

Este número está copublicado junto con el Sistema Nacional de Salud de Escocia y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)-Región Europea

# JUVENTUD Y SALUD



# Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Nº69 - 2009



EUROPA

**Entre Nous es una publicación de:**  
Unidad de Políticas y Sistemas del País  
Oficina Regional para Europa de la OMS  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen  
Dinamarca  
Tel.: (+45) 3917 1602  
Fax: (+45) 3917 1818  
E-mail: entrenous@euro.who.int  
www.euro.who.int/entrenous

#### Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

#### Editora

Dra. Lisa Avery

#### Ayudante de edición

Dominique Gundelach

#### Maquetación

Estilo Estugraf Impresores, S. L.

#### Imprenta (España)

Estilo Estugraf Impresores, S. L.

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. La tirada actual es de: 3.000 ejemplares en inglés, 700 en español, 2.000 en portugués, 1.000 en búlgaro y 1.500 en ruso.

#### Entre Nous se edita:

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

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

**En ruso:** por la Oficina Regional para Europa de la OMS en Riga, Komerfirma S&G.

**En español:** por el **Instituto de la Mujer**, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 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 habla española o portuguesa de África y América del Sur.

*Entre Nous* puede traducirse a cualquier idioma 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 para Europa 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, por favor, contacte con la Dra. Gunta Lazdane, Unidad de Sistemas y Políticas del País, oficina T-316 en la dirección señalada al principio.

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 Rachel Hanretty

3

## Invirtiendo en la juventud: el compromiso del FNUAP para la promoción de los derechos de la adolescencia y la juventud en Europa del Este y Asia Central (EEAC)

Por Thea Fierens

4

## Actividades para promover la salud de la adolescencia en la Región Europea

Por Valentina Baltag, Gunta Lazdane, Venkatraman Chandra-Mouli y Bruce Dick

6

## Guía para el desarrollo de políticas nacionales en materia de derechos y salud sexual y reproductiva de la juventud

Por Elizabeth Bennour e Irene Donadio

8

## Adolescencia, internet y las nuevas tecnologías: ¿un país de las maravillas cibernético?

Por Pierre-André Michaud

10

## Programas de educación sexual y servicios de salud sexual: acciones conjuntas que influyen en la mejora de la salud sexual y reproductiva (SSR)

Por Dan Apter

12

## Valoración de la juventud: contexto escocés

Por Shirley Fraser

14

## El acoso sexual desde una mirada personal

Por Kalle Johannes Rose

16

## Implicación de la juventud en los programas de salud sexual y reproductiva

Por Nuala Healy

18

## Servicios de salud para escolares croatas y protección de la salud reproductiva en la adolescencia: capacidad organizativa y humana

Por Marina Kuzman e Ivana Pavić Šimetin

20

## Servicios de atención primaria orientados a la juventud en Bosnia y Herzegovina

Por Anne Meynard, Daliborka Pejic, y Dagmar M. Haller

22

## Healthy Respect: Un programa de ámbito nacional sobre salud sexual dirigido a la adolescencia

Por Moray Paterson

24

## Walk the talk: La promoción de servicios sanitarios adecuados para la juventud en Escocia

Por Nuala Healy

25

## La calidad de la asistencia sanitaria en los centros de salud para la juventud en Estonia

Por Kai Part, Triin Raudsepp y Helle Karro

26

## Inclusión de la mayoría de la adolescencia y juventud en riesgo. La experiencia de Tayikistán

Por Nisso Kasymova

28

## Recursos

Por Lisa Avery

30

## CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

### Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Asesora Sénior para la Red de Trabajo Matrix sobre Salud.  
Sede General de la OMS, Ginebra.

### D. Bjarne B. Christensen

Jefe de Secretariado, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

### Dña. Vicky Claeys

Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar, Bruselas.

### Jane Cottingham

Coordinadora de Género, Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Adolescencia en la Sede de la OMS en Ginebra.

### Dra. Helle Karro

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

### Dr. Evert Ketting

Investigador Jefe de la Radboud University Nijmegen, Departamento de Salud Pública.

### Dña. Nell Rasmussen

Consultora Jefa. Centro Danés para la Investigación sobre la Vulnerabilidad Social.

### Dr. Peer Sieben

Representante del FNUAP en Turquía y Director Nacional en Armenia, Azerbaiyán y Georgia.

### Dr. Robert Thomson

Miembro de la Fundación Ginebra para la Educación e Investigación Médica.

# EDITORIAL

*El punto de vista de una joven sobre la salud sexual y reproductiva*



**Rachel Hanretty**

A pesar de caer en el tópico, como mujer joven paso mucho tiempo preocupándome por mi imagen y analizándola; no es nada fuera de lo común que una joven se tome un rato a solas para mirarse en el espejo. Sin embargo, se considera raro que una mujer joven dedique un tiempo a ocuparse de su salud sexual y reproductiva (SSR) y a conocer su estado general, lo que puede conllevar que las demás personas la malinterpretan. Esto se debe, fundamentalmente, a que se tiene una idea preconcebida acerca de que el motivo que lleva a una persona joven a acudir a un centro de SSR es debido a un problema: una experiencia sexual sin protección, una sospecha de embarazo o un posible caso de infección de transmisión sexual (ITS), hechos que, en todo caso, conllevan un sentimiento de vergüenza y una mirada crítica y de censura por parte del personal de recepción del centro. Pocas veces se piensa que quizá lo que estamos haciendo es implicarnos de forma activa en nuestra SSR, a través de buscar información, asesoramiento o acceso a una atención sanitaria que nos permita vivir una vida reproductiva y sexual saludable.

Como colectivo juvenil que participa en un foro de cooperación que colabora con el Sistema Nacional de Salud en materia de educación en Escocia, hemos propuesto que los temas de comunicación constituyan una de nuestras principales prioridades. Todas y todos hemos comentado cómo el arqueo de una ceja o un comentario desagradable pueden hacer que la juventud abandone la idea de buscar asistencia médica.

¿Por qué motivo se sometería una persona joven (sin un problema sexual urgente) a una revisión relacionada con la SSR, si el personal sanitario se muestra receloso ante la persona que acude a ellos o ellas y ya tiene formada una opinión? La juventud necesita una atención respetuosa y accesible y, en lo que respecta a la SSR, el hecho de acudir a un centro sanitario no debería ser motivo de vergüenza. Necesitamos saber que no se considerará nada malo el hablar de sexo y de la sexualidad.

Con el objetivo de establecer algún tipo de comunicación entre la juventud y las y los profesionales de la sanidad, nuestro foro de cooperación público de Escocia va a celebrar su propia jornada (el Sex Factor) para que los y las escolares acudan y aprendan, en un día, aquello que

no se atreven a preguntar a las personas adultas. Queremos que sepan que además de los propios centros de salud, se pueden crear servicios dirigidos a la juventud con la contratación de profesionales del ámbito de la salud receptivos y sin ideas preconcebidas. El desarrollo de servicios sanitarios de calidad orientados a la juventud, ya sea en los propios centros educativos como parte integrante de los servicios escolares, en centros sanitarios ya existentes o en establecimientos independientes constituye un paso fundamental para eliminar las barreras que obstaculizan a la juventud el acceso a los servicios sanitarios y al asesoramiento. Algunas personas pueden argumentar que las barreras que separan a la juventud de las personas de generaciones anteriores han aumentado debido al uso de las redes sociales, los SMS y los auriculares y otros accesorios de iPod. Pero tanto Internet como el resto de los medios de comunicación, que están pasando a formar parte de nuestra vida cotidiana, se pueden utilizar en toda Europa con el objetivo de promover la salud entre la población joven. Los métodos antiguos no funcionan. Los pósters y los panfletos están muy bien, pero la juventud está cambiando y ya es hora de que los servicios sanitarios de todo el mundo se actualicen.

En Escocia, los intentos por adoptar esta postura informal y cercana han resultado muy útiles, como es el caso del centro para la juventud "The Corner" en Dundee (véanse las páginas 18-19, para obtener más información). Aquí, la juventud no tiene por qué sentirse avergonzada al entrar, ya que es un centro que trabaja por el bienestar general de la juventud, no solo en materia de SSR. El personal de enfermería, a pesar de no tener protocolos establecidos está disponible para hablar de cualquier tema sin adoptar un rol de superioridad, y los grupos de voluntariado, pertenecientes al mismo grupo de edad y especializados en la materia, pueden hablar con la juventud de tú a tú, sin recurrir a expresiones como "deberías saberlo".

En cualquier lugar del mundo, la juventud tiene fama de dura, segura de sí misma y sincera. Aun así, esta época también puede hacer que nos sintamos vulnerables, al enfrentarnos con nuevas emociones, cambios y comportamientos. De hecho, a menudo, nos asusta participar de forma activa en nuestra SSR, porque la SSR de la juventud se encuentra, con frecuencia, con muchos tabúes, tanto sociales como culturales.

Como joven que soy, considero que esto es, fundamentalmente, lo que hay que abordar y cambiar. Quienes gobiernan en los distintos ámbitos, deben crear y aplicar políticas en las que se reconozcan nuestros derechos a una SSR positiva, incluidos el derecho a disponer de unos servicios sanitarios orientados a la juventud y el derecho a la educación sexual.

La juventud necesita participar activamente e implicarse en los procesos de toma de decisiones en todos los ámbitos. Tenemos que ser nuestras y nuestros propios defensores si queremos que se escuchen nuestras voces y se reconozcan sus necesidades. Debemos mantener un diálogo abierto con las principales partes interesadas y comunicarnos de forma positiva y efectiva en relación a la SSR de la juventud. Necesitamos contar con las habilidades y recursos personales adecuados que nos permitan tomar decisiones informadas sobre distintos aspectos de nuestra salud, puesto que los comportamientos que aprendamos durante la juventud pueden afectar, de forma significativa, nuestra salud, tanto en el momento actual como en un futuro. Quizá la necesidad más imperiosa es que se nos considere parte integrante de todo este proceso.

Reuniones como la celebrada en Edimburgo, Escocia: "Meeting on youth friendly health policies and services" (Reunión sobre servicios y políticas sanitarias orientadas a la juventud), son ejemplos de este tipo de foros en los que la juventud, personas expertas en SSR, dirigentes y los y las interesadas se reúnen con el objetivo de promover y mejorar la SSR de la juventud. Recomiendo a patrocinadores (el Servicio Nacional de salud de Escocia, la Oficina Regional para Europa de la OMS, la Federación Internacional de Planificación Familiar de la Región Europea, la Docencia Europea para una Salud y Atención Efectivas en la Adolescencia, UNICEF y FNUAP) y a todas aquellas partes implicadas, que adopten las medidas pertinentes para afrontar la SSR y atender las necesidades de la adolescencia y, al mismo tiempo, trabajen a efectos de garantizar que la SSR de la juventud se reconozca como un derecho humano fundamental.

**Por Rachel Hanretty,  
Joven participante en el Foro  
de Colaboración Público  
Escocia**

# INVIRTIENDO EN LA JUVENTUD:

*El compromiso del FNUAP para la promoción de los derechos de la adolescencia y la juventud en la Región de Europa Oriental y Asia Central (EOAC)*

**Invertir en la juventud es invertir en el futuro. Pero más de la mitad de la población joven de todo el mundo vive en la pobreza. La juventud económicamente desfavorecida se encuentra especialmente discriminada en función del sexo, por una educación deficiente, por el desempleo y el reducido acceso a los servicios sanitarios. Además, tiene menos probabilidades de conocer, reclamar y ejercer sus derechos a una información y unos servicios de salud reproductiva.**

Los derechos del colectivo adolescente a disponer de información y servicios de salud reproductiva, se recogen en numerosos acuerdos y foros internacionales, entre los que se encuentran la Convención sobre los Derechos del Niño, la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo o la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada, en Pekín en 1995, entre otros. A pesar de los distintos acuerdos, se han observado deficiencias en el cumplimiento de los derechos garantizados en las convenciones internacionales a la hora de su aplicación en el ámbito nacional.

## El papel del FNUAP

Entre las funciones del FNUAP destaca el velar por los derechos de la población adolescente y joven a través de la reducción de la pobreza. Así, el FNUAP y sus socios proponen un enfoque holístico y multisectorial con el fin de:

- proporcionar habilidades a la población joven y adolescente para que alcancen sus ideales, generen un pensamiento crítico y se expresen con libertad,
- promover la salud mediante el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y a recursos y servicios de formación,
- vincular a la juventud con programas de recursos personales y de empleo,
- defender los derechos de la juventud, especialmente los de las mujeres

y los grupos marginados, tanto para favorecer su salud como para garantizar el recibir una parte justa de la inversión social,

- impulsar el liderazgo y la participación de la juventud en la adopción de decisiones que le afecten, como, por ejemplo, en los planes de desarrollo de sus países.

## La labor del FNUAP en Europa Oriental y Asia Central (EOAC)

En Europa Oriental y Asia Central, el FNUAP defiende, junto con los gobiernos nacionales, intervenciones de protección social para la juventud. Un factor importante de nuestro trabajo incluye la creación de un entorno que favorezca el que la población adolescente posponga la edad reproductiva. El retraso del parto salva vidas directamente, tanto la vida de la madre como del recién nacido/a. Las criaturas de madres adolescentes tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de morir antes del primer año (1) que cuando las madres son de mayor edad. Los altos índices de maternidad prematura, en muchos países, están directamente relacionados con los matrimonios precoces. A este respecto, es importante resaltar que en infinidad de países de Europa Oriental y Asia Central, la ley permite los matrimonios en menores de 18 años de edad (2).

Durante los últimos quince años, el FNUAP en Europa Oriental y Asia Central ha adquirido una dilatada experiencia a la hora de trabajar con y para la juventud con el fin de abordar sus crecientes necesidades en cuanto a formación, servicios, suministros e información sobre salud sexual y reproductiva. El FNUAP ha generado datos referentes a la salud sexual y reproductiva que sirven para la planificación y programación nacionales y ha desarrollado un marco estratégico para la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en esta región. También, ha promovido la capacitación técnica de profesionales sanitarios y funcionariado público implicado en la salud de la juventud y de la adolescencia, y ha trabajado con homólogos nacionales para defender la integración de la educación sobre salud sexual y reproductiva en los planes de estudio. Una parte importante del éxito obtenido en la Región se debe a las buenas prácticas relacionadas con la participación y la capacitación de la



juventud a través de la Y-Peer, Youth Peer Education Network (Red de Educación mutua de la Juventud), y de la RHIYSC, Reproductive Health Initiative for Youth in the South Caucasus (Iniciativa sobre Salud Reproductiva para la Juventud en el Cáucaso meridional). Su éxito se basa en que estas iniciativas confieren a la juventud la capacidad para tomar sus propias decisiones.

## La participación de la juventud

Y-PEER es una red constituida por más de 500 ONGs, asociaciones e instituciones gubernamentales. Entre sus miembros se incluyen grupos y colectivos de jóvenes encargados de la docencia orientada a una formación activa y personal y que defienden la salud reproductiva en la adolescencia. Y-PEER sirve de nexo de unión para más de 5.000 miembros de 39 países en la Región de Europa Oriental y Asia Central, así como en Oriente Medio y el norte de África, y continúa ampliando su ámbito de acción, emplea un estricto sistema de formación para el personal encargado de la educación inter pares, al tiempo que conserva un componente de “entrenamiento educativo” a través del uso de metodologías interactivas y que es desarrollado íntegramente por el colectivo juvenil. Estas metodologías para la educación inter pares han demostrado ser tan eficaces que han pasado a integrar el Programa Nacional para la Prevención de la Epidemia del VIH y sus Consecuencias Sociales y Económicas en Kirguistán. En una reunión para el establecimiento de políticas en Kirguistán se informó que «las normas de formación inter pares desarrolladas y adoptadas por Y-PEER fueron presentadas a las partes interesadas, aprobándose por el Gobierno y la sociedad civil, sirviendo de referencia para la normalización de la formación informal en el país» (3). La Iniciativa sobre Salud Reproductiva para la Juventud en el Cáucaso meridional, financiada por la Comisión Europea y el



FNAUP, tiene por objetivo desarrollar los derechos y la salud reproductiva entre la juventud en Armenia, Azerbaiyán y Georgia, donde los colectivos juveniles están aunando esfuerzos, trabajando en grupo y aprendiendo los unos de los otros. Entre las actividades que la RHIYSC ha proporcionado en el pasado se incluyen la creación de servicios de salud adecuados para la juventud, el acceso de la población de preservativos y métodos anticonceptivos de forma gratuita, el fomento de la implicación de madres y padres a fin de lograr la eliminación de las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y el fomento del diálogo y de la transmisión de experiencias entre socios y partes interesadas de toda la Región.

### Conclusión

A pesar de estas iniciativas, el colectivo de adolescentes y jóvenes se enfrenta, debido al bajo reconocimiento social que se confiere a la juventud en muchas culturas, a infinidad de obstáculos a la hora de recibir información y servicios sobre salud sexual y reproductiva. La juventud puede mostrarse reacia a acudir a servicios de salud reproductiva por el estigma o la desconfianza en el personal que atiende. En países en los que se accede a los servicios sanitarios previo pago, es probable que la juventud

no disponga de los recursos necesarios para pagarlos. Quienes defienden a la juventud, en ocasiones, se enfrentan con tabúes culturales y tradicionales en relación con el comportamiento sexual y reproductivo, además de contar con un apoyo limitado por parte de los gobiernos nacionales a la hora de establecer un programa juvenil. La crisis económica actual podría restringir, aún más, la capacidad de los gobiernos para proporcionar la infraestructura y los servicios de asistencia sanitaria necesarios, precisamente en unos momentos en los que la demanda de estos servicios, posiblemente crecerá al incrementar la pobreza. Sin una inversión sostenida en la juventud, será imposible cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la pobreza. Al igual que tampoco será posible alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio nº2 en enseñanza, el nº3 en igualdad entre los sexos, el nº 5 en salud materna, ni el nº 6 en prevención del VIH. Tal y como ha indicado el defensor de la juventud de Bulgaria, «el hecho de abordar los problemas sociales no es únicamente una cuestión de responsabilidad personal: también tiene que ver con el hecho de pertenecer a una red global con responsabilidades compartidas por la juventud de todo el mundo».

### Thea Fierens

Directora Regional de la Oficina Regional del FNUAP para Europa Oriental y Asia Central [fierens@unfpa.org](mailto:fierens@unfpa.org)

### Referencias

1. FNUAP. Estado de la población mundial de 2008. Reaching Common Ground: culture, gender and human rights. Nueva York, FNUAP, 2008.
2. Rangita de Silva de Alvis. Eastern Europe and Central Asia Regional Legislative Analysis: A Review of CEDAW Compliance. Nueva York, FNUAP, 2009.
3. Declaración sobre la promoción de la SSR y los derechos, 20 de noviembre de 2009, Bishkek, Kirguistán (Conferencia Nacional para la presentación de normativas para la Educación *Inter Pares* y Foro Nacional para la presentación del programa Y-PEER para asociaciones / ONGs juveniles, líderes juveniles, Comisión Nacional para la Política Juvenil, ministerios correspondientes y sus homólogos, y (la) comunidad de donantes).

# ACTIVIDADES EN FAVOR DE LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA EN LA REGIÓN EUROPEA

## Se han producido dos avances recientes, de suma importancia, para el diseño de la agenda de salud pública en la Región Europea de los próximos años: la reforma de la asistencia sanitaria primaria (ASP) (1) y la Carta de Tallin (2).

La Carta de Tallin plantea las directrices necesarias para el desarrollo de los sistemas sanitarios en la Región Europea de la OMS si se quiere que contribuyan de forma eficiente a la protección de la salud, de la riqueza y el bienestar social. El Informe sobre la Salud en el Mundo, del año 2008, recoge el hecho de la reforma de la ASP, y plantea los cuatro tipos de modificaciones requeridas para cubrir las expectativas de la ciudadanía del mundo moderno: cobertura universal, oferta de servicios, políticas públicas y liderazgo. Ambos documentos comparten valores y principios similares y describen enfoques parecidos para la consecución de las mejoras necesarias. Este documento analiza sus repercusiones sobre los programas de salud destinados al colectivo adolescente en la Región.

### Cobertura sanitaria universal para la juventud

Son muchos los desafíos que dificultan el progreso, en la Región Europea, hacia una cobertura sanitaria para la juventud con intervenciones efectivas. Entre dichos desafíos se incluyen la vulnerabilidad económica de la juventud, la movilidad transfronteriza, los modelos de exclusión debidos a una serie de factores, como el sexo o la edad, y las necesidades específicas de los grupos vulnerables y marginados. En lo relativo a la vulnerabilidad económica de la juventud, existen una serie de países en los que las y los adolescentes quedan excluidas de las prestaciones con cobertura ofertada por el sistema sanitario o de asignaciones presupuestarias específicas. En algunos países en los que se han desarrollado servicios de salud adaptados a la juventud (YFHS), los servicios prestados por los proyectos dependen de fondos concedidos por un tiempo determinado. Por ejemplo, para determinados grupos de jóvenes que permanecen en su país de origen mientras que sus progenitores trabajan en el extranjero, el reducir la financiación a este tipo de programas

resultaría muy perjudicial. Por ello, en una serie de países, sumidos en la actual crisis financiera y con unas escasas oportunidades de empleo para la juventud, se está ampliando el periodo de la finalización de la cobertura sanitaria existente para la infancia hasta la incorporación al mercado laboral.

La movilidad transfronteriza está aumentando en la región. Mediante los mecanismos previstos por la UE para proporcionar una asistencia sanitaria transfronteriza se pretende abordar el problema de la movilidad de las posibles personas usuarias, pero el colectivo inmigrante de fuera de la UE, integrado en gran parte por jóvenes, sigue estando al margen del sistema. Por ejemplo, en Luxemburgo casi el 40% de las personas jóvenes proceden de otros Estados miembros de la UE, y más del 15% de las y los jóvenes en España no proceden de ningún Estado de la UE (3).

La probabilidad de que chicas y chicos utilicen los servicios sanitarios es, por lo general, muy baja aun existiendo iniciativas específicas para llegar a la población adolescente, ya que la edad puede constituir, por sí misma, un factor de exclusión. Históricamente, los sistemas de salud se crearon para cubrir las necesidades de las personas discapacitadas o enfermas, mientras que la población adolescente requiere, más bien, servicios orientados a la prevención. Los servicios de salud reproductiva y sexual ofrecidos suelen ser, particularmente, «sensibles a la edad», e incluso algunas sociedades restringen su atención a la adolescencia y, a menudo, no llegan a los grupos de adolescentes marginados, incluso aunque se esté intentando que estén «orientados a la adolescencia». En el pasado, muchos países de la Región aunaron esfuerzos por englobar a todo el mundo en el sistema sanitario establecido, pero prácticamente no hicieron nada por proporcionar servicios sociales y sanitarios a ese porcentaje de personas o grupos que no se consideraban que formaban parte de dicho sistema.

No obstante, los países están avanzando. La República de Moldavia incluyó, recientemente, los servicios sanitarios orientados a la juventud (YFHS) en la lista de las personas que tienen acceso al seguro sanitario obligatorio. Se están dedicando esfuerzos para responder a las necesidades específicas de los hombres, por ejemplo, reservando determinados horarios para ellos en los centros médicos, como en Estonia, o para llegar a la población adolescente marginada, como pueden ser los consumidores y consumidoras de drogas por vía intravenosa, como ocurre en Tayikistán.

### Reforma de los servicios que hay que ofertar para proteger la salud de la juventud

La baja calidad de los servicios para las personas jóvenes sigue constituyendo uno de los retos principales que hay que abordar en las reformas del sistema de prestaciones de servicios. La baja efectividad actual, especialmente en determinados modelos obsoletos de servicios sanitarios en centros educativos (SSCE), es otro de ellos. El tercer reto parte del hecho de que con las reformas de los sistemas sanitarios y la tendencia a ofrecer una atención que de respuesta a las necesidades de una población cada vez más envejecida, las necesidades de la juventud, tienden a quedar en segundo plano y, por ello, ser desatendidas.

Los sistemas sanitarios que existían en el pasado tendían, a menudo, a detectar los problemas de salud y proporcionar servicios curativos, más que preventivos. Asimismo, tendían a estar fragmentados, siendo el objetivo de los y las especialistas las distintas partes del cuerpo (p. ej., en muchos países, existían profesionales de la ginecología para adolescentes), más que profesionales dedicados a las necesidades holísticas de ellas y ellos. Como consecuencia, a menudo, la calidad de los servicios sanitarios es mala, tanto en la forma de ofrecerse como en el modo en que cubren las expectativas de la juventud. Los sistemas para mejorar y mantener la calidad, en algunos países, son frágiles o no existen, y además de no percibirse una voluntad firme para abordar este problema. En muchos países, aún, no es una práctica habitual la implicación de los usuarios y usuarias en el diseño de la prestación de servicios de salud a efectos de garantizar que éstos cubran sus necesidades.

Las reformas del sistema sanitario proporcionan la oportunidad de modificar los sistemas de prestación de servicios de salud, de manera que respondan a las necesidades de la adolescencia. Sin embargo, en muchos países, estas reformas tienden a ignorar las necesidades de este grupo de población. Por ejemplo, la transición reciente hacia la medicina de familia, en muchos países de la Región, no ha tenido en cuenta que las personas jóvenes también forman parte de la familia, al igual que la población infantil y las personas mayores. Por tanto, las posibilidades que tienen los y las profesionales de ASP, para abordar las necesidades específicas de la adolescencia, son muy limitadas, y la adecuación de estos servicios «en función de la edad» es muy restringida. Los SSCE (un tipo concreto de servicios de ASP) se han quedado al margen de las reformas de los sistemas de salud, por lo que continúan predominando las intervenciones no efectivas, más centradas



**Valentina  
Baltag**



**Gunta  
Lazdane**



**Venka-  
traman  
Chandra-  
Mouli**



**Bruce  
Dick**

en el tratamiento que en la promoción de la salud, y se consideran con menos prestigio que otras profesiones de ASP.

No obstante, en muchos países de la Región se ha progresado a la hora de adaptar los servicios a las necesidades. El Reino Unido ha puesto en funcionamiento el National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (Marco nacional de servicios para la infancia, la juventud y la maternidad). Varios países (por ejemplo, la República de Moldavia y Kirguistán) se esfuerzan por establecer normas de calidad consensuadas a nivel nacional para poder «valorar», en virtud de las mismas, cualquier servicio de salud orientado a la juventud (YFHS). Dinamarca, Bélgica, el Reino Unido y Croacia son solo algunos de los países que se han replanteado los SSCE, de manera que a lo largo de las últimas décadas, de ser un paradigma de asistencia sanitaria, han pasado a convertirse en un paradigma de asistencia social. La República de Moldavia, Ucrania y Albania se han unido también, recientemente, a este proceso.

### Reformas de políticas públicas

La exigencia sobre «salud en todas las políticas» del nuevo planteamiento de la ASP reconoce la importancia de abordar los determinantes socioeconómicos de la salud, al igual que la Carta de Tallin. En numerosos países, otras áreas no realizan las acciones necesarias o las actividades carecen de la coordinación adecuada.

La «salud en todas las políticas» no abordará por sí sola sus necesidades específicas a no ser que se imponga la perspectiva de «la salud para la juventud en todas las políticas». La creación de oportunidades para que las chicas estudien o trabajen con el fin de reducir los embarazos adolescentes, la implementación de los programas de intercambio de jeringuillas, las iniciativas para reducir los accidentes de tráfico y la violencia provocada por el consumo de alcohol y las medidas adoptadas para proteger a la juventud de la agresiva publicidad de la industria tabaquera, son solo algunos ejemplos de la necesidad de intervenciones específicas orientadas a este grupo de población. Las intervenciones multisectoriales deberían, del mismo modo, abordar los problemas asociados a la demanda de servicios de atención sanitaria.

### Reformas en el ámbito del liderazgo

En muchos países, las y los dirigentes de ámbito nacional no se comprometen a cubrir las necesidades de la población adolescente, ni a respetar los derechos inherentes a ésta. A menudo, las iniciativas

en los servicios sanitarios y comunitarios de ámbito regional y local, carecen por completo de apoyo. Pese a que las evidencias sobre la toma de decisiones en relación con la salud pública no son concluyentes, algunas de las adoptadas en el contexto de Europa revelan que el establecimiento de prioridades se encuentra, sistemáticamente, relacionado con el estado de salud de la población, con los datos epidemiológicos, con la incidencia o prevalencia de enfermedades y, a menudo, con el alcance de la prevención (4). Ante esto, hay que resaltar que el argumento económico cobra cada vez más fuerza. Dado que la adolescencia es un segmento relativamente sano de la población, la fiabilidad de los datos epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia de una enfermedad para el establecimiento de prioridades pasa a un segundo plano. Más bien, para tener la aprobación de líderes de los distintos sectores se deberían utilizar argumentos relacionados con la positiva repercusión de la prevención, su beneficio económico, y las consideraciones tanto éticas, como en relación a los derechos humanos.

En el marco de la puesta en práctica de la estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia (2005), 12 países iniciaron el desarrollo de sus estrategias nacionales y a pesar de que se observan signos positivos de incremento de una mayor concienciación y del compromiso, por parte de líderes, respecto a las necesidades sanitarias de la adolescencia, persiste el riesgo de que estas estrategias no se pongan en funcionamiento si no se aúnan esfuerzos para traducir las iniciativas propuestas en presupuestos y planes de trabajo concretos.

### Conclusión

Los programas de salud orientados a la adolescencia, en relación con el tipo de necesidades de sus beneficiarios y beneficiarias, son coherentes con el nuevo enfoque de la ASP y de la Carta de Tallin, puesto que apoyan el garantizar la cobertura universal y adoptan medidas concretas a estos efectos, reformando los servicios para orientarlos a la juventud e integrarlos en las reformas de todos los sistemas sanitarios. Asimismo, desde el paradigma de «la salud orientada a la juventud, en todas las políticas», se defienden estas reformas y que líderes, de todos los sectores, tengan en cuenta el factor juventud para el diseño de sus acciones.

A este respecto, los programas de salud orientados a la adolescencia proporcionan una aplicación práctica muy útil del nuevo enfoque de la ASP y de la Carta de Tallin (documentos meramente políticos y de establecimiento de directrices)

que pueden suponer un reto para su aplicación. Asimismo, los programas de salud orientados a la adolescencia deberían aprovechar la oportunidad que brindan tanto el enfoque de la ASP, como de la Carta de Tallin, para mejorar su puesta en práctica.

### Valentina Baltag, MD, PhD

Oficial técnica  
SSR en la adolescencia, incluidos el VIH y la ASP  
Políticas y Sistemas del País  
Oficina Regional para Europa de la OMS  
vba@euro.who.int

### Gunta Lazdane, MD, PhD

Consejera Regional,  
Políticas y Sistemas del País  
Oficina Regional para Europa de la OMS  
gla@euro.who.int

### Venkatraman Chandra-Mouli, MD

Coordinadora, Salud y Desarrollo en la adolescencia  
Departamento para la protección de la Salud y el Desarrollo en la Infancia y la Adolescencia  
Sede de la OMS  
chandramouli@who.int

### Bruce Dick, MD

Funcionario médico, Departamento para la Salud y el Desarrollo en la Infancia y la Adolescencia  
Sede de la OMS  
dickb@who.int

### Referencias

1. *The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More than Ever*. Ginebra: OMS, 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/>
2. WHO European Ministerial Conference on Health Systems «Health Systems, Health and Wealth», Tallin, Estonia, 25 al 27 de junio de 2008. Informe. Copenhagen: OMS, 2009. [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1)
3. Informe de la Juventud de la UE. CE, Bruselas, 2009
4. Allin S, Mossialos E, McKee M y col. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. OMS, 2004 en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria.

# GUÍA PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS NACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA JUVENTUD

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) - Región Europea ha sido una de las principales defensoras de los derechos y de la salud sexual orientada a la juventud (DSS) a lo largo de los años, y las Asociaciones afiliadas a la misma han planteado iniciativas para ofrecer educación sexual, información y servicios específicos, y promover un enfoque basado en el reconocimiento de los derechos en lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva de la juventud. La IPPF-Región Europea, y las organizaciones que trabajan con los mismos principios, consideran que solo es posible lograr beneficios sostenibles a la hora de garantizar los DSS de la juventud si se dispone de políticas sostenibles. Por tanto, basándonos en las evidencias, en la investigación y en nuestra experiencia, desarrollamos junto con la OMS un conjunto de herramientas destinadas a ayudar a las y los dirigentes a diseñar dicho marco.

En el periodo 2004-2007, la Federación Internacional de Planificación Familiar-Región Europea puso en funcionamiento el proyecto Sexual Awareness For Europe (SAFE) junto con 26 de las Asociaciones miembro de Europa, y la Oficina Regional para Europa de la OMS, que asumió la coordinación entre los ministerios de sanidad y la Lund University (Suecia), entidad que se responsabilizó de la investigación. Uno de los principales logros del proyecto SAFE fue la Guía para el Desarrollo de Políticas sobre la Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos de la Juventud en Europa (Guide for Developing Policies on the Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People in Europe). Esta guía es el fruto de la cooperación con representantes de los ministerios de sanidad de los países participantes en el proyecto SAFE y nos permitió trabajar, conjuntamente, con dirigentes y las personas encargadas de ponerlo en práctica. Para ello, se creó una plataforma de expertos y expertas que analizó en profundidad los retos y las posibles soluciones. Además, gracias a esta colaboración, se pudo iniciar un diálogo constructivo con los gobiernos, aumentar la confianza entre las diferentes partes, suscitar una mayor identificación con las políticas y promover una acción política. Asimismo, la participación de la juventud y la implicación de las personas jóvenes de la red juvenil de la Federación Internacional de Planificación Familiar-Región Europea (YSAFE) constituyeron elementos clave en el desarrollo de la misma. La guía, que sirve de complemento a la Estrategia Europea de la OMS para el Desarrollo y la Salud en la Infancia y la Adolescencia, incluye

diferentes herramientas, entre las que se encuentran un resumen de las políticas (1) y cuatro hojas informativas sobre buenas prácticas a la hora de abordar los DSS de la juventud.

La Guía para el desarrollo de políticas recoge un enfoque positivo y exhaustivo basado en el reconocimiento de derechos en lo que respecta a la SS de la juventud, y establece que, aunque existen principios básicos que deberían actuar de hilo conductor común de las políticas, su aplicación variará en función de la legislación nacional y del entorno político, de las estructuras de los servicios sanitarios y de otros factores nacionales. El cuadro 1 resume los elementos interrelacionados en la generación de políticas en este campo.

Los socios del proyecto SAFE seleccionaron cinco ámbitos políticos considerados clave para garantizar los DSS de la juventud (véase el cuadro 2). Los capítulos dedicados a cada uno de estos ámbitos proporcionan un análisis detallado sobre los temas junto con una lista de verificación de las iniciativas adoptadas por las agencias, los gobiernos regionales y/o nacionales.

## **Implicación de las partes interesadas: un elemento esencial para el desarrollo y la aplicación de las políticas**

La Federación Internacional de Planificación Familiar-Región Europea está firmemente convencida de que para introducir políticas destinadas a fomentar y garantizar los DSS de la juventud, es esencial contar con el apoyo y la implicación de múltiples organismos y partes interesadas. El disponer de más información, experiencias y apoyo facilita el desarrollo y la aplicación de planes y políticas realistas, permite nuevas iniciativas en las instituciones locales existentes, favorece que el grado de oposición sea menor y que el liderazgo político aumente, desarrollándose, así, las capacidades locales.

El nivel de implicación de las partes interesadas se puede dividir en tres grupos: *i)* instructivo, *ii)* consultivo y *iii)* cooperativo. La implicación instructiva es aquella que tiene lugar cuando el gobierno toma las decisiones, aunque existen mecanismos para el intercambio de información. La implicación consultiva se produce cuando el gobierno es el que toma la decisión, pero las partes interesadas ejercen cierta influencia sobre los procesos y los resultados. La implicación cooperativa tiene lugar cuando las partes interesadas principales actúan como socias del gobierno en la toma de decisiones.

En el ámbito de los DSS de la juventud, la implicación de las partes interesadas es fundamental, dado el nivel de controversia

que rodea a los DSS de la juventud y el cambio social previsto. Además, la implicación cooperativa, la negociación, la confianza y la identificación con este tipo de políticas resultan fundamentales para que se produzca el «cambio» de actitud política y de las normas sociales necesarias para generar mejores políticas relativas a los DSS de este grupo de población. Es más, resulta decisivo que en el proceso de elaboración de políticas se valoren y respeten las capacidades y aspiraciones de las partes interesadas.

A la hora de determinar quiénes son las partes interesadas, es importante tener en cuenta a quién y cómo afectará el cambio deseado, y qué es necesario hacer con el fin de garantizar que se cree un entorno en el que sea posible efectuar el cambio previsto. En el caso que nos ocupa, las principales partes interesadas eran las y los jóvenes, además de las redes que les apoyaban: las familias, el personal docente/los centros educativos, el colectivo profesional sanitario, el colectivo de la judicatura, trabajadores y trabajadoras sociales, el cuerpo de policía, los medios de comunicación, líderes de opinión y los modelos de conducta para la juventud, las autoridades locales, personal parlamentario, grupos religiosos, las agencias especializadas de proveedores de servicios, las personas que les defienden y los investigadores e investigadoras. En nuestro campo, en concreto, resulta muy importante que todos los grupos que puedan verse afectados o que vayan a desempeñar un papel en el proceso, de algún modo, muestren su interés, o se impliquen lo suficiente y tengan voz, espacio y cierto poder para contribuir a tomar decisiones.

La experiencia de Escocia en el desarrollo e introducción de una estrategia de salud sexual nacional constituye un ejemplo de buenas prácticas.

## **Asumir el reto**

La Federación Internacional de Planificación Familiar-Región Europea y sus asociados están preparando el proyecto SAFE II, que entre las principales líneas de trabajo, en este nuevo proyecto de 3 años de duración, incluirá el apoyo específico a varios países de Europa para la adopción, por parte de los gobiernos, de políticas integrales sobre los DSS de la juventud, mediante el uso de la guía SAFE, como herramienta, para su implementación. Estas acciones se llevarán a cabo en estrecha colaboración con personas jóvenes y partes interesadas clave de entre los grupos mencionados con anterioridad e implicará además a representantes de los organismos gubernamentales y los ministerios pertinentes (p. ej. educación, sanidad). Del mismo modo se elaborará





**Elizabeth Bennour**



**Irene Donadio**

## GUÍA PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS NACIONALES SOBRE DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA JUVENTUD.

Una política sobre DSS orientada a la juventud debe respetar la diversidad de valores de la pluralidad de los grupos, proporcionar información apropiada para la edad que aborde los problemas reales de la vida cotidiana, y asumir la perspectiva que considere la sexualidad es una dimensión fundamental y positiva de la persona y no algo a lo que hay que temer. Además, debe tener en cuenta e integrar una serie de problemas transversales y principios vinculados con los DSS de la juventud, entre los que se incluyan los siguientes:

### • La implicación de la juventud

La participación de la juventud en el proceso de elaboración de las políticas garantiza que éstas contemplen sus necesidades reales. Por ello, se insta a las y los dirigentes a recurrir a consejeros y consejeras jóvenes o a crear espacios de asesoramiento juveniles, sobre DSS, para que participen en el proceso de diseño.

### • Un enfoque según el sexo-género

Las chicas y los chicos tienen necesidades específicas y se exponen a riesgos diferentes. Las mujeres, especialmente las jóvenes, presentan una vulnerabilidad biológica mayor que los hombres ante enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo. Aunque ambos sexos se enfrentan al riesgo de sufrir abusos y explotación sexual, las mujeres presentan mayor riesgo de padecerlos. También, las personas homosexuales jóvenes son especialmente vulnerables a la discriminación.

### • Reconocimiento de la diversidad y la vulnerabilidad

La juventud pertenece a entornos sociales, económicos, étnicos y culturales muy diversos, además de presentar diferentes identidades sexuales. Por ello, se requieren enfoques creativos y flexibles para llegar a todas ellas: a las

personas jóvenes marginadas, a aquellas con necesidades especiales, además de incluir los distintos entornos en los que viven.

### • Políticas de protección para la juventud

Las personas jóvenes tienen derecho a la protección física, psicológica y social, especialmente aquellas que presentan necesidades especiales, como las que han sido víctimas de abusos sexuales o del tráfico de menores, las madres adolescentes, jóvenes con discapacidades, con infección por VIH y las víctimas de la mutilación genital femenina. Por lo que la legislación debe proporcionar un marco adecuado para el apoyo y protección de los DSS de la juventud.

### • Apoyo multisectorial

Los DSS de la juventud no son únicamente un tema de salud, ni responsabilidad única de trabajadoras y trabajadores sanitarios. Los ministerios deben desarrollar una estrategia nacional multisectorial, en la que se incluya a instituciones con financiación pública y partes interesadas, como asociaciones juveniles, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y agrupaciones comunitarias, que garanticen tanto el desarrollo como la aplicación de la estrategia nacional.

### • Supervisión y evaluación efectivas

Hay una carencia de datos sobre los DSS de la juventud en Europa, especialmente de datos comparativos. Para disponer de un conocimiento mayor y más efectivo, se debería mejorar la recogida de los mismos en todos los países. El Estudio sobre las conductas saludables de las y los jóvenes escolarizados constituye una importante herramienta en este campo. Las ONGs y la juventud desempeñan un papel fundamental a la hora de llevar a cabo una investigación formativa, interpretar los resultados, desarrollar y aplicar los programas e implicarse en la supervisión y evaluación de las políticas y programas.

Cuadro 1

y difundirá un documento sobre los DSS de la juventud en 24 Estados miembros de la UE. Esta recopilación se diseñará en función de la lista de verificación de las actuaciones en cada una de los cinco ámbitos políticos clave que se recogen en la guía para el desarrollo de políticas.

### Elizabeth Bennour

Directora de Programación y Defensa, Oficina Regional, Federación Internacional de Planificación Familiar-Región Europea, Bruselas  
ebennour@ippfen.org

### Irene Donadio

Encargada de Labores de Apoyo y Defensa de la Oficina Regional, Federación Internacional de Planificación Familiar-Región Europea, Bruselas  
idoadio@ippfen.org

### Referencias

1. Desarrollo de Políticas sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos de la Juventud en Europa, <http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/SAFE+Policy+brief.htm>
2. OMS. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, Ginebra: OMS, 2003.

Cuadro 2

Cinco ámbitos políticos clave	
Ámbito político 1: Información, educación y comunicación	La información fiable y una educación sexual integral dotan a la juventud de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para tomar decisiones informadas, tanto en el presente como en el futuro.
Ámbito político 2: Servicios sanitarios	Los servicios orientados a la juventud son aquellos que atraen a las y los jóvenes, responden a sus necesidades y ofrecen asistencia continuada, basada en el conocimiento y en el respeto de las realidades de las distintas opciones de vida reproductiva y sexual.
Ámbito político 3: Acceso a los métodos anticonceptivos	El acceso a los anticonceptivos es un elemento que se ha contemplado en cualquier estrategia destinada a reducir las tasas de embarazos no deseados y es un recurso que demanda el movimiento juvenil. La promoción del uso regular y efectivo de anticonceptivos no puede abordarse mediante el simple incremento de disponibilidad de los mismos. Los programas deben tener por objetivo crear un entorno que tenga más en cuenta a la juventud, además de incluir información y formación sobre una serie de temas, como son los valores sociales, la igualdad entre los sexos, las relaciones personales y el uso de alcohol y otras drogas. Los medios económicos de las personas jóvenes son, a menudo, limitados y, por tanto, la adquisición de anticonceptivos les resulta difícil. Este punto debe abordarse en las estrategias nacionales sobre sus DSS.
Ámbito político 4: ITS y VIH/sida	Las tasas notificadas de ITS están aumentando en toda Europa, está indicando que la juventud está más expuesta al riesgo, por tanto, debe contemplarse la importancia de la prevención de las ITS/VIH entre este grupo etario. La prevención debe potenciar la autoestima y la confianza de las personas con VIH para proteger su salud y crear relaciones y familias felices y saludables.
Ámbito político 5: Embarazo no deseado e interrupción segura del embarazo	En ese momento de la vida en la que la fertilidad es elevada y la juventud dispone de una experiencia limitada en el uso de anticonceptivos, el riesgo de embarazos no deseados o no planificados es mayor. La educación sexual, la disponibilidad de los métodos anticonceptivos y servicios orientados a la juventud son factores básicos para un enfoque integral de los DSS, que también debería incidir en la reducción del número de embarazos no deseados y, por tanto, de interrupciones voluntarias de los mismos. Sin embargo, no es viable el evitar la totalidad de los embarazos no deseados, debido al elevado número de factores y causas que intervienen. Cuando el personal sanitario que practica una interrupción de embarazo está debidamente formado, dispone de un equipamiento apropiado y con las condiciones de salubridad necesarias, este acto médico resulta seguro (2).

# ADOLESCENCIA, INTERNET Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: ¿UN PAÍS DE LAS MARAVILLAS CIBERNÉTICO?

**Aunque el modo en que internet y las nuevas tecnologías incidirán en nuestra vida en un futuro continúa siendo una incógnita, los últimos diez a quince años nos han aportado experiencias de las que deberíamos aprender, especialmente en lo que se refiere a la adolescencia y la salud.**

Los chicos y chicas adolescentes son importantes usuarios de dispositivos como teléfonos móviles, agendas electrónicas, i-phones y ordenadores personales: por un lado, se familiarizan con mayor facilidad con cualquier nueva tecnología que las personas adultas; por otro lado, estos aparatos son tan atractivos para la juventud que representa un público objetivo para la venta de dichas herramientas. Conviene mencionar del mismo modo que, en los países de rentas bajas, en comparación con los documentos de papel y las líneas de telefonía fija, tanto la conexión inalámbrica como el acceso a la web constituyen una puerta de acceso rápida y sencilla a la información; y este increíble salto tecnológico ayudará a estos países a reducir la brecha que los distanciaba en el pasado. De hecho, actualmente, al mismo tiempo que la inmensa mayoría de las personas adolescentes en los países desarrollados disponen de conexión entre sí, el porcentaje de personas jóvenes con este tipo de acceso en los países con rentas medias y bajas está aumentando rápidamente.

Con frecuencia, padres y madres, personas encargadas de la educación, profesionales de la salud o de la política tienden a demonizar las nuevas tecnologías argumentando que pueden contribuir a potenciar la violencia, la pornografía o la dependencia de los y las adolescentes (1). Aunque este puede ser el caso de una minoría de personas más vulnerables, la mayoría de adolescentes se las arreglan bastante bien con estos nuevos dispositivos

En esta breve revisión se comentará el posible impacto de estas nuevas tecnologías sobre los procesos de aprendizaje y socialización en la adolescencia, así como el modo en que pueden afectar a su salud.

## **Promoción de la educación y la formación**

En el campo de la educación y el aprendizaje, internet constituye una importante fuente de información para los y las adolescentes. Estimula su curiosidad y les ayuda a redactar documentos. Para realizar un uso adecuado de esta herramienta se requiere el apoyo y la asistencia de personas adultas y de la comunidad educativa. Siguiendo esta misma línea, internet es un recurso de socialización atractivo que facilita los intercambios de información no solo con las amistades más próximas,

sino con interlocutores de todo el mundo. A este respecto, los chats y foros existentes facilitan las interacciones, poder contemplar las necesidades e intereses del colectivo adolescente para involucrarse en la exploración de su entorno y del mundo, así como en la construcción de ideales (2).

Para las personas jóvenes con problemas de movilidad y aquellas que padecen enfermedades crónicas, el teléfono móvil y el ordenador constituyen un medio para superar (al menos parcialmente) el aislamiento asociado a sus discapacidades. Existen páginas web que permiten intercambios entre jóvenes que sufren enfermedades concretas o que deben permanecer un tiempo en el hospital. Asimismo, para la población adolescente de más edad, la web es una fuente potencial de información sobre sus enfermedades, nuevos tratamientos o la evolución normal de sus dolencias. Puede así animarles y proporcionarles, a ellos y ellas, una sensación de control de su problemática. Por último, cada vez más profesionales de la salud emplean los teléfonos móviles como herramienta de refuerzo con la intención de incrementar el cumplimiento terapéutico, recordar a sus pacientes jóvenes las citas o comunicarles los resultados de los análisis de laboratorio (3).

## **Información, prevención y asesoramiento**

Se han desarrollado diversas páginas web informativas con el objetivo de proporcionar a la juventud información sanitaria, mensajes preventivos o asesoramiento específico. Dichas páginas ya están disponibles en diferentes idiomas como inglés, francés, español o ruso. Muchas de las páginas web de calidad están controladas o, como mínimo, supervisadas por profesionales de la salud. Una agencia no gubernamental con sede en Ginebra, Suiza, llamada Health on the Net, puede validar la calidad de dichas páginas web. Algunas de ellas ofrecen, a quienes las utilizan, la posibilidad de formular preguntas y recibir respuestas concretas. Se puede acceder a todas las preguntas y respuestas ofrecidas y, de este modo, proporcionan una idea de los distintos temas que preocupan a la juventud en los diferentes momentos evolutivos, como el crecimiento y la pubertad, la vivencia de la sexualidad, la nutrición, la salud mental y la depresión, el uso de sustancias, etc. Además, estas páginas constituyen una valiosa herramienta docente para el personal médico en formación, ya que



**Pierre-Andre Michaud**

pueden aprender algo más sobre el modo en que la juventud formula las preguntas u opiniones relacionadas con su salud y sobre la manera de abordar estos temas con un lenguaje simple, accesible y preciso (4).

### Posibles consecuencias negativas

Sin duda, también existen diversos riesgos vinculados al uso de las nuevas tecnologías. Una de las principales preocupaciones reside en la falta de control por parte de organismos oficiales de la calidad y el contenido de las páginas web (1). Por este motivo es importante que las figuras parentales supervisen, especialmente durante la infancia y en la época temprana de la adolescencia, el uso del ordenador y del teléfono móvil. De hecho, para algunos jóvenes resulta complicado diferenciar entre el mundo virtual y el real. En otras palabras, las personas adultas tienen la obligación no solo de supervisar los contenidos a los que accede la juventud, sino también de comentar abiertamente el significado de la información, las imágenes y las propuestas a las que tiene acceso.

Resulta esencial mencionar algunas amenazas potenciales concretas para la salud y el bienestar en la adolescencia: el "ciberacoso" ha pasado a considerarse recientemente una forma sutil, pero destructiva de amenazar y agredir de forma reiterada a compañeros y compañeras, con consecuencias negativas para la salud mental y la autoestima de las víctimas (5). La pornografía y las escenas violentas pueden ser bastantes desconcertantes para el colectivo adolescente que carece de preparación, especialmente si el acceso a este contenido no está supervisado por personas adultas y, por tanto, carece de una conversación «introductoria». La difusión entre adolescentes de imágenes eróticas, pornografía y agresiones verbales a otras personas a través de SMS es un fenómeno reciente que viene a ejemplificar la falta de capacidad de la juventud para distinguir entre el ámbito privado y público, así como su falta de conocimientos sobre las normativas legales a este respecto. El intercambio de información y direcciones o de invitaciones, así como la organización de encuentros a través de internet entre personas desconocidas y adolescentes pueden llevarles a ser objeto de violencia, como los abusos sexuales e incluso la violencia grave. Por último, existen

determinadas páginas web desde las que se anima a adoptar comportamientos perjudiciales, como pueden ser los trastornos de la alimentación o incluso las tendencias suicidas (6). Por estos motivos, en algunos países (cabe destacar Escandinavia) los centros educativos ya han puesto en marcha planes de estudio oficiales que pretenden educar a la juventud en el uso correcto de estas tecnologías, aunque todavía dista mucho de convertirse en la norma general.

Otra de las áreas que genera una gran incertidumbre es la cantidad de tiempo que emplea la adolescencia en internet. Resulta prácticamente imposible el poder determinar un uso adecuado y un uso excesivo de las nuevas tecnologías, ya que no solo se trata del número de horas invertido, sino también del tipo de uso que se hace de aquéllas y de los hechos que motivan la utilización del ordenador. La población joven que utiliza el ordenador para chatear con otras personas, para descubrir nuevos campos de interés o para construir nuevos espacios, tienen quizá menos probabilidades de convertirse en dependientes que aquellos y aquellas que emplean el ordenador por la emoción de jugar y la satisfacción de ganar. A este respecto, una de las mayores amenazas para la salud está vinculada con la existencia de los llamados videojuegos de "rol multijugador masivos en línea", MMORPG (del inglés Massively Multiplayer Online Role Playing Game); ya que la dependencia de los usuarios y usuarias de este tipo de juegos está en función del tiempo dedicado a conseguir créditos y de la valoración de otros usuarios y usuarias, lo que les lleva a pasar cada vez más tiempo ante el ordenador.

### Conclusión

Tal y como se puede deducir de este artículo, internet, los teléfonos móviles y otros nuevos dispositivos conllevan ventajas e inconvenientes. Aunque son un medio clave para acceder a cantidad de información sobre salud y para realizar intercambios positivos ó mantenerse conectados, también representan una amenaza para el desarrollo y la salud de determinadas personas de este colectivo. Por tanto, el objetivo de nuestra sociedad ha de consistir en establecer, en el mayor número posible de entornos, un medio adecuado para sensibilizar tanto a la población adulta como a la adolescente

sobre los límites, los obstáculos y el efecto potencialmente perjudicial del uso indebido de la web y de los teléfonos móviles. En especial, el personal sanitario se encuentra en una posición idónea para promover la concienciación de la población adulta implicada en los retos que imponen las nuevas tecnologías.

### Pierre-André Michaud, MD

Catedrático, Unidad

Multidisciplinaria para la Salud en la Adolescencia

CHUV/University Hospital Lausanne

Perre-andre.michaud@chuv.ch

### Referencias

1. David-Ferdon C, Hertz MF. Electronic media, violence, and adolescents: an emerging public health problem. *J Adolesc Health* 2007; 41:S1-5.
2. Williams AL, Merten MJ. A review of online social networking profiles by adolescents: implications for future research and intervention. *Adolescence* 2008;43: 253-74.
3. Marsch LA, Bickel WK, Grabinski MJ. Application of interactive, computer technology to adolescent substance abuse prevention and treatment. *Adolesc Med State Art Rev* 2007; 18:342-56, xii.
4. Gray NJ. Adolescents, the Internet, and health literacy. *Adolesc Med State Art Rev* 2007; 18:370-82, xiii.
5. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:376-85
6. Norris ML, Boydell KM, Pinhas L, Katzman DK. Ana and the Internet: a review of pro-anorexia websites. *Int J Eat Disord* 2006; 39:443-7.

Ejemplos de páginas sobre salud destinadas a la juventud:

<http://www.ciao.ch/>  
<http://www.goaskalice.columbia.edu/>  
<http://www.teenhealthfx.com/answers/health/index.html>

Ejemplos de páginas web de formación para profesionales de la salud  
<http://www.euteach.com> [http://ec.europa.eu/education/programmes/newprog/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/education/programmes/newprog/index_en.html)  
[www.usc.edu/adolhealth](http://www.usc.edu/adolhealth)

Fundación Health on the Net:  
<http://www.hon.ch/>

# PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL Y SERVICIOS SANITARIOS SOBRE SEXUALIDAD:

*acciones conjuntas que influyen en una mejor salud sexual y reproductiva (SSR)*

La SSR orientada a la adolescencia ha de integrar tres elementos básicos: 1) el reconocimiento de los derechos sexuales, 2) el asesoramiento y la educación sexual 3) servicios de calidad. Estos tres elementos deben tenerse en cuenta de forma conjunta, ya que con una mayor vinculación entre los programas de educación sexual y los servicios de salud sexual (SSS), se lograrán mejores resultados.

En los países nórdicos, la SSR de la juventud es relativamente buena si se compara con el contexto internacional. Las tasas de embarazos no deseados, interrupciones voluntarias de embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS) son relativamente bajas.

Obviamente, esta situación ha evolucionado con el paso del tiempo. Hace sesenta años, la situación en Finlandia era bastante distinta: las interrupciones voluntarias del embarazo de forma ilegal y las ITS eran elevadas, no existía una educación sexual y se percibía una actitud negativa ante la sexualidad y los anticonceptivos. En general, el desarrollo de la sociedad (igualdad entre hombres y mujeres, igualdad de oportunidades en materia de educación para chicos y chicas, desarrollo del sistema de asistencia sanitaria y cambios de actitud, tanto del Estado como de la Iglesia) ha hecho posible alcanzar la situación actual por medio de la implementación de una educación sexual integral, servicios de calidad que priorizan la confidencialidad y una amplia oferta de métodos anticonceptivos (1).

Muchos de los problemas a los que se enfrenta la adolescencia están relacionados con la resistencia que opone nuestra cultura a adaptarse a una situación social estructuralmente cambiante. En la sociedad moderna, las personas jóvenes se desarrollan física y emocionalmente a edades bastante tempranas, pero hasta unos años después no estarán preparadas para establecer una familia. Por ejemplo, en Finlandia la edad media para la primera relación sexual coital en mujeres está alrededor a los 17 años, la edad media del primer matrimonio es de 27 años y del primer parto, de 28 años. Este intervalo cada vez mayor entre la madurez física y la «madurez social» provoca algunos de los problemas sexuales en la adolescencia.

Los servicios de SSR orientados a la adolescencia, se pueden ofrecer en diferentes espacios siempre que se cumplan ciertos principios básicos: entorno específicamente orientado para este grupo de población, en el que las

personas se sientan acogidas, donde el respeto a la confidencialidad sea una de las características fundamentales.

Los y las profesionales de los servicios no deben juzgar ni moralizar a jóvenes-adolescentes, sino tener una actitud positiva a la hora de intervenir para modificar las prácticas de riesgo desde una actitud de respeto, destacando que esa etapa de la vida es importante. De este modo, se fortalece su autoestima y aprenden a respetarse y a cuidarse.

La asistencia en Finlandia, al igual que en otros muchos países, se aborda desde distintos niveles: atención primaria, secundaria y terciaria. La primaria (ASP) es la base de la organización de la asistencia sanitaria, y en centros educativos (ASCE) se constituye una parte básica de la misma. En Finlandia no se ha creado una red de centros de salud orientados a la juventud; únicamente en algunas de las ciudades más importantes existen centros específicos para la adolescencia. Por otro lado, la ASCE desde los municipios ofrecen de forma gratuita asistencia sanitaria a estudiantes de primaria y secundaria, cubriendo prácticamente, a toda la población con edades comprendidas entre los 7 y los 16 años. Tiene como objetivo, promover el crecimiento y el desarrollo saludable en la infancia y la adolescencia, a través de la educación sanitaria y el asesoramiento, ya que se consideran elementos fundamentales. La asistencia sanitaria preventiva asume, entre otras funciones, la identificación de los posibles problemas y riesgos para la salud, así como asesoramiento sobre formas saludables de vivir. La ASCE, también, trabaja con un enfoque holístico, colaborando con padres y madres, el personal docente, profesionales de la psicología, psicoterapeutas y nutricionistas.

Otro elemento fundamental de una buena SSR es la educación sexual, que debe ser continua, estar bien planificada y adaptarse al proceso de desarrollo del o de la menor. La educación sexual pasó a ser obligatoria en los centros educativos finlandeses en 1970, y la calidad y el contenido evolucionan lentamente. En la mayoría de los centros educativos, existía una estrecha colaboración con la ASCE en los programas de educación sexual, coincidiendo en su enfoque y planteamientos y logrando mejoras en la SSR en relación al aumento del uso de anticonceptivos y la reducción del número de interrupciones voluntarias de embarazo y partos en adolescentes entre 1975 y 1995, como se muestra en la figura 1.

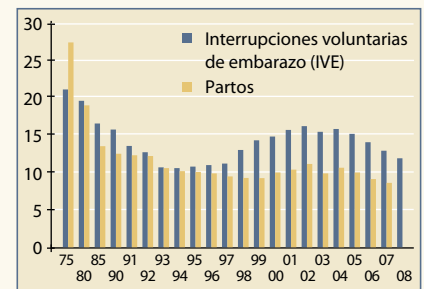


Figura 1  
IVEs y partos por cada 1.000 jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 19 años en Finlandia entre 1975 y 2008 (2).

## Cambios en la asistencia sanitaria y en educación durante la depresión económica anterior

Durante la primera parte de la década de los 90, debido a la recesión económica, se produjo un recorte en los servicios sociales y sanitarios en Finlandia y muchos municipios consiguieron «ahorrar» reduciendo el número de personas empleadas en el sector de la asistencia sanitaria. Los recortes se llevaron a cabo en todos los ámbitos de la asistencia social y sanitaria, pero la asistencia sanitaria preventiva, como la ASCE, se vio especialmente afectada. Además, en un intento por reducir los costes, la educación también dio un giro hacia un sistema más descentralizado. Como resultado de las medidas adoptadas, desde 1994, la educación sexual pasó a ser una asignatura opcional y correspondía a cada centro educativo decidir si se impartía y cómo se llevaba a cabo. Este hecho conllevó un notable deterioro, tanto en la implementación como en la calidad de la educación sexual que se ofrecía en los centros escolares (3). Se plantea que los recortes simultáneos en salud y educación generaron impactos como un incremento del 50% en el número de interrupciones voluntarias de embarazo en adolescentes a finales de la década de los 90 (figura 1). Asimismo, hasta 2002, el número de infecciones detectadas por Clamidia aumentó significativamente. Stakes (Instituto Nacional para la Salud y el Bienestar) inició a finales de la década de los 90 encuestas sobre salud escolar, con una periodicidad anual (los años pares en la parte este de Finlandia y los impares en la parte oeste). El extenso cuestionario incluía preguntas sobre el comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos. Como se observa en la fig. 2A, a finales de la década de los 90 aumentó el porcentaje de mujeres jóvenes que comenzaban a tener relaciones sexuales coitales a una edad muy temprana (14 y 15 años), del mismo modo que hasta 2002 se verificó un incremento en el porcentaje de empleo de métodos anticonceptivos (fig. 2B).

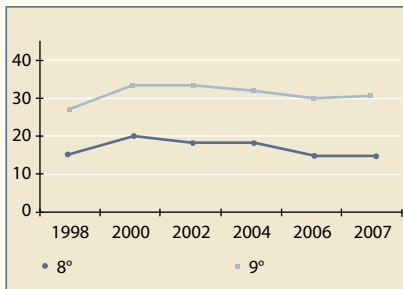


Figura 2A  
% de chicas que han mantenido relaciones coitales (A), y % de chicas que no emplearon ningún anticonceptivo en la última relación sexual coital (B), grado 8 (edad media 14,8) y 9 (edad media 15,8), Finlandia 1998-2007 (4).

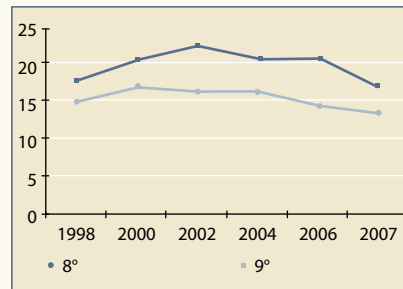


Figura 2B

### Avances recientes en la educación sexual

Lentamente, basándose en la información anterior, se modificó el sistema educativo y la Junta Nacional sobre Educación elaboró recomendaciones para una educación sexual de calidad que se basaron en un enfoque holístico de la sexualidad. Se incluyó una nueva asignatura llamada «Salud» que se comenzó a impartirse en la mayoría de los centros educativos en 2003-2004 y que desde 2006 es obligatoria en todos los centros de educación primaria y secundaria. El personal docente recibe formación y se designa a una persona en cada centro educativo como responsable de coordinar la asignatura. En los cursos que cursa el alumnado de edades comprendidas entre 7 y 9 años, la educación sexual tiene una duración mínima de 20 horas. Väestöliitto, la Federación de Planificación Familiar de Finlandia, ha realizado un estudio detallado sobre el contenido impartido en dicha asignatura y los conocimientos sobre la SSR del alumnado de 8º, concluyendo que la educación sexual impartida en los centros educativos influye en los conocimientos adquiridos, especialmente en el caso de los chicos (3).

### Requisitos previos básicos para una buena ASCE

En Finlandia, se han definido los requisitos previos básicos para una buena ASCE. (Asistencia sanitaria en los centros educativos), siendo éstos:

1. La ASCE debe disponer de un número suficiente de personal. Un o una profesional de enfermería, a tiempo completo en el centro escolar, será responsable de la asistencia de no más de 600 estudiantes. Si trabajase en más de un centro educativo, el número de escolares deberá ser inferior. Un médico o médica de centro educativo debe dedicar, como mínimo, un día de trabajo a la semana por cada 1.000 escolares. Además del trabajo clínico, el personal debe disponer

de tiempo para planificar las actividades de la ASCE, supervisar las condiciones de trabajo en el centro escolar, impartir educación sanitaria al colectivo de estudiantes, crear una red y continuar formándose. Además, el centro educativo debe disponer de profesionales de la psicología y de trabajo social.

2. Las salas de trabajo reservadas para la ASCE deben ser adecuadas.

3. Cada distrito sanitario debe contar con un médico o médica responsable de la ASCE y de su planificación, encargándose de que se disponga de los recursos necesarios para intervenir y que el personal que se incorpora reciba la formación pertinente. En los municipios de gran tamaño, también, es necesaria la presencia de un miembro del personal de enfermería en el centro escolar para coordinar la ASCE. La retribución del personal ha de fijarse de acuerdo a las responsabilidades específicas que asumen.

4. El personal debe emplear el equivalente a un mínimo de 10 días laborables para recibir formación continua en relación con la ASCE.

La ASCE, que forma parte de la comunidad escolar y que participa de forma activa en la educación sobre salud en el centro escolar, tiene como objetivo el garantizar que el centro proporcione un entorno al alumnado que promueva su salud y bienestar, tanto en el ámbito físico como en el emocional. El personal de enfermería hará un seguimiento del desarrollo y de la salud de cada estudiante mediante revisiones anuales. Cuando el alumnado acude por primera vez a un centro escolar, el médico o médica del centro y el personal de enfermería le realizan un examen completo, así como en 5º y 8º, es decir, a los 11-12 años y, posteriormente, a los 14-15 años, de acuerdo a una ley parlamentaria de mayo de 2009, que en la que figura el asesoramiento sobre salud sexual, especialmente, en relación a la prevención de embarazos.

El/la profesional de enfermería del centro también puede recetar

un tratamiento con anticonceptivos hormonales.

### Conclusión

Desde 2004, con el incremento de la calidad de la educación sexual, en Finlandia se ha logrado mejorar la SSR en la adolescencia. Tanto el porcentaje de chicas que comienzan a tener relaciones sexuales coitales a edades tempranas, durante 8º o 9º (14 a 15 años) (figura 2A), como el porcentaje de jóvenes que no emplearon anticonceptivos, han disminuido (figura 2B). Del mismo modo, se ha producido un notable descenso en el número de interrupciones voluntarias de embarazo en adolescentes, de 15,7 por cada 1.000, a 12,3 por cada 1.000 en 2008. Durante ese mismo periodo, también se produjo un ligero descenso en las tasas de partos (figura 1). Asimismo, se ha conseguido un impacto generacional, ya que la tasa de interrupción voluntaria del embarazo es mayor en los grupos de edades superiores.

En conclusión, cuando no se censura la vivencia de la sexualidad en la adolescencia, sino que se proporcionan educación sexual y servicios de SSR, es posible mejorar la SSR en este grupo de población, con unos costes comparativamente menores. Cada año surgen nuevos grupos de personas jóvenes, lo que exige la dedicación de nuevos esfuerzos. Tanto la educación, como el asesoramiento y los servicios son necesarios y si no se proporcionan los recursos, o si éstos se reducen de forma significativa, como ha sucedido recientemente en Finlandia, los efectos negativos se hacen evidentes con rapidez.

### Dan Apter, MD

Director

The Sexual Health Clinic  
Väestöliitto (Federación de Planificación Familiar de Finlandia),  
dan.apter@vaestoliitto.fi

### Referencias

1. Lottes I, Kontula O. *New Views on Sexual Health: The case of Finland*. Väestöliitto D37, Helsinki 2000.
2. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudeneskeytykset/index.htm>
3. Kontula O, Meriläinen H. *Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa*. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 26/2007
4. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/EN/index.htm>

# VALORACIÓN DE LA JUVENTUD: CONTEXTO ESCOCÉS

Escocia es uno de los cuatro países que conforman el Reino Unido. Tiene una población de 5,16 millones de habitantes, siendo el 18% de dicha población menor de 18 años de edad.

El Gobierno regional de Escocia es responsable de la salud, la educación, la justicia, los asuntos sociales y el transporte. Existen 14 distritos sanitarios y 32 áreas de gobierno locales. Las principales preocupaciones de salud pública son la cardiopatía isquémica, el abuso del alcohol y de otras drogas, la salud mental, incluyendo el suicidio, el tabaquismo, disfunciones sexuales y las inequidades en materia de salud.

## La juventud

Existe un compromiso intergubernamental para mejorar la vida de la juventud escocesa y en especial:

- garantizar que todas las personas jóvenes cuenten con el apoyo que necesiten para poder desarrollar sus capacidades;
- oportunidades y un compromiso activo con la juventud; e
- intervención temprana para desarrollar el potencial y ofrecer apoyo en una fase previa en la vida de una persona joven.

En 2009, el Gobierno escocés, con una serie de Servicios de Salud Nacional (NHS) y socios externos al NHS publicaron «Valuing Young People: Principles and Connections to support young people achieve their potential» (Valoración de la juventud: principios y redes para apoyar a las personas jóvenes en su desarrollo), lo que proporciona una herramienta de referencia para cualquier profesional que atienda servicios dirigidos a la juventud.

Los servicios de salud destinados a la juventud constituyen uno de los nueve ejes que se han identificado para ayudar a las personas jóvenes a alcanzar 4 capacidades que se enumeran en el Plan de Prestaciones de Servicios Sanitarios (véase la figura 1). (estudiantes de éxito, personas seguras de sí mismas, colaboradores eficaces, y ciudadanos y ciudadanas responsables)

El Gobierno escocés apoya las disposiciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia, y el Comisionado para la Infancia y la Juventud de Escocia ha desarrollado materiales diseñados para la juventud con el objetivo de ayudar a este colectivo a conocer sus derechos (disponible en <http://www.sccyp.org.uk/webpages/cypr.php>). Además, Escocia

dispone de su propio Parlamento juvenil, con comités específicos, como el de salud y el de educación, que diseñado y dirigido por personas jóvenes, ha asumido el compromiso de garantizar que todas las y los dirigentes escuchen la voz de la juventud.

## La política sobre la salud sexual

### Respeto y responsabilidad: estrategia e iniciativas adoptadas, en Escocia, para mejorar la salud sexual.

El Gobierno escocés ante el elevado número de embarazos no deseados y de ITS en Escocia, incluido el VIH/sida, adquirió un compromiso a partir de «Our National Health: A Plan for Action, A Plan for Change (2001)» con el objetivo de desarrollar una estrategia nacional, que se concretó en «Improving Health in Scotland: the Challenge (2003)», en la que se recogen los siguientes temas:

- la reducción de la tasa de embarazos en adolescentes menores de 16 años (la más alta de Occidente);
- la relación entre las dificultades económicas y problemática sexual.
- el uso de preservativos principalmente para la prevención de embarazos, más que para la protección frente a ITS;
- el incremento de diagnósticos de ITS, especialmente por Clamidia y VIH; y
- el aumento de las tasas de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), e IVEs de repetición, en mujeres de más de 25 años.

En el verano de 2003, el Ministro de Sanidad y de Asistencia Social encargó al antiguo Instituto de Salud Pública la elaboración de un borrador de la estrategia. Una vez realizado un análisis de las estrategias sobre salud sexual (SS) en el ámbito internacional y en otros países del Reino Unido, así como la implicación con los socios clave para su implementación durante dos años. En enero de 2005, se publicó «Respect & Responsibility», la primera estrategia sobre relaciones sexuales y SS de Escocia, que posibilitó un plan de acción nacional basado en experiencias para mejorar la SS y las relaciones sexuales en todas los grupos de edad. Basándose en la definición de SS de la OMS, promueve principios como el autocuidado, el respeto por los y las demás y los vínculos. A la hora de reconocer la diversidad de estilos de vida de la población, el plan de acción tiene como objetivo el mejorar el acceso a la información y los servicios, al tiempo que facilita servicios locales adecuados para responder a las necesidades en su ámbito de acción.

Los objetivos interdependientes y generales del plan de acción son:

- proporcionar mejores servicios mediante el incremento de la calidad, la cobertura, el mantenimiento, la accesibilidad y la cohesión de los servicios de SS;
- fomentar el respeto y la responsabilidad a toda la población para adquirir y mantener los conocimientos, las habilidades y los valores necesarios para una buena SS y bienestar; y
- prevenir ITS y embarazos no deseados interviniendo sobre los factores sociales y culturales que determinan la SS.

Para alcanzar estos objetivos, cuyas acciones van dirigidas a los organismos oficiales y centros sanitarios claves, tanto estatales como locales, así como al Gobierno escocés, se ha otorgado una financiación de 5 millones de GBP por año y se ha creado un equipo formado y basado en:

- el Ministro de Sanidad y Asistencia a la Comunidad, que preside un comité asesor de SS nacional;
- médicos y médicas con reconocimiento en SS seleccionados a partir de cada uno de los organismos sanitarios locales responsables de la implementación.
- los conocimientos proporcionados por el proyecto piloto a nivel estatal sobre la SS en la juventud, Healthy Respect.
- instrumentos de notificación claros y transparentes, con la publicación de la financiación y de los avances realizados; y
- la identificación de objetivos claros para reducir los embarazos no deseados (reducción de la tasa de embarazos en chicas de entre 13 y 15 años, de 8,5 por 1.000 en 1995 a 6,8 por 1.000 en 2010).

Durante el periodo 2005-2008, los avances fueron especialmente notables en:

- servicios de SSR más integrales;
- una mayor atención a los tests y tratamientos de ITS oportunistas prevalentes en la juventud, incluidas las pruebas prenatales del VIH;
- la implementación de los servicios sin cita previa para la juventud y de las normas específicas del servicio;
- el desarrollo de normas de calidad para los servicios de SS;
- la mejora en la recogida de datos mediante la supervisión de indicadores clínicos clave y el desarrollo del sistema informático nacional con datos clínicos para la planificación familiar y los servicios de ginecología y urología



- mejora en la gestión de los recursos para promover una educación positiva sobre sexualidad en los centros escolares y otros entornos educativos, así como una evaluación de la actividad en los centros de secundaria; y
- la difusión de información y experiencias prácticas por medio de una red específica de Bienestar en la Salud Sexual. ([www.healthscotland.com/wish](http://www.healthscotland.com/wish))

### Análisis de los avances y retos

En 2007, el Sistema Nacional de Salud de Escocia, en estrecha colaboración con el Gobierno escocés, encargaron una evaluación de «Respect and Responsibility» para valorar los resultados obtenidos con las acciones ejecutadas o si era necesario cambiar sus objetivos. Se destacó la necesidad no solo de continuar con la misma cartera de servicios de SS, sino también la necesidad de influir en la cultura del bienestar sexual. Asimismo se destacó la importancia de contar con un comité nacional más reducido, centrado permanentemente no solo en el bienestar sexual, sino también en asuntos relacionados con el VIH, ante lo que el Ministro de Salud Pública y Deportes ha demostrado su compromiso al asumir la presidencia del grupo.

Además, se identificaron otras acciones en «Respect and Responsibility: delivering improvements in sexual health outcomes 2008-2011», con las siguientes propuestas a largo plazo:

- Incrementar los recursos personales que inciden en la culpabilidad y coacción;
- Reducir el porcentaje de embarazos no deseados, especialmente en menores de 16 años, así como el número de interrupciones voluntarias de embarazo de repetición en todos los intervalos de edad;
- Reducir los porcentajes de ITS, teniendo en cuenta que se producirá un aumento debido al incremento del número de pruebas;
- Mejorar el acceso a la información sobre SS y la atención por parte de los servicios;
- Reducir los niveles de transmisión del VIH, especialmente en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres; y
- Disminuir el número de casos de VIH sin diagnosticar, especialmente en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y, específicamente, en la población procedente de África.

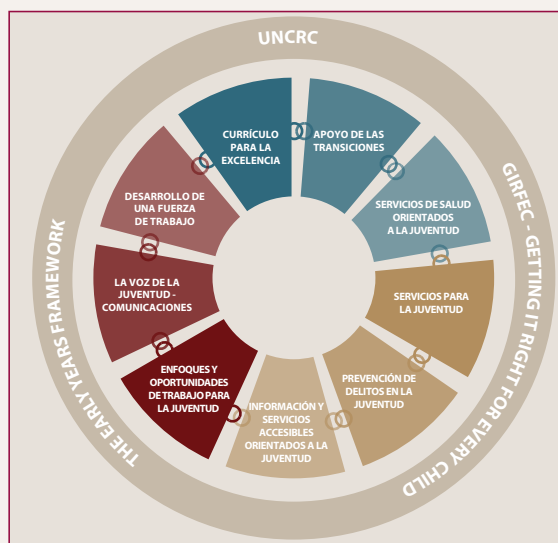


Figura 1  
Valoración de la juventud - pilares de apoyo (Gobierno escocés 2009)

generará un trasfondo para otras actividades (dirigida por el Gobierno escocés en agosto de 2009);

- actividades de marketing dirigidas a profesionales y población objetivo sobre:

- La promoción de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (SIU, DIU e

Los Consejos de los NHS y sus socios están trabajando para conseguir estos objetivos en sus propias áreas y para ello disponen de apoyos como: formación, recursos y normas de calidad. El Gobierno escocés realiza un seguimiento, mediante visitas anuales, con el fin de garantizar que se mantengan los avances en relación a la SS, así como a identificar los puntos que requieren un apoyo extra.

Como se ha indicado, se concede una mayor atención a los problemas relacionados con el VIH, especialmente en lo que respecta a la prevención de su transmisión y a la coordinación y la oferta permanente de asistencia y tratamiento de calidad a las personas con VIH. El Gobierno en la actualidad, junto con las partes interesadas clave, en el borrador del Plan de Acción del VIH, cuyas metas principales son:

- la prevención de la infección por VIH cuando sea posible,
- la detección temprana de la infección,
- la oferta de tratamientos de alta calidad y de apoyo constante a aquellas personas que lo necesiten.

### Mejora de la salud sexual y de la cultura del bienestar en Escocia

Aunque «Respect and Responsibility» tenía el objetivo de promover el bienestar sexual, se ha reconocido que la puesta en práctica inicial se ha centrado principalmente en las acciones para reducir la mala salud sexual. Durante los próximos tres años se llevarán a cabo acciones específicas para incidir sobre la cultura que rodea las relaciones sexuales y la SS como, por ejemplo:

- una extensa campaña de marketing destinada a la población general de entre 20 y 40 años de edad que

implantes) como medio de reducción de embarazos no deseados y de interrupciones de repetición en todos los intervalos de edad (difundida en julio de 2009);

- Aplicar distintos enfoques sobre la prevención del VIH con hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, y posteriormente, con las comunidades africanas (difundida a principios de 2010).

Todo este trabajo se ha documentado mediante un estudio sobre el comportamiento de la población objetivo. Además, el Gobierno escocés se ha comprometido a mejorar el acceso a una información sobre SS, como:

- una página web pública destinada a proporcionar información sobre la salud sexual, los servicios ofertados y otros mecanismos de apoyo - [www.sexualhealthscotland.co.uk](http://www.sexualhealthscotland.co.uk);
- Folletos sobre ITS y salud sexual (elaborados por el Sistema Nacional de Salud de Escocia y disponibles en nueve idiomas mayoritarios) para garantizar la coherencia en todo el país, que pasará a integrar la sección de descargas del sistema de recogida de datos electrónicos y de textos reproducidos en la web; y
- una identidad escocesa para los servicios de SS -Sexual Health Scotland- con la expectativa de que las áreas locales se sumen a esta iniciativa.

### Shirley Fraser

Directora del Programa de Mejora de la Salud

Sistema Nacional de Salud de Escocia

[Shirley.fraser@health.scot.nhs.uk](mailto:Shirley.fraser@health.scot.nhs.uk)

# EL ACOSO SEXUAL

—el lado negativo del liberalismo y del individualismo—

**En muchos países occidentales y del norte de Europa, durante los últimos años, se ha instado a la juventud a que se identifique con un sexo determinado y con unos roles determinados. Sociedad y progenitores, en ocasiones, presionan a sus hijos e hijas para que asuman las bases del individualismo. De este modo, características propias de la etapa infantil en la que el sexo y el género no son el principal centro de atención, ya que la prioridad máxima reside en la integración social grupal, se ha relegado a un segundo plano.**

Anteriormente, la infancia incluía desde el nacimiento hasta el fin de la edad adolescente. En la actualidad, se presiona a los niños y niñas para que se adapten a un sexo y género concretos, en ocasiones, a edades tan tempranas como los 5 o 6 años, principalmente como resultado de la presión de la sociedad por ser único e individual; con el objetivo que se reconozca de forma automática, se diferencie a cada ser humano y se le considere único desde el mismo instante en que aparece la primera señal de autonomía. El efecto de que estas decisiones recaigan, directamente, sobre niños y niñas a una edad en la que todavía no están preparados psicológicamente, conlleva una excesiva presión: pretender que el niño o la niña busque las respuestas para cumplir con las expectativas de la sociedad e imite a quienes siempre han tenido la respuesta para todas sus preguntas, las y los adultos. Esta imposición de mandatos favorece que niñas y niños asuman mensajes y lleven a cabo acciones y comportamientos asignados a los diferentes roles sexuales y de género, sin ser conscientes de su significado, ni de las consecuencias.

Así, en los centros educativos, principalmente de los países occidentales y del norte de Europa, se han incrementado los casos de acoso sexual en el colectivo infantil y juvenil así como el grado de riesgo, desde los 5 años hasta la finalización de bachiller.

## Experiencias previas

Como miembro del comité directivo de YSAFE («Youth Sexual Awareness for Europe»), una red joven para los derechos y la salud sexual y reproductiva que se estableció como proyecto de la Federación Internacional de Planificación Familiar Región Europea (IPPF EN)), en el verano de 2009 participé en la reunión del Consejo Regional de la IPPF EN celebrada en Madrid. Me reuní con representantes de países occidentales y del norte de Europa, en los que este problema se agudiza. El comité directivo consideraba que se podría abordar a través de la formación específica del personal docente de educación infantil, primaria y secundaria, hasta bachiller, ya que la formación favorecería una implicación activa, si se trabaja con sesiones sobre casos y sobre historias de vida que abordasen esta problemática y su efecto psicológico en la infancia. A pesar de

que esta metodología se ha empleado con relativo éxito en algunos países, se ha comprobado que no es suficiente para afrontar el problema. En la reunión se presentaron numerosas experiencias innovadoras por parte de cada país que, en conjunto, constituyen una base efectiva. Entre las diversas iniciativas se incluyen:

- En Noruega, en una ciudad a las afueras de Oslo, una profesora de un centro de bachiller ha estado aplicando un nuevo método de enseñanza para educar al alumnado sobre sexualidad y los derechos sexuales. En lugar de clases formales, la docente se ha centrado en una educación interactiva; ha promovido debates en clase, y con otras clases, sobre derechos sexuales. El alumnado se ha implicado - en los trabajos para su preparación y las campañas han influido significativamente en la conducta de las personas jóvenes frente a las demás y ha contribuido a reducir la tasa de acoso sexual - y aprendido. Asimismo, el alumnado participante se inscribió en YSAFE, lo que confirió seriedad y mayor valoración. Además, los y las estudiantes de bachiller plantearon el participar en una asamblea para demostrar que son capaces de involucrarse en su realidad. Éste sería un excelente modo de hacer frente al problema del acoso sexual en los centros de bachiller, además de la formación del profesorado y de las y los estudiantes por medio de educación mutua.
- En Dinamarca se ha logrado un compromiso estatal para eliminar el acoso sexual. Se lanzó una campaña con el apoyo de las ONGs locales, las emisoras de radio, la televisión juvenil, las estrellas de cine y de la música, cuyo público destinatario principal era el alumnado de educación secundaria, sin olvidar a los de primaria. Las sesiones educativas se diseñaron, especialmente, para enseñar al personal docente cómo abordar los problemas relacionados con el acoso, desde el ámbito de educación infantil en adelante. Padres y madres, también, recibieron sesiones formativas. Se han mantenido reuniones para desarrollar un sistema de acreditación que permita valorar públicamente la formación del personal docente para abordar los casos de acoso en los centros educativos. Además, la emisora de radio / TV musical «The Voice» consiguió que famosos





**Kalle  
Johannes  
Rose**

y famosas jóvenes del mundo de la música hablaran sobre el acoso y que personajes reconocidos hicieran comentarios sobre las páginas web que visita la gente joven. Al aproximarse a la juventud a través de este tipo de medios de comunicación para intentar incidir en su comportamiento, se consiguen resultados muy positivos. Por último, la Asociación danesa miembro de la IPPF está evaluando un nuevo método para enseñar educación sexual y derechos sexuales a la juventud a través de la tecnología móvil, quizá a través de juegos para móviles. Los antiguos juegos de ordenador para la juventud, que combinaban diversión y educación sexual, también tuvieron éxito en Dinamarca a finales de la década de los 90. El trabajo que se ha realizado sobre el acoso o la educación sexual con distintos enfoques han de ser complementarios y beneficiarse mutuamente.

### **Soluciones y formas de seguir adelante**

El colectivo de profesionales de la psicología, el personal docente, catedráticos y catedráticas y el voluntariado están de acuerdo en que la forma de afrontar un problema como el acoso sexual es ofreciendo información y educación en todos los ámbitos, con un formato interesante para la población objetivo. Por este motivo resulta muy importante incluir educadores y educadoras jóvenes para que formen a la juventud con herramientas que contemplen la utilización del lenguaje y de la jerga que emplea la población joven, ya que ayuda a establecer una mejor aproximación y complicidad.

Lo que sigue siendo un reto es el intentar concretar el momento en el que se debe comenzar a impartir una asignatura que trate el acoso, sus contenidos y medios de comunicación a utilizar y tener en cuenta que cada país, región y ciudad tienen sus propias conductas y creencias sociales, religiosas, económicas y culturales.

Mi consejo para abordar el acoso sexual además de lo referido anteriormente sería el utilizar la experiencia de Noruega y plantear el tema de los derechos sexuales y de los servicios de salud como parte de los servicios voluntarios de los centros de bachillerato; contar con activistas jóvenes para que ofrezcan formación *inter pare*

#### **Definición de acoso sexual de WOMANKIND,**

(<http://www.womankind.org.uk/sexual-bullying-definition.html>)

Cualquier comportamiento intimidatorio, ya sea físico o psicológico, que esté basado en la sexualidad o el género de una persona. Los chicos y chicas emplean la sexualidad como arma. Se puede producir abiertamente ante la persona, a sus espaldas o mediante el uso de la tecnología.

#### **Por ejemplo:**

- La utilización de palabras en referencia a la orientación sexual de una persona con la intención de menospreciarla (como etiquetar a una persona de «marica» porque no se le considera muy buena)
- La utilización de palabras relacionadas con el sexo para menospreciar a alguien (como llamar a alguien «puta»)
- La formulación de amenazas o de bromas sobre asuntos graves y preocupantes como la violación
- El chismorreos sobre la vida sexual de una persona, incluso a través de pintadas
- El tocar a una persona de forma que ésta se sienta incómoda
- El tocar partes del cuerpo de una persona que ésta no desea que se le toquen
- El forzar a alguien para que tenga un comportamiento sexual

en los centros de secundaria; informar sobre los derechos humanos, en general, y los derechos y servicios sexuales, mediante el análisis de casos y de grupos de discusión. Si es posible, utilizar los medios de comunicación para la juventud puede tener un efecto positivo sobre el comportamiento, siempre que quien lleve a cabo estas actividades responda al perfil de personas que la juventud / infancia admiran. Entre el alumnado de los centros de primaria existe un cierto rechazo a la educación sexual, pero dado que el acoso sexual se presenta incluso a estas edades resulta necesario actuar en esta etapa. El proceso puede mejorar si se mantiene un diálogo constante con padres y madres.

#### **Conclusión**

Para terminar o reducir el acoso sexual, es necesario actuar en los ámbitos nacional, regional y local, de forma sinérgica a ser posible. Espero que un día tengamos la posibilidad de crear una cultura pop que luche contra el acoso en general y, específicamente, el acoso sexual para garantizar la armonía, las interacciones sociales y un avance

positivo en el ámbito psicológico de las nuevas generaciones de jóvenes de todos los países.

#### **Kalle Johannes Rose, joven**

Miembro del comité directivo de YSAFE

Máster en Administración de Empresas y Derecho Mercantil por la Copenhagen Business School, [kallerosedk@gmail.com](mailto:kallerosedk@gmail.com)

# IMPLICACIÓN DE LA JUVENTUD EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo se logró afianzar el concepto de salud sexual y reproductiva (SSR) como un derecho humano de todas las personas, incluidas las jóvenes. Desde entonces, son muchos los países que han desarrollado estrategias, políticas y programas que se centran en la SSR de la adolescencia y la juventud, como el desarrollo de servicios específicos de salud, de calidad. Se considera que la implicación de la juventud es muy importante si se quiere lograr que las intervenciones tengan éxito. Este artículo está basado en la experiencia desarrollada en Escocia tras la implicación e inclusión de la juventud en la prestación de servicios sanitarios.

## La “Compra misteriosa” - un nuevo enfoque para que la juventud valore los servicios

Durante el trabajo de Healthy Respect Demonstration en Lothian (véase el artículo en la página 24), un grupo de personas voluntarias en colaboración con el colectivo juvenil de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales y Transexuales (LHBT) de Escocia inició un proyecto para valorar los servicios de salud sexual (SS) destinados a la juventud en el área de Lothian que se denominó «Compra misteriosa» (Mystery shopping), y que evaluó un total de nueve organizaciones y dieciocho servicios, que no habían sido valorados con anterioridad. Las y los “compradores” misteriosos se centraron en cinco temas clave:

- acceso,
- citas y tiempos de espera,
- estado de las salas de espera,
- personal y,
- calidad y precisión de la información proporcionada.

Bajo cada epígrafe se recogía una lista de preguntas que debían responder después de cada cita, también denominada «tienda». Con el objetivo de recabar datos claramente comparables y medibles, las respuestas eran fundamentalmente de naturaleza «sí / no», aunque en la mayoría de ellas se animaba a quienes valoraban los servicios, a incluir comentarios significativos o explicaciones adicionales. El estudio se centró en tres tipos de servicios: farmacias, clínicas y servicios de tarjeta (un tipo de servicio exclusivo que proporciona preservativos a personas jóvenes de forma gratuita). Para acceder al informe completo, visite <http://www.healthysrespect.co.uk/>

## BIM: Autobús informativo en áreas rurales de Escocia

La juventud de las áreas rurales identificó que necesitaba y deseaba

disponer de información de calidad y apoyo adecuado en un emplazamiento adaptado a sus necesidades. El BIM tiene el objetivo de trabajar, en colaboración con otros organismos clave, con el fin de abordar los 5 objetivos siguientes:

- identificar áreas no cubiertas para la juventud,
- proporcionar información adecuada y asesoramiento a la juventud,
- ofrecer oportunidades para el autodesarrollo,
- desarrollar un programa de actividades relevante y,
- garantizar la continuidad de algunas de estas actividades y el apoyo por parte de la comunidad.

El BIM funciona principalmente en las áreas rurales en las que la juventud carece de acceso a servicios e información. El personal del BIM pertenece al colectivo profesional de planificación social y sanitaria y su funcionamiento es óptimo, ya que conocen a la juventud y también la zona donde intervienen. Asimismo constituye una oportunidad para que las y los trabajadores jóvenes consigan una experiencia tan necesaria.

Desde que comenzó su andadura (en 2000), el BIM ha intervenido en 6 áreas de Escocia: Strathisla, Fochabers, Speyside, Buckie, Forres y Lossiemouth, en las que se realizaron 6.269 consultas por jóvenes de entre 12 y 18 años, que tuvieron la oportunidad de disponer de un punto al que acudir, contar con alguien que les escuchara, integrarse en una actividad y disfrutar de la posibilidad de participar en talleres y juegos. Cabe destacar, que el 50% de las actividades se refieren a la salud (drogas, alcohol, salud sexual). Los talleres y los debates relacionados con la misma tuvieron un gran éxito, al igual que la televisión, la música y los juegos de ordenador.

Entre sus objetivos está el identificar y proporcionar los servicios que la juventud necesita. La mayoría de las personas jóvenes de las áreas rurales desea disponer de un lugar al que acudir y de alguna actividad para hacer. En algunas áreas rurales, es posible que en una noche tan solo acudan 7 adolescentes, pero conviene recordar que quizá representen el 90% de la población joven de la zona; por este motivo, las cifras no constituyen nuestra principal preocupación en las áreas rurales.

Actualmente estamos analizando y valorando, de forma crítica, el servicio del BIM en Moray para dar respuesta a las necesidades de nuestra juventud. Los resultados indican que los siguientes factores han sido claves para el éxito del BIM:

- ser una unidad piloto (la primera de este tipo), que ha tenido en cuenta el ofrecer un entorno cálido y acogedor,
- disponer de personal bien preparado,
- ofrecer un entorno acogedor y sin juicios de valor,
- posibilitar que las personas jóvenes acudan al autobús por iniciativa propia,
- ser fiable y coherente, se esfuerza por garantizar una colaboración efectiva,
- presentar un ambiente informal y distendida, en la que la juventud se siente a gusto formulando las preguntas.
- Informar y disponer de materiales educativos validados que las y los participantes se pueden llevar,
- evaluar y revisar los servicios, de forma constante, por usuarios y usuarias y el personal y,
- poner en práctica las recomendaciones de los usuarios y las usuarias y del personal para potenciar el impacto sobre la juventud más expuesta a riesgos, como aquellas personas con una mala SSR o un nivel socioeconómico más bajo.



### The Corner y el proyecto de educación *inter pares* (Peer Education Project)

El Servicio de Información y Salud Corner Young People es una agencia de información de Dundee, en Escocia, que proporciona servicios a jóvenes de entre 11 y 25 años, que se creó en colaboración con el Sistema Nacional de Salud Tayside, el Ayuntamiento de la ciudad de Dundee y el Gobierno de Escocia. The Corner tiene el objetivo de trabajar con jóvenes de acuerdo con los principios que se han establecido en la «Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia», a fin de corregir las desigualdades que vive la juventud, ofreciendo ayuda para desarrollar habilidades, autoconfianza y recursos de apoyo para avanzar y motivar en la toma de decisiones. Todos los servicios son gratuitos, se rigen por principios como la confidencialidad e incluyen:

- Diferentes métodos anticonceptivos y servicios para la realización de pruebas de embarazo,
- información sobre diferentes temas como: las drogas, la vivienda y la formación,
- asesoramiento legal y servicios de empleo,
- acceso a ordenadores personales y a internet de banda ancha,
- oportunidades basadas en la motivación / apoyo (tanto para grupos mixtos como para chicos o chicas) sobre problemas y necesidades concretas, por ejemplo, el multiculturalismo y la salud mental y,
- contacto con la juventud (“Corner a domicilio”) en centros escolares, institutos y sedes de la comunidad.

La educación *inter pares* (entre iguales o Peer education) es un término que se usa con frecuencia para describir distintas iniciativas desarrolladas por un grupo de personas de cultura, origen, edad o estatus social similares que comparten conocimientos sobre infinidad de temas. El proyecto se puso en marcha para trabajar en comunidades concretas de Dundee como parte de un proyecto en el que se animaba a la juventud a tomar decisiones positivas y saludables. El enfoque del proyecto motivaba a jóvenes de distintos orígenes a participar en la formación de sus iguales y a proporcionarles apoyo. El modelo establecido, que se basa en el desarrollo tanto social como personal, ha creado oportunidades para que la

juventud adquiera habilidades positivas, contribuya a la convivencia, consiga el reconocimiento de las y los demás y acceda a una red más amplia de apoyo que promueva la resiliencia.

El proyecto continúa creando vínculos entre personas jóvenes, padres y madres, grupos de la comunidad, personal del departamento de policía, organizaciones de voluntariado y departamentos municipales para mejorar la salud entre iguales durante la infancia y la juventud.

### «VIEW» para mejorar la formación a profesionales sanitarios

La juventud indica, continuamente, que se enfrenta a barreras a la hora de acceder a los servicios de atención sanitaria primaria, como son:

- preocupación por la confidencialidad,
- falta de información sobre los servicios,
- entorno y personal poco afectuosos, y
- barreras lingüísticas (el personal emplea un argot o un lenguaje demasiado «adulto») (1).

La OMS ha apoyado las recomendaciones que defienden la eliminación de estas barreras y que han impulsado el desarrollo de servicios de salud orientados a la juventud en todo el mundo. En 2001, se creó el puesto de personal de enlace con los servicios de salud en el Servicio de Información y Salud de The Corner Young People para trabajar con el personal de asistencia sanitaria de primer nivel-atención primaria y garantizar la creación y desarrollo de servicios adecuados y accesibles para la juventud. Este trabajo está relacionado, directamente, con el personal médico de salud pública para la infancia y la juventud a través de la Asociación de Salud para la Comunidad de Dundee. Uno de los objetivos consistía en tener un consultorio orientado a la juventud dentro del entorno de los servicios sanitarios. Tras evaluar diferentes metodologías de implementación en los servicios de salud de todo el país, se puso en marcha un programa de formación destinado al personal de asistencia sanitaria de primer nivel conocido con el nombre de VIEW (Valores, derechos, confidencialidad y ley). Tras reconocerse que la asistencia sanitaria primaria sigue siendo uno de los principales proveedores de servicios de salud accesibles para la juventud, la meta del programa de formación consistía en impulsar la toma de conciencia entre

los trabajadores y trabajadoras sociales de las necesidades y los problemas de la juventud e incrementar la cobertura de estos servicios de salud. Este hecho es de vital importancia en Dundee, donde, según el informe Tayside Public Health Report 2006/07:

- La ciudad de Dundee presenta la tasa más elevada en Escocia en cuanto a embarazos en adolescentes.
- el 3% del colectivo de 13 años de la ciudad de Dundee manifestó haber consumido drogas el mes anterior a la realización del informe, y
- en la ciudad de Dundee, el 58% del colectivo de 13 años y el 82% del colectivo de 15 años indicaron que nunca habían consumido alcohol (2).

### Asociación con Young Scot y la juventud

El Sistema Nacional de Salud de Escocia cuenta con una asociación histórica y con la agencia de información de la juventud, Young Scot, que proporciona asesoramiento a la juventud y mensajes relacionados con la salud, basados en experiencias, a través de una página web y de una línea de asistencia telefónica. Este servicio está a cargo de un grupo de personas jóvenes y de personal experto en temas de salud con el fin de garantizar que la información y el asesoramiento estén actualizados y sean adecuados para la edad de usuarios y usuarias. Para obtener más información, visite [www.youngscotonline.org/channels/health/](http://www.youngscotonline.org/channels/health/)

Debe tenerse en cuenta que aquí se han recogido únicamente una serie de ejemplos sobre la implicación de la juventud. Para conocer más ejemplos, póngase en contacto con la autora.

### Nuala Healy

Programa de Mejora de la Salud  
Directora Área de Juventud  
Sistema Nacional de Salud de Escocia  
Correo electrónico:  
[Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk](mailto:Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk)

### Referencias

1. Mcpherson A. 2005. ABC of adolescence: Adolescents in Health Service. *BMJ*, 2005; 330.
2. *Scottish Schools Adolescent Lifestyle and Substance Abuse Survey (SAL-SUS) – National Report 2008*. Ipsos MORI, ISD Scotland and NHS Health Scotland, 2009.

## CAPACIDAD ORGANIZATIVA Y HUMANA

En varios países europeos, existen servicios de salud en los centros educativos para estudiantes en edad escolar y universitaria. Las organizaciones de profesionales de la asistencia sanitaria, que se implican en estas actividades, están representadas por la Unión Europea de Salud y Medicina Escolar y Universitaria, cuyo objetivo es aumentar la sensibilidad de gobiernos y de líderes de los servicios sanitarios a fin de responder a las necesidades de salud de escolares y estudiantes de universidades (1, 2).

Durante décadas, Croacia ha contado con una organización especializada y dedicada en exclusiva a la prevención y la protección de la salud en la juventud y la infancia. Esta especialidad se creó en 1951 bajo el nombre de «medicina escolar», y en 1.995 se iniciaron los estudios de posgrado son obligatorios y tienen una duración de tres años. Sus objetivos son: ampliar conocimientos y desarrollar habilidades en las áreas de educación sanitaria, promoción de la salud y práctica clínica. La formación de posgrado tiene una duración de 4 meses y es obligatoria para la especialización. Recientemente, el nuevo programa de especialización llamado «medicina en la adolescencia y la infancia» ha recomendado ampliar la formación a cuatro años. A pesar de que tanto el contenido como la estructura organizativa de estos servicios de salud en los centros educativos se han modificado, siempre han estado orientados a la prevención y la promoción de la salud, en especial durante periodos de vulnerabilidad y ante acontecimientos vitales de las etapas de la infancia y la adolescencia.

### Los objetivos de la asistencia sanitaria en la infancia y la juventud

El incremento de las diferencias socioeconómicas en Croacia y la reciente recesión internacional han incidido en el fracaso escolar, desempleo, a la competitividad, la desestructuración de la familia, la violencia, abusos y a otras circunstancias desfavorables en la vida. Las prácticas sexuales no protegida y otras conductas de riesgo no solo tienen consecuencias negativas durante la juventud, sino que también pueden repercutir, a largo plazo, sobre la salud.

El programa de asistencia sanitaria durante la infancia y la juventud se centra en el desarrollo emocional, mental y físico y en el crecimiento

armónico de la juventud, teniendo en cuenta los determinantes socioculturales de estas etapas y su influencia en el desarrollo personal. De conformidad con el marco legal nacional de Croacia, la organización de la asistencia sanitaria específica de este grupo de la población aparece recogida en la legislación. Los programas preventivos, que son responsabilidad de los servicios de salud de los centros educativos, contemplan diferentes actividades, como las revisiones sistemáticas, la vacunación, el asesoramiento, la educación en temas de salud y la promoción de la salud. Durante los periodos educativos, el colectivo estudiantil tiene a su disposición servicios de salud en los centros educativos, de forma gratuita, sin limitaciones éticas ni de otra naturaleza y de acceso libre. Puesto que los centros escolares son considerados, por muchas personas, lugares para el aprendizaje, la convivencia y la vivencia de experiencias significativas, así el significado contextual del entorno escolar es muy importante para el enfoque de los servicios de salud en los propios centros. Por consiguiente, las actividades se planifican en coordinadamente con el sistema escolar, en las instalaciones escolares y universitarias, considerando el aula o el centro escolar como una unidad y fomentando una aproximación orientada a promover la salud en la que se tiene en cuenta el papel que desempeñan el personal del centro, el alumnado, padres y madres y la comunidad local (1,2).

### Salud sexual y servicios de salud en el centro escolar

La educación sexual en Croacia es una asignatura intercurricular dentro del programa formativo escolar. El personal médico y de enfermería de los centros escolares realiza actividades educativas relacionadas con la salud de forma regular y programada (maduración sexual a los 11 años, desarrollo e infecciones de transmisión sexual entre los 13 y los 16 años). La mayoría de las actividades tienen lugar en el entorno escolar, bien como sesiones informativas o bien mediante una aproximación interactiva, como puede ser el trabajo en grupo o los debates guiados. Las actividades más importantes de los servicios de salud en centros escolares se llevan a cabo a través del programa de

asesoramiento en los mismos centros. Según las conclusiones de la evaluación Rapid Assessment and Response (RAR), que se realizó, en Croacia, en 2001/2002, existía una necesidad de crear centros orientados a la juventud desde los que ofrecer asesoramiento sobre problemas en las relaciones y la comunicación, servicio ginecológico). Los resultados de la evaluación sirvieron de base para el desarrollo, posterior, de los servicios de asesoramiento en los centros escolares así como para orientar el tipo el asesoramiento sexual y reproductivo actual que ha de contemplar las relaciones sexuales tempranas, la promiscuidad, las infecciones de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, el uso de preservativos, los embarazos en adolescentes y la identidad sexual.

### Áreas de asesoramiento

Además de la salud reproductiva y de los comportamientos de riesgo, se identifican como áreas específicas el asesoramiento sobre salud mental, las dificultades de aprendizaje y las enfermedades crónicas. Según el Libro Anual del Servicio de Salud de Croacia para 2007 (3), el número de consultas de asesoramiento por parte de estudiantes, padres, madres y personal escolar, a los Servicios de Salud en los Centros Escolares pasó de 77.843 en 1998 a 186.440 en 2007-2008. Este incremento se debe, en parte, al cambio de actitud, de los conocimientos y del enfoque ante el trabajo por parte del personal médico en los centros escolares que sirvió para implantar la formación de posgrado en servicios sanitarios orientado a los centros escolares y diversos cursos de formación dirigidos al personal escolar especializado.

La derivación al servicio de asesoramiento también sirvió para identificar los temas que más preocupaban a la juventud a lo largo de su ciclo vital identificándose en atención primaria los problemas vinculados con las enfermedades crónicas, las enfermedades mentales y las dificultades de aprendizaje. Para el colectivo de estudiantes de educación superior las enfermedades crónicas, seguidas de los problemas de salud reproductiva fueron los dos temas más frecuentes, mientras que entre universitarios y universitarias, los asuntos relacionados con la salud reproductiva constituyeron el principal motivo de las consultas (tabla 1).



Marina Kuzman



Ivana Pavić Šimetin

### ¿Por qué es necesario incluir el asesoramiento en los servicios de salud de los centros escolares?

Este tipo de servicios es un lugar idóneo en el sistema de salud, puesto que pueden tener un impacto significativo, incluida la salud sexual y reproductiva, tanto en la infancia, como en la adolescencia. Esta idea se basa en que:

1. Es posible que la juventud no sea consciente de sus problemas, tenga miedo de buscar ayuda o sea incapaz de realizar cambios positivos sin ayuda. El contacto con las poblaciones de estudiantes de primaria, secundaria y de la universidad por medio de actividades, como las revisiones sistemáticas y la educación sobre la salud, constituye una oportunidad para identificar a aquellas personas que requieren asesoramiento y que no acudirían al servicio en busca de ayuda por sí mismas. Por tanto, el trabajo en materia de salud en los centros escolares reconoce dos puntos esenciales de la asistencia: detección temprana y motivación para el cambio. La detección precoz aumenta mediante el desarrollo de protocolos (como para la prevención de la obesidad (4)) y la revisión de los mismos. (como la de la salud mental del alumnado de bachiller). Además, el personal médico y de enfermería cuenta con formación en intervenciones breves para motivar según el «MOVE», que se implantó en Croacia en 2004 como parte del programa de «Consolidación de la Capacidad Croata para Luchar contra el Tráfico de Drogas y su Consumo» en cooperación con socios alemanes.
2. Durante la adolescencia y juventud, los comportamientos de riesgo para la salud reproductiva no son situaciones aisladas. Así, las relaciones sexuales tempranas (a los 15 años o antes) están asociadas a factores contextuales y riesgos complejos, algunos propios de cada sexo-género (5). Los problemas sanitarios requieren una consideración holística de la salud física, emocional y mental de la juventud. Los servicios de salud en los centros escolares pueden proporcionar esta asistencia gracias a la educación y al enfoque integral adoptado por el personal médico implicado.

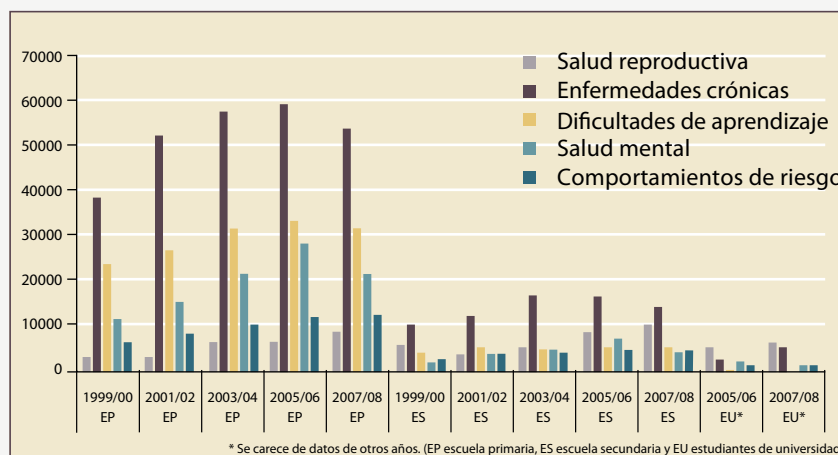


Tabla 1 Asesoramiento en los servicios de salud de los centros escolares entre 1999 y 2008, número de visitas y motivos de las mismas.

### Conclusión

La estrategia Europea de la OMS para el desarrollo y la salud en la adolescencia (6) recomienda un asesoramiento orientado a la juventud y servicios de salud sexual y reproductiva. Nuestra experiencia nos ha demostrado que la organización de los servicios de asesoramiento en los centros escolares, la contratación de personal competente, el libre acceso y la creación de un entorno orientado a la juventud, pueden tener efectos positivos sobre la salud de la juventud. Los estudios sobre la organización e impacto de los servicios orientados a la juventud nos permitieron llegar a la conclusión de que por motivos epidemiológicos y evolutivos, las personas jóvenes requieren modelos de asistencia sanitaria primaria adaptados a sus necesidades (7).

Disponemos de evidencia científica, así como del consenso de personas expertas (1,2), como para recomendar que una de las prioridades sea garantizar que cada país, Estado y localidad dispongan de una política que impulse la creación de servicios innovadores y bien contrastados orientados a la juventud, ya sea a través de los servicios de salud de los centros escolares existentes o de nuevos servicios específicos.

### Marina Kuzman, MD, PhD

Directora del Departamento de Prevención de Drogodependencias y Asistencia Sanitaria en la Juventud del Instituto Croata de Salud Pública  
marina.kuzman@zg.t-com.hr

### Ivana Pavić Šimetin, MD

Instituto Croata de Salud Pública  
ivana.pavic@hzjz.hr

### Referencias

1. European Union for School and University Health and Medicine. The Dubrovnik Declaration on School Health Care in Europe, 13º congreso de EUSUHM, Dubrovnik, Croacia, 15 de octubre de 2005, URL: www.eusuhm.org
2. European Union for School and University Health and Medicine. The Tampere Declaration on Student Health Care in Europe, 14º congreso de EUSUHM, Tampere, Finlandia, 6 al 9 de junio de 2007, URL: www.eusuhm.org
3. Croatian Health Service Yearbook 2007, Croatian National Institute of Public Health, Zagreb, 1008; 172-186
4. Hoppenbrouwers K, Jureša V, Kuzman M y col (eds.). Prevention of Overweight and Obesity in Childhood: A Guideline for School Health Care, 2007. URL: www.eusuhm.org; 69-90
5. Kuzman M, Šimetin Pavić I, Franelić Pejnović I. Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents. Coll Antropol. 2007; 31 Suppl 2:121-30.
6. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: OMS, 2005.
7. Tylee A, Haller DM, Graham T y col. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? Lancet 2007; 365:1565-1573.

# SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADOS A LA JUVENTUD EN BOSNIA Y HERZEGOVINA

## Proyecto de puesta en funcionamiento de medicina de familia en Bosnia y Herzegovina (proyecto FaMI)

Fondacija fami es una organización que se creó con el apoyo de la Agencia Suíza para el Desarrollo y la Cooperación, y que trabaja en la reconstrucción y reorganización de los servicios de salud, tras la guerra en Bosnia y Herzegovina, a través del desarrollo de un sistema de asistencia primaria de calidad. Las primeras fases de este proyecto (fases 1 a 4 de FaMI) se centraron en la formación de profesionales sanitarios y la implantación de la medicina de familia en Bosnia y Herzegovina. Fondacija fami se centra ahora en la coordinación e integración de los servicios sociales y de salud, para mejorar su eficiencia y eficacia haciendo especial hincapié en los grupos más vulnerables (fase 5 de FaMI). Las personas jóvenes (de 10 a 25 años) están consideradas un grupo especialmente vulnerable en este país, puesto que se enfrentan a importantes barreras a la hora de acceder a la asistencia sanitaria. Dado que las principales causas de morbilidad y mortalidad evitables se presentan por primera vez en este periodo de la vida, la financiación de las intervenciones en este grupo de edad proporciona beneficios económicos y de salud a largo plazo. Además, los países del centro y del este de Europa se enfrentan a cambios sociales que influyen enormemente en la salud de la juventud: el desempleo, países en periodo de posguerra con una población infantil y juvenil cuyos padres y madres están traumatizados, el abuso de sustancias como el tabaco y el alcohol, el aumento de la epidemias provocadas por infecciones de transmisión sexual (ITS) y el riesgo de aumento del consumo de drogas intravenosas, siendo algunos de los principales retos.

Bosnia y Herzegovina es un país principalmente rural, en el que el acceso a servicios especializados sigue quedando limitado a las principales ciudades. Los servicios de medicina de familia constituyen un lugar idóneo para ofertar servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) orientados a la población joven. Tal y como se ha destacado, recientemente, en el Foro Europeo para la Asistencia Sanitaria Primaria, el ofertar servicios de SSR en atención primaria tiene una serie de beneficios, como la facilidad de acceso, la mejor coordinación, y el ofertar una consulta sociomédica sobre



diferentes problemas relacionados con la salud (1). En Bosnia y Herzegovina, la especialización en medicina de familia proporciona formación para el control de las ITS, pero no incluye un estudio específico de los problemas de salud en la adolescencia.

Teniendo en cuenta los anteriores elementos y los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para desarrollar servicios accesibles, aceptables y equitativos para la juventud, Fondacija fami decidió apoyar el desarrollo de los servicios de medicina de familia orientados a la juventud en Bosnia y Herzegovina (fase 5 de FaMI) (2). A lo largo de una década de colaboraciones entre Fondacija fami y los Hospitales Universitarios de Ginebra, el personal de investigación y de servicios clínicos de Suiza se implicó en varios proyectos con el fin de ofertar servicios de asesoría. Los médicos y médicas de la unidad de salud en la adolescencia de estos Hospitales Universitarios de Ginebra proporcionaron material educativo para la formación de posgrado de las y los profesionales sanitarios, que han sido evaluados con el fin de ofrecer resultados sobre su uso tanto local como internacional. Se invitó a la Dra. Lena Sanci, australiana experta en asistencia sanitaria primaria en la adolescencia, que

dirige desde hace muchos años proyectos en el ámbito de la «asistencia primaria orientada a la juventud», a participar en el proyecto como asesora (3).

### Puesta en práctica de actividades de promoción de la salud, orientadas a la juventud, dentro de la medicina de familia

A continuación se describen dos proyectos que ilustran varios aspectos de las actividades que apoya FaMI en Bosnia y Herzegovina.

#### A. Educación sobre salud en centros escolares y sociales por parte de equipos de medicina de familia

Desde 2007, el centro de salud de Orasje desarrolla un extenso proyecto destinado a mejorar la salud reproductiva (SR) de la juventud en el municipio (integrado por 25.000 habitantes y 9 equipos de medicina de familia). En abril de 2008, el Ministerio Federal de Sanidad aprobó el proyecto, en el que participan equipos de medicina de familia y otros grupos de profesionales de la salud, la comunidad local, padres y madres y personas jóvenes, así como los centros escolares. Los equipos de medicina de familia (personal médico y de enfermería) asisten de forma continua a módulos de formación de temática



Anne Meynard



Daliborka Pejic



Dagmar M. Haller

diversa (temas generales sobre salud en la adolescencia y SR) y, posteriormente, imparten charlas sobre SR a jóvenes de entre 13 y 15 años de edad, en centros escolares (véase la foto).

Durante las sesiones con los grupos de trabajo, las personas jóvenes destacaron los problemas de confidencialidad como una de las principales barreras de acceso a los servicios de SSR o a los preservativos y anticonceptivos en municipios rurales pequeños y de ideología conservadora.

El centro de salud, en la actualidad, promueve que los equipos de medicina de familia registren más datos de las personas jóvenes que acceden a sus servicios y ha abierto un centro de asesoramiento, dirigido también por los equipos de medicina de familia, que introduce el contacto telefónico y por internet, así como sesiones en grupo con psicólogos y psicólogas escolares. El personal docente de los centros escolares se incorporará próximamente a la educación sexual en los programas escolares. La evaluación del proyecto permitirá recopilar datos y conocer más a fondo los servicios de SSR ofrecidos a la juventud en los centros locales.

### B. El desarrollo de servicios de medicina de familia orientados a la juventud en el cantón de Zenica: un estudio controlado aleatorio grupal

La formación de profesionales sanitarios sobre salud adolescente es básica para ofrecer servicios orientados a la juventud y que, cuenta con el consenso de las y los expertos en cuanto a su organización y prestaciones. Los elementos diferenciadores en la calidad de los servicios para las personas jóvenes no están tan claros. La evaluación de la calidad de los servicios para la juventud se ve obstaculizada por la falta de herramientas adecuadas. Para que el proyecto aporte con evidencias más concretas, sobre el desarrollo de servicios adaptados a la juventud, el equipo de Fondacija fami y sus socios de los Hospitales Universitarios de Ginebra han utilizado un diseño de ensayo aleatorio con el fin de evaluar la puesta en funcionamiento de los servicios de medicina de familia orientados a la juventud en el cantón de Zenica (que cuenta con 400.000 habitantes).

El proyecto se centró, en primer lugar, en el desarrollo y la validación de una herramienta para medir la adaptación de los servicios a la juventud con fines experimentales y, posteriormente, en

la evaluación de la efectividad de una intervención para mejorar la adaptación a la juventud de los servicios de medicina de familia, en un estudio aleatorio en el que se empleó una herramienta validada.

En los últimos años, miembros del Departamento de Desarrollo y Salud en la Infancia y la Adolescencia en la sede de la OMS, en Ginebra, han desarrollado un conjunto de herramientas que se emplea internacionalmente para controlar la calidad y mejorar la adaptación de los servicios de SR a la juventud (4). Otra herramienta que se desarrolló para un proyecto de asistencia sanitaria primaria orientada a la juventud en Australia, con las aportaciones de un grupo internacional de personas expertas, nos ha permitido adaptar la herramienta de la OMS e incluir nuevos elementos para abordar la diversidad de problemas que se presentan en la asistencia sanitaria primaria (por ejemplo, la alimentación, el uso de sustancias y la prevención de lesiones).

El proyecto se desarrollará en los servicios de medicina de familia de diez municipios del cantón de Zenica. La intervención multimodal incluirá módulos de formación para los equipos de medicina de familia, para abordar como, por ejemplo, la confidencialidad y la información sobre los servicios ofrecidos.

### Conclusiones

Bosnia y Herzegovina se enfrentan a grandes cambios sociales y a reformas de la asistencia sanitaria. La oferta de servicios de SSR para la juventud es un tema candente en muchos proyectos comunitarios, en los que se incluyen la educación *inter pares*, las líneas de ayuda en internet, los centros específicos para jóvenes, las actividades de ONGs y la intervención sobre salud en centros escolares. En la actualidad se está analizando la homologación de los servicios de medicina de familia para la asistencia a la juventud y las actividades preventivas, lo que podría conferir un mayor reconocimiento a dichas actividades en el sector de la asistencia sanitaria primaria. Los proyectos comunitarios, como el proyecto Orasje, en el que los equipos de medicina de familia proporcionan educación sobre salud en los centros escolares, potencian al máximo el uso de los recursos y redes existentes; este hecho es, especialmente, relevante en las áreas rurales aisladas. El proyecto de investigación en el cantón de Zenica favorecerá la colaboración entre

los equipos de medicina de familia y la comunidad con el fin de aumentar la visibilidad de los servicios ofrecidos tanto para jóvenes como para personas adultas. Asimismo, motivará a que se efectúen cambios en el sistema con el objetivo de mejorar la adaptación de los servicios existentes a las necesidades de la juventud.

Los resultados del estudio estarán disponibles en el segundo semestre de 2010. Esperamos que contribuya a mejorar la información disponible sobre la asistencia de calidad a la juventud.

### Anne Meynard

Departamento para la Infancia y la Adolescencia y Departamento de Medicina Comunitaria y Asistencia Primaria, Hospitales Universitarios de Ginebra y Universidad de Ginebra

### Daliborka Pejic

Fondacija fami y centro de salud Dobo, Bosnia y Herzegovina

### Dagmar M. Haller

Departamento para la Infancia y la Adolescencia y Departamento de Medicina Comunitaria y Asistencia Primaria, Hospitales Universitarios de Ginebra y Universidad de Ginebra

### Dirección de contacto:

anne.meynard@hcuge.ch

Las autoras desean expresar su agradecimiento a Tajiba Nurkic, Ana Sredic, Senad Huseinagic, Lena Sancic, Nicolas Perone y Françoise Narring, cuyas contribuciones fueron esenciales para la realización del proyecto.

### Referencias

1. Ketting EA., Akin A. The role of primary care in sexual and reproductive health in Europe. *Entre Nous*, 2009; 68:12-13.
2. McPherson A. Adolescents in primary care. *BMJ*, 2005; 330:465-7.
3. Tylee A Haller DM, Graham T y col. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 2007; 369:1565-73.
4. Kozhukhovskaya T. Assessing youthfriendly health services in the Russian Federation. *Entre Nous*, 2004; 58: 8-11.

# HEALTHY RESPECT-UN PROGRAMA DE DESARROLLO NACIONAL SOBRE SALUD SEXUAL DIRIGIDO A LA ADOLESCENCIA

Moray Paterson



## ¿Qué es el proyecto Healthy Respect Demonstration?

El proyecto Healthy Respect Demonstration ([www.healthysrespect.co.uk](http://www.healthysrespect.co.uk)) se creó para aportar mejoras a largo plazo, en materia de salud sexual (SS) y bienestar de la población de entre 10 y 18 años, mediante el uso de un enfoque que interconectaba al personal docente de educación sobre SS y los servicios existentes. El proyecto se componía de dos fases. La fase uno de Healthy Respect (HR1) comenzó en 2001 y finalizó en 2004, y la fase dos de Healthy Respect (HR2) que comenzó en 2005 y terminó en marzo de 2008. En la HR2 se pretendía demostrar cómo, al trabajar con la juventud de áreas concretas de Lothian (uno de los 14 distritos sanitarios de Escocia, integrado por la ciudad de Edimburgo, Midlothian, East Lothian y West Lothian) con un enfoque integral, se podía inculcar una actitud positiva sobre su propia sexualidad y la de las demás personas. El enfoque de Healthy Respect se basa en experiencias y vincula la información actualizada con unos servicios accesibles y una educación adecuada.

### Trabajo de cooperación en materia de SS: tareas realizadas

Para ofrecer una gama de actividades en una serie de entornos, en la HR2 se contó con asociaciones, organizaciones y profesionales que trabajaban con jóvenes:

- Personal de las administraciones locales del sector de la educación, el trabajo social en la comunidad,
- Profesionales de medicina general del NHS, la planificación familiar/SS y la atención sanitaria escolar
- Voluntariado en salud, educación y trabajo juvenil y,
- Profesionales de publicidad y comunicaciones.

Se utilizó un enfoque integral que tiene en cuenta la educación, la información y los servicios, puesto que las experiencias indicaban que la mejor forma de conseguir la mejora del bienestar sexual entre la juventud era a través de un enfoque multifacético.

### Red de asociaciones

Se estableció una red con las y los socios implicados en la HR2, y para sustentarla, se desarrolló un documento con los objetivos, las principales directrices y

los valores de la asociación, así como la forma en que trabajaría la red, además, de crear una identidad y una marca independientes. El documento constitutivo y la marca resaltaban los puntos en común entre todas las organizaciones, así como las obligaciones de las partes implicadas.

Un elemento clave en el desarrollo del documento constitutivo fue el acordar los valores de la red de asociaciones de Healthy Respect, para lo que fue necesario negociar un conjunto de valores que todas y todos los integrantes de la asociación pudieran refrendar, e identificar su ubicación individual y organizativa dentro de la misma. En la HR2 se llegó a la conclusión de que disponer de valores explícitos ayudaba en el proceso de localización de elementos comunes a la hora de superar los contratiempos.

### Acuerdos de asociación

Para formalizar las relaciones, en la HR2 se pactaron acuerdos con las agencias asociadas, que resumían las expectativas y contribuciones clave de cada socio e identificaban las principales personas de contacto en cada área de trabajo. En la HR2 se observó que era necesario desarrollar alianzas con más de una persona de cada organismo con el fin de vincular al personal en distintos ámbitos y mantener la comunicación si una persona de contacto clave abandonaba la asociación. Los acuerdos de asociación se negociaron por periodos de tres años y se sometían a revisión anualmente.

### Noticias en la red

Dos veces al año, durante la HR2, se organizaron reuniones, con el objetivo de acercar a todas las partes interesadas en el seno de la red. Dichos encuentros constituían una oportunidad para reflexionar sobre nuevos problemas y compartir experiencias. Asimismo, crearon un espacio social en el que las y los miembros podían trabajar en red y entablar relaciones entre sí, así se detectó que al apoyar a las y los socios para que presentaran y compartieran las novedades en la red, se contribuía a desarrollar un sentimiento global de pertenencia a la misma.

### Comunicación

Además de las entrevistas personales, en la HR2 se empleó un sistema de

comunicación para implicar a las y los miembros de la red y compartir la información, entre ellos que se incluían los boletines informativos impresos, los boletines electrónicos y los foros on line. En la HR2 se observó que la comunicación tenía que ser bidireccional con información de y hacia las y los socios, animándoles a aportar y compartir información de las actividades en los boletines de noticias. Sin embargo, se comprobó que era difícil implicar al colectivo profesional en los foros on line, ya que se observó que dicho colectivo visitaba la página web para acceder a información específica, en lugar de hacerlo para chatear.

### Moray Paterson

Jefe del programa del Sistema Nacional de Salud de Escocia  
[Moray.paterson@health.scot.nhs.uk](mailto:Moray.paterson@health.scot.nhs.uk)

### Información adicional

Sistema Nacional de Salud de Escocia. Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Interim Report (resumen ejecutivo). Edimburgo: Sistema Nacional de Salud de Escocia, 2008.

### Información sobre Healthy Respect

- La reestructuración organizativa y las políticas dentro de los organismos asociados pueden influir sobre su capacidad para trabajar dentro de la asociación. La fase dos de Healthy Respect (HR2) concluyó que era importante revisar los acuerdos asociativos de forma regular.
- Las personas pueden cambiar de puesto o abandonarlo. En la HR2 se comprobó que era importante disponer de más de un contacto clave en cada organismo asociado.
- En la HR2 se observó que la provisión de financiación podía obstaculizar, en ocasiones, los proyectos, mientras que aquellos que se desarrollaban al margen de los consensuados y de las contribuciones comunes eran normalmente más valiosos y sostenibles.



# WALK THE TALK: LA PROMOCIÓN DE UNOS SERVICIOS SANITARIOS ORIENTADOS A LA JUVENTUD EN ESCOCIA



Nuala Healy

En la actualidad es una cuestión generalmente admitida que la juventud se enfrenta a problemas de salud más complejos que las generaciones precedentes. En 2002, la Organización Mundial de la Salud identificó a las personas jóvenes de entre 10 y 24 años como un grupo prioritario para el personal de atención sanitaria. Tal y como resaltaba un artículo recientemente publicado en *The Lancet*, la necesidad de que la juventud disponga de modelos de atención sanitaria primaria adaptados a su edad es algo internacionalmente admitido y se dispone de información suficiente sobre las barreras a las que se enfrenta dicha población, necesitando el desarrollo de políticas específicas, además de unos servicios de salud adaptados (1).

Walk the Talk, una iniciativa desarrollada por el Sistema Nacional de Salud de Escocia, que tiene por objetivo impulsar los servicios de salud orientados a la juventud, en toda Escocia. La iniciativa pretende integrar la asistencia orientada a la juventud, en los servicios del NHS ofrecidos a toda la ciudadanía de Escocia. La necesidad de que la juventud sea considerada como un colectivo prioritario se puso de manifiesto en los resultados de la investigación que se llevó a cabo por Walk the Talk (<http://www.walk-the-talk.org.uk/why-walk-the-talk/the-research.aspx>) y a través del diálogo con la juventud.

Walk the Talk reconoce que la juventud se enfrenta a un serie de barreras a la hora de acceder a los servicios sanitarios y trabaja para superar las mismas, en colaboración con grupos de jóvenes y profesionales. Cuenta con el apoyo de las instituciones entre las que se incluye el Gobierno escocés, los Reales Colegios de Profesionales de Medicina y Enfermería, la Agencia Nacional de trabajo en la juventud y el

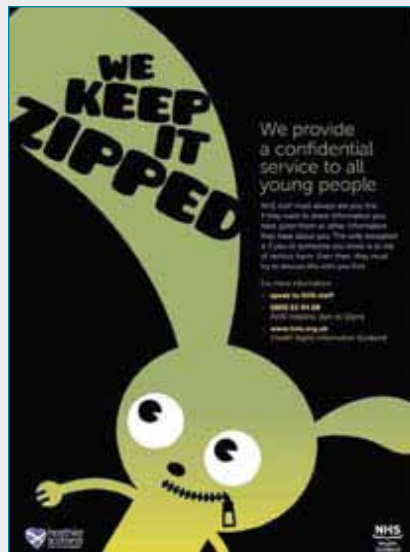


Imagen 1

Sistema Nacional de Salud en materia de educación de Escocia (la agencia responsable de la formación de los colectivos de profesionales de salud).

Proporciona recursos nacionales para los servicios de salud adaptados a la juventud, como, por ejemplo, una página web interactiva para profesionales, un DVD realizado por gente joven sobre sus experiencias con los servicios de salud, y una breve guía con siete pasos para mejorar las prácticas. La página web nacional [www.walk-the-talk.org](http://www.walk-the-talk.org) es una fuente fundamental de información, investigación, herramientas y recomendaciones. Asimismo, incluye una evaluación interactiva en siete pasos para valorar los servicios que se podrían mejorar. Sus visitantes pueden ver un corto gratuito producido por jóvenes, en el que exponen sus experiencias y sus expectativas con respecto a los servicios de salud. En la actualidad, dicho corto se utiliza como parte de una sesión de formación de profesionales sanitarios, a quienes se invita a que realicen una evaluación de su propio servicio, en siete pasos, y se les proporciona asesoramiento, a través de la página web. Ofrecen recursos que sirvan de apoyo en la práctica clínica y en 2009, se comenzará a distribuir carteles en todos los centros de asistencia sanitaria que informan sobre la confidencialidad. Este cartel, que es el resultado de un extenso debate celebrado entre la juventud y profesionales sanitarios, incluye una atractiva imagen de un conejo con un mensaje «we keep it zipped» («la mantenemos cerrada») (véase la imagen



Imagen 2

1); dicha imagen resulta verdaderamente atractiva para la gente joven que, en ocasiones, se siente recelosa del concepto de confidencialidad y requiere la reafirmación de que en los centros de asistencia sanitaria se respetarán sus derechos.

En 2008, Walk the Talk celebró, en Ginebra, una conferencia nacional para 200 profesionales sanitarios, expertos y expertas en materia de salud juvenil del Reino Unido y gente joven en la que se expusieron las recomendaciones de la OMS publicadas en el DVD *Youth Voices* (disponible en [www.walk-the-talk.org](http://www.walk-the-talk.org)). Un dibujante plasmó los principales asuntos del día y estas imágenes pueden constituir una valiosa herramienta visual en la formación de trabajadores y trabajadoras sanitarios respecto a los problemas y las soluciones relacionadas con el personal sanitario y la juventud (también disponible a través de [www.walk-the-talk.org](http://www.walk-the-talk.org)) (véase la imagen 2).

La asociación de Walk the Talk con el Real Colegio de Profesionales de la Medicina de Escocia ha hecho que el programa se incluya en la formación ofrecida como Quality Practice Award, lo que garantizará que todos los médicos y médicas generales que participen en este programa pondrán en práctica los principios de Walk the Talk si desean obtener su acreditación.

## Nuala Healy

Programa de Mejora de la Salud  
Directora (persona joven)  
Sistema Nacional de Salud de Escocia  
[Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk](mailto:Nuala.Healy@health.scot.nhs.uk)

## Referencias

1. Tylee A, Haller DM, Graham T y col. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 365:1565-1573.

# LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS CENTROS DE SALUD PARA LA JUVENTUD EN ESTONIA

**E**n Estonia, fueron activistas locales quienes crearon los primeros centros de salud juveniles a principios de la década de los 90, y lo hicieron sin contar con financiación oficial. En la actualidad, existe una red de 17 centros, desde los que se ofrecen servicios de salud sexual gratuitos a mujeres y hombres jóvenes, menores de 25 años. En estos centros, se proporciona asesoramiento tanto personal como telefónicamente, sobre anticonceptivos, revisiones ginecológicas y andrológicas, pruebas de ITS/VIH, asesoramiento sobre los embarazos, sexualidad así como violencia sexual y educación sobre sexualidad, si es necesario, se deriva a las personas que acuden al servicio a un o una especialista o a otra institución de asistencia sanitaria (por ejemplo, para la interrupción voluntaria del embarazo).

## Principios

Todos los centros de salud juveniles trabajan conforme a unos principios comunes: ayudar a la gente joven a reconocer sus necesidades y derechos y proporcionar asesoramiento e información fidedigna. La gente joven debe sentirse segura, acogida y respetada en los centros. Los problemas se analizan de forma integral y se ofrece asesoramiento en asuntos médicos, psicológicos y sociales. El personal especializado del centro de salud juvenil (personal médico, matronas, enfermeros y enfermeras y en algunos centros, incluso personal de trabajo social y psicología) trabaja en equipo. Para promover as consultas, el ambiente en los centros es afectuoso e informal y mantiene la privacidad. Se ha trabajado conforme a la premisa de que los centros de salud juveniles deben situarse en lugares accesibles para la juventud, preferiblemente alejadas de otros centros sanitarios, y que deben de tener un horario acorde con los horarios de la juventud, además de disponer, como mínimo, de unas horas de asistencia sin cita previa.

## Desarrollo de una red

En la década de los 90, la Asociación de Planificación Familiar en Estonia (desde 2005, Asociación de Salud Sexual de Estonia, ESHA) asumió la dirección de los centros, organizó jornadas de formación para el personal y recopiló y publicó material educativo sobre sexualidad. En 2002, el Fondo de

Seguros Sanitario de Estonia (EHIF) comenzó a financiar los servicios de los centros de salud juveniles (además de las clases de educación sexual) y en la actualidad, se financia a través de de la estrategia nacional sobre el VIH y el sida. La mejora de la calidad se debe, en gran medida a que cuando se inició la financiación gubernamental, el personal responsable hizo hincapié en la necesidad de disponer de sistemas de control de calidad internos, puesto que opinaban que los «centros de salud juveniles» debían cumplir con estándares medibles. Del mismo modo, el Fondo de Seguros Sanitario de Estonia (EHIF) se planteó ante el aumento de las actividades preventivas del VIH y mantener una red de centros, con una dirección sólida. Así, por primera vez las clínicas pudieron conseguir una dirección efectiva de la red y una mejora de la calidad de los servicios, y a pesar de que los centros de salud juveniles funcionan como entidades legales independientes (como departamentos dentro de grandes instituciones sanitarias, como consultas ginecológicas privadas o consultorios establecidos especialmente para ese servicio), aplican los mismos requisitos de calidad y realizan las mismas actividades que aquellas, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia.

## Calidad de la asistencia en el ámbito de la red

La financiación regular permitió a la ESHA contratar a un jefe de proyectos a media jornada y establecer un grupo de trabajo con personal y voluntario. El grupo de trabajo que cuenta con ocho miembros -entre los que hay representantes juveniles, directores/ directoras de clínicas juveniles con una dilatada experiencia, así como jefes/ jefas de proyectos - desempeña un papel importante en la planificación de las actividades de dirección de la red y en su puesta en práctica. Las actividades de las clínicas se supervisan, evalúan y, si es necesario, reorientan de forma regular. La ESHA también es responsable de la inserción de publicidad sobre los centros en diferentes medios de comunicación (medios audiovisuales, asesoramiento en línea, páginas web, centros escolares y otras instituciones asociadas). Las personas responsables de los centros que se han incorporado recientemente pueden participar en las reuniones del grupo de trabajo.

Los centros envían indicadores estadísticos todos los trimestres a la ESHA, lo que permite analizar las actividades de cada una de las clínicas (tabla 1). El informe trimestral, incluye un resumen de las actividades desarrolladas por la dirección de la red y datos sobre los servicios prestados por cada centro.

Asimismo, mediante el seguimiento se comprueba el cumplimiento de los objetivos, las actividades que se desarrollan en relación a las planteadas en el proyecto y se comparan con las realizadas por otros centros. Por ejemplo, se registran el número de pruebas y procedimientos médicos realizados y el número de usuarios y usuarias. Entre otros datos, se recogen la edad, el sexo y la situación laboral, lo que nos permite estimar el grado de cobertura de la población destinataria. Los datos sobre las ITS detectadas y los embarazos contribuyen a analizar el motivo de consulta y a comparar los resultados con la situación epidemiológica en Estonia. Los casos de ITS se recogen en el sistema general de registro. Si, de conformidad con los datos recopilados, la práctica de una clínica difiere sustancialmente de la de las demás, se analizan las posibles causas.

La financiación de nuevas clínicas, o la reorganización de las existentes, también, se realizan con el apoyo de la ESHA. El personal tiene formación práctica en una de las clínicas consolidadas. Las y los miembros del grupo de trabajo visitan la clínica con frecuencia antes de su apertura, así como después de la misma, para comentar con el personal los problemas relacionados con su trabajo.

En 2008, el EHIF solicitó una evaluación externa al centro de estudios de políticas PRAXIS, sobre los servicios de las clínicas juveniles que concluyó que las actividades para la mejora de la calidad de las clínicas juveniles se consideraban como un ejemplo de buena práctica para otros programas de promoción de la salud.

## Calidad de la asistencia en el ámbito de la consulta joven

Ser parte integrante de una red implica mantener el mismo enfoque y la misma calidad en el trabajo. Por tanto, las normas de calidad documentadas, describen los principios para el asesoramiento a la juventud y los requisitos que se deben cumplir (tabla 2). Las normas de calidad siempre están presentes en la creación de nuevas clínicas, así como en la evaluación de las ya existentes, modificándose,



**Kai Part**



**Triin Raudsepp**



**Helle Karro**

periódicamente, de conformidad con las propuestas de los médicos y médicas y del grupo de trabajo.

Todos los años, tres personas del grupo de trabajo supervisan 1 o 2 clínicas y aportan sus opiniones y recomendaciones sobre los cambios necesarios, de acuerdo a los principios comunes de trabajo. Si una clínica no trabaja de conformidad con las normas, la ESHA tiene el derecho a plantear al EHIF que retire la financiación a ese centro. Los nuevos centros reciben asesoramiento de otros con más experiencia y se realiza una evaluación de los servicios prestados al finalizar su primer año de actividad.

### Calidad de la asistencia relacionada con el personal

Se han seguido dos caminos para la organización de los cursos de formación. El primero, a través de la realización de un seminario de formación anual en verano, de dos días de duración, sobre un tema concreto, donde se proporciona formación y asesoramiento, además de llevarse a cabo reuniones de supervisión regionales 3 o 4 veces al año. El segundo camino que proporciona formación básica en materia de asesoramiento a la juventud (160 horas) para profesionales de reciente incorporación, y se ha convocado una vez con la ayuda de la ESHA.

### Calidad de la asistencia relacionada con las y los usuarios

Para obtener la valoración de la gente joven, se realizan encuestas regularmente (1996, 2002, 2007) que evalúan el grado de satisfacción de ellos y ellas. Desde 2003, la gente joven también puede proporcionar una evaluación continua on-line, en la página web de la ESHA, que sirve para realizar actividades en la red y para los propios centros. Por ejemplo, se han instalado TV y radios en algunas salas de espera con el objetivo de evitar que las y los usuarios que están en las mismas, escuchen las conversaciones que tienen lugar en las consultas. Asimismo, se han ampliado las horas de atención telefónica, puesto que la evaluación de los y las usuarias ha reflejado esta demanda.

A través de distintos medios se ha planteado intervenir con grupos concretos de personas cuyas necesidades no quedan cubiertas. Por ejemplo, para llegar a la gente joven que vive en

áreas rurales, se ha iniciado un servicio de asesoramiento on line a través de la página web de la ESHA. Para aumentar el número de consultas de chicos jóvenes, varios centros ofertan horarios de asesoramiento diferenciados para jóvenes. Para mejorar el acceso de la población extranjera, se ofrece una página web y asesoramiento on line en ruso. Los centros no cubren, las necesidades de la gente joven que abandona el sistema educativo, de los y las jóvenes consumidores de drogas y de homosexuales, gays y lesbianas, por lo que la identificación de formas para llegar a estas personas jóvenes constituye una tarea fundamental en un futuro próximo.

A pesar de que las actividades destinadas a mejorar la calidad de la asistencia de las clínicas juveniles se han dividido en distintos apartados en este artículo, el objetivo común es el de ofrecer un servicio de salud sexual de calidad para la juventud.

La OMS ha publicado recientemente un estudio analítico de casos de las clínicas juveniles en Estonia, al que se puede acceder desde: [http://webitpreview.who.int/entity/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241598354/en/index.html](http://webitpreview.who.int/entity/child_adolescent_health/documents/9789241598354/en/index.html)

### Kai Part

Ginecóloga y asesora juvenil  
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Tartu,  
Asociación de Salud Sexual de Estonia  
[kai.part@kliinikum.ee](mailto:kai.part@kliinikum.ee)

### Triin Raudsepp

Directora del programa  
Programa de la Asociación de Salud Sexual de Estonia para el Asesoramiento en Salud Reproductiva y Prevención de ITS en la Juventud  
[triin@amor.ee](mailto:triin@amor.ee)

### Helle Karro, MD

Catedrática  
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Tartu,  
Asociación de Salud Sexual de Estonia  
[helle.karro@kliinikum.ee](mailto:helle.karro@kliinikum.ee)

**Tabla 1**

Algunos indicadores estadísticos recopilados trimestralmente en las clínicas juveniles.

- Número de consultas.
- Distribución por motivo de consulta: información sobre anticonceptivos/ pruebas de ITS/visitas de asesoramiento sexual.
- Número de primeras consultas.
- Numero de consultas por sexo, edad, situación laboral.
- Número de pruebas de ITS realizadas (para clamidia, gonorrea, VIH, sífilis, herpes genital).
- Casos diagnosticados de ITS.
- Número y edad de las jóvenes embarazadas (incluyendo derivaciones para interrupciones de embarazo).
- Número de clases y asistentes.
- Número de atenciones telefónicas.
- Actividades publicitarias.

**Tabla 2**

Algunos requisitos obligatorios para las clínicas juveniles recogidos en el documento de normas de calidad.

- Disponibilidad de las pruebas y asesoramiento sobre ITS/VIH o métodos anticonceptivos.
- Instalaciones adecuadas para el diagnóstico de embarazos.
- Disponibilidad de clases de educación sexual en las clínicas.
- Equipo formado por personal médico, de enfermería o matronaje.
- El personal ha recibido cursos sobre asesoramiento a la juventud.
- La organización de los espacios debe respetar la privacidad.
- Acceso para personas con movilidad reducida.
- Señales claras que indiquen el emplazamiento de la clínica.
- Servicios gratuitos.
- Disponibilidad de horas sin cita previa.
- Materiales educativos impresos, gratuitos, para las y los visitantes.
- Posibilidad de proporcionar evaluaciones por escrito.
- Cooperación con la ESHA, la red de clínicas juveniles y centros escolares locales.

# INCLUSIÓN DE LA MAYORÍA DE LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD EN RIESGO – LA EXPERIENCIA DE TAYIKISTÁN

En la actualidad, la gente joven (de edades entre 10 y 24 años de conformidad con la definición de las Naciones Unidas) de Tayikistán representa una tercera parte de la población. El estado de salud y bienestar de la población adolescente y joven tiene importantes implicaciones para el futuro de la siguiente generación tayika. A este respecto, Tayikistán se enfrenta a infinidad de retos: elevadas tasas de pobreza, alto paro juvenil, aumento del consumo de drogas por vía intravenosa, tendencia al matrimonio temprano, y una baja concienciación pública sobre el VIH/sida y los métodos de prevención de las ITS que, en combinación con una extendida migración laboral ha creado un entorno en el que el VIH/sida está aumentando rápidamente en un breve periodo de tiempo, en especial entre la población joven. La epidemia de VIH/sida, en Tayikistán, en la actualidad está concentrada en la juventud (definida por el Derecho Juvenil de Tayikistán como el colectivo formado por personas de entre 15 y 30 años) ya que alrededor del 70% del número total de personas infectadas por el VIH tienen entre 15 y 30 años (1). Los sistemas de vigilancia centinela indican que los usuarios y usuarias de drogas por vía intravenosa y los trabajadores y trabajadoras sexuales son los colectivos de jóvenes con mayor riesgo, ya que en 2007, entre ellos y ellas, la prevalencia del VIH fue del 1,8%; de la sífilis, el 12,6%, y de la hepatitis C, del 4%, mientras que la prevalencia del VIH entre las y los jóvenes consumidores de drogas fue del 19,4% (1).

En 2006, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud de la república de Tayikistán, en colaboración con la UNICEF, CDC Atlanta, y la Oficina Regional para Europa de la OMS, llevaron a cabo la Encuesta de Salud Global en los Centros Educativos (<http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html>) para aumentar los conocimientos sobre los comportamientos de riesgo en jóvenes adolescentes de 13 a 15 años. El estudio describió las tendencias y reveló la siguiente información: el 1,6% de los alumnos y alumnas de entre 13 y 15 años habían probado las drogas por vía intravenosa; el 12,6% del colectivo de estudiantes había considerado seriamente suicidarse en los últimos 12 meses, y el 10,7% del alumnado habían sufrido abusos sexuales físicos. Además, tan solo el 3,7% del colectivo de estudiantes de entre 13 y 15 años presentaba un nivel de conocimientos sobre el VIH/sida adecuado (capaz de responder correctamente a las cinco preguntas de la encuesta sobre la transmisión del VIH) (2).

## **Utilización de servicios de salud orientados a la juventud ante el VIH/sida y las ITS**

En la legislación nacional se contempla la salud de la población joven y adolescente, que ha facilitado el poder integrar servicios de salud

orientados a la juventud (YFHS) en los servicios sanitarios existentes (3). Los YFHS, que se han diseñado para contribuir a lograr los objetivos de la Estrategia Nacional ante el VIH/sida, y se oferta en cinco ciudades con el apoyo de UNICEF y de CARE internacional, tienen como objetivo el aumentar el acceso a la información y reducir los comportamientos de riesgo entre la población adolescente y joven más expuesta (entre 15 y 24 años de edad), como son trabajadoras sexuales, consumidores/as de drogas por vía intravenosa, los hombres que practican sexo con otros hombres, la población infantil que vive en la calle y estudiantes escolares, así como mantener o reducir la prevalencia de las ITS y del VIH/sida en estos grupos diana. Se han conseguido importantes logros durante los tres primeros años de funcionamiento del proyecto que, además, incluía: la aplicación de un marco legal que permitiese a la gente joven en riesgo acceder a servicios de salud básicos confidenciales; el establecer vínculos entre el colectivo de profesionales sanitarios y los grupos de riesgo; la integración del Código de Identificación Universal para realizar un seguimiento sobre el número de consultas de la población adolescente de alto riesgo; la cobertura del programa; la prevalencia de ITS/VIH; el acceso a un asesoramiento voluntario y a pruebas



Nisso  
Kasymova



y tratamientos. Así, en 2007, se había contactado con el 47,7% del grupo diana, del que un 26% acudió a consulta al YFHS, y el 25% recibió asesoramiento y una prueba de ITS (6% para VIH). En general, el 18% del grupo recibió asesoramiento y se sometió a pruebas y, si los resultados fueron positivos, recibió tratamiento. El 50% de dicho grupo disponía de conocimientos precisos sobre la prevención del VIH, siendo un 41% quien notificó que había empleado preservativos en las relaciones sexuales mantenidas más recientemente (4). La prevalencia de las ITS y del VIH entre las personas que se realizaron pruebas fue del 22,8% y del 1,2%, respectivamente (5).

#### Retos

Hasta la fecha, solo se han llevado a cabo actividades piloto, conforme se ha descrito con anterioridad. Se trata de un paso importante pero, con toda certeza, no lo suficientemente adecuado para que tenga un impacto en la juventud en general. No obstante, se ha preparado el terreno para poder desarrollar el proyecto, junto con las autoridades locales y nacionales y las y los socios relevantes, especialmente para la juventud en riesgo.

Los centros educativos tienen que formar parte del proyecto y constituir un espacio para llegar a los grupos diana del programa YFHS. La sinergia, tanto

de la educación sobre la salud en los centros escolares, como el acceso de la juventud a las intervenciones de YFHS, duplicará el impacto del programa y ayudará a mejorar la eficiencia. En la actualidad, sin embargo, son los organismos internacionales los que financian la mayor parte de los costes, siendo a más largo plazo, cuando deberá incluirse en los presupuestos nacionales o, de lo contrario, cubrirse con recursos nacionales. Por consiguiente, resulta necesario definir la sostenibilidad del desarrollo de YFHS dentro del sistema de salud. Asimismo, es necesario analizar el sistema legal, ya que la legislación en vigor permite ofrecer una serie de servicios médicos a la juventud sin la intervención de los progenitores, al tiempo que la edad de consentimiento difiere. Además, es necesario derogar las disposiciones legales que contemplen revisiones y exploraciones anuales obligatorias de toda la población adolescente hasta los 18 años de edad (3). También se tienen que revisar los reglamentos que determinan las intervenciones de YFHS a partir de la experiencia con el proyecto. El proyecto plantea llevar a cabo una valoración de las necesidades, revisar los criterios utilizados por los servicios y las normas que se aplican en la actualidad y, en función de los resultados obtenidos, adaptar y probar las herramientas de medición de la calidad de la OMS.

#### Nisso Kasymova, PhD,

Especialista en el programa VIH/  
SIDA e YPHDP

Oficina de la UNICEF en el país,  
Tayikistán [nkasymova@unicef.org](mailto:nkasymova@unicef.org)

#### Referencias

1. *Surveillance Survey on HIV/AIDS in 2007*. Ministerio de Salud, Tayikistán: Republican AIDS Centre, 2008.
2. *Global School based Health Survey (GSHS) 2006 in Tajikistan*. Dushanbe, 2008.
3. Osipov K. *Developing Youth Friendly Health Services in the Republic of Tajikistan: Legal Aspects*. Dushanbe: Oficina de la UNICEF en el país, 2007.
4. Currie C y col. (Eds). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: OMS, 2008.
5. Peart G. *YFHS bottleneck analysis. Experience of Three Pilot Cities in 2006 and 2007*. Dushanbe, Oficina de la UNICEF en el país, 2007.



**Sexually transmitted infections among adolescents – the need for adequate health services. Ginebra: OMS y GTZ, 2005.**

Una perspectiva global sobre las ITS en la juventud dirigida a dirigentes, profesionales de la salud y población adolescente, que tiene como meta mejorar la prevención de las ITS y las estrategias de asistencia para la juventud.

Disponible en inglés en:

[www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html)



**Investing in our future: a framework for accelerating action for the sexual and reproductive health of young people. OMS, 2006.**

Dirigido a directores y directoras del programa y a dirigentes, proporciona un marco para desarrollar las intervenciones críticas con el objetivo de cubrir las necesidades y mejorar la SSR en la juventud.

Disponible en inglés en

[www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/929061240X/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/929061240X/en/index.html)



**European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: OMS, 2005.**

La estrategia proporciona un marco para la mejora de la salud en la infancia y la adolescencia. Asimismo, ofrece un conjunto de herramientas para su puesta en práctica.

Disponible en inglés y en ruso en

[http://www.euro.who.int/childhealthdev/strategy/20060919\\_1](http://www.euro.who.int/childhealthdev/strategy/20060919_1)



**The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice. Copenhagen: Danish University of Education Press, 2005.**

Libro que recopila el pensamiento internacional actual sobre las conexiones entre la educación y la salud, y las pruebas de la investigación que evalúa los procesos y resultados de las iniciativas escolares de promoción de la salud.

Disponible en inglés en

[http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060419\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060419_1)



**Currie C y col (eds). Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey (Health Policy for Children and Adolescents, No.5). Copenhagen: OMS, 2008.**

Estudio internacional de la OMS sobre los patrones de salud entre la población joven de 11, 13 y 15 años de edad en 41 países y regiones de la Región Europea y Norteamérica. Una de las mejores fuentes de datos comparativos sobre la salud en la adolescencia y el comportamiento saludable. Disponible en inglés en

[www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616_1).



**Generación del cambio: Los y las jóvenes y la cultura. Monográfico sobre la juventud del FNUAP**

**Estado de la población mundial 2008.**

Tercera edición de una serie. Los monográficos sobre la juventud resaltan el valor y la importancia de reconocer y responder a las necesidades de la población joven.

Disponible en francés, inglés y español en

[www.unfpa.org/public/cache/bypass/publications/pubs\\_youth](http://www.unfpa.org/public/cache/bypass/publications/pubs_youth)



**The Adolescence Experience In Depth: Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People. FNUAP y Consejo de población, 2009.**

Proporciona datos sobre adolescentes en riesgo.

Disponible en inglés en

[www.unfpa.org/public/publications/pid/3346](http://www.unfpa.org/public/publications/pid/3346) <http://www.unfpa.org/public/publications/pid/3346>.



Lisa  
Avery



**Investing when it counts: Generating the evidence base for policies and programmes for very young adolescents. FNUAP, Consejo de población, UNICEF y UNAIDS, 2006.**

Documento de guía y conjunto de herramientas que presenta metodologías que se pueden emplear para desarrollar programas y políticas para la población adolescente de entre 10 y 14 años (grupo que, a menudo, se pasa por alto).

Disponible en inglés en

[www.unfpa.org/public/publications/pid/363](http://www.unfpa.org/public/publications/pid/363) <http://www.unfpa.org/public/publications/pid/363>.



**A reference guide to policies and practice. Sexuality education in Europe. Bruselas, IPPF EN, 2006.**

Guía con datos de 26 países europeos, para ayudar a dirigentes y gobernantes a desarrollar una educación sexual mejor, Disponible en inglés en

[www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/default.htm](http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/default.htm)

<http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/default.htm>.



**A guide for developing policies in sexual and reproductive health and rights of young people in Europe. Bruselas: IPPF EN, 2007.**

Guía que proporciona extensas recomendaciones destinadas a orientar para la elaboración de programas, dentro del entorno de DSS adaptado a la juventud.

Disponible en inglés en

<http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+publications/Policy+Guide.htm>.

**Estos son solo algunos ejemplos de recursos excelentes a disposición de la juventud y de todas aquellas personas implicadas con la misma. En las siguientes páginas web se puede encontrar más información:**

**Federación Internacional de Planificación Familiar-Región Europea - [www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)**

**OMS - [www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)**

**Oficina Regional para Europa de la OMS - [www.euro.who.int/childhealthdev](http://www.euro.who.int/childhealthdev)**

**FNUAP - [www.unfpa.org/public/publications/pubs\\_youth](http://www.unfpa.org/public/publications/pubs_youth)**

**Y-Peer - [www.youthpeer.org](http://www.youthpeer.org)**

**Youth Sexual Awareness for Europe - [www.ysafe.net](http://www.ysafe.net)**

**Instituto Allan Guttmacher - [www.guttmacher.org/](http://www.guttmacher.org/)**

**Formación europea en salud y asistencia efectiva para la adolescencia (EuTEACH) - [www.euteach.com](http://www.euteach.com)**

**Sistema Nacional de Salud de Escocia - [www.healthscotland.com](http://www.healthscotland.com)**

**Biblioteca web sobre educación sexual - [www.contraception-esc.com/weblibrary](http://www.contraception-esc.com/weblibrary)**

El objetivo de la biblioteca web es proporcionar información de referencia y herramientas educativas a los y las profesionales que trabajan en el campo de la promoción de la salud sexual. Se ha diseñado para apoyar las mejores prácticas y contiene variedad de recursos internacionales.

## Entre Nous

*La Revista Europea de Salud sexual  
y reproductiva*

Entre Nous es una publicación de:

Oficina Regional Europea de la OMS

Departamento de Políticas y Sistemas Nacionales

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague

Dinamarca

Tel. (+45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1818

Correo electrónico: [entrenous@euro.who.int](mailto:entrenous@euro.who.int)

[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)



UNIÓN EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO  
El FSE invierte en tu futuro



# Entre Nous