

SERVICIOS DE SALUD ADAPTADOS
A LA JUVENTUD EN EUROPA



UNFPA

Entre Nous

REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NÚM. 58 - 2004



EUROPA

Entre Nous es una publicación del:
Programa de Investigación y Salud Reproductiva.
Oficina Regional Europea de la OMS
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø
Dinamarca
Tel.: (+45) 3917 1341
Fax: (+45) 3917 1850
Correo electrónico: entrenous@who.dk
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

Editor

Jeffrey V. Lazarus

Ayudante de edición

Dominique Gundelach

Maquetación

Tom om bord, Dinamarca. www.toombord.dk

Imprenta

Central tryk Hobro a/s

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca.

Se publica tres veces al año. La tirada actual es de 3000 ejemplares en inglés, 1060 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1000 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad de Bulgaria, en el marco de un proyecto financiado por el FNUAP.

En húngaro: por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

En portugués: por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

En ruso: por el Centro de Información de la Salud de la OMS para las Repúblicas de Asia Central.

En español: por el **Instituto de la Mujer**, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito, 34, Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier lengua nacional y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

Los artículos publicados en Entre Nous, no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada abajo.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

Editorial

Por Gunta Lazdane y Jeffrey V. Lazarus

3

Sensibilización de Alcaldes y Alcaldesas en Lituania sobre el Concepto de Servicios Adaptados a la Juventud

Por Hillary Homans y Agne Bajoriniene

4

Una década de centros para jóvenes en Estonia

Por Kaie Toomet, Kai Part y Kai Haldre

5

Una situación preocupante. Servicios de salud sexual y reproductiva en los Países Bajos

Por Anke van Dam

6

Prevención y lucha contra el VIH en la Federación Rusa, Fase I

Por Olga de Haan

7

Evaluación de los servicios de salud adaptados a la juventud en la Federación Rusa

Por Tatiana Kozhukhovskaya, Paul Bloem y Karina Vartanova

8

Políticos y políticas jóvenes retoman la ICPD

Por Jeffrey V. Lazarus

13

Abordar la diversidad y vulnerabilidad en los servicios adaptados a la juventud

Por Upeka de Silva

16

El sexo no tiene que ser perjudicial para la salud

Por Paul Van Look y Rebecca Harding

18

Salud sexual en personas jóvenes- conclusiones del estudio sobre HBSC

Por Jim Ross, Emmanuelle Godeau y Sonia Dias

20

Servicios de salud adaptados a la juventud: ¿por qué la gente joven necesita servicios especiales?

Por Elina Juntunen

24

La necesidad de servicios de salud adaptados a la juventud en el sureste de Europa

Por Jeffrey V. Lazarus

26

Después de El Cairo: cultura y derechos reproductivos

Por Evert Ketting

27

Afrontando el VIH/SIDA: cómo pueden conseguir las ONGs una mayor implicación de la juventud

Por Lise Rosendal Ostergaard, Fjarne B. Christensen y Jeffrey Victor Lazarus

29

Recursos

30

Pág. 9

Pág. 13

Pág. 24

Pág. 25

Pág. 26



CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Directora, División de Salud, Educación y Protección Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ)

D. Bjarne B. Christensen

Jefe de Secretariado Sex y Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

Dr. Helle Karro

Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

Dr. Evert Ketting

Escuela de Salud Pública de los Países Bajos Utrecht, Países Bajos.

Dra. Malika Ladjali

Especialista Principal del Programa, UNESCO/Dirección zonal, París.

Dña. Adriane Martín Hilber

Oficiala Técnica Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS/ Dirección zonal, Ginebra.

Dña. Nell Rasmussen

Directora PRO-Centret, Copenhague

Dr. Peer Sieben

Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.

Dña. Vicky Clays

Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN), Bruselas.

Dr. Robert Thomson

Consejero sobre Sexualidad, Salud Reproductiva y Derechos Equipo del Servicio Técnico Nacional del FNUAP para Europa (en Bratislava)



Esta edición de *Entre Nous* está dedicada a los servicios de salud adaptados a la juventud (YFHS). En esta editorial abordamos los antecedentes que explican por qué es importante la gente joven; por qué necesitan servicios adaptados a sus necesidades y qué es lo que han hecho el FNUAP, UNICEF y la OMS hasta ahora para mejorar el acceso a estos servicios.

La adolescencia y el principio de la edad adulta son etapas de cambio físico, psicológico y social. Es un periodo de experimentación y de nuevas experiencias en que las personas jóvenes toman decisiones que pueden determinar el curso de sus vidas. La juventud en Europa central y del este también siente los altibajos propios del paso a la edad adulta, pero existen diferencias en sus experiencias dependiendo de si son calificadas como una fuente de aprendizaje para el futuro y, por ello, como base que les servirá para desempeñar un papel en la sociedad o bien, como un problema, que, como tal, será ignorado. El coste socioeconómico de no invertir en la salud y el desarrollo de la juventud, incluyendo la prevención del VIH, es elevado y contribuye al aumento de la pobreza y dificulta el desarrollo de los países.

A los cambios asociados al crecimiento, se suma el hecho de que la gente joven se ve profundamente afectada por los alarmantes cambios en la región: la inestabilidad política y social, los conflictos armados, la discriminación hacia las minorías étnicas y las mujeres jóvenes, el fenómeno creciente del tráfico de personas (especialmente de mujeres jóvenes para la trata de blancas), el descenso en la inversión en el sector social unido a la deficiente situación económica, y el elevado desempleo juvenil.

Estudios recientes sobre la situación de la juventud en la región, evidencian el incremento en las tasas de consumo de drogas por vía endovenosa así como en el consumo de otras sustancias (especialmente alcohol y tabaco), y el rápido aumento de los casos de

estrés y enfermedad mental, asociados- en algunos países- a tasas de suicidio alarmantes entre los varones jóvenes. Un número creciente de jóvenes son ahora personas sin hogar o se encuentran en situación de calle, y la participación de la juventud en la vida social y política es muy escasa. Además, los indicadores de salud reproductiva muestran que la prevalencia del uso de anticonceptivos en muchos países europeos es todavía baja, las tasas de aborto son elevadas, las tasas de mortalidad materno-infantil están creciendo en algunos de ellos, y la incidencia de infecciones de transmisión sexual también muestra una tendencia creciente. El VIH/SIDA se está extendiendo de manera más rápida en algunas partes de la región europea que en el resto del mundo y la gente joven es el centro de esta epidemia. Más del 80% de las personas seropositivas de la región aún no han cumplido los 30 (en Ucrania el 25% de las personas diagnosticadas de VIH son menores de 20 años; en Bielorrusia el 60% tienen entre 15 y 24; en Kazajistán y Kirguistán hasta el 70% de las personas seropositivas tienen menos de 30 años. En la Federación Rusa, el 80% de las personas portadoras de VIH son consumidoras de drogas por vía endovenosa menores de 30 años). Aunque la mayoría de las infecciones se atribuyen al uso de drogas inyectadas, la transmisión del VIH por vía sexual es cada vez más frecuente.

Por tanto, existe una necesidad urgente de abordar todos estos temas y de favorecer un desarrollo saludable de la gente joven a través de servicios adaptados, económicamente asequibles, accesibles e integrados para dar una respuesta sostenible y global a sus necesidades. Esta respuesta incluye el acceso, la atención, la información y educación; la utilización de enfoques como la educación entre iguales y la educación en habilidades para la vida; el fomento de la participación de la gente joven, y la creación de un entorno seguro que sirva de apoyo, incluyendo servicios de salud adaptados a la juventud.

La prevención y atención del VIH/SIDA en la juventud se han acordado como prioritarias en las metas globales propuestas para la juventud y el VIH/SIDA. La Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) y otros compromisos internacionales (como la Declaración de Dublín) hacen una llamada a la acción a nivel nacional, especialmente en cuanto a la respuesta del sistema sanitario mediante la provisión de servicios de salud adaptados a la juventud que contribuyan a la lucha contra el VIH/SIDA.

Ya conocemos las claves: proporcionar información y orientación específicamente dirigidas a la adquisición de habilidades y conocimientos; el uso de preservativos; el tratamiento y la atención a las infecciones de

transmisión sexual; las medidas orientadas a la reducción de daños en personas consumidoras de drogas inyectadas; el acceso a pruebas de detección del VIH, la atención y el apoyo son eficaces para la reducción de la transmisión del VIH así como en el reconocimiento de las necesidades de salud sexual de la juventud en diversas áreas.

La gente joven tiene derecho a tener servicios de salud que aseguren un acceso universal e igualitario a la prevención, atención y tratamiento sin tener en cuenta la edad, el sexo, la orientación sexual o el nivel socioeconómico.

El sistema sanitario tiene un papel fundamental en lo relativo a los servicios de salud adaptados a la juventud y tiene también una clara responsabilidad a la hora de asegurar que la gente joven tenga acceso a los servicios y dispositivos que necesite. La información sobre estrategias basada en la evidencia debería estar disponible para planificar y llevar a cabo programas a nivel nacional y para fomentar políticas adaptadas a la juventud. Además, es necesario documentar y distribuir las experiencias y lecciones aprendidas. Algunas de ellas se presentan en esta edición de la revista *Entre Nous*.

Nos gustaría agradecer las aportaciones a esta edición, del Subgrupo de Servicios de Salud Adaptados a la Juventud del Grupo Inter-Agencias de Naciones Unidas para la Salud, el Desarrollo y la Protección de la Gente Joven en Europa y Asia central.

Dra. Gunta Lazdane
[gla@who.dk]
Editora Jefa

Jeffrey V. Lazarus
[jla@who.dk]
Editor

SENSIBILIZACIÓN DE ALCALDES Y ALCALDESAS EN LITUANIA SOBRE EL CONCEPTO DE SERVICIOS ADAPTADOS A LA JUVENTUD

Por Hilary Homans y Agne Bajoriniene

En un día con nieve, en enero de 2004, 121 personas se enfrentaron al mal tiempo para asistir a una conferencia sobre servicios de salud adaptados a la juventud en Lituania. El encuentro tuvo lugar en el ayuntamiento de Vilnius y fue inaugurado por el alcalde de esta ciudad, D. Arturas Zoukas. Estaban presentes 39 alcaldes y alcaldesas, tenientes de alcalde y personas candidatas, que representaban a 36 de los 60 municipios de Lituania. Estaban también representantes de la Universidad, de la Asociación de Autoridades Locales de Lituania, del gobierno, de los medios de comunicación, personas del ámbito educativo, social y de la salud pública, de organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales e internacionales, de Naciones Unidas y organizaciones de jóvenes.

Entre los objetivos de esta conferencia se encontraba sensibilizar sobre el concepto de YFS (servicios adaptados a la juventud), a alcaldes y alcaldesas y otras personas clave en Lituania. También se pretendía proporcionar ejemplos de cómo estos servicios se implementan en otros países de Europa; describir ejemplos de buenas prácticas en Lituania e incorporar la participación del Gobierno de Lituania, PNUD, FNUAP y UNICEF en los proyectos de creación de servicios de salud adaptados a la juventud en seis municipios.

El Ministro de Educación y Ciencia (D. Algirdas Monkevicius), el Ministro de Sanidad (Dr. Jouzas Olekas), la Secretaria de Estado del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Dña. Violeta Murauskaitė) y la coordinadora interna de Naciones Unidas (Dña. Cihan Sultanoglu), señalaron la necesidad de que la gente joven participara activamente en la promoción de su propia salud y desarrollo. Se trata de una tarea multisectorial y requiere de una participación conjunta del gobierno, el sector privado, las ONGs y las organizaciones de jóvenes. Los Alcaldes y Alcaldesas tienen un papel importante en la promoción y la protección de la salud y los derechos de la gente joven en Lituania, de acuerdo con la Convención de los Derechos de la Infancia.

Se expusieron los conceptos de servicios adaptados a la juventud y de servicios de salud adaptados a la juventud con ejemplos de otros países, y se complementaron con presentaciones sobre temas relacionados con la situación actual de los servicios en Lituania:

- La educación entre iguales y el acceso de la juventud a la información (Dña. Inga Akšamitauskaitė)
- Promoción de la salud en los colegios (Dra Aldona Jociūtė)
- Salud mental (Dr Paulus Skuibis)
- Servicios de atención a la salud reproductiva en la adolescencia (Dra. Lina Jaruse-

viciènè)

- Prevención del uso de sustancias y colaboración con los municipios (Dr. Emilis Subata)
- Programa nacional sobre VIH/SIDA y servicios adaptados a la juventud (Dr. Silius Caplinskas)

Todas las presentaciones tenían un enfoque común. La gente joven tiene derecho a acceder a los YFS y ya existen algunos buenos ejemplos de este tipo de servicios dentro de Lituania, pero la mayoría se encuentran en la capital y otras grandes ciudades (con una cobertura limitada) de modo que la juventud de las áreas rurales tiene un difícil acceso a estos servicios. Resulta evidente la necesidad de valorar este tipo de iniciativas y de fomentarlas en función de las necesidades de la juventud y teniendo en cuenta los valores predominantes en Lituania con el fin de, al igual que en el estudio de caso de educación entre iguales llevado a cabo en Klaipėda, promover la implicación activa tanto de la iglesia como de los padres y madres.

Representantes del Parlamento de la Juventud de Lituania y de la ONG «In Corpore» hicieron hincapié en la necesidad esencial de desarrollar estrategias de afrontamiento para la vida en la gente joven y de abordar sus necesidades en salud reproductiva a través de la educación y la formación.

Próximos pasos

El Gobierno de Lituania puso en marcha el 30 de septiembre de 2003 un proyecto sobre servicios adaptados a la juventud. Este proyecto pretende reforzar y extender los servicios adaptados a la juventud en seis municipios y promover la salud, el desarrollo y la protección de la gente joven así como frenar la expansión del VIH/SIDA entre la juventud de Lituania. Sin embargo, es de sobra conocido que el VIH/SIDA es un tema que no debe abordarse sólo desde el ámbito de la salud. La transmisión del VIH se produce en el marco de un conjunto complejo de estructuras sociales y relaciones interpersonales, y puede verse favorecida por factores culturales, económicos, geográficos, fisiológicos y sociales, entre otros.

La gente joven es la población mayoritariamente afectada por las nuevas infecciones y se enfrenta a un momento de vulnerabilidad frente al VIH. Si bien, las y los jóvenes no son el problema, sino que representan la mejor oportunidad para luchar contra el VIH/SIDA. Su participación activa en la prevención y en los esfuerzos realizados para la atención, es crucial y sería necesario incluir en ello a las y los más vulnerables. La prevención del VIH/

SIDA entre la juventud es responsabilidad de los gobiernos y las agencias de Naciones Unidas y debe ser un asunto prioritario en el contexto de las Metas de Desarrollo para el Milenio (www.un.org/millenniumgoals/).

En la presentación final se expuso cómo se llevará a cabo la planificación de los YFS en cada uno de los seis municipios. Referente a este punto, es importante señalar que el alcance de este proyecto ya va más allá de estos seis municipios. Existe un programa de formación que está siendo desarrollado y que abarca un amplio rango de temas (salud y desarrollo en la adolescencia, información y orientación, servicios a pie de calle, educación entre iguales, y cómo proporcionar YFS); este programa estará a disposición de los municipios y debería integrarse en los programas de formación básica de muchas profesiones. Ya están listas las estrategias para difundir la información y las lecciones aprendidas del proyecto piloto de los municipios y para ello, se creará una página web. También se ha propuesto la realización de un encuentro anual de alcaldes y alcaldesas a lo largo de toda la duración del proyecto con el fin de compartir las experiencias y aplicar las lecciones aprendidas.

Cada rincón de Lituania estuvo representado en el encuentro a pesar de las adversas condiciones climáticas. El mensaje central se centra en que cada persona joven es única y con un futuro que, como personas adultas, tenemos el deber de preservar y desarrollar con la colaboración activa de la juventud. El proyecto de los YFS en Lituania fue diseñado para facilitar este proceso y la clave de su éxito estará en el trabajo conjunto.

Hilary Homans

(hhomans@unicef.org) Consultora sobre Servicios Adaptados a la Juventud del Grupo Inter-agencia de Naciones Unidas

Agne Bajoriniene

Coordinadora de Salud y Desarrollo de la Juventud de la Interagencia de Naciones Unidas en Lituania

Todas las conferencias están disponibles en la página web del Servicio de Salud Pública Estatal (www.vvspt.lt) y se pretende editar una serie de artículos sobre las conferencias en el Boletín de la Asociación Lituana de Municipios..

Diversas instituciones lituanas también han colocado on-line la información relacionada con este evento: Portal de los Municipios Lituanos (www.savivaldybest.lt), Asociación Lituana de Autoridades Locales (www.lsa.lt), Portal sobre Salud (www.sveikas.lt), Ministerio de Educación y Ciencia (www.smm.lt), la ciudad de Vilnius (www.vilnius.lt), Servicio Estatal de Salud Pública (www.vvspt.lt), PNUD Lituania (www.undp.lt)

UNA DÉCADA DE CENTROS PARA JÓVENES EN ESTONIA

Por Kaie Toomet, Kai Part y Kai Haldre

Los centros para jóvenes en Estonia fueron creados hace 10 años por personas entusiastas pero sin ninguna coordinación sistemática ni financiación constante. Más adelante, la Asociación de Planificación Familiar de Estonia (FPA) asumió la gestión de estos centros, se encargó de la formación de su personal, y recopiló y publicó documentación sobre educación sexual.

La financiación inconstante fue durante muchos años una característica común de los centros para jóvenes. No obstante, desde 2002, el Fondo de Seguros para la Salud de Estonia ha financiado las pruebas diagnósticas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el asesoramiento en los centros para jóvenes como parte de un proyecto de cinco años de duración.

En la actualidad existe 16 centros para jóvenes en Estonia, dos de los cuales son gestionados por empresas privadas, dos más gestionados por ginecólogas y ginecólogos del sector privado y el resto, como unidades integradas en instituciones sanitarias de mayor ámbito. El número de visitas varía según el centro y las horas de atención van de 4 a 40 horas por semana.

Centros para jóvenes: ¿por qué y para quién?

Los centros se crearon para gente joven de ambos sexos de hasta 24 años y las visitas a los centros son de carácter voluntario y gratuito. El asesoramiento se considera el principio más importante, es decir, se proporciona la información necesaria a las y los usuarios para que tomen las decisiones oportunas en cada caso. Cuando es viable, los centros están separados de otras instalaciones médicas y las listas de espera son lo más cortas posible. La gente joven debe sentirse segura, bienvenida y tratada con respeto en todos los centros.

Se proporcionan los siguientes servicios:

- Asesoramiento individual y en pareja por parte de profesionales de la ginecología o comadronas y, en algunos centros, por urólogos/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales. En los tres centros más grandes existe un asesoramiento diferente para chicos jóvenes y hombres adultos y la posibilidad de realizarse las pruebas para detectar ITS, incluyendo el VIH. Otros servicios incluyen el asesoramiento en anticoncepción, sobre interrupción voluntaria del embarazo o el asesoramiento para víctimas de violencia sexual y la orientación afectivo-sexual.
- Talleres sobre educación sexual para jóvenes; se basan en una metodología partici-

Tabla 1. Prevalencia de ITSs entre las y los visitantes a los centros para jóvenes en Estonia, y que realizaron pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual.

	Resultados positivos/población evaluada 2002	Tasas de prevalencia 2002	Resultados positivos/población evaluada 2003	Tasas de prevalencia 2003
gonorrea	40/2340	1,7	57/2394	2,4
chlamydia	455/2925	15,6	466/3975	11,7
sífilis	0/555	0,0	0/703	0,0
tricomoniasis	163/3612	4,5	230/4650	4,9
VIH	9/517	1,7	5/734	0,7

pativa que tiene como fin fomentar el debate y el desarrollo de actitudes positivas. En 2003 estos talleres fueron financiados por el Fondo de Seguros para la Salud de Estonia y el Instituto para el Desarrollo de la Salud. En 2004 los talleres están siendo financiados por el Fondo Mundial;

- En 1998 se inició el asesoramiento *online* con la ayuda de la Fundación Open Estonia. En la actualidad, se ha creado la página www.amor.ee, de la FPA Estonia donde un equipo de 30 especialistas en ginecología, urología, sexología, psicología y trabajo social contesta los correos electrónicos. En 2002, el asesoramiento *online* fue financiado por el Fondo para la Población de Naciones Unidas, y de 2003 a 2005 por el Fondo de Seguros para la Salud de Estonia.

Hechos y cifras

Número de visitas

En 2003 se produjeron 22.676 visitas a los centros para jóvenes. De ellas, el 30% estaban relacionadas con la realización de pruebas para la detección de ITSs y el 70% con la anticoncepción y otros asesoramientos. De todas las visitas, el 96% fueron realizadas por mujeres y el 4% por hombres; el 45% tenían entre 15 y 19 años y el 55%, entre 20 y 24 años de edad.

Seminarios

En 2003, se realizaron 550 conferencias y seminarios en los que participaron 7.950 estudiantes de 10 a 19 años.

Asesoramiento online

En 2002, se contestaron 872 mails; en 2003, se contestaron 2.235 y en los dos primeros meses y medio de 2004, ya se habían recibido 1.026 mails. Es obvio que la popularidad de este servicio está creciendo rápidamente. En 2003, el 78% de las personas que escribían estas cartas eran mujeres, y el 22% hombres.

Prevalencia de ITSs

La tabla 1 muestra que la prevalencia de ITSs diagnosticadas entre la gente joven que acudió a los centros para jóvenes permaneció estable en 2003 respecto a 2002 o incluso aumentó ligeramente. La detección de chlamydia y otras ITSs se ofrece a todos y todas las visitantes de los centros que presentan síntomas significativos, sabiendo que se han tenido lugar conductas de riesgo (ej. tener nuevas o múltiples parejas sexuales y/o relaciones sexuales sin protección), y de forma anual para las personas jóvenes que no presentan síntomas y tienen relaciones sexuales.

En 2002, muchos centros para jóvenes comenzaron a utilizar el método de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), mejorando así la calidad de los diagnósticos. Se puede decir que la prevalencia de gonorrea y tricomoniasis entre la población que se sometió a las pruebas ha aumentado y la de chlamydia ha disminuido ligeramente, pero las cifras siguen siendo muy elevadas. La detección de la chlamydia, que a menudo es asintomática, es muy importante ya que puede causar serias complicaciones a lo largo de la vida.

La prevalencia de VIH entre la población examinada es relativamente pequeña teniendo en cuenta la situación epidemiológica en Estonia (en 2003, se produjeron 840 nuevos diagnósticos por VIH en Estonia, mayoritariamente entre menores de 25 años). Probablemente, las personas que tienen la principal práctica de riesgo de contagio de VIH (consumo de drogas por vía endovenosa) entre la gente joven, no llega a acceder a estos centros. Se espera que el número de transmisiones de VIH por vía sexual aumente y por ello, es importante ofrecer a toda la gente joven que acude a los centros más facilidades para acceder a las pruebas del VIH y al asesoramiento.

Embarazos adolescentes

Tanto el número de nacimientos como el de abortos, ha disminuido significativamente

UNA SITUACIÓN PREOCUPANTE

Servicios de salud sexual y reproductiva

en Estonia entre 1992 y 2001 (1-2). El número de nacimientos por 1000 entre las mujeres de 15 a 19 años fue de 49.7 en 1992 y de 23.8 en 2001 (1-3). En 1992 el 14.6% de los partos fueron de chicas adolescentes y en 2001, este porcentaje descendió al 9.8%. Así mismo la tasa de interrupciones del embarazo legales entre chicas de 15 a 19 años fue de 55.5/1.000 en 1992 y de 30.4/1.000 en 2001. A pesar de la reducción global en el número de abortos, el porcentaje de adolescentes entre las mujeres que abortan se ha incrementado del 11.4% en 1992 al 13.5% en 2001. Esta tendencia es similar a la de los países con ingresos económicos elevados donde los embarazos no deseados se dan con mayor frecuencia entre adolescentes, quienes en raras ocasiones deciden dar a luz.

También es evidente la diferencia entre grupos étnicos; chicas entre 15 y 19 años que no pertenecían a ninguna etnia estona presentaban hasta un tercio más de abortos inducidos por cada 100 nacimientos, que las chicas de etnias estonas. Probablemente este hecho sea el resultado de las diferencias culturales hacia el sexo y actitudes hacia los anticonceptivos. Estos hallazgos muestran que debe proporcionarse el asesoramiento necesario a las y los adolescentes al inicio de esta etapa y que debe reforzarse entre la juventud de etnias no estonas.

Satisfacción de las y los usuarios

En 2003, se realizó un estudio *online* para evaluar la satisfacción con la labor desempeñada por las y los profesionales en los centros para jóvenes. De las 328 personas que participaron, de entre 13 y 25 años, (94% mujeres, 6% hombres), la mayoría (94%) valoraron esta labor como buena o muy buena, el 5% como normal y el 1% como mala.

La gente joven que acudió al centro, apreció el trato personal de las y los profesionales (ej. amabilidad, cariño), su actitud hacia la juventud (ej. tolerancia, sin prejuicios) y su profesionalidad (ej. habilidad para escuchar y explicarse con claridad), así como el ambiente cómodo y amistoso que, de acuerdo con las personas que participaron en el estudio, no se asemejaba al de otras instalaciones médicas.

Las y los participantes resaltaron la posibilidad de realizarse las pruebas de ITSs y de recibir asesoramiento y el fácil acceso al servicio (ej. las reducidas listas de espera, la gratuidad del servicio).

Se pensó en algunas mejoras para optimizar la accesibilidad al servicio relacionadas con: listas de espera, contacto telefónico, falta de espacio, horario de apertura, número de profesionales y proximidad física de los centros. También se sugirió que los centros

podrían realizar mayores esfuerzos para anunciarse en colegios y medios de comunicación. Se observó que muchas usuarias eran luego reacias a volver a los centros para mujeres o a sus médicos/as de familia a exponer sus problemas. Por último, son muchas las razones por las que la gente joven encuentra más fácil buscar ayuda en centros adaptados a la juventud, por ejemplo, la formación en temas de juventud del personal o el haber sido recomendados por sus amigos y amigas.

Esto confirma lo que muchos países han comprobado en la práctica, es decir, que para reducir los riesgos relacionados con la salud sexual, la gente joven debe tener acceso a sus propios servicios de orientación y asesoramiento adaptados. Los centros adaptados a la juventud en Estonia ya han demostrado su valor, y esperamos que se mantenga su existencia y capacidad para proporcionar servicios de salud adaptados a la juventud.

Referencias

1. Tellman A, Karro H, Serkina V. Registro Médico de Nacimientos de Estonia 1992-2001. Registro de Abortos en Estonia 1996-2001. Tallin. EKMI; 2002 (en estón)
2. K Haldre, H Karro, M Rahu. Reproductiivtervise naitajad Eesti nais-tel 1992-2001. Eesti Arst 2003;82(3):166-171
3. Eesti Statistikaamet. (Departamento de Estadística de Estonia) <http://gatekeeper.stat.ee:8000/pxweb.2001/dialog/statfilere.asp>

Kaie Toomet

[eppl@amor.ee]

Asociación de Planificación Familiar de Estonia, Coordinadora del Programa, psicóloga y asesora de juventud.

Kal Part

[kai@amor.ee]

Ginecólogo y asesor de juventud

Kai Haldre

[kai.haldre@kliinikum.ee]

Ginecólogo y asesor de juventud

Ya en los años 90 el Ministro de Salud holandés decidió que los servicios de salud sexual y reproductiva deberían estar integrados en la red de atención primaria. En aquel momento, la Asociación de Planificación Familiar «Fundación Rutgers» tenía casi 60 centros de salud sexual y reproductiva establecidos por todo el país. Estos centros, llamados «Rutgershuizen» (casas Rutgers), eran muy conocidos y, gracias a su hospitalidad con la gente joven, las y los jóvenes acudían para obtener anticonceptivos, información y atención.

Debido a esta decisión de no tener servicios específicos de salud sexual y reproductiva, y a la reducción de las subvenciones económicas, sólo quedaron siete centros en las ciudades más grandes de los Países Bajos. Una decisión posterior de recortar aún más los fondos y de reorganizar la Asociación de Planificación Familiar Holandesa, propició que estos siete centros se convirtieran en clínicas destinadas a la interrupción voluntaria del embarazo en 2002/2003.

La idea era establecer centros en los que cualquier persona pudiera recibir atención para cualquier cuestión o problema relacionado con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo. La inclusión de la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva no gustó a nivel político. El resultado fue que el Ministro de Salud decidió establecer dos vías de entrada para estos «centros para la sexualidad»: una para realizar interrupciones voluntarias del embarazo, y otra para la atención a la salud sexual y reproductiva. Esta fue la solución para asegurar que todas aquellas mujeres que, por razones religiosas o de otra índole, no estuvieran de acuerdo con la realización de abortos, se sintieran cómodas en el centro.

La conversión de los siete antiguos «Rutgershuizen» en clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo llevó a la confusión entre la población general. La población, especialmente las personas jóvenes, pensaron que los centros se habían cerrado, y las y los médicos de atención primaria y de otras especialidades, dejaron de derivar personas. Por otro lado, muchas mujeres y chicas no se sentían cómodas entrando en un servicio donde previamente se realizaban interrupciones voluntarias del embarazo. Como consecuencia, el número de usuarios y usuarias disminuyó de forma notable.

En la actualidad los servicios de salud sexual y reproductiva están integrados en la red de atención primaria, y las y los médicos son la principal fuente de información sobre este tema, también para la gente joven.

PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL VIH EN LA FEDERACIÓN RUSA, FASE I

los Países Bajos

Por Anke van Dam

Por Olga de Haan

Investigaciones recientes entre las y los profesionales de atención primaria sobre la información que proporcionan a chicas menores de 20 años, mostró que el 23% de este personal médico no tenía el tiempo suficiente para hablar de este tema de forma apropiada. Por ello, lo que hacían era remitir a las jóvenes a la información disponible en folletos y páginas de internet.

La investigación sobre la percepción que tienen las chicas menores de 20 años sobre sus médicos y médicas de atención primaria en relación a la forma en que les proporcionan información sobre anticonceptivos, mostró que la información sobre la píldora anticonceptiva no era suficiente. Entre un 10% y un 46% de las chicas indicó que no habían recibido información «relevante».

En años recientes ha habido un incremento en el número de embarazos adolescentes y de infecciones de transmisión sexual en los Países Bajos, incluyendo el VIH (1). Por ello, parece que ha llegado el momento de replantearse la política holandesa en relación a los servicios de salud sexual y reproductiva para la juventud y considerarse el retomar, al menos parcialmente, los planteamientos del pasado.

Existe información adicional disponible de la misma autora.

Referencias

1. Berlo WTM van, Brook OH, Brewaeys A y Nieuwenhuys H. (en preparación) «Información sobre anticoncepción proporcionada por la o el médico de atención primaria. Un estudio realizado entre niñas en edad escolar y profesionales de atención primaria».

Anke van Dam

[a.vandam@rmg.nl]

Jefa de Departamento de Innovación y Desarrollo del Grupo Rutgers Nisso, Centro Experto en Sexualidad de los Países Bajos (Resultado de la fusión de la Fundación Rutgers y el Instituto NISSO de Investigación Social Sexológica de los Países Bajos).

«Prevención y lucha contra el VIH en Rusia» es el título de un proyecto financiado por la UE y que comenzó en enero de 2004.

Este proyecto, con una duración de dos años, tendrá un enfoque integral en la prevención del VIH. Se intervendrá en diferentes contextos sociales, desde la edad escolar hasta las personas encargadas de las tomas de decisiones a nivel nacional. Todas las actividades pretenden, por un lado, aumentar la conciencia sobre el hecho de que el VIH es un problema que nos atañe a todos y todas, y al mismo tiempo, fomentar cambios en los comportamientos que van desde unas prácticas sexuales más seguras hasta la reubicación de fondos estatales a favor de la prevención y el tratamiento del VIH.

La agrupación internacional que implementa este proyecto refleja la globalidad de su enfoque al estar compuesta por la organización benéfica Internacional del Reino Unido *Salud de Familia*, la Fundación Holandesa para las ITS y el SIDA, la organización no gubernamental Siberiana *Proyecto Humanitario*, la Agencia Rusa para la Información Social y la Consultora Británica IMC Ltd. El principal socio es el Centro Estatal para el SIDA y sus beneficiarios incluyen los Centros Regionales para el SIDA establecidos en dos regiones piloto, la república de Buryatiya y la región de Ulyanovsk, así como la gente joven de estas regiones.

En estas regiones el proyecto se implementará a través de:

- Una asignatura escolar sobre prevención de VIH para el alumnado del décimo y undécimo curso, centrada en la prevención del VIH y otras consecuencias no deseadas de la práctica del sexo no seguro, como las infecciones de transmisión sexual y los embarazos en adolescentes. La asignatura no consiste sólo en transmitir la información sobre cómo protegerse de la posibilidad de infectarse, sino que también favorece la formación de una actitud positiva hacia los derechos y la salud sexual y reproductiva;
- El desarrollo de servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a la juventud para toda la gente joven de la región, y que serán respaldados e implementados en los lugares en que sea posible. Para ello, el primer paso será la formación del personal de atención sanitaria de la región en temas de comunicación y asesoramiento, seguido de formación sobre cómo crear servicios

adaptados a la juventud con el apoyo técnico y práctico del Proyecto para la implementación de estos servicios;

- Un programa de apoyo para promover los programas de prevención del VIH en las medianas y grandes empresas de la región, con el objetivo de llegar a la dirección de al menos diez de estas empresas para desarrollar y poner en marcha un programa sólido de prevención del VIH en los lugares de trabajo que se implemente con los recursos económicos de las empresas;
- Una campaña de sensibilización e información para jóvenes, desde la edad escolar hasta el inicio de la edad laboral, sobre sexo seguro, derechos y salud sexual y reproductiva, que se llevará a cabo en ambas regiones con la estrecha colaboración de las ONGs y medios de comunicación locales.

El objetivo general de este proyecto es el de crear una intervención firme y sólida para frenar la expansión del VIH/SIDA mediante actividades que estrechen la colaboración de las ONGs de juventud y las autoridades locales.

Así, mientras muchas de estas actividades buscan el empoderamiento de los centros regionales para el SIDA, a nivel estatal el proyecto contribuirá a:

- Un cambio en la inversión de los presupuestos nacionales a favor de las políticas de prevención (a través de estrategias de apoyo); y
- El aumento de la influencia de los Centros Estatales para el VIH mediante el apoyo técnico para mejorar la coordinación multisectorial con las personas clave a nivel nacional e internacional.

Para más información:

IMC- Moscú, telf:+7-095-2506717, fax: +7-095-2515962

Jefe de Equipo Boris Sergeev
[boris_s@imcgroup.ru]

Prevención primaria/medios de comunicación

Olga de Haan

[olga_h@imcgroup.ru]
Consultora IMC Ltd.

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ADAPTADOS A LA JUVENTUD EN LA FEDERACIÓN RUSA

Tatiana Kozhukhovskaya, Paul Bloem y Karina Vartanova

Los servicios de salud adaptados a la juventud no son del todo nuevos en Rusia. Durante la etapa soviética, los llamados «gabinetes de adolescentes» proporcionaban una variedad limitada de servicios, pero incluían el cribado poblacional. En 1993, Yuventa, el Centro para la Consulta y Diagnóstico de la Salud Reproductiva en Adolescentes de San Petersburgo, bajo la dirección del Comité para la Salud de la Ciudad, creó un concepto más amplio de lo que eran los servicios adaptados a la juventud (YFS). Era el primer centro de Rusia que proporcionaba servicios de salud sexual y reproductiva exclusivamente para adolescentes. Inspirado en la red de consulta de Suecia y los Centros de Asesoramiento en el Reino Unido, Yuventa registra en la actualidad casi 250 000 visitas al año.

Durante los últimos diez años, mediante el apoyo de UNICEF y el UNFPA, se ha acumulado mucha práctica con los YFS en las regiones rusas, configurándose así un enfoque fundamental derivado de la descentralización en el sector sanitario.

Las principales aportaciones provienen de los protocolos establecidos para poner en marcha los centros, incluyendo fármacos básicos, equipos y suministros, especialmente preservativos, así como la formación del personal sanitario en necesidades de salud de la juventud. Personas jóvenes voluntarias fueron formadas en educación entre iguales y asesoramiento; también se desarrollaron materiales educativos, información y comunicación para los centros, con adaptaciones según cultura y edad. Finalmente, se animó a los centros a que influyeran sobre las autoridades sanitarias locales para que apoyaran los YFS.

Como resultado de estas experiencias, el Ministro de Salud está cada vez más interesado en los YFS. En 2001, el Ministro y la Academia Médica de Educación de Postgrado de San Petersburgo, indicaron que 15 regiones ya tenían YFS. Pero aún queda un largo camino por recorrer ya que, aunque se carece de datos, es evidente que la proporción de adolescentes que tiene acceso a los YFS, especialmente en zonas rurales, es escasa.

Existen algunos intentos de ampliar la cobertura. En el área de San Petersburgo, donde de los 5 millones de habitantes más de un millón son jóvenes, Yuventa colaboró con las autoridades sanitarias locales para desarrollar una red de 12 centros de referencia y asesoramiento adaptados a la juventud con el fin de garantizar el acceso. Las funciones de Yuventa como centro de referencia, y los servicios de atención primaria de la ciudad, proporcionan las prestaciones básicas.

La calidad, el coste y la cobertura son tres aspectos de los YFS que se encuentran interrelacionados. La calidad implica asegurar que los servicios den respuesta a las necesidades de la gente joven; el coste no es sólo importante para las y los adolescentes sino también para las personas que planifican los servicios de salud; y por último, la cobertura es importante a la hora de abordar cuestiones de salud pública como las ITS. A finales de 2002 la OMS, UNICEF y el FNUAP comenzaron a sistematizar las experiencias con los servicios de salud adaptados a la adolescencia, centrándose en los tres aspectos mencionados. Este estudio es uno de los productos finales.

Marco conceptual para la evaluación de la calidad de los YFS

La OMS desarrolló un marco conceptual para los servicios de salud para adolescentes, que consta de siete puntos:

1. Directrices y políticas adaptadas a la juventud;

2. Dispositivos de salud adaptados a la juventud;
3. Procedimientos de actuación adaptados a la juventud;
4. Proveedores/as y personal sanitario de apoyo con sensibilidad hacia la adolescencia;
5. Participación de las y los adolescentes;
6. Servicios globales y efectivos;
7. Servicios eficaces.

Este marco conceptual fue utilizado como referencia básica en la mejora de la calidad de los YFS. Con el fin de evaluar la calidad de los YFS, la OMS desarrolló un conjunto de herramientas basadas en otros instrumentos de evaluación. Entre ellas, tres indicadores evalúan la dirección del servicio de salud, el personal del mismo y la población adolescente que acude. A principios de 2003, se probaron las herramientas combinando la valoración externa de los servicios, realizada a través de la observación, con los informes del personal y la población atendida. Esta prueba se realizó en Tomsk, Siberia, como parte de la evaluación global del proyecto UNE, incorporando el derecho a la participación de las chicas adolescentes.

Metodología

La evaluación se llevó a cabo en siete centros diferentes del oeste de Siberia. Todos ellos contaban con el apoyo del proyecto UNF a través de UNICEF y el FNUAP. Son los siguientes:

1. Barnaul - centro adaptado a la juventud (YFC), adscrita al Centro Regional para la Prevención del SIDA;
2. Barnaul- Centro YUNIKS en el Hospital Municipal de Barnaul;
3. Biisk - una YFC integrada en el Centro Municipal para la Prevención y la Lucha contra el SIDA y Otras Enfermedades;
4. Novosibirsk - Centro Yuventus, cerca de la estación de tren, en 1993 se transformó en un servicio para jóvenes apoyado por los servicios de salud locales y las autoridades locales para los temas de juventud;
5. Novosibirsk- otra YFC integrada en el Hospital Infantil Municipal #5;
6. Tomsk - Centro Médico Joven (YMC) dirigido a estudiantes; y
7. Tomsk - Nuestro Centro, un pequeño centro afiliado al Centro contra el SIDA, dirigido a jóvenes que consumen drogas por vía endovenosa y que ejercen prostitución (CSWs).

Con la excepción de Yuventus, que se inauguró hace más de diez años, los demás centros se convirtieron en YFS hace sólo dos o tres años, siendo los más nuevos el YFC de Biisk y el de Novosibirsk. La mayoría de los centros están pensados para adolescentes (de 10 a 19 años) y jóvenes (hasta 24 años).

Una consultora externa evaluó estos cen-



tros. Para ello, entrevistaron a la dirección de cada uno de ellos y pasaron un cuestionario a parte o la totalidad del personal incluyendo a las y los jóvenes voluntarios. También extrajeron una muestra de 50 personas de entre las y los usuarios/os de los centros para contestar unos cuestionarios anónimos a la salida.

Resultados

Impresiones sobre un servicio adaptado a la juventud en Barnaul

El Centro Regional Altai para la Prevención y Lucha contra el SIDA y Otras Enfermedades de Barnaul, tiene su propia entrada. Las instalaciones de la YFC no parecen las de un clínica europea renovada sino las de cualquier otra institución médica tradicional. Al entrar, sin embargo, enseguida se ven pósters obviamente dirigidos a personas adolescentes sobre drogas, infecciones de transmisión sexual, protección contra las ITS y anticoncepción. En una mesa se encuentran los folletos sobre estos mismos temas. Los pósters favorecen que se pueda hablar sobre todo ello, hacer preguntas y recibir las respuestas que resuelvan sus dudas. Unas cuantas chicas esperan en la sala de espera, sin miedo a consultar con un/a ginecólogo/a o bien han estado antes y se sienten como en casa, o ya saben que serán tratadas atentamente y con respeto. Hay algo diferente entre el personal: sonríen abiertamente y su actitud es claramente amistosa y de interés y no la clásica mezcla entre rigidez, aburrimiento y distancia a la que están acostumbrados las y los jóvenes en otros centros.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los y las usuarias de los centros adaptados a la juventud

Variables	Número	%
Sexo		
Hombres/	290	80,6%
Mujeres	70	19,4%
Edad		
13-15 años	35	9,7%
16-18 años	207	57,5%
19-21 años	81	22,5%
Mayores de 21 años	37	10,3%
Ciudad		
Barnaul	104	28,9%
Biisk	50	13,9%
Noosibirsk	106	29,4%
Tomsk	100	27,8%
Lugar de residencia		
Hotel	74	20,6%
Con amigos o pareja	33	9,2%
Con los padres	227	63,1%
En su propio apartamento	26	7,2%
Ocupación		
Trabajando		
En el colegio	49	13,6%
En la universidad	175	48,6%
Estudiantes de Formación Profesional	61	16,9%
Desempleados/as	75	20,8%
TOTAL	360	100,0%

Personal del centro: 95 tienen un contrato, el 76% del total, y hay 11 personas jóvenes voluntarias que también rellenaron el cuestionario. También se entrevistaron 7 personas de dirección.

Satisfacción de las personas usuarias

La tabla 2 muestra la satisfacción de las personas usuarias con el servicio y la organización. No se encontraron diferencias estadísti-

camente significativas entre varones y mujeres, pero sí se encontraron más diferencias entre las personas más jóvenes y las que eran algo mayores, así como entre los diferentes centros.

Tabla 2. Niveles de satisfacción de las y los usuarios

Indicadores	Centros adaptados a la juventud						
	Barnaul AFG	Yuniks	Biisk YFC	YMC	Centro Privado	Yuventus	Novosibirsk
Valoración total de las y los usuarios (puntuación media)	33 (2,8)	46 (3,8)	43 (3,6)	40 (3,3)	49 (4,1)	42 (3,5)	30 (2,5)
Confidencialidad y privacidad: posibilidad de visitar el centro sin el consentimiento paterno o materno	4	5	5	5	5	4	3
Confianza en que se respetará el anonimato en las visitas	3	4	4	4	4	4	2
Satisfacción con la privacidad y confidencialidad tras la visita	3	2	4	3	4	3	3
Los usuarios/as fueron informados/as de:							
• Horas de visita	2	4	3	3	3	3	2
• Pruebas y exploraciones	3	4	3	3	5	4	2
• Resultado de las exploraciones	3	4	4	4	4	4	4
• Tratamiento prescrito	2	5	4	4	3	4	3
• Otras recomendaciones	2	5	3	3	4	4	2
Disponibilidad de la información (material de la sala de espera)	3	4	3	4	5	3	3
Accesibilidad (posibilidad de recibir asistencia gratuita)	1	2	4	1	5	2	1
Opinión sobre el precio	3	2	1	2	2	3	2
Equidad en el acceso para ambos sexos	4	5	5	4	5	4	3

Niveles de satisfacción (% de respuestas afirmativas); 1=<30%; 2=30% a 49%; 3=50% a 69%; 4=70% a 89%; 5=>90%.

Las puntuaciones generales sobre la confidencialidad y la privacidad eran buenas en general, superando con frecuencia el 90% (nivel 5) las personas que no necesitaron consentimiento paterno/materno; tres cuartas partes estaban seguros/as de que sus parientes no se enterarían. Curiosamente, sólo el 25% de la clientela entre 13 y 15 años, se sentía segura de esto.

Un análisis detallado mostró que la satisfacción general con la privacidad y la confidencialidad variaban considerablemente, no sólo con respecto al servicio (42% al 81%), sino también en cuanto al personal. El 85% pensaba que las y los médicos respetaban el principio de confidencialidad, mientras este porcentaje era de un 75% para el personal de enfermería y recepción.

Las variaciones en la puntuación entre centros indican que existe la posibilidad de mejorar la calidad del servicio mediante unas políticas claras y un personal motivado y con la formación adecuada. Mientras Nuestro Centro obtuvo unas puntuaciones elevadas en todos los ítems relativos al personal, éste no estaba igualmente preparado en otros centros.

La información recibida por la clientela puede servir también de indicador de la calidad de los procedimientos y la formación del personal. El 75% de las y los jóvenes señaló que había recibido una información adecuada sobre horarios de apertura, pruebas y tratamientos.

Un factor que influye en la accesibilidad del servicio es el coste de los servicios de pago y la posibilidad de recibir asistencia gratuita si fuera necesario. Muchos de los servicios tienen una tasa para mayores de 18 años. En algunos sitios, en cambio, ciertos servicios son siempre de pago; algunos Centros puntuaron muy bajo en esta variable. Nuestro Centro es una excepción, que parece muy consciente de la barrera que esto significa para las personas que ejercen prostitución y las que consumen drogas por vía endovenosa.

La mayor parte de la clientela de estos centros son mujeres (80%). Un aspecto importante en relación a la calidad es si los centros atienden por igual a varones y mujeres; la mayoría de las y los clientes percibían que los servicios eran igual de accesibles y trataban por igual a las personas de ambos sexos. Aunque los chicos utilizaban con menos frecuencia cualquiera de los servicios, encontraban que el trato era incluso más equitativo de lo que pensaban las chicas (91% frente a 81%).

La puntuación media en satisfacción era de 3.8 lo que significa que casi el 70% estaba satisfecho/a con cada uno de los ítems. Más del 90% de las y los clientes de Nuestro Centro estaban satisfechos con 5 de los 12 ítems.

Tabla 3. Valoración de las y los usuarios sobre la relación con el personal

Ítems (% de respuestas afirmativas)	Barnaul	Yuniks	Biisk	YMC	Centro Privado	Yuventus	Novosibirsk
¿Se presentó el o la profesional a sí mismo/a?	26%	70%	52%	64%	92%	68%	39%
¿Te sentiste cómodo/a y relajado/a con el personal?	83%	88%	92%	84%	88%	90%	51%
¿Se explicó bien el o la profesional que te atendió?	57%	90%	68%	74%	96%	84%	60%
¿Se trataba con respeto a las y los clientes?	68%	90%	94%	86%	98%	90%	36%
Total	58%	85%	77%	94%	83%	77%	47%
Nivel	3	4	4	4	5	4	2

Niveles
(% de respuestas afirmativas): 1=<30%; 2=30% a 49%; 3=50% a 69%; 4=70% a 89%; 5=>90%.

Tabla 4. Valoración de profesionales y las y los usuarios sobre el funcionamiento del centro adaptado a la juventud

Criterios	Barnaul YFC		Yuniks		Biisk YFC		YMC		Centro Privado		Yuventus		Novosibirsk YFC	
	Usua-rios/as	Per-sonal	Usua-rios/as	Per-sonal	Usua-rios/as	Per-sonal	Usua-rios/as	Per-sonal	Usua-rios/as	Per-sonal	Usua-rios/as	Per-sonal	Usua-rios/as	Per-sonal
Comodidad de la sala de espera	3	4	4	5	3	—	4	3	4	5	3	1	2	4
Las y los profesionales se presentan a sí mismas/os	1	4	4	4	3	4	3	4	5	4	3	3	2	3
Confidencialidad ante terceras personas	3	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	2	2	3
Confidencialidad y privacidad	3	5	2	5	4	5	3	5	4	5	3	4	3	5
Competencia profesional del personal	3	4	5	3	4	4	5	2	5	4	5	4	2	5
Participación de las y los adolescentes	2	1	1	5	1	—	1	5	3	4	1	1	1	—
Igualdad en el acceso para varones y mujeres	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	3	2
Niveles	(%) de respuestas afirmativas): 1=<30%; 2=30% a 49%; 3=50% a 69%; 4=70% a 89%; 5=>90%.													

Tabla 5. Valoración integral del funcionamiento de los YFC

Criterios	Barnaul YFC	Yuniks	Biisk YFC	YMC	Centro Privado	Yuventus	Novosibirsk YFC
Comodidad de la sala de espera	B	C	—	B	C	A	A
Las y los profesionales se presentan a sí mismas/os	A	C	B	B	C	B	A
Confidencialidad ante terceras personas	B	C	C	C	C	A	60%
Confidencialidad y privacidad	B	B	C	B	C	B	36%
Competencia profesional del personal	B	B	C	B	C	C	36%
Participación de las y los adolescentes	A	A	—	A	B	A	—
Igualdad en el acceso para varones y mujeres	C	C	C	C	C	C	A

Interacción entre usuaria/o y profesional

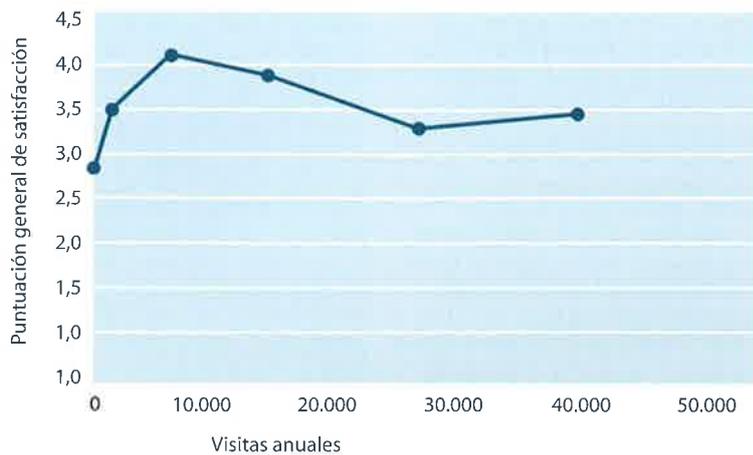
La tabla 3 se centra en la calidad percibida de la interacción entre profesional de la salud y adolescente durante la consulta. No incluye algunos parámetros importantes (creación de un vínculo y confianza, explicación del

tratamiento etc). No se llevó a cabo ninguna observación para verificar las percepciones de la clientela y no hubo valoración de otros parámetros de calidad como la eficacia.

En cinco de los centros, más de 75% de las y los clientes estaban satisfechos/as con el trabajo del personal médico; en otros dos, alguna formación adicional mejoraría la cali-



Fig.1. Satisfacción de las y los usuarios y uso del servicio



dad de esta interacción. Así mismo, el hecho de que las y los profesionales se presenten a sí mismas/os podría mejorarse en la mayoría de los centros.

Se desarrolló otro cuestionario para valorar la realidad cruzando datos de la perspectiva del personal y de las y los usuarios. La tabla 4 muestra una buena concordancia entre los dos grupos de opiniones aunque en algunas ocasiones se presentan opiniones diametralmente opuestas como en el caso de la participación adolescente en Yuniks y de la competencia profesional en YMC.

Finalmente, las puntuaciones del personal y usuarias/os de la tabla 4 se combinaron para generar una puntuación de valoración conjunta para cada ítem, que fue asignada a uno de los tres niveles: nivel A para puntuaciones de 1 a 8; nivel B, de 9 a 15 y nivel C de 16 a 25 (tabla 5).

Nuestro Centro también cuenta con un programa de educación de calle para alentar a las personas que ejercen prostitución a participar, pero no existen datos estadísticos al respecto.

La figura 1 no muestra ninguna correlación aparente entre la satisfacción general de las y los usuarias/os y la utilización del servicio, lo que implica que los servicios con una alta ocupación no tienen por qué ser de peor calidad. Es necesario señalar que no se contó con la opinión de adolescentes que no utilizaban estos servicios.

Algunos centros se preocupan por la población que atienden y reclaman una mayor cobertura (porcentaje alcanzado mediante servicios paliativos o preventivos) de entre el 8% de Yuventus y el 20% de Nuestro Centro.

Muchos proyectos se basan en la educación entre iguales para enviar mensajes preventivos, proporcionar preservativos e información sobre los servicios disponibles.

Nuestro Centro también tiene un programa de trabajo de calle para alentar la participación de las personas que ejercen la prostitución pero no existen datos estadísticos al respecto.

Discusión y conclusiones

Este estudio, el primero en cuantificar la calidad de los YFS en la Federación Rusa, fue conducido por una persona experta a nivel nacional junto con personal de apoyo y la colaboración de UNICEF Rusia y la Sede Central de la OMS. Ante la carencia de unos standards nacionales para los YFS que facilitarían la evaluación, la medida dependía de criterios generales desarrollados por la OMS. La OMS cree que es esencial contar con una medida para la mejora de la calidad en la provisión de servicios. Las Metas de Desarrollo para el Milenio relativas a la reducción del VIH establecen que, en 2010 «el 95% de la gente joven debería tener acceso a (información, estrategias de afrontamiento y) servicios». Los YFS aparecieron por primera vez a principios de los años 90 en San Petersburgo y Novosibirsk, y hoy son 20 las instituciones que funcionan con los principios de los YFS. Es necesario un cambio en el paradigma para proporcionar un acceso universal a los servicios con el fin de lograr la meta de reducción del VIH. Yuventa, en San Petersburgo, (véase la Introducción del presente artículo) establece una posible dirección.

Los centros evaluados representan diferentes modelos de atención, desde un centro grande de gestión mixta que funciona como centro de referencia, hasta los dispositivos que se centran en la atención básica o los centros privados que trabajan con población joven en situaciones conflictivas. La figura 1 muestra que, independientemente del tama-

ño, diferentes modelos pueden proporcionar servicios de una calidad similar. El sector sanitario ruso debe abordar dos cuestiones clave. La primera está relacionada con qué modelos pueden llegar mejor hasta los diferentes colectivos de jóvenes, incluyendo la población rural adolescente. La segunda, cuáles de estos modelos son más sostenibles bajo las actuales reformas en el área de la salud. La Consulta Global de la OMS sobre Servicios de Salud Adaptados a la Adolescencia, recomienda que los servicios existentes deben adaptarse a la adolescencia, más que fomentar la creación de servicios específicos. El país tiene experiencia en estos últimos, por lo que su próximo desafío tiene que ver con el desarrollo de modelos de servicios complementarios para ser implementados en los demás niveles.

La Federación Rusa carece de un marco consistente para la regulación de los YFS. Esto hace que las iniciativas locales y regionales encuentren dificultades para establecerlos y que, con frecuencia, dependan de la implicación de las personas responsables de los servicios de salud de la zona. Los esfuerzos realizados por los centros adaptados a la juventud y por las autoridades que apoyan estos servicios, han llevado a la inclusión de los mismos en algunas propuestas políticas. Esperamos que este estudio sirva para incluir los YFS en la reforma sanitaria y en los debates políticos sobre modelos de atención y medidas de calidad con el fin de maximizar la cobertura para la juventud rusa.

Dra Tatiana Kozhukhovskaya

[juventa@front.ru]

Subdirectora del Centro Yuventa, San Petersburgo, Federación Rusa.

D. Paul Bloem

[Bloemp@who.int]

Oficial Técnico en la Sede General de la OMS.

Dña. Karina Vartanova

[kavartanova@unicef.org]

UNICEF Rusia.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por los fondos de la Fundación de Naciones Unidas y llevado a cabo por la OMS en colaboración con UNICEF-Rusia. La principal investigadora fue la Dra. Tatiana Kozhukhovskaya que fue apoyada por investigadores/as locales. Las y los autores quieren expresar su agradecimiento al personal de dirección de los servicios y a todo el personal así como a la gente joven que participó en el estudio.

POLÍTICOS Y POLÍTICAS JÓVENES RETOMAN LA ICPD

Creación de coaliciones con políticos/as jóvenes para fomentar los derechos y salud sexual y reproductiva de

Por Isabelle Sannestedt y Víctor Bernhardt

Existen dos percepciones generalizadas sobre la gente joven. Una tiene que ver con que representan el «futuro», la esperanza del mundo y una generación que no conoce barreras y que traerá paz y prosperidad para todas las personas. La otra imagen se relaciona con la ignorancia, la pereza, el consumo de drogas y, en general, con la falta de lugar en la sociedad. Desde luego, ninguna de estas imágenes coincide con la realidad. En todo el mundo existen jóvenes comprometidos/as con el activismo y la política.

Durante los dos últimos años la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU por sus siglas en inglés) ha trabajado conjuntamente con jóvenes políticos/as y jóvenes implicados/as en las toma de decisiones. El objetivo de esta colaboración ha sido el de enfatizar el apoyo a los derechos y la salud sexual y reproductiva (DDySSyR) de la juventud. Hasta este momento, los resultados de este proyecto están siendo muy prometedores. En Suecia han tenido lugar debates en los periódicos locales y nacionales, entrevistas en la radio, seminarios locales y campañas a nivel nacional llegando hasta casi cien mil jóvenes estudiantes. Pero, en primer lugar, ¿quién es una persona joven implicada en la toma de decisiones y por qué se debería trabajar con ellas?

La gente joven no necesariamente se ve a sí misma como «el futuro», pero aquellos/as que participan en los departamentos de juventud de los partidos parlamentarios, en ONGs para jóvenes, en redes de jóvenes activistas así como en movimientos políticos «ordinarios», son personas jóvenes implicadas en la toma de decisiones. Pueden convertirse en ministros/as del mañana, parlamentarios/as, directores/as o funcionarios/as, pero en el presente ejercen su influencia en las políticas y opiniones de la gente joven.

Durante mucho tiempo la comunidad que trabaja en DDySSyR ha sido eficaz en el establecimiento de relaciones con personas implicadas en la toma de decisiones en los entornos político y funcional. Durante los últimos dos años un proyecto piloto de RFSU ha intentado establecer el mismo vínculo con la gente joven implicada en la toma de decisiones en Suecia. Cualquier ONG que apoye los DDySSyR de la gente joven, lógicamente se interesará en esta gente joven, los cuales también tienen la responsabilidad de abordar los aspectos relacionados con los DDySSyR.

Las personas jóvenes, especialmente las mujeres, son las más vulnerables cuando no se respetan los derechos sexuales y reproductivos. Por ello, trabajar con una ONG puede reforzar la capacidad de las personas jóvenes implicadas en la toma de decisiones para intervenir en la agenda política de la DDySSyR. Esto tiene efectos tanto a corto

como a largo plazo en las relaciones entre ONGs y quienes participan en la toma de decisiones.

La gente joven implicada en la toma de decisiones de los departamentos de juventud de los partidos políticos, junto a las ONGs que trabajan con la juventud, han establecido una red de trabajo en Suecia que cuenta con el apoyo de la RFSU. Esta red está caracterizada por la apertura de sus estructuras y la flexibilidad para incorporar a cualquier organización que quiera unirse. Esto es consecuencia de la naturaleza de la política juvenil. La política «adulta» está caracterizada por estructuras tales como los partidos políticos o el parlamento, en las que deben actuar las personas que las componen. Aunque la gente joven que trabaja en política se caracteriza por no dar importancia a las estructuras, cuando las decisiones pueden influir a su partido político o al parlamento, se remiten a las estructuras y personas establecidas. Pero este es sólo uno de los grupos objetivo de las y los políticos jóvenes; también trabajan con estudiantes, otros grupos de personas jóvenes como las que han iniciado su vida laboral y la población general.

En Suecia, las personas jóvenes implicadas en la toma de decisiones ejercen una influencia importante en la política mediante iniciativas que empujan a sus partidos políticos a participar en debates sobre temas progresistas, como concentraciones de jóvenes y el uso de los medios de comunicación. Las y los jóvenes políticos no sólo defienden su visión sobre los temas de las personas adultas sino que también ponen sobre la mesa aquellos temas y perspectivas que interesan a la gente joven. Así, por un lado, se tienen diferentes visiones y respuestas a cuestiones que se debaten comúnmente como el desempleo, la educación o el desarrollo. Por otro, se debaten temas específicos de juventud y se cuenta con opiniones más progresistas dentro de las posiciones establecidas. Uno de estos temas es la sexualidad.

Los departamentos de juventud de los partidos políticos han integrado los temas de DDySSyR en su agenda habitual. Se han acercado a parlamentarios/as de sus respectivos partidos; han involucrado a las personas más jóvenes del parlamento, y han organizado diferentes actividades dentro de sus organizaciones. Esta presión ha logrado hasta ahora que se incluya un artículo sobre la interrupción voluntaria del embarazo en el periódico más vendido de Suecia; este artículo estaba firmado por todas las personas que conforman la red de trabajo. Un representante de la juventud conservadora ha escrito otro artículo de opinión en contra de la reinstauración por parte de George Bush de la Ley de Ciudad de Méjico en otro periódico. También han tenido lugar entrevistas en la

radio con personas que pertenecen a la red. La Juventud Socialdemócrata han hecho del aborto y el VIH/SIDA dos de los temas principales dentro de su campaña sobre derechos humanos en el otoño de 2003. Las personas que organizaban esta campaña se reunieron con más de cien mil estudiantes durante la misma y se apoyaron además en internet y artículos en periódicos importantes para llegar a la población.

El éxito de esta iniciativa en Suecia ha llevado a que se intensifique el trabajo con jóvenes implicados/as en la toma de decisiones en otros países europeos gracias al IEFPPD (Forum Europeo Inter-Parlamentario sobre Población y Desarrollo). Nuestra primera reunión de Jóvenes Europeos/as Implicados/as en la Toma de Decisiones, tuvo lugar en Londres en diciembre de 2003 y resultó muy prometedora. Participaron representantes de Bielorrusia, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Portugal y Países Bajos y se generó así la posibilidad de plantearse cómo podría aplicarse a otros países la experiencia sueca.

La experiencia sueca en la que la gente joven participaba en centros y otros dispositivos específicos para atender sus necesidades, junto a 50 años de una educación sexual integral y el reparto de preservativos gratuitos o de bajo coste, proporciona más oportunidades a la gente joven implicada en la toma de decisiones para trabajar en la mejora de la salud sexual y reproductiva en sus países.

Desde entonces, estas mismas personas jóvenes implicadas en la toma de decisiones han participado en eventos internacionales relacionados con la celebración del décimo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) y se han comprometido con actividades de sensibilización. Estamos satisfechos/as de la colaboración con otros/as políticos/as jóvenes de Europa y esperamos compartir nuestra experiencia y aprender de nuestros/as homólogos/as de otros países europeos. Este año, en el décimo aniversario de la ICPD, podemos comprobar cómo la gente joven contribuye activamente en las actividades orientadas a proteger los DDySSyR y se preocupan de su implementación para la próxima década.

Isabelle Sannestedt
[isabelle@agera.ssu.se]
Liga Juvenil Socialdemócrata Sueca

Víctor Bernhardt
[victor.bernhardt@rfsu.se]
Asociación Sueca de Educación Sexual (RFSU)

ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Por Rebecca J. Cook y Bernard M. Dickens

nte joven

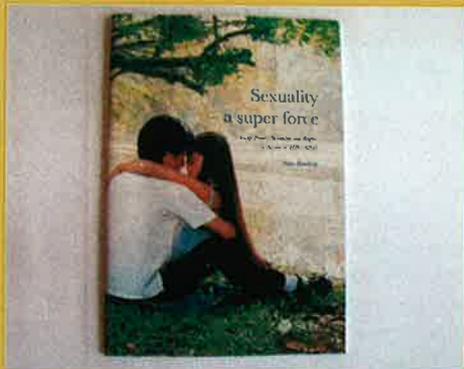


Lo mejor es averiguar lo que piensan otras personas...

Resumen de la evaluación de calidad de la educación sexual llevada a cabo en 80 colegios suecos.

Por Agneta Nilsson y Birgitta Sandstrom

Este informe oficial de la Agencia Nacional de Educación, muestra que la calidad de la enseñanza varía no sólo dentro del mismo colegio sino también de unos a otros. Pone de manifiesto que aún queda un largo camino para que se logre la meta de la integración de las cuestiones relacionadas con la sexualidad y las relaciones personales en la enseñanza de varios colegios. Disponible en Liber Distribution [skolverket.lid@liber.se]



Juventud, Sexualidad y Derechos en tiempos del VIH/SIDA

Por Anna Runeborg

El folleto de 2002 de la Agencia de Cooperación y Desarrollo Internacional Sueca señala la importancia de proporcionar una información sincera y objetiva sobre la sexualidad de la gente joven. En palabras de un/a técnico/a: ¿qué es peor, darles a mis hijas preservativos y hablar de ello abiertamente, o enfrentarme a su muerte prematura? Disponible en www.sida.se.

La atención general en salud para adolescentes, considerando como tales a todas las personas que se aproximan o están en la década que va de los diez al principio de los veinte años, debe estar incluida dentro de los programas de promoción de la salud como los de alimentación sana, realización de ejercicio y educación continuada.

En lo relativo a la atención en salud reproductiva, sin embargo, el énfasis se pone en la prevención, especialmente en la facilitación de protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITSs) y los embarazos no deseados. El riesgo se incrementa puesto que las y los adolescentes maduran cada vez antes y, concretamente en Europa, contraen matrimonio más tarde que en años anteriores. Además la pérdida de la estructura familiar tradicional y las normas sociales menos rígidas, dejan a las chicas adolescentes más expuestas a tener relaciones sexuales, al abuso, engaños y negligencias de los varones adultos.

La explotación de la vulnerabilidad de las personas adolescentes siempre lleva asociadas cuestiones éticas y de derechos humanos, si bien la ley ha sido ambivalente en su papel protector. En ocasiones ha favorecido la sobreprotección por parte de los padres y madres, manteniendo a las y los adolescentes en unas condiciones sociales de infantilismo que les niegan la oportunidad de adquirir las experiencias y la capacidad crítica que les protejan. La ley también ha generado miedos entre el personal sanitario ya que ha restringido su capacidad para proporcionar anticonceptivos así como otros servicios de salud reproductiva a las y los adolescentes que acuden a ellos sin el consentimiento de sus padres y madres. Las consecuencias de favorecer este desconocimiento sobre sexualidad y la dificultad de acceder a métodos anticonceptivos recaen, sobre todo, del lado de las chicas adolescentes, aunque no debe subestimarse la vulnerabilidad de los chicos frente a las ITS.

Una vez que las y los adolescentes contraen matrimonio, son legalmente independientes

de sus padres y madres, y las leyes europeas generalmente no requieren que las esposas tengan el consentimiento de sus maridos para utilizar métodos anticonceptivos. Pero es más difícil es determinar la situación de las uniones de hecho, en las que la situación legal de las y los adolescentes no está clara. El derecho de familia pueden equiparar las uniones estables de dos años al matrimonio, pero aún así la situación de los miembros de la pareja puede resultar ambivalente.

«Desarrollo de capacidades» en adolescentes

Mediante la ratificación de la Convención de la ONU sobre los Derechos de la Infancia (Convención de los niños y niñas), se ha arrojado algo de luz sobre la incertidumbre que rodea al acceso independiente de las y los adolescentes a los servicios de salud y de cualquier otro tipo. Esta convención fue ratificada por casi todos los países del mundo excepto, por ejemplo, Somalia y EEUU. La Convención define un «niño o niña» como un ser humano menor de 18 años, a menos que bajo la ley que le sea aplicable, la mayoría de edad sea anterior (artículo 1). La mayoría de edad puede darse a una edad más temprana, o mediante el matrimonio, si bien la Convención la aplica cuando se trata de personas casadas aunque no tengan 18 años. De la Convención se infiere que cualquier persona de 18 o más años será considerada como persona adulta, y por tanto puede tomar decisiones por sí misma, salvo en el caso de tener alguna discapacidad psíquica.

Las personas adolescentes menores de 18 años (o en la mayoría de edad legal anterior) pueden, sin embargo, ser calificadas como suficientemente maduras para responsabilizarse del ejercicio de un criterio independiente, convirtiéndose en lo que algunos sistemas legales describen como «menores emancipados/as». La Convención no usa esta expresión pero insiste en el respeto al «desarrollo de capacidades» de las niñas y niños.

El artículo cinco establece que:

«Todos los Estados firmantes deben respetar las responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres y las madres [...] o cualquier persona legalmente responsable del/a niño/a, con el fin de proporcionar de una manera acorde con el desarrollo de las capacidades de la niña o el niño, una educación apropiada y una guía en el ejercicio de los derechos del/niño/a reconocidos en esta Convención» (cursiva añadida)

Este punto deja claro que los derechos pertenecen a las niñas y niños, y que padres y madres deben proporcionar, aunque no imponer, educación y orientación.

El artículo 14, establece con énfasis que:

1. Todos los Estados firmantes deben respetar el derecho de la niña o niño a su libertad de pensamiento, ideología y religión;
2. Todas los Estados firmantes deben respetar los derechos y obligaciones de las madres y los padres y, en los casos aplicables, tutores/as legales, para proteger a la infancia en el ejercicio de sus derechos *de manera coherente con el desarrollo de sus capacidades.* (cursiva añadida)

El artículo 14 (1) tiene un significado especial para la atención en salud puesto que la «libertad de pensamiento, ideología y religión» incluye la libertad para valorar o asumir normas religiosas que afectan a la utilización de métodos anticonceptivos o a la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, los padres y madres no pueden vetar el hecho de que sus hijas e hijos accedan a ciertos procedimientos médicos en base a su ideología o religión. Este planteamiento es consistente con la sentencia ejecutada por el tribunal supremo de Gran Bretaña en el influyente caso Gillick.

Las capacidades de las y los adolescentes no evolucionan siempre al mismo ritmo, así, pueden ser capaces de determinar libremente que quieren tener relaciones sexuales y al mismo tiempo decidir que no están preparados/as para ser padres o madres, pero no tener un juicio formado en lo relativo a la esterilización o, por ejemplo, a convertirse en madres de alquiler.

Derechos humanos

La Convención de los Niños y Niñas se ocupa de los derechos humanos específicos de adolescentes menores de 18 años, bajo la ley internacional y las leyes nacionales de los países que la ratificaron. Está basada en los derechos humanos de los que todas las personas son titulares como parte esencial de su naturaleza como seres humanos y de su dignidad. El derecho de niños/as y adolescentes que no son capaces de emitir un juicio por sí mismos, depende de sus madres y padres, y es proporcionado por éstos/as o la persona que ostente la tutela legal, respaldado por el estado y bajo la responsabilidad del gobierno. En este sentido, las y los niños dependientes de sus padres y madres deben estar bajo su tutela, mejor descrita en un término de género neutro como paternaje. Sin embargo, la adolescencia es una etapa de transición desde la infancia hacia la independencia de la edad adulta; un momento en el que las personas jóvenes pueden sentirse con unas capacidades que quizás todavía no hayan asentado; pero también puede suceder que las personas adultas, particularmente madres y padres que les han criado, no reconozcan las madurez y responsabilidad que han adquirido. El instinto de padres y madres de proteger a sus hijas e

hijos puede degenerar en una sobreprotección posesiva que niega que sus descendientes son personas maduras y que tienen sus propios derechos.

El Comité para los Derechos de la Infancia, establecido bajo la Convención de los Niños y Niñas para realizar seguimiento y guiar a las partes conforme a su disposición, promulgó su Informe General N° 4 en Junio de 2003 sobre Desarrollo y Salud en la Adolescencia, para abordar el apartado donde se dice que «En el cumplimiento de las obligaciones adquiridas mediante la Convención, los Estados parte no han prestado la atención suficiente a las especificidades de las y los adolescentes como sujetos de derecho ni a la promoción de su salud y desarrollo» (párrafo 3). Aunque el Informe General considera los derechos de la adolescencia en general, se centra también en los derechos de salud sexual y reproductiva en particular.

Por ejemplo, el derecho a la no discriminación se explica para incluir en él la orientación sexual y la situación frente al VIH/SIDA. Un aspecto de la discriminación sin duda incluye la edad, pero también al sexo. Las chicas adolescentes y las mujeres jóvenes necesitan recetas médicas para acceder a los métodos anticonceptivos, mientras para los chicos el acceso a los preservativos no debe pasar por este trámite y este gasto. Las y los profesionales de la salud con frecuencia muestran bastante rigidez para no promover la actividad sexual de las chicas adolescentes, y no muestran la misma implicación ni responsabilidad en la de los chicos, ya que normalmente se involucran menos. Puede que tengan miedo de la desaprobación de los padres y madres, especialmente en las comunidades en las que la virginidad de las mujeres es importante para mantener el honor y la posición de la familia y cuya pérdida es castigada por la ley.

No obstante, en cuanto a las medidas legales y judiciales, el Informe General, establece que:

«En el contexto de los derechos de la adolescencia a la salud y el desarrollo, las partes implicadas deben asegurarse de que se garanticen las disposiciones legales necesarias en las leyes nacionales, incluyendo lo relativo al establecimiento de una edad mínima para el consentimiento sexual, el matrimonio y la posibilidad de someterse a tratamiento médico sin el consentimiento materno o paterno. Esta edad mínima no debe ser discriminatoria entre niños y niñas y debe reconocer el desarrollo de capacidades, la edad y madurez» (párrafo 6d).

De acuerdo con esto, la legislación nacional debería incorporar las normas para las y

los «menores emancipados/as» que no son mayores de edad, y los tribunales deberían interpretar y aplicar la ley de forma consistente con estas normas. La confidencialidad médica es muy importante para que las y los adolescentes se valgan por sí mismos en la protección contra las ITS y el embarazo. El Informe General se basa en varios artículos de la Convención de los Niños y Niñas y señala que:

«Cualquier profesional de la salud tiene la obligación de asegurar la confidencialidad de toda la información médica relativa a las y los adolescentes, en base a los principios de no discriminación, la defensa de los intereses del niño/a, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, y el derecho a expresar su opinión libremente sobre cualquier cuestión... Las y los adolescentes pueden ser considerados con la suficiente madurez para recibir asesoramiento sin la presencia de sus padres y madres o cualquier otra persona y tienen derecho a pedir la confidencialidad en los servicios, incluyendo el tratamiento» (párrafo 6e).

Respecto a los derechos relativos a la información y los servicios de salud, el Informe General identifica algunos artículos de la Convención que abordan estos derechos «como la planificación familiar... [y] protección contra prácticas tradicionales peligrosas, incluyendo los matrimonios prematuros y la mutilación genital femenina» (*ibid*). Este último punto se ha convertido en algo habitual en Europa en los últimos años debido a la inmigración procedente de regiones donde la mutilación genital femenina es tradicional.

El párrafo 21 reúne varios artículos de la Convención sobre las cuestiones anteriores y concluye que «las partes implicadas deberían proporcionar a las y los adolescentes el acceso a la información sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la anticoncepción, los riesgos de los embarazos prematuros, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las ITS» La información debe ir acompañada del acceso a los servicios. Por ejemplo, el párrafo 23 establece que:

«Tanto las chicas como los chicos adolescentes corren el riesgo de contraer y sufrir las consecuencias de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Los estados deberían asegurarse de que están disponibles y accesibles los materiales, servicios e información necesarios para la prevención y tratamiento de las ITS, incluido el VIH/SIDA»

En relación a las chicas, el párrafo 24 explica que:



«las adolescentes embarazadas deberían tener acceso a servicios de salud adecuados a sus particularidades y derechos. Las partes implicadas deben tomar las medidas necesarias para reducir la morbilidad y mortalidad materna entre las chicas adolescentes, especialmente respecto a embarazos prematuros y prácticas de abortos inseguros... El Comité insta a las partes implicadas a implementar programas que aseguren el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y los servicios donde se realicen interrupciones voluntarias del embarazo de forma legal, la atención obstétrica adecuada y el asesoramiento».

Dadas las diferencias entre países en cuanto a la legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, el Comité parece renuente a ser quien dirija a los países que ratificaron la Convención de los Niños y Niñas a reconsiderar las leyes relativas al aborto que eran demasiado restrictivas, de la misma manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se abstuvo de hacer recomendaciones directas sobre este aspecto en su publicación de 2003 *Aborto seguro: Directrices Técnicas y Políticas para los Sistemas Sanitarios*. Sin pedir cambios, no obstante, la publicación de la OMS refiere que tanto las leyes como las políticas restrictivas inciden directamente en la práctica de abortos inseguros además de generar una situación de riesgo al imponer obstáculos y dificultades a todas las chicas adolescentes que quieran realizar una interrupción voluntaria del embarazo de forma legal. Las disposiciones legales que hacen sobre el consentimiento paterno/materno, y el miedo a que no se respete la confidencialidad, disuaden a muchas adolescentes embarazadas de acudir a los servicios de atención legales llevándolas a utilizar servicios donde existen profesionales no cualificados/as o incluso a tener intentos de interrumpir ellas mismas su embarazo. Las directrices de la OMS establecen que la anticoncepción de urgencia o postcoital, tomada en las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección, es en sí misma un método anticonceptivo. No es una interrupción del embarazo ya que, si la concepción ha tenido lugar, el tratamiento no tendrá ninguna eficacia. Tanto las directrices de la OMS como el Informe General del Comité, se hacen eco de la obligación legal reflejada en diferentes tratados, de proteger el derecho a la vida en la adolescencia, al disfrute de los más elevados niveles de salud y, por ejemplo, a la libertad y seguridad de la persona, a la educación y la información.

La seguridad se ha convertido en un asunto que trata con frecuencia el Comité para los

Derechos de la Infancia. Se ha debatido con frecuencia sobre la violencia contra las niñas y niños, incluyendo la necesidad de contar con protección y estrategias contra la violencia sexual. El Informe General aborda este tema en la sección sobre protección ante todas las formas de abuso, negligencia, violencia y explotación; incluso el párrafo 6(f) va más allá de la violencia sexual para incluir formas más sutiles de aprovecharse sexualmente de un o una adolescente y de explotar su vulnerabilidad. El Comité ha observado como la falta de un hogar, la adicción a sustancias o la pobreza, pueden llevar a las y los adolescentes a intercambiar sus servicios sexuales por alojamiento, drogas, dinero o cualquier otra cosa que responda a sus necesidades.

VIH/SIDA

El riesgo de exposición a la infección por VIH en la adolescencia, se encuentra entre otros asuntos tratados en el Informe General N°4, si bien es el único tema del Informe General N°3, también en 2004, dedicado al VIH/SIDA y los derechos de la infancia. Se considera la vulnerabilidad de la infancia y la adolescencia de forma global, como personas portadoras del virus y también como niños o niñas que dependen de personas portadoras. No obstante, sitúa el riesgo, en primer lugar, en el contexto de su sexualidad y de su salud reproductiva. En él se establece que:

«las y los niños requieren información relevante, apropiada y actualizada que se adecue a los diferentes niveles de comprensión y capacidades de cada edad y que les capacite para manejar su sexualidad de forma positiva y responsable con el fin de protegerse del VIH... Una prevención efectiva contra el VIH/SIDA precisa que los diferentes países se abstengan de censurar, ocultar o manipular cualquier información, incluida la información y educación sexual, y... las partes implicadas deben asegurarse de que todos los niños y niñas tengan la capacidad de adquirir el conocimiento y las estrategias que les protejan a ellos/as y a otras personas en el momento que se empiecen a expresar sexualmente» (párrafo 13).

El párrafo 17 del Informe General N°3 anima a todas las partes que participan en la Convención de los Niños y Niñas a contar con personal cualificado para ofrecer a las y los adolescentes:

«acceso a información relativa al VIH, realización de pruebas y asesoramiento voluntario, conocimiento sobre su situación serológica, servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales, anticonceptivos gratuitos o de bajo

coste, condones y servicios, así como atención específica para el VIH/SIDA y el tratamiento en los casos necesarios»

El párrafo 33 trata un tema que se aborda de forma más general en el Informe General N°4, señalando que:

«las niñas y niños privados de las condiciones necesarias para la supervivencia y el desarrollo, especialmente aquellos/as que son huérfanos/as debido al SIDA, pueden verse en situaciones de explotación sexual y económica en una gran variedad de formas, incluyendo el intercambio de servicios sexuales o trabajos peligrosos a cambio de dinero para sobrevivir, pagar los gastos de su enfermedad o la de sus padres y madres o hermanos/as, o incluso para pagar gastos escolares»

Es necesario que cada país proteja a la infancia de la explotación sexual y de que sean víctimas de las redes de prostitución, tráfico y venta de niñas y niños.

El Informe identifica también otras circunstancias en las que las y los niños, especialmente aquellos/as que están cerca de su madurez sexual, pueden poner en riesgo su salud sexual y reproductiva, incluyendo las violaciones y otros abusos sexuales que pueden tener lugar dentro de la familia o en otros contextos como los colegios, prisiones, instituciones psiquiátricas o para personas con discapacidad. Hay que señalar la vulnerabilidad en el contexto de la guerra y los conflictos armados, incluido el caso en que los niños son «utilizados por militares o personal uniformado para proveer servicios de apoyo o sexuales» (párrafo 34), o cuando son desplazados/as y viven en campos para personas refugiadas. Con la vista puesta en la vulnerabilidad de la salud sexual y reproductiva de la adolescencia, el Comité se centra en un amplio rango de amenazas hacia la misma, y que sitúa en el marco más amplio de los derechos humanos a través de sus Informes Generales N° 3 y 4. La evidencia y experiencias en las que se basan estos Informes, resaltan la urgencia de llevar a cabo acciones internacionales para aplicar y fortalecer los principios de los derechos humanos en defensa de la integridad sexual y de la salud reproductiva de las personas más vulnerables y más fácilmente invisibilizadas y menos representadas en nuestras comunidades.

Rebecca J. Cook
[rebecca.cook@utoronto.ca]

Bernard M. Dickens
[bernard.dickens@utoronto.ca]

Facultad de Derecho, Facultad de Medicina y Centro Colectivo de Bioética, Universidad de Toronto, Canadá.

ABORDAR LA DIVERSIDAD Y VULNERABILIDAD EN LOS

Por Upeka de Silva

¿Cree que los servicios de salud sexual y reproductiva serían accesibles para un varón joven homosexual de una minoría étnica?

Si están comprometidos con la creación de servicios adaptados a la juventud que respeten, protejan y respondan a los derechos de salud sexual y reproductiva de la gente joven, entonces ¡seguro que serían accesibles!

En algunas circunstancias esto puede parecer demasiado pedir y no existe una sola respuesta o un solo enfoque, pero sí existen algunos elementos fundamentales que deben estar presentes para asegurar la provisión de servicios adaptados a la juventud que respeten sus derechos. Sobre estos factores hablaremos brevemente en los siguientes párrafos.

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia es una de las cinco prioridades principales de la nueva dirección estratégica de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y cualquier iniciativa que se encuadre dentro del marco estratégico debe incluir de forma transversal, los cinco temas: derechos, diversidad, vulnerabilidad, calidad y participación de la juventud.

Antes de empezar a examinar estas cuestiones que afectan a la creación de servicios, es importante analizar por qué pensamos que los servicios adaptados a la juventud son importantes. Si pensamos que las necesidades en salud sexual y reproductiva de la gente joven no se reducen únicamente a temas relacionados con el aparato reproductor, sino que además tienen un papel determinante en el desarrollo y bienestar de cualquier joven, entonces se puede lograr la meta relacionada con la oferta de servicios más integrales. Por ejemplo, si somos capaces de sensibilizar a la gente joven sobre la diversidad que existe en la sexualidad de las personas y sobre la importancia de la integridad del cuerpo, podrían reducirse los delitos homófobos. Por supuesto, esto no quiere decir que los servicios adaptados a la juventud tengan como objetivo combatir la delincuencia, pero sí permite ilustrar el hecho de que estos servicios deberían estar basados en el reconocimiento de que la sexualidad es una parte fundamental de la naturaleza humana.

Derechos, diversidad y vulnerabilidad

El respeto, la protección y la capacidad de dar respuesta a los derechos y salud sexual y reproductiva de la gente joven así como la aceptación de las personas jóvenes como seres sexuales, son la base de cualquier iniciativa relacionada con los servicios adaptados a la juventud.

El compromiso con los derechos y, por ello, el principio de no discriminación implica que estos servicios aseguren la cobertura y la accesibilidad a los diversos grupos de jóvenes. Para que esto sea posible, debemos entender la diversidad no sólo en términos de estar en edad escolar o no, o de su nivel socioeconómico (ej. niños y niñas de la calle y refugiados/as), sino también en términos de su sexualidad, su situación frente al VIH y los diferentes contextos culturales y sus implicaciones (ej. mutilación genital femenina y los matrimonios prematuros). También es necesario ir más allá de los «grupos» de intervención tradicionales de gente joven, como pueden ser las y los jóvenes que ejercen prostitución o que están en situación de calle, ya que existen diferencias entre estos mismos grupos que pueden obviarse y porque el simple hecho de categorizar ya puede tener un efecto estigmatizante.

Los números absolutos que se deben manejar son, en sí mismos, un gran desafío para los recursos de salud sexual y reproductiva (SSyR) de baja calidad. Además, existe la creencia de que centrarse en la vulnerabilidad dentro de cada uno de los diferentes grupos posiblemente no permitirá llegar a las personas jóvenes cuyos derechos de salud sexual y reproductiva son menos respetados. Por tanto, ¿qué es la vulnerabilidad y como pueden identificar a las personas jóvenes más vulnerables aquellas que trabajan en la provisión de servicios?

Una forma de entender el término es pensar en la vulnerabilidad como resultado de la violación de los derechos fundamentales. El sexismo, el racismo y el heterosexismo contribuyen a la exclusión social e inciden en la vulnerabilidad. Además de la discriminación, la violación del derecho a la información, a los servicios, a la privacidad, a la confidencialidad y a la libertad derivados del abuso y la explotación, inciden en la vulnerabilidad de la salud/enfermedad sexual y reproductiva de las personas jóvenes.

Por otro lado, pero íntimamente ligado a la integridad y el respeto individuales, se podría decir que la baja autoestima, los sentimientos de incapacidad y la desesperanza hacia su futuro pueden aumentar la vulnerabilidad de la gente joven que con frecuencia se muestra reticente a acudir a servicios de salud puesto que no perciben que la práctica del sexo seguro o cualquier otro comportamiento saludable, sean prioridades.

Otro aspecto clave, especialmente para las personas que trabajan en la provisión de servicios, es que la situación socioeconómica ha propiciado que muchas personas jóvenes hayan perdido la fe y la confianza en las personas adultas; el hecho de asumir este punto puede ayudar a que las iniciativas realmente respondan a la realidad diaria de estas perso-

nas jóvenes.

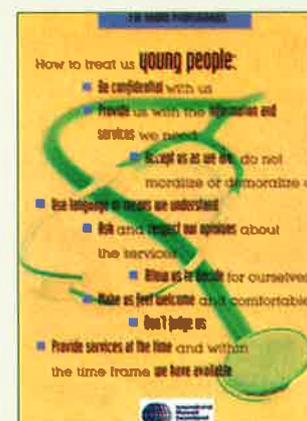
En la línea de estos argumentos, sería muy interesante para dar un paso hacia adelante poder analizar nuevas formas de abordar las necesidades y derechos de las personas jóvenes pobres, de las que viven en poblaciones rurales, de gays y lesbianas, de las que viven con el VIH y de las que han sufrido algún tipo de abuso sexual. Con todo ello, sería más fácil acercarse a los grupos de jóvenes invisibilizados y a los que habitualmente no llegan los servicios.

Calidad

Una vez identificados los/as beneficiarios/as potenciales de los servicios de SSyR, es necesario centrarse en la comprensión de que es lo que hace que un servicio adaptado a la juventud sea también respetuoso con sus derechos de salud sexual y reproductiva.

Quizás merece la pena cuestionarse la diferencia entre los servicios adaptados a la juventud y aquellos para personas adultas. Por un lado, los principios de confidencialidad, coste asequible, accesibilidad y la participación de personas clave, son importantes en ambos tipos de servicios. Pero, por las limitaciones de movilidad y de recursos económicos, el emplazamiento, los horarios de apertura y el coste de los servicios para la gente joven, deben tener una consideración especial.

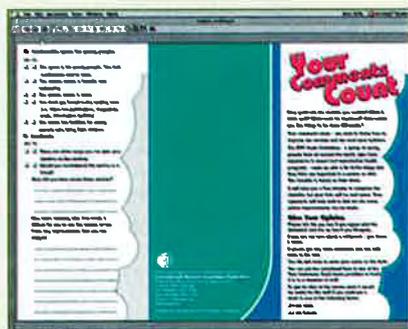
Un factor clave es la actitud que tenga el personal hacia la gente joven. Que el servicio resulte cercano a las personas jóvenes requiere que el personal sea respetuoso y no tenga prejuicios; esto es lo más importante a la hora de trabajar con las y los jóvenes más vulnerables, de quienes hay que ganarse la confianza mediante una relación abierta y flexible. Para asegurarse de que las y los profesionales se sienten confiados/as y a gusto en su trabajo en un centro de salud sexual y reproductiva adaptado a la juventud y que las personas jóvenes que acuden son tratadas con respeto, resulta esencial conocer las actitudes y clarificar los valores del personal y de estos servicios.



El Comité de Juventud de la IPPF diseñó un póster en el que se describían algunos de los aspectos clave de un servicio adaptado a la juventud.

Además de saber cómo se deben proporcionar los servicios, también hay que centrarse en para qué se crean los servicios, con el fin de proteger los derechos de salud sexual y reproductiva de la juventud. Deben hacerse los esfuerzos necesarios para que se proporcione toda la información y los servicios necesarios para que las personas jóvenes sean capaces de tomar decisiones informadas. Algunos servicios que se descuidan con frecuencia, son aquellos en los que se realizan abortos seguros, los de atención a víctimas de abusos sexuales, las de anticoncepción de emergencia y aquellos en los que se realizan pruebas y asesoramiento voluntario sobre infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Es importante señalar que la provisión de anticoncepción de emergencia y los servicios de realización de pruebas y asesoramiento, en particular, constituyen una buena forma de entrada para hablar sobre temas generales de salud sexual y reproductiva con la gente joven. Por ello, las personas que proporcionan estos servicios no deberían desaprovechar la oportunidad de abordar estos temas con los y las usuarias.



El Comité de Juventud de la IPPF preparó una lista de ítems para los servicios adaptados a la juventud que podría ser utilizada para realizar estudios sobre las y los usuarios y como herramienta de evaluación. www.ippf.org/youth/pdf/english_leaflet.pdf.

Puesto que muchos centros no pueden proporcionar todos estos servicios, es en estos casos donde resulta esencial establecer una coordinación y acuerdos con otros centros de referencia que sí puedan proporcionarlos.

Ambiente facilitador

Se ha comprobado que mejorando la calidad del centro se pueden superar, al menos, algunas barreras que inhiben a la gente joven de acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, estamos aprendiendo que la creciente aceptación por parte de las personas jóvenes de los servicios de salud reproductiva está más relacionada con la aceptación por parte de la comunidad del

hecho de que la juventud es activa sexualmente, que con la creación de servicios más adaptados a la juventud. En otras palabras, ningún enfoque, por muy innovador que sea, tendrá éxito si no cuenta con el compromiso firme por parte de la comunidad de aceptar la sexualidad de las y los jóvenes.

Además, la creación de servicios adaptados a la juventud debe ir acompañada de la sensibilización y movilización que aseguren el apoyo de la comunidad, y, con ello, el acceso de la gente joven a dichos servicios.

Participación de la juventud

Para alcanzar todas las metas mencionadas hasta ahora, hay un componente esencial y en el que la IPPF cree firmemente: se trata de la participación de la juventud. Esta creencia se basa en la convicción de que la gente joven tiene derecho a participar en las decisiones que afectan a sus vidas y que esta participación valida unas iniciativas más efectivas y realistas.

Conclusión. De la retórica a la realidad

Los conceptos que se han abordado con anterioridad pueden parecer demasiado retóricos y por ello me gustaría aprovechar esta oportunidad para exponer que el enfoque de los servicios adaptados a la juventud basado en los derechos, tiene un carácter organizativo en el que todas las personas, desde el médico o médica hasta la persona que trabaja en la recepción comparten los mismos valores básicos de igualdad y diversidad, y los incorporan en su práctica diaria. Por ejemplo, requiere que se cuestionen a sí mismas no solo «a qué personas están atendiendo» sino «a quienes no están atendiendo y por qué» - ¿son las chicas inmigrantes?, ¿es por que el centro solo cuenta con personal blanco y no hay información disponible en su idioma?

También debe hacerse un esfuerzo consistente por no sacar conclusiones basadas en estereotipos sobre la gente joven que acude al centro; por ejemplo, no debería asumirse de entrada la heterosexualidad de las personas o que la gente joven con alguna discapacidad automáticamente será sumisa, vulnerable o asexualada.

Todas las personas que respaldamos los derechos de salud sexual y reproductiva de la juventud, tenemos la necesidad de reconsiderar nuestro enfoque en la provisión de servicios y de identificar nuevas formas de lograr un entorno en el que la gente joven sea tratada con respeto y donde se acepte que son personas con una sexualidad. Todo ello para que la gente joven pueda acceder a servicios integrales de salud sexual y reproductiva independientemente de su sexo, edad, orien-

tación sexual, estado civil o situación frente al VIH, y para que puedan tomar decisiones informadas sobre su vida sexual y reproductiva.

Bibliografía sobre el tema

- A por el Oro - Guía Clínica para la Iniciativa Nacional sobre Centros para Adolescentes- NAFCI/Lovelifife- Sudáfrica, 2000.
- Servicios de Salud para la Adolescencia - Un Plan para el Cambio, OMS 2003. www.who.int/reproductivehealth/publications/cah_docs/cah_02_14.html
- ¿Marcan alguna diferencia los servicios adaptados a la juventud?- En Focus, diciembre 1997. www.fhi.org/en/Youth/Youthnet/Publications/FOCUS/InFOCUS/index.htm
- Crear servicios de salud reproductiva para jóvenes- Focus un Young Adults, 1999. www.pathfind.org/focus.htm
- Servicios adaptados a la juventud- manual para las personas que trabajan en la provisión de estos servicios. Engender Health, 2002. www.EngenderHealth.org

Upeka de Silva
[UdeSilva@ippf.org]
Técnica Profesional Junior de la Federación Internacional de Planificación Familiar.

EL SEXO NO TIENE POR QUÉ SER PERJUDICIAL PARA LA SALUD

Por Dr. Paul Van Look y Rebecca Harding

¿Cuántas personas asocian la salud sexual y reproductiva a un problema mundial? Pocas a juzgar por la acción- u omisión- de las personas y sus gobiernos.

Los telediaristas de la noche están llenos de noticias sobre SARS o sobre los peligros de fumar pero, ¿cuántas personas se dan cuenta de que el segundo mayor riesgo para su salud tiene que ver con la práctica de sexo no seguro? (1). ¿O de que, sólo en el último año, tres millones de personas adultas y de niños/as murieron por el VIH/SIDA? (2). ¿O de que un cuarto de millón de mujeres mueren de cáncer cervical? (3). ¿O de que medio millón de mujeres mueren durante el embarazo o el parto? (4). ¿O de que millones de hombres y mujeres padecen infecciones de transmisión sexual que causan enfermedades, infertilidad y otras implicaciones? La realidad es que la mejora de nuestra salud sexual y reproductiva es tan importante como cualquier otro desafío en el campo de la salud en nuestros días. Afecta a todas las personas, en todos lugares y en cualquier etapa de la vida y es fundamental para el desarrollo social y económico de nuestras comunidades, economías y países. Además, refleja- y refuerza- algunas de las desigualdades más básicas de nuestra sociedad, las desigualdades económicas y de género. Y, lo más importante, esta cuestión se puede resolver.

La salud sexual y reproductiva es un ámbito en el que es posible realizar mejoras reales y notables. En 2004 no existen excusas para permitir que las mujeres mueran durante el parto; para que la gente no pueda aprender a practicar sexo seguro; para que la planificación familiar no funcione incluso en los países más pobres y remotos. A pesar de ello, por alguna razón, este tema no está en nuestras mentes. El problema no es que se carezca de recursos o pericia, sino que se está fallando en el paso a la acción. La OMS está dispuesta a que esto cambie.

¿Cuáles son los principales obstáculos para el avance?

El primero es común a casi todos los desafíos en temas de salud: la pobreza. La realidad es que la presencia de enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva es mayor en los países más pobres, donde el acceso a la información, la atención sanitaria básica, o incluso la comida, están limitados. Lugares donde los servicios están aislados,

cuentan con poco personal, tienen equipos de baja calidad y que, por su situación, no están al alcance de la mayoría de la gente. La mayoría de las muertes maternas, por ejemplo, son consecuencia de complicaciones durante el parto; pero además, en los países más pobres a menudo no se cuenta con profesionales cualificados/as para la atención al parto, ni con fármacos básicos o dispositivos de emergencia para tratar cualquier complicación. De la misma manera, el VIH/SIDA es más letal en los países pobres puesto que está infradiagnosticado, debido a la ausencia de servicios competentes y de precio razonable, y a que no existen equipos de salvamento. Aún así, la experiencia ha demostrado que, incluso en los países con una renta per cápita baja, cuando se crean enfoques específicos para el país, se logran mejoras significativas.

Existe un segundo obstáculo para el avance en salud sexual y reproductiva en muchos países y que puede resultar menos visible que la pobreza pero no menos relevante: la discriminación contra las mujeres. Estas desigualdades pueden ser muy grandes, con implicaciones importantes para la salud sexual y reproductiva. Las familias invierten menos dinero en alimentación, atención sanitaria, colegios y formación para las niñas que para los niños. La situación de inferioridad de mujeres y niñas puede manifestarse a través del abuso sexual, una mala salud física y mental, y una falta generalizada de control sobre sus vidas, especialmente en lo concerniente a la sexualidad y reproducción. En algunos países, casi una de cada cuatro mujeres sufre violaciones, violencia y otras formas de abuso sexual por parte de su pareja (5). El tráfico de mujeres y niños/as y la inducción a la prostitución tiene consecuencias devastadoras, incluyendo embarazos no deseados, abortos inseguros, síndromes de dolor crónico, infecciones de transmisión sexual como el VIH, y problemas ginecológicos, por no hablar del daño psicológico y emocional de estas mujeres.

El tercer obstáculo es quizás el más grande y de alguna manera refuerza los otros dos, y es la imposibilidad de muchas personas de tomar decisiones sobre -y en consecuencia de gestionar- su salud sexual y reproductiva debido al analfabetismo, la falta de acceso a una educación o a la asistencia médica, y las dificultades creadas para evitar que la gente adquiera conocimientos sobre su salud sexual y reproductiva. Se estima que alrededor de 80 millones de mujeres al año tienen embarazos no deseados o no planificados, en parte porque no se ha dado respuesta a la necesidad de planificación familiar. De los aproximadamente 45 millones de embarazos que se interrumpen cada año, se calcula que 19 millones de estas interrupciones se hacen a través de abortos inseguros, acabando con

las vidas de 68.000 mujeres al año (6). De los 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual causadas por bacterias (7)- más otros cuantos millones causados por infecciones virales, incluidos los cinco millones de infecciones por VIH (8)- prácticamente todos pudieron prevenirse con la práctica del sexo seguro. Durante las dos últimas décadas, se han producido avances significativos en el conocimiento sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva- en la planificación familiar, en la detención de la expansión de las infecciones de transmisión sexual, en la forma de llevar a cabo embarazos más seguros, en tecnologías de salud reproductiva para situaciones de emergencia, o en el tratamiento de la infertilidad, por mencionar algunos temas. Pero aún son muchos los países en los que esta información no llega a las personas que más lo necesitan. Los tabúes y las normativas sobre sexualidad, crean serias dificultades a la hora de proporcionar información, servicios de salud reproductiva y otras formas de apoyo que tanto hombres como mujeres necesitan para estar sanos/as. En algunos países las leyes, políticas y normas se interponen en el acceso a los servicios (ej. excluir a las personas no casadas del acceso a los métodos anticonceptivos), limitan de forma innecesaria las funciones del personal sanitario (ej. impedir que las matronas empleen determinados procedimientos de urgencia), dificultan la provisión de determinados servicios (ej. tener que pagar en efectivo por métodos anticonceptivos de emergencia), y restringen la importación de fármacos y nuevas tecnologías.

¿Qué pueden hacer la OMS y sus Estados Miembro?

Dado que se ha avanzado poco en la mejora de la salud sexual y reproductiva en la última década, y sabiendo que las Metas de Desarrollo para el Milenio (MDGs, por sus siglas en inglés) no se cumplirán sin un nuevo enfoque y un compromiso renovado por parte de la comunidad internacional, la Asamblea Mundial de la Salud de 2002 encargó al Secretariado de la OMS idear una estrategia para transformar las metas y objetivos globales en acciones. El documento estratégico final, que se desarrolló a través de un procedimiento consultivo intenso con los países y otros socios de las seis regiones de la OMS, y que fue adoptado por la 57^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004, tiene como fin cumplir con cinco prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva: 1. mejorar la atención prenatal, perinatal, en el posparto y al o la recién nacido/a; 2. crear servicios de planificación familiar de buena calidad, incluyendo servi-



cios para el tratamiento de la infertilidad; 3. acabar con los abortos inseguros; 4. luchar contra la expansión de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervical y otros problemas ginecológicos; y 5. promover la salud sexual.

Debido a los estrechos vínculos existentes entre los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, las intervenciones en un área probablemente tendrán efectos positivos las demás. Por ello, es fundamental que los países refuercen las infraestructuras y servicios existentes y que sean utilizados como puntos de entrada para desarrollar intervenciones posteriores, maximizando así las sinergias y evitando la duplicación de servicios cuando los recursos son escasos. La estrategia propone cinco áreas principales de acción:

- Reforzar la capacidad de los sistemas sanitarios;
- Mejorar la información para establecer prioridades;
- Acción política;
- Crear marcos legislativos y normativos de apoyo;
- Reforzar el seguimiento, la evaluación y la gestión de fondos.

Apoyar esta estrategia implica un compromiso fundamental con los derechos humanos: el derecho de toda persona a tener la mejor atención sanitaria posible; el derecho fundamental de las parejas y las personas individuales a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento en que quieren tener hijos/as y a tener la información y los medios para que así sea; el derecho de las mujeres a tener el control y la capacidad de tomar decisiones desde la libertad y la responsabilidad en todo lo relacionado con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia; el derecho de los hombres y las mujeres a elegir pareja y contraer matrimonio sólo de manera libre y con su consentimiento; el derecho a tener acceso a toda la información relevante sobre salud y el derecho de todas las personas a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones. Para asegurarse de que estos derechos son respetados, las políticas, programas e intervenciones deben fomentar la equidad de género, dar atención prioritaria a las personas pobres y excluidas, y proporcionar un apoyo especial para aquellos países que presentan las mayores tasas de enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

En resumen, tenemos objetivos claros, contamos con los recursos y la experiencia necesaria, y tenemos un plan. Lo único que falta es la acción política ya que con demasia-

da frecuencia existe un abismo entre los compromisos globales y la realidad global. Esta discrepancia es obvia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Sabemos que tres de las ocho MDGs de Naciones Unidas establecen objetivos ambiciosos sobre este tema para 2015: reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes; reducir la mortalidad infantil en dos tercios; y frenar, e invertir, la expansión del VIH/SIDA. Aún así, hoy en día mueren tantas mujeres durante el embarazo y el parto como lo hacían hace una década. Además la expansión del SIDA, lejos de frenarse, está creciendo en muchas partes del mundo. Esto tiene que cambiar. La salud sexual y reproductiva debería tener que ver con el amor, la vida y las relaciones, y no con la enfermedad y la muerte. Nos debemos a nosotros/as mismos/as, a nuestras parejas y a nuestros hijos e hijas el cumplimiento de estos compromisos.

Referencias

1. Informe sobre Salud Mundial 2002. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2002). Tabla anexa 13, pag. 230-232.
2. Datos actualizados de la epidemia de VIH 2003, Programa Conjunto sobre VIH/SIDA de las Naciones Unidas (UNAIDS/03.39E) y la Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2003). ONUSIDA
3. Informe sobre Salud Mundial 2002. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2002). Tabla anexa 2, pag. 186-191.
4. Caral Abou y Tessa Wardlaw, «Mortalidad Materna en 2002: estimaciones de la OMS, UNICEF y FNUAP» (2003), pag. 3.
5. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2002, pag. 89.
6. *Abortos seguros: Directrices Técnicas y Políticas para Sistemas Sanitarios*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2003), pag. 12-16.
7. Prevalencia e incidencia MUNDIAL de algunas enfermedades CURABLES de trasmisión sexual: visión general y estimaciones. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2001).
8. Datos actualizados de la epidemia de VIH 2003, Programa Conjunto sobre VIH/SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA/03.39E) y la Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2003), pag. 3.

Dr. Paul Van Look
Director

Extractos sobre salud de la gente joven de la primera estrategia global de la OMS sobre salud reproductiva. La estrategia completa está disponible en: www.who.int/reproductive-health/

Exposición de las y los adolescentes al riesgo

25. En muchos países los tabúes y la normativa respecto a la sexualidad (incluyendo prácticas como los matrimonios infantiles, la mutilación genital femenina y la iniciación sexual prematura) crean importantes dificultades a la hora de proporcionar información, servicios de salud sexual y reproductiva y cualquier otra forma de apoyo que la gente joven necesita para estar sana.

Así, las conductas sexuales y reproductivas durante la adolescencia (de los 10 a los 19 años) tienen consecuencias inmediatas y a largo plazo. En algunas partes del mundo, las relaciones sexuales comienzan durante la adolescencia, y a menudo incluyen conductas de riesgo, ya sea dentro o fuera del matrimonio. En la adolescencia rara vez se tiene el apoyo o las habilidades suficientes para resistir la presión de tener relaciones sexuales, negociar para tener sexo más seguro o protegerse frente a los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. Para las chicas muy jóvenes, el embarazo supone un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad materna. Responder a las necesidades y proteger a los 1.200 millones de adolescentes que hay en el mundo, es necesario para cuidar su salud y la de las próximas generaciones.

Fortalecer la capacidad de los sistemas sanitarios

50. Uso de los servicios. Aunque existan los servicios adecuados, existen muchas razones - sociales, económicas y culturales - por las que las personas no los utilizan, especialmente los relacionados con la salud sexual y reproductiva. Identificar y superar los obstáculos requiere trabajar conjuntamente con las mujeres, la gente joven y cualquier otro grupo de la comunidad con el fin de comprender sus necesidades, analizar los problemas y encontrar soluciones adaptadas.

Rebecca Harding
Directora de Comunicación
[hardingr@who.int]
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
OMS, Ginebra, Suiza.

SALUD SEXUAL EN PERSONAS JÓVENES - CONCLUSIONES DEL ESTUDIO SOBRE HBSC

Por Jim Ross, Emmanuelle Godeau y Sonia Dias

El siguiente artículo es un extracto del informe sobre Conductas de Salud en Niños/as en Edad Escolar (HBSC, por sus siglas en inglés), publicado recientemente por la Oficina Regional para Europa de la OMS (1).

La salud sexual constituye un elemento importante para el bienestar general, social y personal en la adolescencia (2). Uno de los aspectos primordiales del desarrollo en la adolescencia es la consolidación de la identidad en general, y de la identidad sexual en particular. El desarrollo de la sexualidad en esta etapa conlleva cambios físicos asociados a la pubertad, cambios a nivel psicológico y sucesos interpersonales. Las y los adolescentes necesitan aprender a cómo sentirse cómodos/as consigo mismos/as, cómo hacer frente a las emociones relacionadas con la sexualidad y cómo relacionarse de forma saludable con otras personas.

La adolescencia es un periodo de oportunidades donde se exploran nuevas ideas y opciones, y también un periodo caracterizado por la vulnerabilidad y el riesgo. Afortunadamente, la mayoría de las y los adolescentes superan esta etapa de forma positiva. Sin embargo, algunos comportamientos asociados a la adolescencia - la espontaneidad, la inmadurez social, la asunción de riesgos y la inestabilidad - pueden afectar algunos aspectos relacionados con la salud sexual.

Las cuestiones de salud pública relativas a la sexualidad en la adolescencia incluyen los embarazos y las infecciones de transmisión sexual (ITS) ya que generan problemas sanitarios, sociales y económicos significativos entre la gente joven. Estos problemas pueden prevenirse fácilmente mediante esfuerzos coordinados de las familias, colegios, agentes de salud y educativos, y organizaciones comunitarias. El desarrollo de programas eficaces en los colegios y comunidades depende en parte de cuanta información se tenga sobre la naturaleza y el alcance del comportamiento sexual entre las y los adolescentes. Es necesario contar con información actualizada sobre temas relacionados con la salud sexual en la juventud con el fin de desarrollar programas y políticas adaptadas, así como una mejor comprensión de los

determinantes sociales y culturales de los comportamientos de riesgo, y los correspondientes factores de protección, con el fin de que todas las intervenciones se desarrollen de forma integral y efectiva.

Existen pocos datos de países diferentes sobre salud sexual en la adolescencia. Por esta razón el estudio 2001/02 sobre Conductas de Salud en Niños/as en Edad Escolar (HBSC) incluyó, por primera vez, preguntas sobre salud sexual adaptadas a adolescentes de 15 años. El estudio sobre HBSC, creado hace 22 años, se llevó a cabo en diferentes países a través de una red de trabajo internacional formada por equipos de investigación en colaboración con la Oficina Regional para Europa de la OMS. Su objetivo es el de obtener información nueva para mejorar la comprensión sobre la salud de la gente joven, su bienestar, sus conductas de salud y su contexto social.

Este estudio se realiza cada cuatro años con muestras de niños y niñas en edad escolar de 11, 13 y 15 años y mediante un cuestionario estandarizado internacionalmente. El número medio de participantes en cada país es de 4.500 adolescentes (entre todos los grupos de edad). En el estudio sobre HBSC 2001/02, participaron 35 países y regiones, aunque no fue posible que todos incluyeran las preguntas sobre salud sexual en sus cuestionarios, ya que de haberlo hecho así es probable que hubiera incidido negativamente en las tasas de participación de las escuelas.

Metodología

Las preguntas sobre salud sexual se extrajeron del Estudio sobre Conductas de Riesgo de la Juventud en EEUU (YRBS) (3) y se ha comprobado que proporcionaron datos fiables en los Estados Unidos (4,5). Sólo se les realizaron estas preguntas sobre sexualidad a las y los jóvenes de 15 años, ya que la inmensa mayoría de las y los adolescentes más jóvenes no habían tenido relaciones coitales y se consideró que estas preguntas no eran adecuadas para ellos/as. Estas son las cuatro preguntas que se incluyeron:

1. ¿Has realizado tenido relaciones coitales alguna vez? (algunas veces se le llama «hacer el amor», «tener sexo» o «llegar hasta el final»). Las opciones de respuesta eran: sí, no.
2. ¿Cuántos años tenías cuando mantuviste relaciones coitales por primera vez?. Las opciones de respuesta eran: nunca he realizado el coito; 11 años o menos; 12 años; 13 años; 14 años; 15 años. (Los datos no se presentan aquí)
3. La última vez que mantuviste relaciones coitales, ¿utilizasteis tú o tu pareja un pre-

servativo?. Las opciones de respuesta eran: nunca he realizado el coito, sí, no.

4. La última vez que mantuviste relaciones coitales. ¿qué métodos utilizasteis tú o tu pareja para prevenir un embarazo?. Las opciones de respuesta eran: nunca he realizado el coito; no utilizamos ningún método para prevenir embarazos; la píldora; condones; spray o gel espermicida; marcha atrás; (se podían incluir, según el país o la región, opciones específicas); algún otro método; no estoy seguro/a.

La primera pregunta incorpora claves para la comprensión por parte de las y los jóvenes del término «relación coital». Estudios de validación han concluido que esta información es adecuada (6) y que la mayoría de la gente joven interpreta estas claves como «coito vaginal». De esta manera, el riesgo de contraer ITS a través de otras prácticas sexuales, no puede medirse con esta pregunta. Otra limitación de las preguntas es que, preguntando sólo a aquellos/as que han mantenido relaciones coitales, no se identifican a aquellos/as que en la actualidad tienen relaciones sexuales y que por ello, estarían en riesgo de contraer ITS o de embarazos no deseados.

La edad a la que tenía la primera relación coital se investigó porque se pensaba que si tenía lugar a una edad temprana, podría estar relacionada con relaciones sexuales no planificadas o sin protección y, por ello, con un mayor riesgo de contraer ITS y de embarazos no deseados. Además cuando el primer coito tiene lugar a una edad temprana también correlaciona con otros comportamientos de riesgo como el uso de alcohol o drogas, que pueden propiciar que la relación sexual no sea planificada y se haga sin protección (7-9).

La investigación ha mostrado que las y los adolescentes tienen dificultades para concretar que métodos anticonceptivos utilizan, incluso en periodos breves de tiempo, ya que su uso no es consistente (10). Pueden utilizar condones o la píldora anticonceptiva o cualquier otro método de forma esporádica, dependiendo de la situación y de su pareja sexual. Además, al preguntarles por los comportamientos habituales, las personas que responden (ya sean adultas o jóvenes) tienden a sesgar sus respuestas y señalar los comportamientos más deseables a nivel social. Las respuestas relativas al último coito tienen una validez y fiabilidad más altas que las obtenidas sobre el comportamiento general. En el análisis de los datos extraídos de las respuestas a estas dos preguntas, las personas jóvenes que respondieron diciendo que ellas o sus parejas utilizaron un condón durante el coito, se analizaron como si lo hubieran usado para ambas finalidades, es decir, para

prevenir tanto un embarazo como la transmisión de ITSs.

Para realizar estos análisis, las respuestas a la cuarta pregunta se combinaron con el fin de extraer una medida de la proporción de personas de 15 años que afirmaban haber utilizado al menos un método anticonceptivo. La opción de respuesta de la «marcha atrás» fue excluida ya que este método ofrece muy poca o ninguna protección ante el embarazo, pero sí se incluyeron las opciones de respuesta específicas de cada país y cualquier otra incluida en esta pregunta. Próximos análisis de los datos sobre la utilización de condones y otros métodos anticonceptivos, prestarán especial atención a estas respuestas.

Se incluyó también una pregunta más sobre la edad del primer coito (no se muestra aquí). La edad media de todos los países fue de 14.3 para las chicas y 14.0 para los chicos; esta media varía desde los 13.5 años en Lituania y los 14.6 en Ucrania. En la mayoría de los países y regiones, la media es ligeramente menor para los chicos que para las chicas y la mayor diferencia entre ambos sexos, de casi un año, se encontró en Portugal.

Resultados

Las cuatro preguntas sobre salud sexual permiten investigar sobre otras cuatro cuestiones:

- ¿Qué proporción de la población ha tenido relaciones coitales?
- ¿Qué proporción de la población que tiene relaciones sexuales realizó el coito a una edad temprana?
- ¿Cuántas personas que tienen relaciones sexuales se protegen a sí mismas o a sus parejas mediante la utilización de condones?
- ¿Cuántas personas que tiene relaciones sexuales se protegen a sí mismas o a sus parejas del embarazo mediante el uso de algún método anticonceptivo?

Como se ha mencionado, para este análisis, las respuestas a la pregunta sobre los métodos anticonceptivos se combinaron para obtener una media.

Experiencia de relaciones coitales

Un total de 30 países o regiones incluidos en este análisis preguntaron a jóvenes de 15 años si habían mantenido relaciones coitales alguna vez. Las diferencias en las respuestas son notables (fig. 1). La proporción de jóvenes de 15 años que respondieron haber mantenido relaciones coitales varía del 15% de Polonia al 75% de Groenlandia. En nueve países o regiones, principalmente en Europa central y del este, junto con España, algo

Fig. 1 Jóvenes de 15 años que habían realizado el coito (%)



Nota: no existen datos disponibles de Dinamarca, Irlanda, Malta, Noruega y los Estados Unidos.

menos de una quinta parte de las y los jóvenes afirmaron haber mantenido relaciones coitales. Entre los países o regiones con porcentajes más elevados: Inglaterra, Groenlandia, Escocia, Ucrania y Gales, en los que un tercio o más afirmaron haber realizado el coito.

Las diferencias por sexos son elevadas. Entre los chicos las respuestas afirmativas oscilaban entre el 18% de España y el 71% de Groenlandia. La República Checa, Estonia, Polonia y España tienen los porcentajes más

bajos, en torno al 20%. En el polo opuesto del espectro, hay nueve países y regiones donde en torno a un tercio de los chicos habían realizado el coito. Entre las chicas, las respuestas afirmativas oscilaban entre el 4% de la antigua República Yugoslava de Macedonia, al 79% de Groenlandia. Los porcentajes están por debajo del 20% en 15 países y regiones, y en torno al 33% o más en otros seis.

Resulta interesante que en el último grupo, más chicas que chicos afirmaran

haber realizado el coito hallándose las diferencias más grandes en Alemania y Gales. En ocho países, prevalece un patrón más tradicional donde al menos el doble de chicos que de chicas respondieron afirmativamente. El triple de chicos que de chicas mantenían relaciones coitales en Grecia e Israel, y diez veces más en el caso de la antigua República Yugoslava de Macedonia.

Utilización de condones

La proporción de jóvenes que tenían relaciones sexuales que afirmaban haber utilizado un condón en el último coito varía del 64% de Finlandia al 89% de Grecia (fig. 2). La proporción es del 70% o menos en seis países y/o regiones, con Finlandia y Suecia al final de este rango, y de 80% hasta casi el 90% en otros siete, con los porcentajes más altos en Grecia y España.

En casi todos los países los chicos tienden a responder con mayor frecuencia de forma

afirmativa a la pregunta sobre la utilización del condón durante el último coito. Las diferencias por sexos pueden ser bastante grandes, como en Bélgica (parte flamenca) o en Ucrania. La proporción de utilización del condón varía del 68.5% de Portugal al 91% de Grecia en los chicos, y del 58% de Suecia al 89% de España en las chicas.

Utilización de métodos anticonceptivos

La proporción de jóvenes que mantienen relaciones sexuales que afirman haber utilizado al menos un método anticonceptivo (incluyendo, pero no sólo los condones y la píldora anticonceptiva), durante el último coito, varía del 73% de Polonia al 95% de los Países Bajos (fig. 2). La proporción está por debajo del 80% en siete países y en el 90% o más en otros ocho.

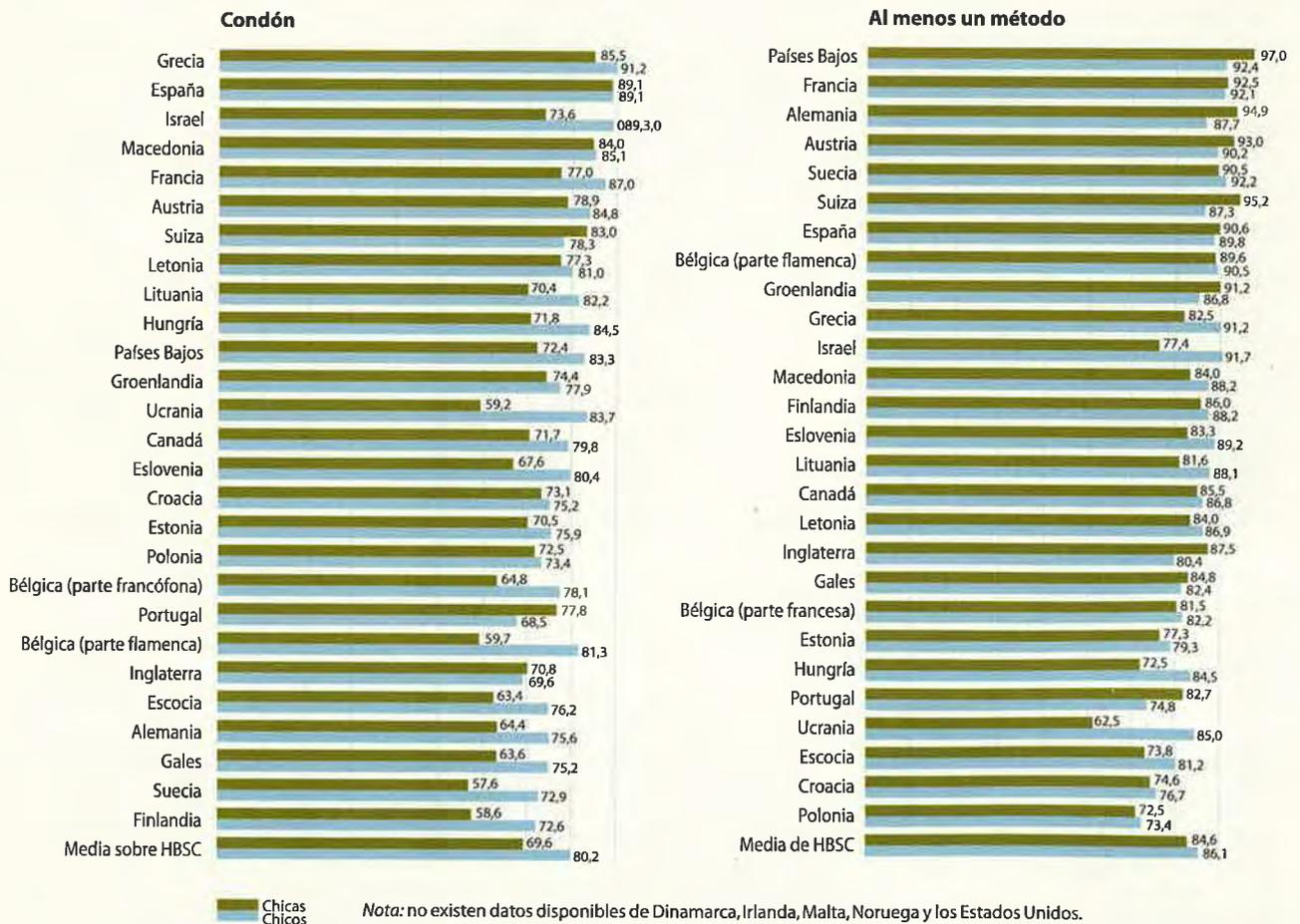
La proporción de las y los que afirman haber utilizado métodos anticonceptivos

varía del 73% de Polonia al 92% en los Países Bajos para los chicos, y del 68% de Ucrania al 97% de los Países Bajos para las chicas. Los países y regiones están prácticamente equilibrados con respecto al porcentaje del uso de anticonceptivos de chicos frente al de chicas; en muchos países las proporciones entre ambos sexos son casi idénticas. Los chicos refieren haber utilizado métodos anticonceptivos con mayor frecuencia que las chicas en Grecia, Hungría, Israel y Ucrania; mientras las chicas superan a los chicos en Inglaterra, Alemania, Groenlandia, Portugal y Suiza.

Conclusiones

Las respuestas a las cuatro preguntas pusieron de manifiesto diferencias notables entre los países y regiones HBSC en los porcentajes de adolescentes de 15 años que habían realizado el coito, la media de edad del primer coito y el uso de métodos anticonceptivos

Fig. 2. Jóvenes de 15 años que utilizaron métodos anticonceptivos durante su última relación coital (%)





durante las relaciones sexuales recientes. Las diferencias transnacionales sin duda están relacionadas con aspectos culturales, sociales, educativos y religiosos, así como de las políticas públicas. Las diferencias más importantes entre países y regiones se refieren al uso del condón. Mientras menos del 70% de la gente joven con relaciones sexuales utilizó un condón la última vez que practicó en coito en seis países, el 80-90% sí lo hizo en otros siete países. Estos hallazgos tienen implicaciones políticas importantes. En el contexto de la HBSC, sin embargo, un análisis más detallado proporcionará la oportunidad de conocer los factores determinantes para el uso del condón, dentro de cada país y de unos a otros, en relación a otras conductas de riesgo (especialmente el consumo de alcohol y otras drogas), a las relaciones sociales y escolares, el rendimiento escolar y a las relaciones con los padres y madres.

El análisis de las diferencias por sexos muestran que, en muchos países y regiones, las expectativas tradicionales de género son perjudiciales. Por poner un ejemplo, mientras los chicos tienen casi el doble de posibilidades de practicar el coito a una edad temprana en casi un tercio de los países y regiones HBSC, ambos sexos presentan datos muy similares en muchos más países, y la realidad es que es más probable que las chicas practiquen el coito en seis (Inglaterra, Finlandia, Alemania, Groenlandia, Escocia y Gales). En casi todos los países y regiones, es más probable que los chicos afirmen haber utilizado un condón durante la última relación sexual. Las diferencias por sexos pueden ser muy grandes en algunas ocasiones como es el caso de Bélgica (parte flamenca) y Ucrania. Estas diferencias por sexos reflejan cuestiones complejas relacionadas con el contexto cultural, la política pública o el contenido de los programas de educación para la salud.

El estudio sobre HBSC no es la forma ideal de obtener una visión completa de la edad de inicio en las relaciones sexuales ya que las y los participantes más mayores tienen sólo dieciséis años, y a esa edad la mayoría no ha mantenido relaciones sexuales. Sin embargo, la población identificada en este estudio como personas que mantienen relaciones coitales, son consideradas mayoritariamente como personas que las han iniciado a una edad temprana y que, en consecuencia, tienen un riesgo mayor de tener relaciones sexuales no planificadas, sin protección y de tener otras conductas de riesgo asociadas a la impulsividad. Por otro lado, con algunas excepciones notables, un alto porcentaje de las y los jóvenes que iniciaron sus relaciones sexuales a una edad temprana, afirman haber utilizado condones. De ello se puede concluir que la gente joven no sólo ha recibido los

diferentes mensajes sobre sexo seguro, sino que los han aceptado y actúan en consecuencia.

Se planea realizar análisis más exhaustivos sobre los métodos anticonceptivos con el fin de mejorar la comprensión sobre las diversas prácticas anticonceptivas en todos los países y regiones HBSC y elaborar una forma efectiva de medición de estas prácticas en los diferentes grupos de edad. Se realizarán también nuevos análisis para conocer las diferencias individuales en los factores de riesgo y protección relacionados con el comportamiento sexual en todos los países.

Referencias

1. Curie C. Et al., La Salud de la Gente Joven en el Contexto de las Conductas de Salud de Niños y Niñas en Edad Escolar: Informe Internacional sobre el estudio 2001/2002. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS, 2004 (Políticas de Salud para la Infancia y la Adolescencia, nº4)
2. Raphael D. Determinantes de salud de las y los adolescentes norteamericanos/as: desarrollo de definiciones, hallazgos recientes y planes de investigación. *Journal of Adolescence Health*, 1996, 19:6-16.
3. Kolbe LJ, Kann L, Collins JL. Visión General del Sistema de Vigilancia sobre Conductas de Riesgo en la Juventud. *Public Health Reports*, 1993, 108 (suplemento 1):2-10
4. Brener N et al. Fiabilidad del cuestionario sobre el Estudio de Conductas de Riesgo en la Juventud. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141 (6):575-580.
5. Brener Kann L N et al. Fiabilidad del cuestionario sobre el Estudio de Conductas de Riesgo en la Juventud 1999. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31:336-342.
6. Orr DP, Fortenberry JD, Blythe M. Validez de las respuestas de las chicas adolescentes sobre la utilización de métodos anticonceptivos naturales. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:261-266.
7. Flanagan, BJ, Hitch MA. Consumo de alcohol, relaciones sexuales y anticoncepción: un estudio exploratorio. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1986, 31(3):6-40.
8. Robertson JA, Plant MA. Alcohol, sexo y riesgo de infección por VIH. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22(1):75-78.
9. Traeen B, Lundin Kvaalem I. Sexo bajo la influencia del alcohol entre adolescentes noruegos/as. *Addiction*, 1996, 9(7):995-1006.
10. Morris L, Warren CW, Aral SO. Medida de la relación entre los comportamientos sexuales en adolescentes y sus implicaciones en salud. *Public Health Reports*, 1993, 108(suplemento 1):31-36.

El informe completo junto con más información sobre la HBSC están disponibles en www.hbsc.org

James Ross

[james.g.ross@orcmacro.com]
Vicepresidente de Macro International Inc, Maryland, EEUU.

Emmanuelle Godeau

Servicio Médico del Rectorado.
Asociación para el Desarrollo de HBSC y Inserm U558, Toulouse, Francia.

Sonia Dias

Facultad de Motricidad Humana.
Universidad Técnica de Lisboa.

SERVICIOS DE SALUD ADAPTADOS A LA JUVENTUD. ¿POR QUÉ LA GENTE JOVEN NECESITA SERVICIOS ESPECIALES?

Elina Juntunen

En la mayor parte del mundo, la mayoría de la gente joven inicia sus relaciones sexuales durante la adolescencia. En el pasado, si no estaban casados/as, tanto las mujeres como los hombres jóvenes eran excluidos de los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva (SSyR), lo que continúa siendo una realidad en varios países.



Sin embargo, ha sido recientemente cuando se ha tomado conciencia que la gente joven-casada o soltera- tienen necesidad de estos servicios tanto como las personas de mayor edad y casadas. Con 1.2 billones de adolescentes y la mitad de la población mundial por debajo de 25 años, es un hecho que cada vez más gente joven necesita servicios de atención y prevención en salud reproductiva.

La necesidad de invertir en servicios de SSyR para jóvenes no se demuestra sólo por el alarmante incremento en el número de infecciones de transmisión sexual (ITSs) entre la gente joven o por la pandemia de VIH/SIDA- y es entre las mujeres jóvenes donde el número de infecciones está teniendo a aumentar con mayor rapidez- sino también por la falta de respuesta ante sus necesidad de planificación familiar y el consecuente número de embarazos no deseados y abortos inseguros.

Dado que la gente joven tiende a no utilizar (aunque no siempre tienen acceso) los servicios de SSyR existentes, se debe elaborar un enfoque alternativo. La no utilización de los servicios existentes se debe a que la gente joven encuentra muchas dificultades para acceder a ellos. Entre ellas, la legislación y la política pueden restringir el acceso de la juventud a servicios con un precio asequible y a una información adecuada; o puede que sientan vergüenza de que alguien les vea en los centros o, simplemente, ignoran que estos servicios existen. En ocasiones es la actitud negativa del personal de estos servicios lo que limita el acceso de la gente joven a los mismos.

Son necesarios los servicios adaptados a la juventud para proporcionar atención a la

salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. Los elementos clave para la creación de servicios adaptados a la juventud incluyen los principios de privacidad, confidencialidad, respeto por la gente joven, accesibilidad, perspectiva de género, personal con formación específica y la participación de la gente joven en la planificación, implementación y evaluación de programas y servicios adaptados a la juventud. La gente joven es quien mejor puede determinar las características que más se adaptan a sus necesidades.

De acuerdo con el FNUAP en los servicios de salud adaptados a la juventud debería asegurarse el tiempo necesario para la interacción usuario/a-profesional; favorecer la existencia de mediadores/as juveniles, deberían tener un horario de apertura adecuado y estar bien situados, y no debería haber demasiados/as usuarios/as ni listas de espera demasiado largas. Además, al llegar, se debería dar una buena acogida a todas las personas jóvenes que acudan y las citas tendrían que resolverse lo antes posible al tiempo que se proporcionan los servicios y materiales educativos necesarios, así como la oportunidad de participar en grupos de discusión.

Los servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a la juventud, deberían asegurarse de que se proporciona una información actualizada y asesoramiento para los casos en que sea necesario. Así mismo, la educación sexual se debería impartir antes de que las y los jóvenes iniciaran las relaciones sexuales. Algunas personas adultas creen- erróneamente- que la educación sexual propicia un inicio más temprano de las relaciones sexuales y la promiscuidad. Esto no es cierto.

La realidad es que retrasa el inicio de las relaciones sexuales y aumenta el número de prácticas sexuales seguras, contribuyendo al bienestar, empoderamiento y autonomía de la gente joven. La información debería difundirse tanto en los colegios como en otros contextos y los centros de salud reproductiva deberían ser accesibles para la gente joven.

La legislación por sí sola no es suficiente

Es muy importante que el personal que atiende los servicios posea una formación específica puesto que en no pocas ocasiones la gente joven se encuentra con actitudes restrictivas por parte del personal de los servicios de SSyR. En Portugal, por ejemplo, la legislación reconoce el derecho de la juventud a la información y los servicios de SSyR pero la realidad es con frecuencia diferente: dependiendo del centro o de la farmacia, la gente joven puede ser enviada de un sitio a otro en busca de ayuda, por ejemplo, para conseguir la píldora postcoital.

En Finlandia, la legislación protege el derecho de la juventud a tener acceso a los servicios de salud y, al contrario que en Portugal, efectivamente se implementa. Además las actitudes negativas del personal hacia la juventud son muy escasas y se puede hablar abiertamente de temas relacionados con la sexualidad. Finlandia tiene unas tasas bajas de VIH/SIDA y de embarazos no deseados, aunque la incidencia de chlamydia está aumentando en la actualidad. Quizá se podría enfatizar aún más la actitud abierta hacia la juventud de los servicios.



El pasado mes de mayo se estableció oficialmente YouAct, una Red de Trabajo Europea de Juventud en Lisboa, Portugal. Treinta y siete jóvenes de 20 países europeos se reunieron para participar en una conferencia sobre juventud organizada por YouAct para celebrar su creación.



¿Se trata de una carretera sin fin o simplemente de un largo camino? >

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, se llegó al compromiso de que se deberían abordar y responder las necesidades en SSyR de la juventud: la gente joven tiene derecho a acceder a la información, la educación y los servicios de SSyR. La meta relativa al acceso universal a la planificación familiar, en la que se incluía a la gente joven, se estableció en aquel momento. Por aquel entonces -hace diez años- se establecieron bases sólidas pero queda mucho camino por hacer, siendo necesario realizar todavía muchas acciones. Es posible alcanzar esta meta, pero depende mucho de las prioridades de cada gobierno.

En resumen, desde aquí se insta a los gobiernos a asumir la responsabilidad ante el compromiso efectuado; no hay que quedarse en las palabras sino que son necesarios los hechos, lo que implica una financiación mayor para los programas de salud sexual y reproductiva que se centran específicamente en las necesidades de la adolescencia. Es cierto que los recursos suelen ser escasos cuando se trata de servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, las inversiones siempre merecen la pena ya que pueden hacer disminuir las tasas de VIH/SIDA e ITSs, así como las de embarazos no deseados y abortos inseguros. El acceso de la gente joven a los servicios de salud sexual y reproductiva, y especialmente a los servicios adaptados a la juventud, es una prioridad ya que la salud y el bienestar de esta generación tendrá implicaciones importantes para el futuro.

Qué puedes hacer si eres joven

Existen algunas cosas que podemos hacer las y los jóvenes:

- Pronunciarnos sobre la importancia de los servicios de salud adaptados a la juventud y transmitir la información a las y los responsables de la toma de decisiones en cada país y/o comunidad;
- Trabajar sobre este tema conjuntamente con las ONGs locales;
- Escribir en periódicos y revistas;
- Trabajar y pasar a la acción junto a otras personas jóvenes, ya que juntos/as tenemos más poder.

La conferencia sobre juventud abordó el tema de los derechos y la salud sexual y reproductiva en la Región europea y en otros países. Las personas participantes tomaron parte en diversos talleres sobre la participación de la juventud en los acuerdos internacionales (ej. la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y su relación con las Metas de Desarrollo para el Milenio) y aprendieron sobre las resistencias existentes en este campo. Hubo ponentes del Instituto Portugués de la Juventud, el Instituto Portugués contra el SIDA, la Asociación Portuguesa de Planificación Familiar (APF) y Marie Stopes Internacional (MSI).

Una de las conclusiones más importantes englobaba el acceso a la educación sexual, y la necesidad de incluirla en el programa educativo de los colegios. Se propuso un enfoque basado en los derechos humanos como directriz para la educación sexual. Además de trabajar sobre temas de juventud, las per-

sonas participantes pudieron expresarse creativamente en una pintura tipo graffiti.

El próximo paso es que más gente joven pueda llegar formar parte de YouAct. Para poder ser miembro pueden contactar con la secretaría para obtener más información y obtener un formulario de inscripción. Pronto se organizará un primer encuentro donde se reunirán todos los grupos y se elegirán a las personas miembros del comité.

Para más información

Anneke Wensing
Coordinadora de Juventud de CHOICE
C/o WPF Amperestraat, 10
1221 GJ Hilversum
Países Bajos
Tel: (+31) 35 6422304

Elina Juntunen

[Elinajuntunen@vaestoliitto.fi]
YouAct, Red de Trabajo de la Juventud Europea para los Derechos Sexuales y Reproductivos

LA NECESIDAD DE CREAR SERVICIOS DE SALUD ADAPTADOS A LA JUVENTUD EN EL SURESTE DE EUROPA

Por Jeffrey V. Lazarus



El Sub-Grupo de Servicios Adaptados a la Juventud (YFS) del Grupo Inter-Agencia (IAG) de Naciones Unidas para la Salud, el Desarrollo y la Protección de la Juventud, llevó a cabo una consulta en Bulgaria en septiembre de 2003. Se diseñó como un forum donde poder compartir experiencias sobre la implementación de YFS en el sureste de Europa y ejemplos de buenas prácticas de otros países. Además, la consulta incluyó presentaciones para fomentar el debate sobre aspectos de los servicios YFS referidos específicamente al sector sanitario.

El principal objetivo del Encuentro en Sofía fue examinar el concepto de servicios adaptados a la juventud (YFS) y aplicar la visión de los YFS a los servicios existentes, con especial atención a las normas de calidad y los criterios establecidos, la promoción de buenas prácticas y la identificación de indicadores para medir la accesibilidad, aceptabilidad, adecuación, sostenibilidad económica, coordinación entre agencias y participación de la juventud. Servicios adaptados a la juventud son todos aquellos que se ajustan a las necesidades y derechos de la infancia y la gente joven, y donde las responsabilidades de las personas encargadas son promover el desarrollo y la salud de la juventud y proporcionar servicios de calidad.

Las personas participantes en los equipos fueron personas jóvenes que participan en la toma de decisiones, personas de la dirección de YFS, organizaciones no gubernamentales y jóvenes de Albania, Bosnia Herzegovina, la República de Moldavia, Bulgaria, la antigua República Yugoslava de Macedonia, Rumania, Serbia y Montenegro, y la provincia de Kosovo. También acudieron personas de diversos recursos de Estonia y Lituania y personas pertenecientes al IAG (FNUAP, UNICEF y la OMS a nivel nacional y regional) así como representantes de la Agencia Técnica Alemana de Cooperación y del Banco Mundial.

Entre los problemas que experimentaba la juventud durante el proceso de transición en el sureste de Europa se identificó un incremento en el consumo de drogas, a menudo por vía endovenosa, y otras formas de abuso de sustancias (especialmente alcohol y tabaco), y un aumento rápido en las tasas de estrés y problemas de salud mental relacionados- en algunos países- con un alarmante incremento del número de suicidios entre los varones jóvenes. También se detectó un aumento en el número de personas jóvenes sin hogar y en situación de calle.

La participación de la juventud en la vida política y social es baja y los indicadores de salud sexual y reproductiva muestran que la prevalencia de la utilización de métodos anticonceptivos también lo es; las tasas de abortos son elevadas, la mortalidad materna e infantil se está incrementando y la incidencia de infecciones de transmisión sexual muestra una tendencia al aumento.

El VIH/SIDA se está extendiendo de una forma más rápida en algunas partes de la región europea que en otros países del mundo, y la gente joven constituye el núcleo de la epidemia. En algunos países, hasta un 80% de las nuevas infecciones tienen lugar entre la gente joven. Aunque la mayoría de ellas se atribuyen al uso de drogas por vía endovenosa, las relaciones sexuales heterosexuales también se han convertido en un modo de transmisión frecuente.

Un elemento clave para los YFS es que exista una participación plena de la gente joven en su diseño, implementación y seguimiento. El IAG ha desarrollado un marco regional para la creación de YFS que contiene tres componentes principales: defensa de los derechos; integración en la administración local y la reforma sanitaria sin perder la capacidad de creación de estos servicios; y la calidad de la atención en cuanto a normas, criterios e indicadores para los YFS. Antes del encuentro, se llevó a cabo la elaboración de

un mapa de los servicios existentes para la gente joven en cada uno de los países y entidades representados. Las áreas en las que es necesario trabajar más a fondo son el desarrollo local y la coordinación de estructuras a nivel nacional intersectorial; las normas y niveles mínimos para los YFS; la formación del personal que trabaja en los servicios adaptados a la juventud; la sostenibilidad de los YFS y la participación de la gente joven en el funcionamiento del servicio.

En el encuentro se acordó que los YFS deberían ser promovidos desde la administración pública con la colaboración de la gente joven, los medios de comunicación, la sociedad e instituciones internacionales. Se acordó también que los YFS deberían estar integrados en los servicios públicos haciendo uso de los recursos existentes y que prevalecía la necesidad apremiante de mejorar los YFS, basándose en ejemplos de buenas prácticas.

Está disponible un CD-ROM con todas las ponencias y presentaciones bajo petición a Sr. David Rivett [dri@euro.who.int], Consejero Técnico, Promoción de la Salud e Investigación, Oficina Regional para Europa de la OMS.

Jeffrey V. Lazarus
[jla@euro.who.int]
Informe sobre la Consulta Inter-países sobre servicios adaptados a la juventud en el sureste de Europa, llevada a cabo por el Sub-Grupo de Servicios Adaptados a la Juventud (YFS) del Grupo Inter-Agencia (IAG) de Naciones Unidas para la Salud, el Desarrollo y la Protección de la Juventud.

DESPUÉS DE EL CAIRO: CULTURA Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

7-9 marzo de 2004. Ámsterdam. Informe de la Conferencia

Evert Ketting

La conferencia «Después de El Cairo», tuvo lugar en el Día de la Mujer y parte de una iniciativa de la Ministra Holandesa de Cooperación y Desarrollo, Dña. Agnes van Ardenne, y de la Directora Ejecutiva del FNUAP, Dña. Thoraya Obaid. Esta actividad fue la primera llevada a cabo en el ámbito de los derechos reproductivos y la cultura. Como tal, su carácter fue principalmente experimental.

Antecedentes

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), que tuvo lugar en El Cairo en 1994, está siendo cada vez más atacado por parte de instituciones y gobiernos conservadores. Desde que George Bush llegó al poder, la administración de los Estados Unidos ha liderado el movimiento anti-Cairo «Guerra contra las Mujeres», a menudo en colaboración con líderes religiosos influyentes y representantes de partidos conservadores. Las personas que trabajan en la implementación del programa de El Cairo, cada vez se sienten más frustradas por la presión e invierten la mayor parte de su tiempo y energía en defender este programa a expensas de su implementación. Hasta ahora, los intentos por romper el consenso no han tenido demasiado éxito pero sí han conseguido que no se pudiera llevar a cabo la conferencia internacional «Cairo+10» de una forma completa.

Las personas que se encargan de promover «El Cairo» se sienten a la defensiva y tienden a percibir a las instituciones, especialmente las religiosas, y a sus representantes como adversarios/as; estos son los «obstáculos» que impiden la implementación del programa y que deben ser eliminados. La tradición, la religión o, más genéricamente, la cultura es, así, percibida como la enemiga de los derechos sexuales y reproductivos reconocidos internacionalmente, y en el mejor de los casos, la relación entre la «cultura» y estos derechos, es vista como tabú.

Sin embargo, las relaciones entre cultura y derechos reproductivos deberían tomarse más en serio, y resulta útil saber dónde y hasta qué punto la cultura puede funcionar como elemento facilitador para que los derechos sexuales y reproductivos de las personas sean respetados. Como dijo Dña. Van Ardenne en su discurso de bienvenida: «con frecuencia no aprovechamos las oportunidades que nos ofrece la cultura y las vemos sólo como obstáculos». Cómo convertir estos obstáculos culturales en oportunidades potenciales para promover los derechos sexuales y reproductivos, fue el tema de la conferencia. Dña. Obaid añadió a esto que realmente es necesaria una actitud no dogmática. Además, Fred Saí, quien había sido Presidente de la ICPD diez años antes, también advirtió que a menudo abusamos de la «cultura» como justificación de las desigualdades sociales.

Oficialmente, el objetivo de la conferencia era el de «formular recomendaciones y proporcionar ejemplos prácticos de maneras en que las personas y las sociedades pueden utilizar de forma positiva la cultura en la imple-

mentación del Programa de Acción de la ICPD».

Una conferencia poco ortodoxa

Alrededor de 90 científicos y científicas, activistas dedicados/as a la salud de las mujeres, políticos/as y otras personas especialistas de todas las partes del mundo, fueron invitadas a esta conferencia. Entre ellas, se encontraban siete ministros/as o ex-ministros/as y once embajadores/as. La conferencia comenzó con una cena preparada por... las propias personas participantes, para quienes esto fue una gran sorpresa. Cortar cebolla, freír salchichas y pelar huevos mientras se charla de manera informal en grupos de cuatro o cinco personas en diferentes cocinas, todas con el www.reproductiverightsandculture.org delantal, resultó una buena idea para romper el hielo.

También en otros aspectos la conferencia tuvo un carácter poco ortodoxo. Resoluciones que ya habían sido aprobadas no se presentaron de antemano sino que se invitó a las personas participantes a comparar sus ideas y experiencias sobre el tema de la cultura y los derechos reproductivos, lográndose así debates muy animados. El carácter informal del encuentro se reforzó pidiendo a todas las personas que asistieron que trajeran algún símbolo cultural de sus países de origen. Todos los objetos se colgaron de las ramas de un árbol artificial para que las personas intentaran averiguar de dónde procedía cada uno de ellos y cuál podría ser su significado cultural.

Al final de la conferencia tuvo lugar una conversación muy interesante con cinco (antiguas) ministras de Afganistán, China, Estonia, Senegal y Yemen. A pesar de las acentuadas diferencias entre ellas, estaban de acuerdo en que los varones deben ser educados en el respeto de los derechos (reproductivos) de las mujeres. También expresaron su preocupación respecto a la disminución del compromiso internacional con la implementación del programa de El Cairo.

Tres temas secundarios

La mayor parte del tiempo las personas participantes trabajaron en tres grupos donde se debatieron tres temas diferentes:

- Construcción de identidades: los derechos de las y los adolescentes y sus necesidades en salud sexual y reproductiva;
- Comprensión de las múltiples dimensiones de la religión en la promoción y protección de los derechos y la salud sexual y reproductivos;
- Fomento de las sinergias entre las instituciones y los actores sociales.

Una figura importante fue la de Canon Gideon Byamugisha, de Uganda, «el primer sacerdote practicante seropositivo», como pone en su CV. Era el ejemplo viviente de un representante de la iglesia que está dedicando su vida a luchar contra el VIH. Él reconoció públicamente su condición de seropositivo ya en el año 1992. Realizando una interpretación realista, dio a las personas asistentes su propia visión de la regla del A, B, C (abstinencia, fidelidad y utilización del condón) para la prevención del VIH: «si no puedes cumplir el A, B, C, entonces cumple con la "D": muerte» («die» en inglés).

Pero hubo también algunas observaciones críticas. Una persona que representaba a Argentina advirtió que parece muy positivo y alentador el hecho de establecer diálogos con la oposición, y planteó cómo se puede hacer esto cuando se está siendo amenazado por el fundamentalismo. Una persona de los Países Bajos expresó que el debate estaba teniendo lugar entre «creyentes» (en el programa de El Cairo) ya que los verdaderos oponentes no estaban presentes.

El tema de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia resultó ser el más controvertido. Existía algún consenso sobre los derechos, pero había un claro desacuerdo sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las y los adolescentes. De hecho, el debate, en un momento dado, se centró mucho en la contraposición de los derechos y la cultura, pero mucho más en la implicación de la juventud y en las formas

efectivas de trabajar con ella. Quedó claro que había un gran vacío entre el enfoque y la filosofía europea de aceptar que la gente joven en algún momento puede tener relaciones sexuales, y la realidad en la que en la mayoría de los países las relaciones

red de trabajo virtual, mantenida por el gobierno de los Países Bajos, y también como un forum de intercambio de enfoques y buenas prácticas. Sólo tres del resto de las conclusiones trataban de forma clara el tema de los derechos reproductivos y la cultura,

mientras las restantes se centran básicamente en la necesidad de continuar con el compromiso de implementar el Programa de Acción de la ICPD.

En el discurso de despedida, la Sra. Van Ardenne, pidió que algún gobierno se comprometiera a organizar una nueva conferencia el próximo año sobre el mismo tema. Ella misma organizará un nuevo encuentro en forma de conferencia el 8 de marzo de 2005, que se centrará en el acercamiento de las diferentes generaciones y en el que la juventud estará plenamente implicada.

«La sexualidad es el único ámbito donde se piensa que si la gente posee el conocimiento, actuará de forma errónea»

Fred Sai

sexuales previas al matrimonio son inaceptables.

Conclusiones de la Conferencia

El precio de que la conferencia tuviera un carácter tan abierto y experimental es que hubo pocas conclusiones concretas y tangibles. Se motivó a las personas participantes a esforzarse en trabajar con la cultura y no en su contra, pero era demasiado pronto para perfilar un plan de acción.

Bajo el título «Un Punto de Inflexión» se presentaron diez conclusiones que están disponibles en la página web de la conferencia (www.reproductiverightsandculture.org).

La conclusión número nueve anunciaba que esta página web se mantendría como una

Después de El Cairo www.reproductiverightsandculture.org



Evert Ketting

[e.ketting@tip.nl]

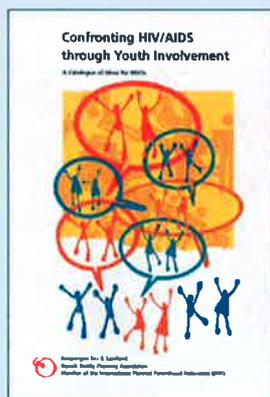
Presidente, grupo de trabajo sobre salud sexual y reproductiva, Sharenet, Países Bajos.

AFRONTANDO EL VIH/SIDA: COMO PUEDEN LAS ONGS LOGRAR UNA MAYOR IMPLICACIÓN DE LA JUVENTUD

Un catálogo de ideas

Lisa Rosendal Østergaard, Bjarne B. Christensen y Jeffrey Victor Lazarus

La gente joven menor de 25 años debe ser una prioridad en la prevención del VIH/SIDA puesto que, en términos generales, constituyen una proporción considerable de las personas infectadas cada año.



Son parte fundamental en la lucha contra la pandemia y puesto que el VIH se transmite básicamente por vía sexual, es necesario abordar el tema de su salud sexual y reproductiva de forma adecuada.

En reconocimiento de ello, la Asociación Danesa de Planificación Familiar (Foreningen Sex & Samfund) ha elaborado un catálogo de directrices sobre como las organizaciones no gubernamentales pueden lograr una mayor implicación de la juventud en los países más desfavorecidos en la lucha contra el VIH/SIDA. El objetivo es estimular el debate y promover nuevas ideas sobre como abordar las barreras existentes en la implicación de la juventud en los proyectos de prevención del VIH/SIDA.

El catálogo incluye expresamente un apartado para ONGs, pero también es útil a nivel político, activistas jóvenes y para cualquier persona interesada en conocer algo más sobre el marco conceptual de la participación de la juventud así como sobre formas de valorar la adaptación a la juventud de la cultura institucional de cualquier organización. El catálogo está basado en la premisa de que la gente joven no siempre se beneficia de servicios específicos para el VIH/SIDA ya que no utilizan de forma regular los servicios de atención sanitaria o porque encuentran cier-

tos obstáculos para poder acceder. Incluso cuando los servicios adaptados a la juventud están disponibles, la estigmatización, la discriminación y los estereotipos de género pueden disminuir su uso.

El catálogo proporciona ejemplos específicos de personas jóvenes implicadas en actividades de prevención en ONGs de lucha contra VIH/SIDA de diferentes países como Armenia, Dinamarca, Méjico, Filipinas y Uganda. El punto de partida está basado en las siguientes premisas:

- Es necesario hacer un mayor énfasis en los factores de riesgo en la educación sobre el VIH/SIDA ya que la gran mayoría de la gente joven con relaciones sexuales, subestiman su propia exposición al virus;
- Son necesarias estrategias específicas para proporcionar información a las y los adolescentes y mujeres jóvenes ya que con frecuencia estos grupos están en desventaja en términos de educación formal y de acceso a todo tipo de mensajes de prevención sobre VIH;
- Es necesario que los mensajes de prevención estén diseñados tanto para mujeres casadas como solteras.

Obstáculos para la participación de la juventud

Basándose en aportaciones de un grupo internacional de gente joven y adulta que se reunió en el Forum Mahler Internacional, llevado a cabo en Copenhague, Dinamarca, en agosto de 2001, se debate sobre los obstáculos más importantes para la participación de la juventud. Se realizan sugerencias sobre formas de abordar estos obstáculos y conflictos. Nosotros/as, por nuestra parte, argumentamos que para que exista una participación significativa de la juventud, se requiere un cambio en el concepto, el lenguaje y la práctica de la «filosofía de empresa» de cada institución.

Para la gente joven esto incluiría, entre otros, mejorar las escasas habilidades de comunicación entre el personal de los servicios, y las y los docentes de los colegios. Como dijo una persona participante de Finlandia: «al hablar de la sexualidad de la gente joven a menudo ésta se asocia con irresponsabilidad y con cambios frecuentes de pareja. ¿Cómo podemos, las personas adultas, entender de una forma más amplia, que incluya el aspecto emocional y el amor, la sexualidad de la juventud?». La gente joven también se refiere a los estereotipos de género como causa subyacente de la exposición al VIH/SIDA de las mujeres jóvenes. Una educadora de iguales de 23 años de Uganda explicó como hizo para desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitieran

recuperar el control de su vida a través de la educación, el apoyo de sus padres y su trabajo como voluntaria: «también he decidido tener una sola pareja sexual... no consumo drogas y evito verme en situaciones comprometidas como emborracharme en clubes. He rechazado regalos y dinero de los hombres ya que siempre tienen un precio y es en especie»

Ideas para implicar a la juventud a lo largo de todo el proyecto

La intención del catálogo es la de promover ideas que aseguren que el mayor número posible de personas jóvenes y adolescentes de acuerdo a sus deseos, recursos y tiempo participen de forma significativa en todas las etapas de un proyecto.

La gente joven a menudo se implica en las partes finales del proyecto, cuando su voz ya casi no tiene peso. Las ONGs no pueden olvidar que cualquier joven es una persona clave que tiene influencia sobre los proyectos que le afectan. En el catálogo se describen pautas específicas así como la llamada «escalera para la participación» para medir la implicación de la juventud en un programa determinado. Estamos a favor de cambiar la implicación de la juventud, que lo hace sólo en algunas etapas del proyecto, normalmente la implementación, hacia una implicación sistemática y coherente desde el desarrollo de la idea hasta la preparación, implementación, seguimiento y evaluación, además de en el apoyo.

El Catálogo de Ideas ha sido publicado con el apoyo técnico y económico de AIDSNET, la ONG Danesa Red de Trabajo sobre SIDA y Desarrollo, y se presentó en la Conferencia Internacional sobre SIDA en Bangkok, en julio de 2004. Está disponible de forma gratuita (excepto gastos de envío) en la Asociación Danesa de Planificación Familiar [info@sexogsamfund.dk].

Lisa Rosendal Østergaard
[lro@aidnet.dk]
Coordinadora, AIDSNET, Red de Trabajo de ONGs Danesas sobre SIDA y Desarrollo.

Bjarne B. Christensen
Director Ejecutivo, Asociación Danesa de Planificación Familiar

Jeffrey Victor Lazarus
Miembro del Consejo de la Asociación Danesa de Planificación Familiar

Guía para las Personas Jóvenes sobre la Convención de la ONU sobre Derechos de la Infancia y la Salud Sexual y Reproductiva

Esta guía expone la relación, tal y como se acordó en la Convención, entre los derechos generales y los derechos sexuales y reproductivos- tradicionalmente una de las áreas de discusión más controvertidas de Naciones Unidas. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia es el instrumento legal más importante que existe para la protección y refuerzo de sus derechos humanos. La Convención ha sido ratificada por todos los países del mundo, a excepción de Estados Unidos y Somalia. Mediante la ratificación de este instrumento, los gobiernos nacionales se comprometen a proteger y asegurar los derechos de la infancia y se hacen responsables de este compromiso ante la comunidad internacional. A pesar de ello, no ha habido demasiados avances en la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Escrita por gente joven, de forma clara y con un lenguaje adaptado a la juventud, esta guía pretende enfatizar los vínculos entre este instrumento internacional de obligado cumplimiento y la salud sexual y reproductiva.

Disponible en:
www.ippf.org/youth/young_person.htm

Buenos/as amantes: una aproximación multidimensional a la educación sexual

El enfoque de «buenos/as amantes» se desarrolló, por un lado, para responder a las necesidades de la gente joven y la infancia, y por otro, a las preguntas de educadoras y educadores sexuales (ej, padres y madres, docentes, profesionales de la salud).

Se incluyen tres áreas principales para convertirse en un/a buen/a amante:

- Desarrollo sexual: las y los niños y gente joven merecen que la información, el apoyo y las experiencias que tienen en torno a las relaciones, a la sexualidad y acerca de la identidad de género y la orientación sexual sean adecuadas para su edad.
- Moralidad sexual: los valores y normas están para ser debatidos y aprender de ellos.
- Prevención de conductas de riesgo, abuso sexual, embarazos no deseados y VIH u otras infecciones de transmisión sexual.

El concepto se publica como un texto para profesionales (disponible en inglés), y se han desarrollado y evaluado materiales para docentes y gente joven. Para las personas que vivan cerca de Bélgica, existe una exposición interactiva «Carrusel de Buenos/as Amantes» (www.goedeminnaars.be) que puede ser visitada tanto por colegios como por madres y padres en un museo escolar (Wereld van Kina)

Pueden solicitarse copias gratuitas en www.sensoa.be



Actualización de la Política Mundial sobre Población del FNUAP

Este informe ha sido elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en su papel de secretariado para la Conferencia Parlamentaria Bianual sobre Implementación del Programa de Acción de la ICPD (la primera conferencia tuvo lugar en noviembre de 2002 en Ottawa, Canadá). Estos documentos tienen el objetivo de dar a conocer los importantes avances que están teniendo lugar en el mundo de forma que las y los parlamentarios se mantengan informados/as y aprendan de los éxitos, contratiempos y desafíos que encontraron sus colegas en otros países y regiones en el intento de promover la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (septiembre 1994, El Cairo, Egipto). Hay que señalar que el FNUAP no necesariamente respalda todas las políticas descritas en este documento.

Por favor, contacte con Ragaa Said [said@unfpa.org] para incluirse en el listado de correos electrónicos.

Dance4Life

Dance4Life es el primer proyecto bianual organizado por gente joven para luchar y prevenir el VIH/SIDA que tendrá lugar el sábado anterior al Día Mundial del SIDA en 2004- el sábado 27 de noviembre de 2004. Se trata de un acontecimiento espectacular, cultural y multimedia con una duración de cinco horas y que será organizado en diferentes partes del mundo. DJs y VJs famosos/as, bailarines/as, grupos de música y actos especiales en África y Europa llamarán la atención sobre la devastadora magnitud del «desastre silencioso»: el VIH/SIDA.

Más de 80.000 jóvenes bailarían al mismo tiempo en Sudáfrica, Francia y Países Bajos y probablemente también en Rusia ya que en ningún otro país se he observado un incremento tan dramático. Además, es el lugar donde la gente joven sufre más. Se puede obtener más información sobre estas organizaciones y proyectos que se llevarán a cabo a través de Dance4Life en www.dance4life.com



Naciones Unidas publica Políticas sobre Población Mundial 2003

Nueva York, 24 de marzo (Departamento de Economía y Asuntos Sociales)- la División de Población ha publicado Políticas sobre Población Mundial 2003, que contiene la información más amplia y actualizada disponible sobre la situación política para los 194 países Miembro y no Miembro de Naciones Unidas.

Esta publicación proporciona una visión general sobre las políticas de población de cada país en 2003, como se hizo a mediados de la década de los 70, 80 y 90- es decir, en las conferencias de Naciones Unidas sobre población en Bucarest, Méjico y El Cairo.

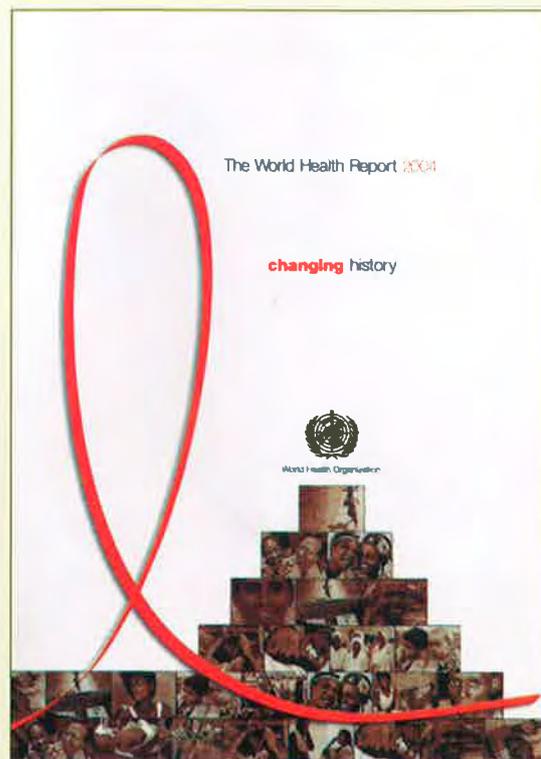
El estudio incluye información sobre políticas nacionales de población en relación al crecimiento de la misma, la pirámide poblacional, la fertilidad, mortalidad, la distribución geográfica y la inmigración internacional. Con el fin de proporcionar una apropiada información, también se presentaron indicadores demográficos clave para cada país.

La elevada mortalidad es el rasgo más característico de los países en vías de desarrollo. Más del 80 por ciento estos países presentan unas tasas de mortalidad infantil y materna y de VIH/SIDA que son el tema más preocupante en relación a la población y el desarrollo. En cambio, la característica fundamental de los países desarrollados son las bajas tasas de fertilidad y sus consecuencias, que incluyen el envejecimiento de la población y la disminución de la población en edad laboral.

Este informe sobre Políticas sobre Población Mundial 2003 está siendo publicado durante la celebración del décimo aniversario del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este compendio y análisis de políticas nacionales sobre población contribuye a la deliberación de la sesión número treinta y siete de la Comisión sobre Población y Desarrollo, en la que se están revisando y evaluando los avances en el logro de las metas y objetivos del Programa de Acción. El Programa de Acción recomendaba que deberían llevarse a cabo acciones para «medir, valorar, realizar seguimiento y evaluar los avances hacia el logro de las metas del presente Programa de Acción». Por ello, este estudio aborda las visiones y políticas de los gobiernos en muchas áreas críticas incluidas en el programa.

Para más información, por favor contacte con la oficina de Joseph Chamie, Director, División de Población, Departamento de Economía y Asuntos Sociales, Naciones Unidas, Nueva York, N.Y.10017, USA; tel: (+1) 212 963-3921 o fax: (+1) 212 963-2147; www.unpopulation.org.

Políticas sobre Población Mundial 2003 (Ventas N° E.04.XIII,3, ISBN 92-1-151393-6) está disponible por 55\$ americanos en Publicaciones de Naciones Unidas, Two UN Plaza, Room DC2-853, Dept. PRES, Nueva York, NY 10017 USA; tel: (+1) 800-253-9646 o (+1) 212-963-8302, fax: (+1) 212-963-3489, correo electrónico: publications@un.org; o Section des Ventes et Commercialisation, Bureau E-4, CH-1211, Ginebra 10, Suiza, tel: (+41)22-917-2614, fax: (+41)22-917-0027, correo electrónico: unpubli@unog.ch; www.un.org/publications.



Europa vive el aumento más rápido de casos de VIH/SIDA

La OMS advierte de que deben mobilizarse más recursos para luchar contra la epidemia de VIH.

«Cambiar la Historia», es un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indica que el VIH/SIDA se está extendiendo por Europa más rápido que en otras partes del mundo. Alrededor de 2.5 millones de personas son seropositivas o tienen SIDA en el continente.

El VIH/SIDA, se extiende más rápido por el este de Europa; en 2003 se identificaron 370.000 nuevos casos, mientras en 1995 eran sólo 27.000. Los países con un crecimiento más rápido son Ucrania, Rusia y Estonia. El incremento ha sido atribuido a los niveles de consumo de drogas y al hecho de compartir de jeringuillas y, en menor medida, a la práctica del sexo no seguro.

El informe fue dado a conocer la víspera de la Asamblea Anual sobre Salud en Ginebra, en mayo, y también se centra en la cantidad de recursos que hacen falta para frenar la epidemia de VIH. El informe habla de una «mayor transferencia de recursos» del mundo rico al pobre para frenar el avance de la epidemia.

También hace hincapié en la situación de las naciones europeas más pobres. En los países más pobres rara vez hay precios bajos para los medicamentos, y uno de cada cinco de estos países tiene un producto interior bruto menor de 1000 \$ americanos por persona. En 22 países alrededor de 100.000 personas necesitan tratamiento pero sólo lo reciben 6.500.

Entre Nous
*Revista Europea
de Salud Sexual y Reproductiva*

Oficina Regional Europea de la OMS
Programa de Investigación y Salud Reproductiva
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel: (+45) 3917 1341 ó 1451
Fax: (+45) 3917 1850
[entrenous@who.dk]
www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous