



Región del Hemisferio Occidental

Poder decidir, abre un mundo de posibilidades

# EN LAS CALLES:

LLEGANDO A LOS JÓVENES MÁS VULNERABLES DE AMÉRICA LATINA



# EN LAS CALLES:

LLEGANDO A LOS JÓVENES MÁS VULNERABLES DE AMÉRICA LATINA

## ACERCA DE LA IPPF/RHO

Basada en la Ciudad de Nueva York, la IPPF/RHO es una de las seis regiones de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Somos una red de 40 organizaciones de salud sexual y reproductiva con presencia en América Latina y el Caribe. Nuestras Asociaciones Miembro prestan servicios desde la educación en sexualidad hasta la atención prenatal y el acceso a métodos anti-conceptivos, pasando por las pruebas de VIH, la atención post aborto y la detección de casos de violencia basada en género. También realizamos trabajo de incidencia política para promover los derechos sexuales y reproductivos a nivel local e internacional. Nuestro trabajo se basa en la convicción de que la atención de la salud es un derecho humano básico. Nos esforzamos por garantizar el acceso de cada persona a servicios de salud de calidad, particularmente entre los más pobres.

## NUESTRA MISIÓN ES:

- Mejorar la calidad de vida de las personas por medio de la prestación de servicios y advocacy por la salud sexual y reproductiva, en especial para la gente pobre y vulnerable.
- Defender el derecho de todas las personas jóvenes a disfrutar de su vida sexual, libre de enfermedades, embarazos no planeados, violencia y discriminación.
- Apoyar el derecho de cada mujer a elegir si termina con su embarazo de forma legal y segura.
- Luchar para eliminar las infecciones de transmisión sexual y erradicar el VIH/SIDA.

## ÍNDICE

RESUMEN	2 – 3
RESULTADOS	4 – 7
CONCLUSIÓN	8



# RESUMEN

## A PESAR DE LOS COMPROMISOS MUNDIALES, LA VULNERABILIDAD SE SIGUE CARACTERIZANDO POR LAS GRANDES Y PERSISTENTES NECESIDADES

En el marco de los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) y otros compromisos internacionales orientados a reducir la pobreza y mejorar las intervenciones en materia de salud orientadas a las personas jóvenes más vulnerables y marginadas, las tareas para satisfacer eficazmente las necesidades en materia de salud de las y los jóvenes que no asisten a la escuela y que están altamente expuestos a la vida en situación de calle aún son limitadas. En concreto, según el Banco Interamericano de Desarrollo, América Latina es la región que ha registrado menos avances en materia del ODM N°5, que consiste en mejorar la salud materna logrando el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y reducir la tasa de mortalidad materna en dos terceras partes para el año 2015.<sup>1</sup>

Las tasas de fecundidad entre adolescentes en la región de América Latina y el Caribe exceden el promedio mundial y sólo son superadas por las de África.<sup>2</sup> Como lo demuestran las estadísticas, las personas jóvenes con frecuencia son las más afectadas por las desigualdades sociales y económicas que caracterizan el panorama del desarrollo en América Latina y, a su vez, presentan una mayor vulnerabilidad o susceptibilidad a los resultados negativos para la salud, sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva (SSR). En efecto, las investigaciones más recientes señalan que esas desigualdades se han acentuado en los últimos 15 años y que la tasa de fecundidad se ha incrementado entre las adolescentes más pobres en numerosos países de la región<sup>3</sup>, donde las jóvenes pertenecientes a la quinta parte más pobre de la población son cuatro veces más propensas a quedar embarazadas que las del quinta parte de mayores recursos económicos.

De este modo, las desigualdades estructurales aumentan el riesgo de que las jóvenes sufran o realicen conductas que comprometan su transición sana a la vida adulta. Las personas jóvenes con un alto nivel de exposición a la situación de calle son objeto de la violencia policial, el narcotráfico, el tráfico sexual, la violencia sexual y la participación en pandillas. En ese mismo grupo se observa una cifra elevada de embarazos no planeados y de las ITS (infecciones de transmisión sexual), mientras que el acceso a los servicios de salud es escaso o nulo.

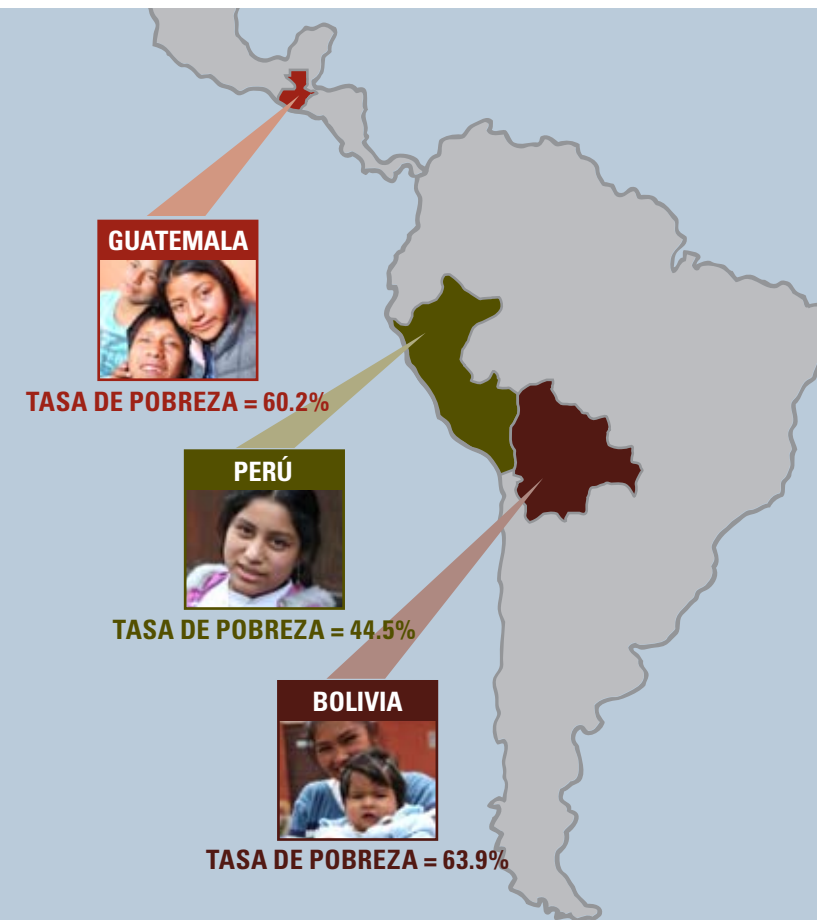


**LAS TASAS DE FECUNDIDAD ENTRE ADOLESCENTES EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EXCEDEN EL PROMEDIO MUNDIAL.**

## ENFOQUE Y ESTRATEGIAS PRINCIPALES DEL PROYECTO

Con el generoso financiamiento de la Comisión Europea, se diseñó una serie de estrategias para estos asuntos de importancia crítica en el marco del proyecto Mejorando la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos de Jóvenes en Situación de Calle en Bolivia, Guatemala y Perú, una iniciativa regional de la IPPF/RHO (Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental). En el proyecto se aplicó un enfoque centrado en las relaciones de pares junto con los cinco principios básicos del modelo de reducción de riesgo para: 1) lograr efectos positivos en la vida de las personas jóvenes y sus comunidades; 2) facultar a las personas jóvenes en condiciones de vulnerabilidad para que sean agentes de sus propias vidas; 3) promover un enfoque basado en los derechos para que las personas jóvenes en condiciones de vulnerabilidad puedan ejercer su derecho a recibir servicios adecuados y eficaces; 4) realizar nuestras labores en conjunto con las organizaciones aliadas y los jóvenes en situación de calle, aprendiendo de ambos; y 5) colaborar con la reducción de la pobreza mediante el incremento de las capacidades humanas.

Si bien cada una de las Asociaciones Miembro de IPPF/RHO en los tres países adaptó las estrategias a su contexto local y definió los subgrupos demográficos pertinentes, las estrategias generales se aplicaron y se sometieron a prueba en los tres casos. Entre dichas estrategias figuraron las siguientes. **Observe el cuadro a la derecha.**



## ESTRATEGIAS

- Cultivar la “demanda de servicios” mediante la participación de mentores jóvenes en el marco de un enfoque basado en los derechos: se modificó el modelo tradicional de educación por pares para emplear como mentores a personas jóvenes de mayor edad que habían vivido en situación de calle. Estas personas recibieron capacitación y preparación especial para participar en el diseño y la ejecución del programa, se desempeñaron como líderes y sirvieron de enlace para la formación de una nueva red de seguridad social.

- Ofrecer acceso real a un conjunto integral de servicios de salud primaria, sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva, mediante la adaptación de los sistemas existentes de Servicios Amigables para Jóvenes a las necesidades de los jóvenes en situación de calle: entre los servicios ofrecidos cabe destacar el plan de prevención, prueba y tratamiento del VIH/SIDA, la distribución de condones y la oferta de una amplia gama de opciones de anticoncepción. El acceso real a los servicios no se limita a la promoción de los servicios y la instalación de puestos donde se brinden éstos, sino que supone la solución de los obstáculos relacionados con las cuestiones de accesibilidad física/geográfica y económica, y de adecuación de los horarios de atención.

- Apuntar a los subgrupos en mayor riesgo, como las personas de entre 10 y 14 años, y procurar la modificación de las conductas riesgosas mediante la vinculación de los servicios clínicos con los servicios educativos: todos los países diseñaron sus propios proyectos destinados a lograr ciertas modificaciones importantes del comportamiento, como el uso del condón, la realización de la prueba del VIH y otras conductas tendientes a favorecer el cuidado de la salud.

- Elaborar una respuesta coherente en materia de servicios mediante la vinculación del sistema de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva con otros servicios, tanto a partir de las alianzas existentes, como de nuevas alianzas con otras instituciones dedicadas a cubrir las necesidades de las y los jóvenes en situación de calle y de otros sectores vulnerables.

- Satisfacer las necesidades de capacitación de las y los proveedores de servicios de salud en materia de ciertas competencias básicas e identificar sus necesidades de autocuidado, a fin de garantizar una respuesta eficaz a las necesidades especiales de las personas jóvenes más vulnerables.

## RESULTADOS

### ES POSIBLE UN ALTO GRADO DE ÉXITO

El proyecto de la IPPF/RHO cumplió sus objetivos y representa una intervención eficaz para: (1) ampliar el acceso a los servicios, (2) mejorar ciertas conductas básicas y (3) resolver las deficiencias en materia de políticas relacionadas con el acceso universal para las personas jóvenes en condición de vulnerabilidad.

### INCREMENTO DEL GRADO DE ACCESO A LOS SERVICIOS, INCLUSO ENTRE LOS ADOLESCENTES MUY JÓVENES

Al inicio del proyecto, las personas jóvenes en condición de vulnerabilidad de los tres países tenían bajos niveles de acceso a los servicios de salud. Aunque en algunos de esos países ese sector de la población dispone de ciertos servicios subsidiados por el gobierno, como los pediátricos y los de atención de la salud materno-infantil, la tasa de utilización de los mismos es baja y el nivel de necesidades de salud no atendidas es elevado. En el período de tres años que abarcó el proyecto, se brindó atención a más de 165.000 personas de 10 a 24 años de edad y se brindaron más de 360.998 servicios clínicos. Con el transcurso del tiempo, la demanda de servicios registró una tendencia pronunciada a elevarse, mientras que los proyectos no cayeron en etapas de estancamiento, lo que indica la continuidad de los niveles elevados de demanda y necesidades no atendidas.

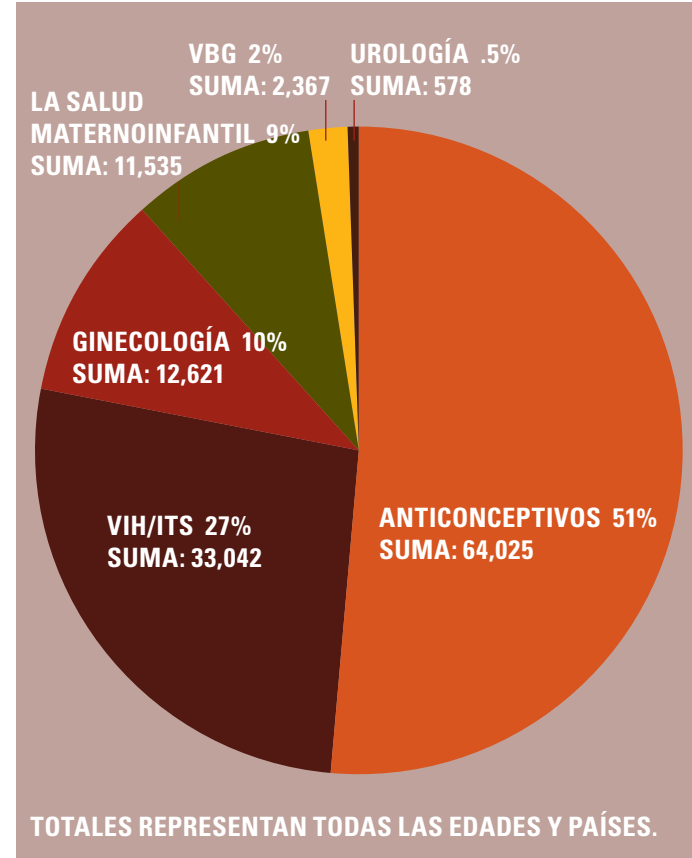
Los tres países presentaron resultados semejantes en cuanto al tipo de servicios demandados y las proporciones de la demanda. En las etapas iniciales, sólo se sabía que la necesidad de servicios era elevada y se esperaba un alto nivel de demanda. Además de brindar nuevos datos sobre la gama de servicios que necesitan las personas jóvenes en condición de vulnerabilidad, la combinación de servicios representada en **El Cuadro 1** (p.4) sirve para la planificación de programas. La gran mayoría (78%) de los servicios prestados fueron servicios de anticoncepción y prevención del VIH e ITS. Cabe destacar que se registró un porcentaje mínimo de prestación de servicios relacionados con la violencia basada en género (VBG) (2%) y servicios de urología (<1%), pero es importante considerar la cobertura de esas necesidades, pues dichos porcentajes reflejan la disponibilidad limitada de ese tipo de servicios en los lugares de atención, aunque no necesariamente una menor demanda proporcional.

El Cuadro 2 (p.5) se detallan los servicios de SSR brindados en cada país. Las primeras conversaciones con los mentores y el sector de la población al que estaba dirigido el proyecto revelaron que había necesidad de condones. En el contexto de los múltiples retos que supone el uso del condón por parte de la población joven, el proyecto logró combinar la promoción del uso del condón con la transmisión de mensajes sobre la prevención y la modificación de

las conductas riesgosas. Se realizó un seguimiento de los datos sobre la distribución y el consumo de condones, que luego fueron triangulados con los datos sobre el aumento en el uso del condón que indicaron los propios usuarios para verificar que el gran número de condones distribuidos reflejara un aumento real en la demanda. **En el transcurso del proyecto, se distribuyeron más de 716.288 condones.**

Teniendo en cuenta la mayor vulnerabilidad que presentan las y los adolescentes jóvenes, el proyecto logró llegar a ese subgrupo más "difícil". Más de un 20% de las personas que solicitaron servicios tenían entre 10 y 14 años de edad, mientras que un porcentaje aún mayor (superior al 63%) tenía menos de 19 años, lo que representa una cifra significativa si se consideran los problemas crónicos de los programas dirigidos a las personas jóvenes, que tienden a beneficiar a los subgrupos de mayor edad. A pesar de los desafíos simultáneos (como llegar a ese subgrupo y lograr la adopción de conductas que favorecen el cuidado de la salud), las cifras de prestación de servicios a los adolescentes jóvenes reflejan fuertemente lo que se puede lograr.

**EL CUADRO 1  
LA PROPORCIÓN DE SERVICIOS, POR TIPO, 2009**

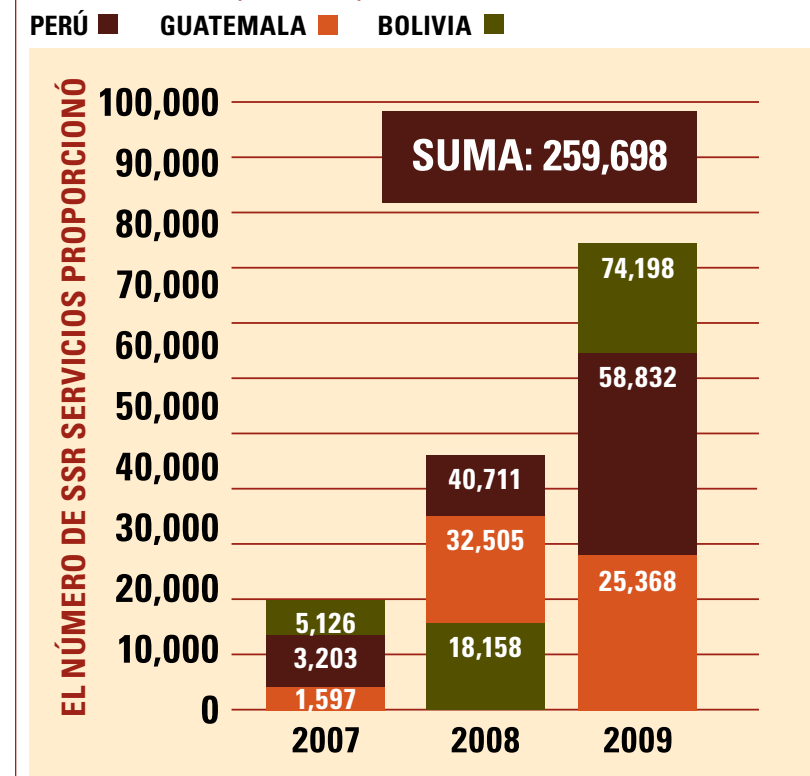


### APOYO Y AUTOCUIDADO PARA LOS PROVEEDORES

La preparación adecuada de las personas que prestan servicios clínicos y educativos constituye el punto central para la mejora del acceso a dichos servicios. A fin de definir las necesidades de esas personas y diseñar programas de capacitación correspondientes, se elaboró una encuesta que identificó los aspectos clave de autocuidado y las posibles deficiencias en las aptitudes básicas para la labor con los jóvenes vulnerables.

En términos específicos, se elaboró una "escala de fatiga o pérdida de motivación" para evaluar las necesidades de apoyo y autocuidado de los proveedores. En la escala se incorporaron 14 preguntas relacionadas con tres subcategorías básicas: 1) la falta de apoyo (por parte de colegas y supervisores) 2) la falta de gratificación (o sentido de logro personal) 3) el estrés (causado por el agotamiento emocional, la confusión de capacidades y la confusión de roles). El Cuadro 3 (p.6) refleja los resultados de las tres subcategorías de la escala según el país.

**EL CUADRO 2  
SERVICIOS DE SSR, POR PAÍS, 2009**



La variación en los distintos resultados de cada país permitió enfocar mejor la resolución de problemas. Esta herramienta de planificación y gestión resultó muy valiosa para garantizar el apoyo a las y los proveedores, y garantizar también de esa manera la sustentabilidad programática a largo plazo. Tanto la escala de fatiga o pérdida de la motivación como la escala de competencias básicas pueden aplicarse como herramientas independientes.

La encuesta utilizada para la "escala de fatiga o pérdida de motivación" y la información adicional al respecto se encuentran disponibles: [www.ippfwhr.org/VulnerableYouth\\_sp](http://www.ippfwhr.org/VulnerableYouth_sp).

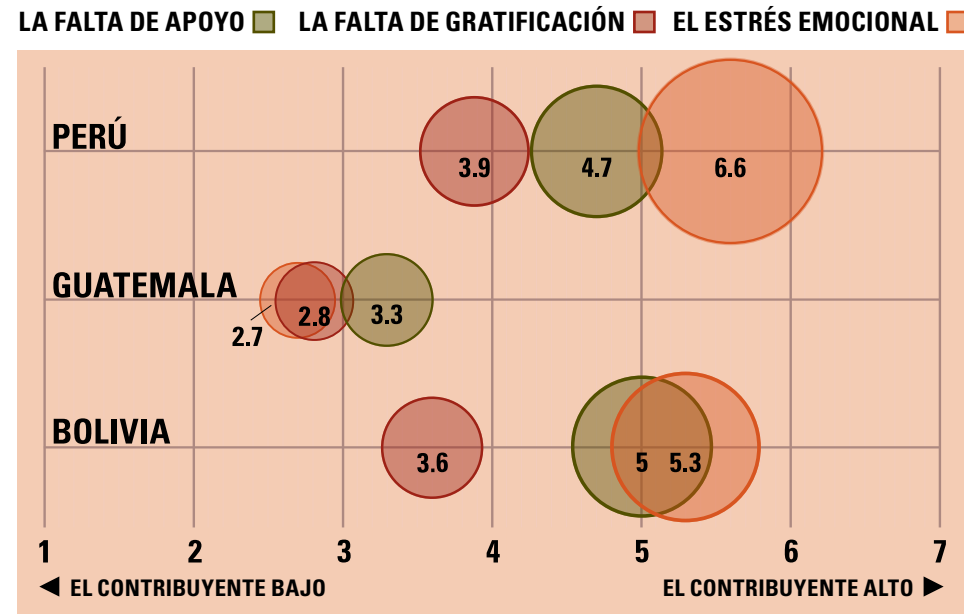
**MEJORAS EN LAS CONDUCTAS RELATIVAS A LA SALUD**

En líneas generales, el proyecto obtuvo resultados positivos para casi todos los tipos de conductas más importantes.<sup>4</sup> Los círculos más grandes representan un efecto "fuerte" tras la aplicación de pruebas estadística.<sup>5</sup>

**TABLA 1**  
EFECTO DÉBIL AL EFECTO FUERTE= ●●●●●  
BOLIVIA ■ GUATEMALA ■ PERÚ ■

RESULTADOS	BOLIVIA	GUATEMALA	PERÚ
Uso del condón en la relación sexual más reciente	●●●●●	●	●
Conocimiento sobre las ITS	●●●●●	●	●
Demanda de servicios relacionados con las ITS	●●●●●		●
Conocimiento sobre el VIH	●●●●●	●	●
Uso actual de los métodos anticonceptivos	●	●	●

**EL CUADRO 3**  
ESCALA DE FATIGA, POR PAÍS, 2009



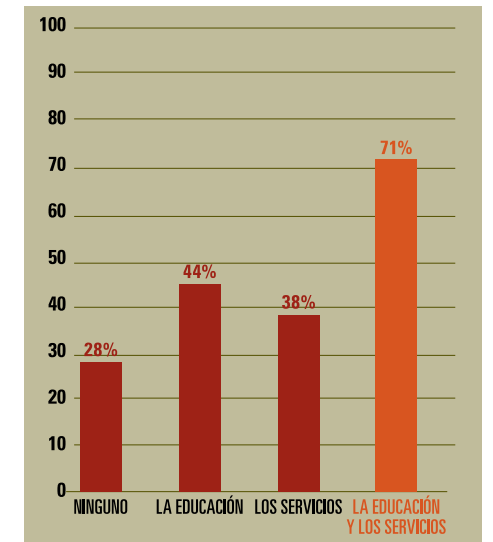
EN GENERAL, EL PROYECTO HA DEMOSTRADO UN EFECTO POSITIVO SOBRE PRINCIPALES RESULTADOS.

**DATO DESTACADO:** En el Perú se observaron diferencias significativas en las conductas relativas a la salud entre los datos de referencia y los datos finales. Esto reconfirma que las mejoras en los resultados clave según los datos finales guardan relación con la exposición a la intervención de INPPARES, la Asociación Miembro de IPPF/RHO. Casi todas las personas a quienes se encuestó para recabar los datos finales presentan el mayor puntaje posible en los resultados clave: más de un 90% de las personas encuestadas había usado condón alguna vez y estaba usando algún método anticonceptivo al momento de la encuesta. Sobre la base de estos datos, se puede **deducir que la intervención parece ser eficaz para todo el grupo demográfico en todos los resultados evaluados.**<sup>6</sup>

**DATO DESTACADO:** En Bolivia se registró un efecto significativo en materia de uso del condón cuando se combinaron los servicios de salud y de educación. Mediante un muestreo diseñado para incluir a personas jóvenes que no hubieran estado expuestas a la intervención, se analizaron las diferencias entre el grupo de la intervención (expuesto) y el grupo de referencia (no expuesto). Los resultados de la encuesta (n=143) señalan que la dosificación del tratamiento guarda relación con el aumento de las probabilidades de que la persona encuestada informe sobre el empleo de condones durante su relación sexual más reciente, incluso después de ajustados los datos por género, edad, ciudad, grupo de riesgo y conocimiento sobre las ITS y el VIH véase **El Cuadro 4, (p.7)**. Aunque se supone que los servicios de educación y salud deben complementarse entre sí, estos datos constituyen un firme argumento a favor de que en el futuro se aplique un enfoque combinado con el objetivo de lograr que toda intervención tenga los máximos efectos posibles.

**DATO DESTACADO:** En Guatemala se registró un efecto significativo en materia de uso de métodos anticonceptivos cuando se combinaron los servicios de salud y de educación. Los resultados de la encuesta (n=147) señalan que la dosificación del tratamiento guarda relación directamente proporcional al uso actual de métodos anticonceptivos: a más servicios, mayores probabilidades de que se usen anticonceptivos, incluso una vez que se ajustan los datos por género, edad, ciudad, grupo de riesgo y conocimiento sobre las ITS y el VIH. Por otra parte, las personas jóvenes que viven en situación de calle tienen menos probabilidades de usar anticonceptivos que las que son pobres pero no viven en la calle. Una vez más, se ve reflejada la sinergia que produce la combinación de servicios de salud y educación.

**EL CUADRO 4**  
EL USO DEL CONDÓN EN ÚLTIMO SEXO BOLIVIA, 2009



**CAMBIO DE POLÍTICAS**

Uno de los principios rectores del proyecto consistió en complementar las estrategias programáticas con las labores de políticas para exigir que los gobiernos rindan cuentas de lo actuado con respecto a la satisfacción de las necesidades (en tanto signatarios de convenios y tratados sobre los derechos humanos y, por lo tanto, garantes oficiales de esos derechos ante sus ciudadanos). Los programas se centraron en la elaboración de modelos de transferencia al sector público. No obstante, dada la persistencia de las necesidades insatisfechas a pesar de la legislación existente, las organizaciones de la sociedad civil aún desempeñan funciones importantes como redes de seguridad social.

**PRINCIPALES CAMBIOS DE POLÍTICAS:**

- En Bolivia, la municipalidad de El Alto dictó un mandato que incorpora el seguro de salud para las personas jóvenes. En Sucre, se logró la aprobación de una resolución que contempla la prevención del VIH y el fomentar el uso del condón.
- En Guatemala, gracias a la labor conjunta con los grupos locales de defensa de los derechos, el proyecto colaboró con una variedad de reformas legislativas que tendrán efectos positivos para las personas jóvenes más vulnerables: se aprobó una nueva ley de adopción y una ley contra la violencia, la explotación y la trata de personas.
- En la región de El Callao, en el Perú, se elaboró y logró aprobar diversas políticas públicas destinadas a brindar una cobertura integral de salud a las personas jóvenes en condiciones de vulnerabilidad. El proyecto también promovió las normas de protección en materia de violencia contra niños, niñas y adolescentes, y normas para el acceso a la salud sexual y reproductiva, además de fomentar la participación de las personas jóvenes en los planes regionales del gobierno para ese grupo.

## CONCLUSIÓN

### APROVECHAMIENTO DE LA INVERSIÓN MONETARIA Y EL CAPITAL HUMANO

Dada la persistencia de las numerosas necesidades insatisfechas que caracterizan el estado de las personas jóvenes en condición de vulnerabilidad, el proyecto fue elaborado para luego replicarse, ya sea mediante una ampliación a escala nacional en cada uno de los países participantes y/o mediante una extensión a otros miembros de la red de IPPF/RHO. Asimismo, se reconoció la obligación ética de dedicarse a la planificación a largo plazo para la sustentabilidad programática y financiera del proyecto, pues éste había generado demanda. A tal fin, se efectuó un análisis de costos en los tres países mediante la aplicación de una metodología estándar. La información obtenida de dicho análisis ha hecho posible que las Asociaciones Miembro de la IPPF/RHO aumenten el grado de eficiencia y planifiquen una estrategia para continuar con los servicios, e incluso ampliarlos una vez finalizado el ciclo inicial del proyecto. Se determinó que una ampliación mayor del programa dentro de los límites geográficos actuales probablemente generará una marcada reducción de costos. Asimismo, los resultados del análisis ofrecen una base firme sobre la cual se pueden calcular los costos de adaptación del programa a otros países de la región. En consecuencia, la inversión inicial para el desarrollo y la evaluación de los modelos de prestación de servicios solamente determinará una disminución de los costos a largo plazo si existe el compromiso de continuar con el programa y ampliarlo.

Por último, dada la escasez de documentación sobre los modelos de servicios educativos y sanitarios eficaces para optimizar los resultados de las intervenciones sociales y de salud entre las personas jóvenes en situación de calle, este proyecto representa una contribución importante y una base empírica para los posibles enfoques futuros. Gracias a las herramientas de las que se dispone en la actualidad, este programa ofrece enormes posibilidades de réplica y ampliación más allá de los sitios donde se implementó inicialmente. Asimismo, los resultados de las encuestas a los clientes y los datos sobre la utilización de los servicios pueden constituir una información muy valiosa para proyectos futuros en estos países, así como de punto de referencia para nuevos proyectos en otros países que deseen adaptar sus intervenciones a las necesidades especiales de los subgrupos demográficos de jóvenes en condición de vulnerabilidad, sobre los que no se cuenta con mucha información en este sentido.

### CONSIDERACIONES PARA EL FUTURO

El estado actual de los programas para la juventud a nivel mundial demuestra que no se ha dado prioridad a las necesidades de los jóvenes más pobres y vulnerables. En general, dichos programas, aun en la época de reducción de la pobreza, resultan más exitosos en el subgrupo de las y los jóvenes que cursan estudios escolares (Chong, 2006; Bruce, 2007). Este proyecto presenta algunas maneras de llevar a la práctica un nuevo modo de facultar a las personas jóvenes en condición de vulnerabilidad y de mejorar su salud y sus vidas. A continuación se detallan las conclusiones y las recomendaciones para los futuros programas:

- Llegar a las personas jóvenes más pobres y en condiciones de mayor riesgo es un objetivo posible que reviste una importancia estratégica esencial para cumplir con ciertos compromisos internacionales, como los ODM referidos a la pobreza, el acceso universal a la salud y la erradicación del VIH. En el marco de este proyecto se han elaborado modelos prometedores para la labor con los adolescentes muy jóvenes, que continúan siendo el subgrupo más vulnerable y más carente de servicios adecuados.
- Es posible modificar la conducta de las y los adolescentes en materia de salud y prevención, aun en el caso de las personas jóvenes en condición de vulnerabilidad, y sobre todo mediante las iniciativas centradas en las competencias prácticas. Sobre la base de la resistencia, los recursos y las aptitudes de ese sector de la población que ha logrado sobrevivir a pesar de las tremendas dificultades que confronta se puede construir una labor destinada a modificar dicha conducta y lograr una prevención eficaz.
- La participación concreta de las personas jóvenes constituye la clave para mejorar los resultados. En distintas etapas de la ejecución del programa se contó con la participación de jóvenes en condición de vulnerabilidad, quienes se mostraron capaces de

desempeñarse con eficacia. En concreto, la incorporación de los jóvenes mayores con experiencia previa en situación de calle, quienes actuaron como mentores, resultó fundamental para optimizar dicha participación en la elaboración y/o la ejecución del proyecto.

- Es fundamental ofrecer una plataforma más firme para el fortalecimiento de la condición social de las adolescentes y la mitigación de la violencia, mediante la creación e inclusión de los espacios seguros. El proyecto logró llegar a las jóvenes y adolescentes más vulnerables a pesar de la notable ausencia de éstas en los espacios públicos. Resulta esencial mejorar los factores de protección mediante herramientas que les permitan superar los desafíos particulares que encontrarán en la transición a la vida adulta.
- Es posible fortalecer la “respuesta” institucional mediante la transferencia de modelos eficaces a los organismos gubernamentales y la prestación de asistencia y servicios de control y/o supervisión técnica para garantizar la continuidad de dichos modelos, así como su buena calidad.
- La vulnerabilidad de las personas jóvenes es generada por el entorno en que viven. En última instancia, para prevenir las deficiencias que sufren estos grupos de la población en materia social, económica y sanitaria, es necesario que todos los sectores colaboren para resolver las condiciones de insalubridad e inseguridad de dicho entorno, que suponen un riesgo para las personas jóvenes. Para ello, hace falta examinar los múltiples riesgos que presenta su entorno físico, lo que a su vez da forma al ámbito social y determina la movilidad. Las intervenciones futuras pueden incorporar una perspectiva aún más amplia en materia de salud y factores determinantes con el objeto de aprovechar los avances logrados gracias a este proyecto.

### CRÉDITOS:

Los Autores y Directores de Proyecto: Rupal Sanghvi y River Finlay  
 Analista de los Datos: Shelly Makleff  
 Dirección de Arte y Diseño: Julie Tinker, Tinker Co  
 Coordinadora de Diseño y Producción: Jocelyn Ban  
 Fotografía: Crispin Rodwell, Jocelyn Ban, Marcelo Acevedo y Nichole Sobeki  
 Traducción: Diego Olivé y Victoria Rodil

### AGRADECIMIENTOS:

IPPF/RHO agradece profundamente a las Asociaciones Miembro APROFAM, Guatemala; CIES, Bolivia; e INPPARES, Perú. Vaya también un agradecimiento especial a los equipos regionales que se abocaron a este proyecto de todo corazón. Asimismo, agradecemos a todos los compañeros y compañeras de trabajo que apoyaron el proyecto y participaron durante los tres años de duración. En especial, agradecemos a las siguientes personas por su compromiso y dedicación: Angela Sebastiani, consultora regional; Felipe Leonardo, asesor sénior financiero de las Asociaciones Miembro; Dana Rogers, subdirectora de desarrollo; y Victoria Ward, directora de programas.

Damos las gracias a los organismos que se aliaron con nosotros en cada país y a la Comisión Europea por su generosa contribución.

Esta publicación está dedicada a todas las personas jóvenes que viven en situación de calle.

### NOTAS FINALES

1. IADB, Progress Towards Reaching the MDGs in the Region <http://www.iadb.org/sds/mdg/file/part%20i%20-%20progress.pdf>

3. CEPAL, Panorama social de América Latina, 2005, capítulo III.

4. En Bolivia y Guatemala, el círculo indica un nexo entre la exposición a la intervención y la variable de resultado. En Perú, el círculo indican una diferencia positiva entre los datos de referencia y los datos finales para las personas jóvenes expuestas a la intervención. En todos los casos, se aplicó un modelo de regresión que contemplaba diversos factores y la relación se registró de la misma manera. El círculo más grande indica una relación fuerte (o una diferencia importante en el caso de Perú). El círculo más pequeño indica una relación más débil o indirecta (o una diferencia más reducida en el caso del Perú). Ningun círculo indica que no se registró una relación manifiesta (o una diferencia en el caso del Perú)

5. En Bolivia y Guatemala se aplicaron modelos de regresión logística para evaluar la relación entre la dosificación del tratamiento y los resultados. En cada uno de los modelos se incluyeron factores adicionales que podían estar relacionados con el puntaje del resultado, como la ciudad, el grupo de riesgo, la edad o el sexo. En aquellos modelos cuyo parámetro estimado para la dosificación del tratamiento es significativamente mayor que 0 (valor  $P < 0.05$ ), resulta razonable afirmar que la dosificación del tratamiento guarda una relación con el resultado que se evalúa una vez contemplados otros factores importantes. En aquellos casos que presentan un parámetro estimado de valor positivo cuyo valor  $P$  se ubica entre 0.05 y 0.10, se puede afirmar que la relación es más débil.

6. En este caso, no hubo un grupo de referencia para evaluar si la misma mejora se registraba entre jóvenes vulnerable que no hubieran estado expuestos a la intervención.





Región del Hemisferio Occidental

**Federación Internacional de Planificación de la Familia  
Región del Hemisferio Occidental, Inc.**  
120 Wall Street, 9th Floor, New York, NY 10005-3902  
T: 212 248 6400, F: 212 248 4221, E: [info@ippfwhr.org](mailto:info@ippfwhr.org)  
[www.ippfwhr.org](http://www.ippfwhr.org)



**Este proyecto es financiado  
por la Unión Europea**