para el financiamiento de atención de salud, una gama completa de servicios de SSR (ejemplo, servicios anticonceptivos incluyendo contracepción de emergencia, consejería voluntaria y prueba [CVP], cuidado postaborto, servicios de atención de primer nivel y de referencia) deben ser cubiertos para todos los miembros de la familia.

Sin embargo, promover la SSRA requiere algo más que estar preparado para incorporarse en las discusiones de políticas cuando los problemas relacionados con la SSRA emergen. La SSRA no es una prioridad para la mayoría de los gobiernos y la “evidencia científica” no es suficiente para conseguir la inclusión de un asunto en los planes y programas nacionales. Las decisiones para progresar o no progresar en temas de SSRA son el resultado del tira y afloja de diferentes factores.

Los casos de abuso de derechos humanos pueden ser destacados y se requiere trabajar para hacer responsables a los gobiernos por no asegurar los derechos humanos de la población joven y pobre. Esto implica poner la evidencia a disposición de otros grupos para que la usen en sus esfuerzos de abogacía y para trabajar activamente con organizaciones que intentan mejorar la SSRA, por ejemplo, aquellas que sustentan actividades que buscan responsabilizar al gobierno por abusos a los derechos humanos. Las organizaciones no-gubernamentales (ONG) son especialmente eficaces en esta área. Aumentando su entendimiento en relación a los temas relacionados con la SSRA ayudará a asegurar que componentes apropiados y sensibles sean incorporados al nivel de políticas, programas y proyectos.

Debido a que el ambiente político es diferente en cada país, se pueden plantear algunas preguntas más generales con respecto al rol de la “evidencia”, por ejemplo, ¿Cómo se puede utilizar la evidencia para influenciar el proceso de toma decisiones del gobierno? ¿Qué tan útil es la evidencia en el marco de gobiernos débiles? ¿Cómo puede influir la evidencia en la política y en la práctica cuando la capacidad nacional es débil en el tema de salud adolescente? y ¿Cómo puede la SSRA ser promovida cuando algunos Estados Miembros tienen un enfoque que no está basado en la evidencia?

Los casos de abuso de derechos humanos pueden ser destacados y se requiere trabajar para hacer responsables a los gobiernos por no asegurar los derechos humanos de la población joven y pobre.



Un análisis basado en las fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas (FODA) que rodean la SSRA a nivel de país puede ser útil. Otra herramienta que puede ayudar a incluir el tema de la SSRA en la agenda es el programa de computación Policy-Maker (24).

El apoyo para el desarrollo y la revisión de las políticas y la legislación actual en los asuntos prioritarios de salud de la gente joven, especialmente en los que tienen un impacto en el acceso a servicios médicos, es también necesaria.

3. Sistemas de salud y servicios de salud integrados e integrales

Es necesario apoyar una extensión efectiva de la protección social. La promoción, prevención y atención de salud de adolescentes y jóvenes requiere de servicios de atención primaria basados en estándares de calidad y buenas prácticas. Se propone:

- a) Integrar los servicios con referencia y contrarreferencia en el nivel primario, secundario y terciario.
- b) Aumentar el acceso a servicios de SSRA de calidad a través del desarrollo de estándares de atención y asegurando la disponibilidad de insumos de salud pública fundamentales.
- c) Desarrollar modelos de atención, incluyendo modelos alternativos e innovadores de prestación de servicios que pueden ampliar el acceso, como los consultorios móviles o los servicios de salud vinculados a la escuela y las farmacias, entre otros.
- d) Realizar estudios sobre la disponibilidad, la utilización y el costo asociado con los servicios de SSRA.

4. Aumento de la capacidad de los recursos humanos

Es necesario el apoyo para el desarrollo y el fortalecimiento de los programas de formación de recursos humanos en salud integral de adolescentes, especialmente en las carreras de ciencias de la salud, con el objetivo de desarrollar políticas y programas para la promoción, prevención y atención de salud a los adolescentes y jóvenes.

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

Se propone:

- a) Desarrollar e implementar programas de formación en salud y en desarrollo de adolescentes y jóvenes —especialmente SSRA— a nivel de pregrado, posgrado y en los servicios, con el uso de nuevas tecnologías —como las plataformas de ciber-aprendizaje— y que incluyan temas clave como la disseminación y explicación de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y los anteriormente mencionados ins-



trumentos sobre derechos humanos del sistema NU/OEA, en relación a asuntos como confidencialidad, privacidad, consentimiento informado, igualdad ante la ley y no discriminación en el contexto de la diversidad cultural.

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

5. Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela

Es necesario desarrollar y apoyar los programas de promoción y prevención en SSRA con intervenciones basadas en las comunidades, que fortalezcan a la familia, incluyan a las escuelas y fomenten una amplia participación. Los cambios de comportamientos de los adolescentes y jóvenes están influenciados por el ambiente en que ellos viven, estudian y trabajan. Los entornos familiares favorables son clave para obtener resultados positivos en cuanto a la salud y la educación. Se propone:

- a) Elaborar y diseminar herramientas basadas en evidencia que apoyen a los actores estratégicos en intervenciones que fortalezcan la familia, por ejemplo el programa de OPS Familias Fuertes con Hijos Adolescentes: Amor y Límites.
- b) Apoyar la movilización comunitaria para el cambio de las políticas institucionales y crear comunidades que favorezcan el desarrollo juvenil y su salud.
- c) Desarrollar herramientas para promover la participación y el empoderamiento significativo de la población joven y sus comunidades, comenzando por la identificación de sus fortalezas y debilidades para contribuir efectivamente en el proceso de toma de decisiones para el diseño y la ejecución de los programas que los afectan.
- d) Mejorar la relación entre los sectores salud y educación para desarrollar programas de educación en SSRA integrales a favor de los adolescentes y jóvenes y así monitorear y evaluar su impacto. Como parte del desarrollo de alianzas entre los socios estratégicos que promueven mejorar la SSRA, el fortalecimiento con el sector educativo es de extrema importancia para promover una educación integral de la salud sexual y reproductiva, que puede por un lado retrasar la edad del inicio de las relaciones sexuales en los estudiantes no activos sexualmente, y a la vez aumentar el uso de los anticonceptivos en aquellos que son activos sexualmente (25). Bearinger et al. recomiendan que los ejecutivos de la salud y los que crean las políticas desarrollen programas con base curricular para el alcance de las metas regionales y nacionales de prevención de ITS, incluyendo el VIH, y embarazos tempranos. La recomendación fue realizada después de una revisión de 85 programas de educación sexual basados en escuelas y realizados en países desarrollados y subdesarrollados (26).

Los cambios de comportamientos de los adolescentes y jóvenes están influenciados por el ambiente en que ellos viven, estudian y trabajan.

6. Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores

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

Por lo tanto, se recomienda:

- a) Desarrollar acciones integradas y coordinadas entre el sector salud y los asociados estratégicos a nivel regional, nacional y local, por ejemplo: entidades gubernamentales (educación, sistema judicial, empleo, seguridad pública, servicios de vivienda, medio ambiente, entre otros), organizaciones privadas, universidades, medios de comunicación, la sociedad civil, organizaciones de jóvenes, organizaciones basadas en la fe, y las comunidades (incluso los maestros, los padres y jóvenes mismos).
- b) Aumentar y fortalecer los programas interagenciales para la población joven entre los organismos de las Naciones Unidas y los órganos y agencias de la Organización de Estados Americanos (OEA).
- c) Establecer mecanismos de cooperación sur-a-sur y compartir las mejores prácticas y las lecciones aprendidas en la Región.

7. Comunicación social y participación de los medios de difusión

Apoyar la incorporación de intervenciones en comunicación social y tecnologías innovadoras en los Programas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes, es necesario.

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

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

Se propone:

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

La implementación de estas recomendaciones es un gran desafío, que requerirá de compromiso político, movilización de recursos e integración y colaboración cercana entre las agencias del sistema de las Naciones Unidas y los actores estratégicos involucrados. ■

Referencias



1. Pan American Health Organization. *Regional strategy for improving adolescent and youth health*. Presented in the 48th Directing Council, Washington, DC, August 21, 2008. [CD48/8 (Eng.)].
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar*. Santiago, Chile: United Nations; 2008.
3. Pan American Health Organization. *A Regional Initiative to Integrate Sexual and Reproductive Health, Gender, HIV/AIDS and STI*. Washington, D.C.; 2008. (Unpublished paper).
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas*. Santiago, Chile: United Nations; 2002.
5. Guttmacher Institute. *Early childbearing in Nicaragua: a continuing challenge*. In Brief 2006 Series, No. 3 (newsletter).
6. *United Nations Population Fund*. ICPD at 10 [online]. [Cited 29 October 2008]; Available from: URL: <http://www.unfpa.org/icpd/10/index.htm>
7. Pan American Health Organization. *Promotion of sexual health: recommendations for action*. Guatemala; 2000 (unpublished paper).
8. Schutt-Aine J, Maddaleno, M. *Sexual health and development of adolescent and youth in the Americas: program and policy implications*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2003.
9. Breinhauer C, Maddaleno M. *Youth: choices and changes; promoting healthy behaviors in adolescents*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2005 (Scientific and technical publication 594).
10. Guttmacher Institute. *Early childbearing in Honduras: a continuing challenge*. In Brief 2006 Series, No. 4 (newsletter).
11. Guttmacher Institute. *Early childbearing in Guatemala: a continuing challenge*. In Brief 2006 Series, No. 5 (newsletter).
12. World Health Organization. *National AIDS programmes: a guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. France: World Health Organization; 2004.
13. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. *The social epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*. *Epidemiol Rev* 2004; 26: 22–35.
14. Pan American Health Organization. *Health situation in the Americas: basic indicators*. Washington, DC; 2006.
15. Davidson RG, Rutstein S, Johnson K, Suliman E, Wagstaff A, Amouzou A. *Socio-Economic differences in health, nutrition, and population in nine countries in LAC*. Washington, DC: The World Bank; 2007 [Online]. Available from: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPA>

H/0,contentMDK:20216965~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html.

16. Curtain R. Young people as a focus in poverty reduction strategies: a content analysis of completed PRSPs to April 2006. 2006. (Unpublished document).
17. United Nations Population Fund. *Country profiles for population and reproductive health policy developments and indicators 2005*. [Online]. 2006 [cited 2007 April]; Available from: <http://www.prb.org/DataFinder/UNFPACountryProfiles.aspx>.
18. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
19. Cook RJ. *Human rights in relation to women's health*. Geneva: WHO; 1993. (WHO/DGH/93.1).
20. Population Reference Bureau [online]. [Cited 2007 April 28]; Available from: <http://www.prb.org/Articles/2005/RegionalDifferencesinAgePatternsofUnsafeAbortionSuggestNeedforTailoredInterventions.aspx>
21. Pan American Health Organization, Family and Community Health Area, Project for Newborn, Child and Youth Health. *Policies for the reduction of alcohol-related violence that affects young people: an environmental approach*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2008.
22. Ministers of Health and Education in Latin America and the Caribbean. *First meeting of ministers of health and education to stop HIV and STIs in Latin America and the Caribbean. Declaration of Comprehensive Sexual Education: Preventing through education*. Mexico City; 2008 August 1.
23. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Leaders pledge to promote sexual health to stop HIV in Latin America and the Caribbean* [online]. 2008 August 3 [cited 28 October 2008]. Available from: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080731_Leaders_Ministerial.asp
24. Policymaker 2.3 software: computer-assisted political analysis [Online]. [cited 23 October 2008]; Available from: <http://polimap.books.officelive.com/default.aspx>
25. World Health Organization. *Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools: an information brief*. 2008.
26. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential*. The Lancet 2007; 369.

Bibliografía



Breinbauer C, Maddaleno M. *Youth: choices and change; promoting healthy behaviors in adolescents*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2005 (Scientific and technical publication 594).

Ingham R, Aggleton P, editors. *Promoting young people's sexual health: international perspectives*. United Kingdom: Routledge; 2006.

Pan American Health Organization. *Draft strategic plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2008–2012. Presented at the 1st Session of the Subcommittee on Program, Budget and Administration of the Executive Committee*, 6 March 2007. [SPBA 1/5 (Eng.)].

Pan American Health Organization. *Family and health: 44th Directing Council 55th Session of the Regional Committee*, Washington, D.C., USA, 22–26 September 2003. Washington, DC; 2003.

Pan American Health Organization. *Family and Community Health situation analysis in Latin America and the Caribbean for BPB 2006–2007*. Washington, DC; 2006.

Pan American Health Organization. *Health of the indigenous peoples of the Americas. Presented in the 47th Regional Council*, Washington, DC, 18 August 2006. [CD47/13 (Eng.)].

Pan American Health Organization. *Improving the SRH and rights of street youth and other youth in especially difficult circumstances in Bolivia, Guatemala, and Peru. Project description*. 2007.

Pan American Health Organization. *Regional HIV/STI plan for the health sector 2006–2015*. Washington, DC; 2005.

Pan American Health Organization. *Exposure to secondhand tobacco smoke in the Americas: a human rights perspective*. Washington, DC: Pan American Health Organization.

Pan American Health Organization, Family and Community Health Area. *Evaluation report 2005–2007: supporting maternal health, child survival and healthy lifestyles in young people*. 2007.

Pan American Health Organization, Family and Community Health Area. *Strategic direction of technical cooperation*. 2006. (BPB.04).

Pan American Health Organization, Family and Community Health Area, *Project for Universal Access to Prevention, Treatment and Care of HIV & STI and Project for Newborn, Child and Youth Health*. Final report 2002–2007: HIV prevention in young people, Grant 251031: an interprogrammatic approach. 2007.

Pan American Health Organization, Area of Sustainable Development and Environmental Health, Health Determinants and Social Policy Unit. *Faces, voices and places*. (Information sheets).

Patton GC, Viner R. *Pubertal transitions in health*. *The Lancet* 2007 Mar 31; 69.

Rani M, Lule E. *Exploring the socioeconomic dimension of adolescent reproductive health: a multicountry analysis*. *International Family Planning Perspectives* 2004; 30(3): 110–117.

Rodriguez-Garcia R, Russell JS, Maddaleno M, Kastrinakis M. for The Pan American Health Organization and W. Kellogg Foundation. *The legislative and policy environment for adolescent health in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1999.

Salas D. *Preventing HIV/STIs among adolescents of Latin America and the Caribbean: current situation and recommendations for moving forward*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007.

Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbours C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use*. *The Lancet* April 21, 2007; 369.

United Nations Population Fund. *Adolescentes y jóvenes: actividad sexual y salud reproductiva en mujeres ecuatorianas de 15 a 24 años*. 2006.

World Health Organization. *National AIDS programmes: a guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. France: World Health Organization; 2004.

YouthNet. *Nonconsensual sex among youth. YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS*. Number 10 in a series March, 2004



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.

