

Serving the Future



An Update on Adolescent Reproductive and Sexual Health Programs in Developing Countries



Al servicio del futuro

Una actualización acerca de los programas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes en países en desarrollo

2.a edición

Por Cristina S. Herdman

Con colaboraciones especiales de
Renee DeMarco
y
Ammie Feijoo

División Internacional
Advocates for Youth
Washington, D.C.
1999

© 1999

Advocates for Youth

James Wagoner, Presidente

Suite 200

1025 Vermont Avenue, N.W.

Washington, DC 20005 Estados Unidos

202/347-5700; fax: 202/347-2263

www.advocatesforyouth.org

Advocates for Youth es una organización dedicada a crear programas y promover políticas que ayuden a los jóvenes a adoptar decisiones fundamentadas y responsables con respecto a su salud sexual y reproductiva. Proporcionamos información, adiestramiento y defensa de la causa a organizaciones que prestan servicio a los jóvenes, a encargados de formular políticas y a los medios de información tanto en Estados Unidos como a nivel internacional.

La División Internacional

Desde su creación, en 1978, la División Internacional de Advocates ha recopilado, sintetizado y diseminado información sobre programas de salud reproductiva de los adolescentes en los países en desarrollo y ha facilitado asistencia técnica y capacitación a varios países de América Latina y África.

Renee DeMarco, Directora de la División Internacional

Análisis de los datos: Mary Owenga Gwayi-Chore, Ph.D., y Ammie Feijoo

La autora desea agradecer la invaluable ayuda prestada por Debra Hauser, Sue Alford, Thomas G. Crawford, Sabrina Freeman y Michelle Gilliam. También expresa su reconocimiento a las siguientes personas, que colaboraron en el desarrollo y la distribución de la encuesta: Lisa Howard-Grabman, Catharine McKaig, Waverly Rennie, Joellen Lambiotte de Family Planning International Assistance, y a la Asociación de Salud Reproductiva y de la Familia en Ibadán (Nigeria). Por último, Advocates for Youth expresa su reconocimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), cuyo generoso respaldo hizo posible el presente proyecto. El FNUAP no comparte necesariamente las opiniones expresadas o implícitas en el presente documento. El FNUAP tampoco brinda apoyo para la prestación de servicios de aborto.

La presente publicación es una versión ampliada y actualizada de *Serving the Future: An Update on Adolescent Pregnancy Prevention Programs in Developing Countries*, Centro Internacional sobre Fecundidad de los Adolescentes, 1990.

Diseño de la portada: Jennifer Hurley

Diseño general: Monique Henderson

ISBN: 0-913843-12-1

Índice



1. Las realidades con que se enfrentan los jóvenes	1
2. Encuestas internacionales de programas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes	3
3. ¿Cuáles son los objetivos que persiguen los programas y cómo los están logrando? Resumen de los resultados	5
4. Observaciones y reflexiones sobre los cambios observados	23
Conclusiones y Recomendaciones	32
Clave de la Encuesta	35

Capítulo 1

Las realidades con que se enfrentan los jóvenes

En nuestros días, los jóvenes se enfrentan con graves problemas de orden social, económico y psicológico. Por ejemplo, una joven embarazada que vive en Botswana tiene tres probabilidades contra una de estar infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En los países en desarrollo, las madres jóvenes y sus bebés tienen grandes probabilidades de sufrir problemas de salud o incluso morir por complicaciones del embarazo y el parto. En los países menos adelantados, tan solo 22 por ciento de los varones y 13 por ciento de las chicas pueden continuar su educación más allá de la primaria, lo cual restringe gravemente su capacidad de alcanzar la autosuficiencia económica. En efecto, 5 de cada 10 personas desempleadas en el mundo son jóvenes ⁽¹⁾. El rápido aumento de la población en las zonas urbanas pone en peligro el acceso de los jóvenes a los servicios básicos médicos, educativos y sociales.

La infección por el VIH/sida afecta a los jóvenes

En muchos países en desarrollo, la infección por el VIH/sida aporta el estímulo necesario para concentrar la atención en la salud reproductiva y sexual de los jóvenes. A fines de 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que la epidemia de infección por el VIH/sida era mucho peor de lo que se había pensado. En efecto, las estadísticas son sobrecogedoras. A nivel mundial, aproximadamente 16 personas se infectan cada día con el VIH, y la mayoría de las nuevas infecciones se producen entre personas de 15 a 24 años de edad. Actualmente viven con la infección por el VIH/sida 30 millones de personas, 90 por ciento de ellas en los países en desarrollo ⁽²⁾. En Sudáfrica, el porcentaje de embarazadas de entre 15 a 19 años de edad infectadas por el VIH aumentó a 13 por ciento en 1996, por comparación con aproximadamente la mitad de esa cifra solo dos años antes ⁽¹⁾. En el sudeste asiático, 1 de cada 20 embarazadas, 1 de cada 16 soldados y agentes de policía y 1 de cada 2 prostitutas dieron positiva la prueba del VIH en la encuesta de seroprevalencia más reciente efectuada en Cambodia ⁽²⁾.

Algunos países están haciendo frente al grave problema que significa la pandemia de infección por el VIH/sida. Uganda, por ejemplo, se movilizó tempranamente para afrontar la epidemia y en fecha reciente ha mostrado indicios alentadores de que, en algunas zonas, la tasa de infección se ha reducido a la mitad en las adolescentes desde 1990. Aun así, los ugandeses afirman que las tasas siguen siendo inadmisiblemente elevadas, pues hasta 1 adolescente embarazada de cada 10 da positiva la prueba del VIH, lo cual representa una tasa de infección seis veces mayor que la de los varones de la misma edad ⁽¹⁾.

Está disminuyendo la fecundidad de los adolescentes en los países en desarrollo

El número de nacimientos por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad ha descendido en los países en desarrollo y debería seguir disminuyendo durante los próximos 15 años ⁽³⁾. No obstante, el embarazo no deseado y la procreación prematura siguen siendo muy comunes, particularmente en los países más pobres, y pueden tener consecuencias graves y perdurables en las madres jóvenes y sus hijos. En muchas culturas de todo el mundo se valora mucho la procreación temprana; sin embargo, sus efectos pueden ser considerables, en especial para quienes no están casados.



En muchos países latinoamericanos y caribeños, que a comienzos de los años setenta presentaban las tasas de fecundidad en adolescentes más bajas del mundo en desarrollo, actualmente presentan tasas más altas que algunos países de Asia, el Oriente Próximo y Africa Septentrional ⁽²⁾. En la mayor parte de los países que cuentan con datos de encuestas se ha producido cierto descenso de la fecundidad de los adolescentes a lo largo de los últimos 10 a 15 años. Los descensos mayores se han observado en Asia, Oriente Próximo y Africa Septentrional; los menores, en Africa al sur del Sahara ⁽³⁾.

Las repercusiones sociales, sanitarias y económicas del embarazo a temprana edad pueden ser profundas. En algunos países en desarrollo, las tasas de mortalidad infantil son hasta 80 por ciento más elevadas en las criaturas nacidas de madres adolescentes por comparación con las que nacen de mujeres entre los 20 y los 29 años de edad. De modo análogo, las tasas de mortalidad materna son significativamente más elevadas en las adolescentes que en las mujeres de 20 a 29 años ⁽³⁾. La fecundidad en los adolescentes a menudo se vincula con un bajo nivel de instrucción y pobreza. Las culturas que no asignan una elevada prioridad a la educación de las mujeres a menudo también restringen el acceso de estas a la planificación familiar. Las jóvenes que se ven restringidas por bajos niveles de instrucción y pobreza suelen tener una capacidad y una motivación limitadas para regular su propia fecundidad, lo que trae consigo tasas más elevadas de procreación prematura. En muchos países, las jóvenes que asisten a la escuela se ven obligadas a suspender su educación cuando quedan embarazadas, lo cual limita enormemente sus oportunidades económicas. Por el contrario, las jóvenes con niveles de instrucción más elevados tienen más probabilidades de posponer el matrimonio y la procreación.

El crecimiento de la población y la urbanización afectan a la salud reproductiva y sexual de los adolescentes

Los adolescentes que tienen expectativas positivas con respecto a su futuro cuentan por lo general con la motivación suficiente para practicar comportamientos sanos. Las expectativas positivas surgen en gran medida del acceso de los jóvenes a la educación, la atención de salud y el empleo, que son precisamente los servicios más afectados por el rápido crecimiento de la población y la urbanización. En 2025, la población urbana de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad en los países en desarrollo quizá habrá crecido 600 por ciento por comparación con las cifras de 1970 ⁽¹⁾. Los enormes aumentos de población que se están produciendo actualmente en muchas regiones en desarrollo imponen una enorme carga a los recursos sociales y económicos de carácter fundamental. A medida que un número cada vez mayor de personas se trasladan a las zonas urbanas o nacen en estas, los países cuya infraestructura educativa, médica, social y económica ya está sobrecargada o es inexistente deben sobrellevar mayores presiones. Los jóvenes que carecen de oportunidades adecuadas de educación, atención de la salud y empleo tendrán grandes dificultades para realizar plenamente su potencial personal, social y económico. Además, los jóvenes que carecen de preparación para desempeñar un oficio, tener un empleo, conseguir una vivienda o recibir nutrición apropiada tienen menos probabilidades de adoptar comportamientos sexuales sanos debido a que deben atender otras necesidades inmediatas y cruciales.

References:

1. World Health Organization. *Young People and Sexually Transmitted Diseases*. [Fact Sheets, no. 186] Geneva: Who, 1997. www.who.ch/inf-fs
2. UNAIDS. *New UN World Aids Day Report Warns HIV Epidemic Is Far Worse Than Previously Thought*. [Press Release] New York: UNAIDS, 1997, www.unaids.org/highband.press.
3. McDevitt TM, Adlakha A, Fowler TB, et al. *Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World*. [IPC/95-1] Washington, DC: Bureau of the Census, 1996.



Capítulo 2

Encuestas internacionales de programas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes

Los jóvenes deben tener acceso a información y servicios de salud reproductiva y sexual, así como ayuda para adoptar aptitudes que les permitan tomar decisiones acertadas con respecto a su propia salud y bienestar. Durante 20 años, Advocates for Youth ha reunido y distribuido información sobre programas que prestan servicios a los jóvenes y sobre la forma en que satisfacen de la mejor manera posible las necesidades de salud reproductiva y sexual de este grupo de la población. El directorio de información para ponerse en contacto con los programas que se incluyen en la presente publicación facilitará que organizaciones con objetivos semejantes compartan información y experiencias.

En 1985, Advocates (que a la sazón se llamaba Centro de Opciones de Población) recopiló un inventario de programas que se ocupaban de la fecundidad de los adolescentes a nivel internacional, titulado *An Analysis of the Nature and Level of Adolescent Fertility Programming in Developing Countries*. En esa publicación se incluyeron 36 programas sobre vida en familia y educación acerca de la sexualidad, así como otros de salud reproductiva que se concentraban de manera predominante o exclusiva en los adolescentes.

La encuesta efectuada por la organización en 1989 siguió presentando las características de los programas e identificando las tendencias. En la publicación resultante, *Serving the Future* [Al servicio del futuro] se analizaron los servicios de prevención del embarazo de adolescentes en países en desarrollo, basándose en las respuestas de 103 programas de América Latina, Asia y África. Si bien se concentraban principalmente en la prevención del embarazo de adolescentes, muchos programas habían empezado a incorporar la educación sobre prevención de la infección por el VIH/sida a sus servicios en respuesta a la pandemia cada vez mayor. Las respuestas también proporcionaron información útil sobre recursos de financiamiento, tipos de servicios ofrecidos, poblaciones destinatarias y dotación de personal.

En 1997, Advocates llevó a cabo una encuesta de seguimiento para explorar los nuevos acontecimientos en materia de programas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes y para sondear más a fondo áreas abordadas en la versión original de *Al servicio del futuro*. Nuestro personal colaboró con colegas de todo el mundo para preparar un formulario de seis páginas sobre las metas, objetivos, estrategias, financiamiento, población destinataria, información y servicios, preparación de materiales y estado de la evaluación de los programas. Casi todas las preguntas eran de opción múltiple, en las que se ofrecía la posibilidad de marcar todas las respuestas pertinentes, y unas cuantas eran de respuesta libre. Con la ayuda de organizaciones asociadas, Advocates pudo someter a prueba la encuesta sobre el terreno en sus versiones en inglés, francés y español, y modificarlas en consecuencia.



El cuestionario se distribuyó por correo ordinario y por correo electrónico a casi 5000 contactos en más de 180 países. Advocates for Youth recibió 482 cuestionarios contestados de programas en 78 países. Todos los que recibieron el cuestionario manifestaron su interés en asuntos de salud reproductiva y sexual de los adolescentes, pero no todos estaban aplicando programas. El número de cuestionarios devueltos puede ser un reflejo de esta situación. Once entrevistados solicitaron que una parte o la totalidad de la información sobre sus programas se tratase en forma confidencial. En el presente directorio no figuran aquellos que solicitaron confidencialidad total.

Al servicio del futuro describe las respuestas clasificadas por variables tales como región y país, grupos de edad atendidos, y procedencia y montos del financiamiento. En cada gráfico o ilustración se indica el número de entrevistados que respondieron (n). En vista de que algunos programas no contestaron todas las preguntas, el número de los que respondieron varía según cada pregunta.

Si bien la labor de la Dirección Internacional se ha concentrado históricamente sobre todo en América Latina, el Caribe y África al sur del Sahara, su red de relaciones se extiende más allá de estas regiones. Los destinatarios del cuestionario se seleccionaron de la base de datos de la división y, por consiguiente, es posible que las respuestas que se presentan en este análisis no sean representativas de todos los programas que trabajan en la esfera de la salud reproductiva y sexual de los adolescentes en todo el mundo en desarrollo. Aun así, en Advocates creemos que la presente encuesta ofrece información valiosa sobre programas que trabajan para mejorar la salud reproductiva y sexual de los jóvenes en el mundo en desarrollo.



Capítulo 3

¿Cuáles son los objetivos que persiguen los programas y cómo los están logrando?

Resumen de los resultados

¿Quiénes respondieron el cuestionario?

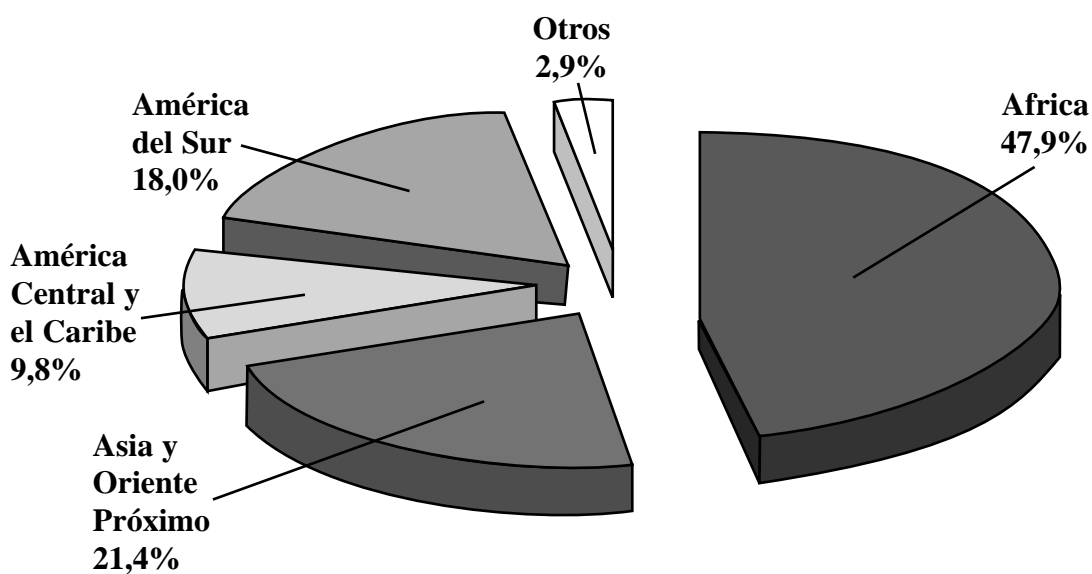


Figura 1.

n = 482

Advocates recibió los cuestionarios de programas en 78 países. El mayor número de encuestas lo devolvieron programas de Nigeria (45), Kenya (38) y la India (37), lo que equivalió a 9,8, 8,0 y 7,8%, respectivamente, de todas las respuestas. La mayoría de los encuestados que respondieron se hallaban en Africa (47,9%), seguidos por los que estaban en Asia y Oriente Próximo (21,4%), América del Sur (18,0%), y América Central y El Caribe (9,8%) (figura 1).

¿Cuáles son los objetivos principales de los programas?

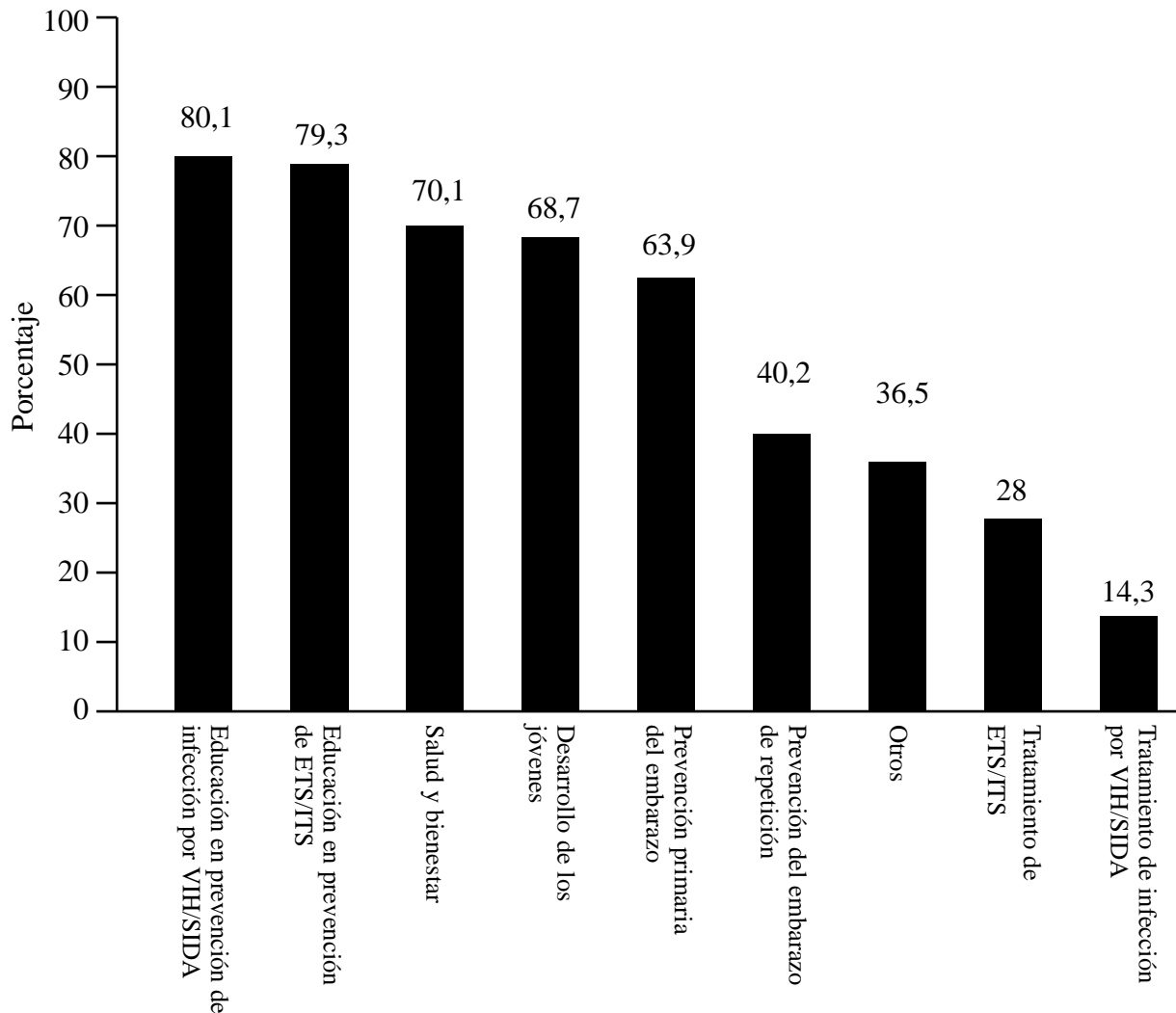


Figura 2

n = 482

Poco más de 80 por ciento de los programas citaron la educación sobre prevención de la infección por el VIH/sida como un objetivo importante del programa. La educación sobre prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS/ITS) se citó casi con igual frecuencia (79,3 por ciento). Alrededor de 70 por ciento de los programas mencionaron como objetivos importantes el mejoramiento de la salud y el bienestar general de los adolescentes y el desarrollo/liderazgo de los jóvenes (68,7 por ciento). La prevención del primer embarazo y del segundo o ulteriores en adolescentes fueron señaladas por 63,9 y 40,2 por ciento de los entrevistados, respectivamente (figura 2).



¿Qué estrategias usaron los programas para alcanzar sus objetivos?

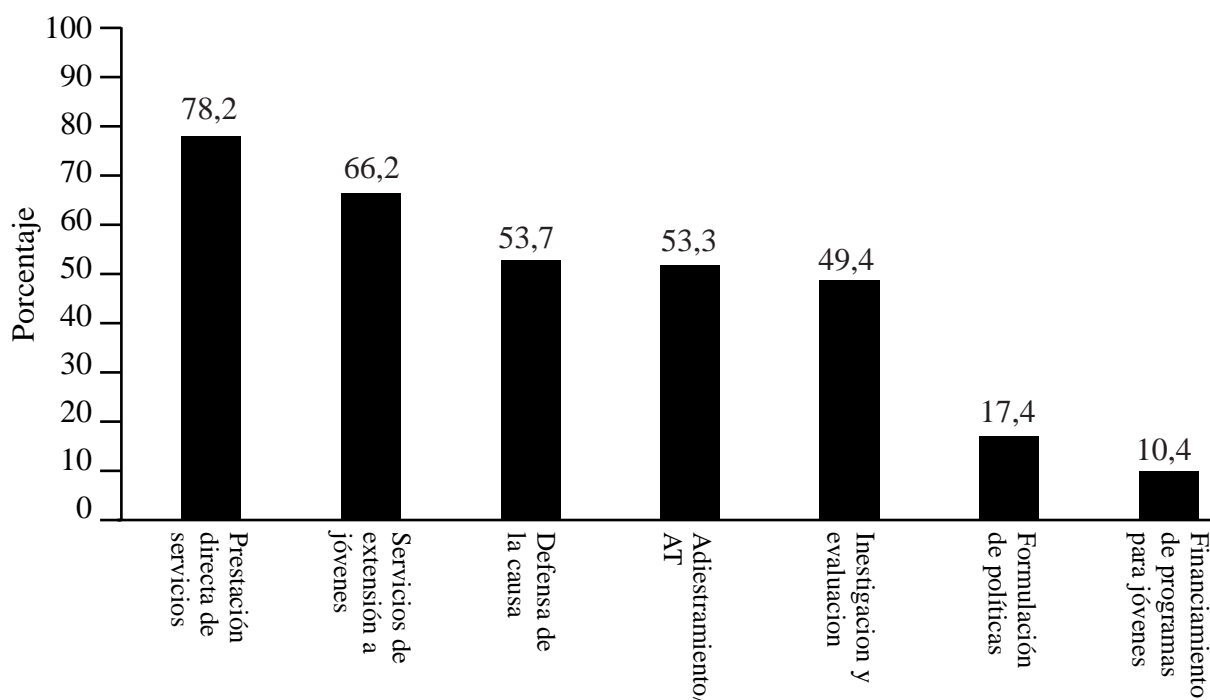


Figura 3

n = 482

Las estrategias que los programas mencionaron con mayor frecuencia para cumplir sus objetivos fueron las siguientes: prestación directa de servicios a los jóvenes (78,2 por ciento), vinculación de los jóvenes con los servicios mediante actividades de extensión (66,2 por ciento), participación en la promoción de la causa de los jóvenes (53,7 por ciento), prestación de adiestramiento o asistencia técnica a otras organizaciones (53,3 por ciento) e investigación y evaluación (49,4 por ciento) (figura 3).

¿Qué tipo de organizaciones participaban en el campo de la salud reproductiva y sexual de los adolescentes?

Tipo de organización	
ONG sin fines de lucro	72,6%
Gubernamental/pública	15,8%
Afiliada a una iglesia	6,0%
ONG con fines de lucro	3,1%
Otro	11,4%

Cuadro 1

n = 482

Nota: La suma total de la columna no arroja 100 por ciento debido a que los entrevistados podían indicar más de un tipo de organización.



Los tipos de organizaciones que participaban en actividades de salud reproductiva y sexual de los adolescentes en 1997 no difirieron extraordinariamente de los tipos mencionados en 1989. La mayoría eran organizaciones no gubernamentales (ONG) sin fines de lucro (72,6 por ciento en 1997) (cuadro 1). El porcentaje de ONG aumentó por comparación con el 66 por ciento observado en 1989, mientras que el porcentaje de organizaciones gubernamentales disminuyó de 21 por ciento en 1989 a 15,8 por ciento en 1997.

¿Qué tipo de organizaciones predominaban en cada región?

Región	ONG sin fines de lucro	Gubernamental/ p.blica	Afiliada a una iglesia	ONG con fines de lucro	Otro
Africa n = 231	75,6%	11,1%	8,4%	3,6%	15,6%
Asia y Oriente Próximo (n=103)	82,4%	12,7%	2,9%	2,0%	6,9%
América Central y Caribe (n=47)	60,0%	35,6%	2,2%	4,4%	8,9%
América del Sur (n=87)	69,0%	23,0%	4,6%	3,4%	9,2%

Cuadro 2

Nota: La suma total de las hileras no corresponde a 100 por ciento porque los entrevistados podían indicar más de un tipo de organización.

Los tipos de organización no difirieron considerablemente por región. En cada región, el tipo más común de organización fueron las ONG sin fines de lucro. Los tipos menos comunes fueron las organizaciones afiliadas a iglesias y las ONG con fines de lucro (cuadro 2).

¿Qué tiempo llevaban funcionando los programas?

Duración del programa

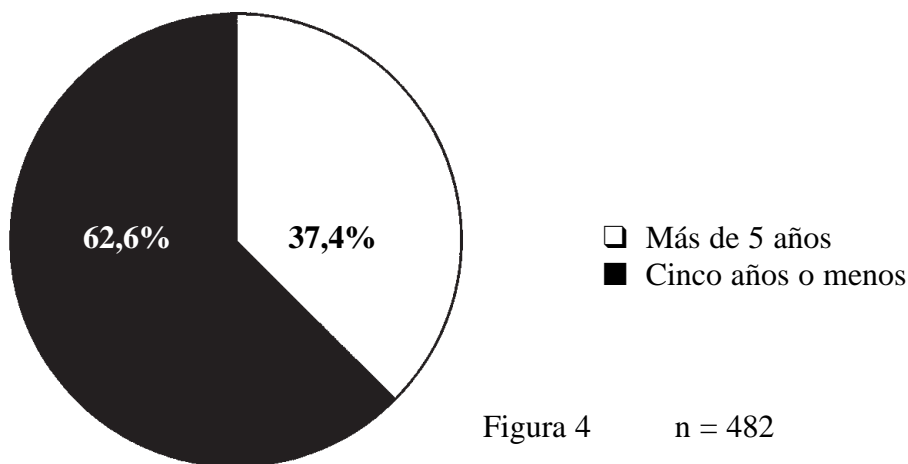


Figura 4 n = 482

Más de la tercera parte de los programas que respondieron llevaban funcionando más de cinco años. La mayoría habían empezado a trabajar en los últimos cinco años (figura 4).



¿Qué tiempo llevaban funcionando los programas, por región

Región	Programas de más de cinco años	Programas de cinco años o menos
Africa, n = 231	25,2%	74,8%
Asia y Oriente próximo, n = 103	44,0%	56,0%
América Central y Caribe, n = 47	51,1%	48,9%
América del Sur, n = 87	51,8%	48,2%

Cuadro 3

En Africa, tan solo 25,2% de los programas llevaban funcionando más de cinco años, mientras que en América del sur así como en América Central y El Caribe, un poco más de la mitad de los programas llevaban más de cinco años funcionando (51,8 y 51,1 por ciento, respectivamente). En Asia y Oriente Próximo, 44,0% de los programas tenían más de cinco años (cuadro 3).

¿Qué monto tenía el presupuesto de los programas?

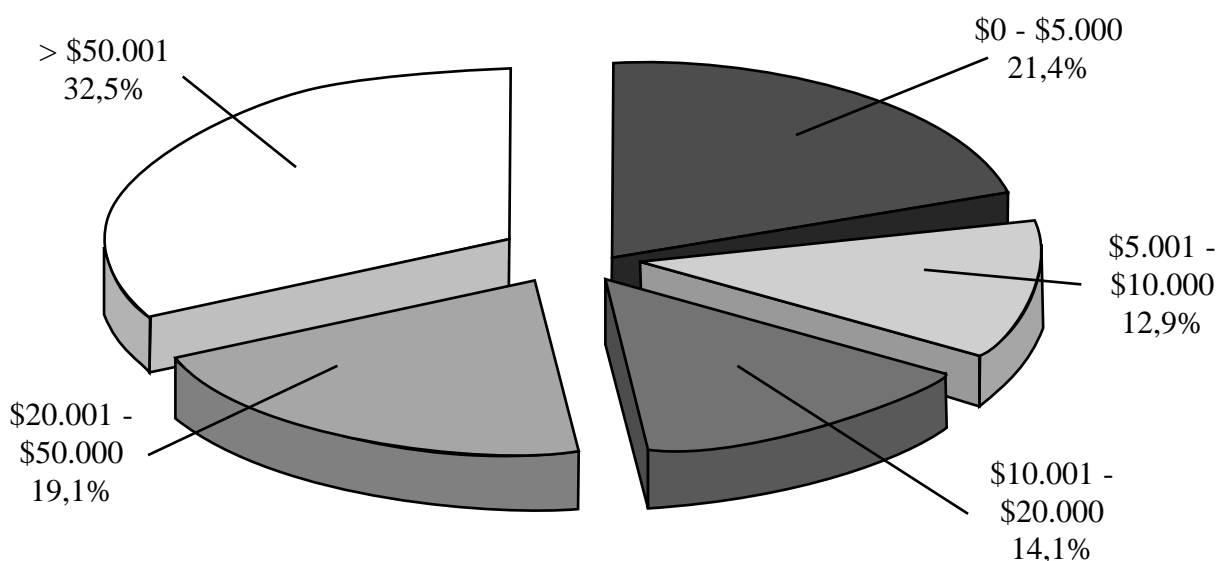


Figura 5

Nota: Se pidió a los programas que presentaran sus cifras en dólares de los Estados Unidos.

Los encuestados mencionaron con frecuencia que uno de los problemas principales era la escasez de recursos económicos. Más de 34 por ciento de los programas funcionaban con un presupuesto anual de US\$ 10.000 o menos. Más de 67 por ciento de los programas tenían un presupuesto anual por debajo de \$50.000, y 32,6 por ciento de los programas tenían un presupuesto mayor de \$50.000 (figura 5).



¿De dónde procedía el financiamiento de estos programas?

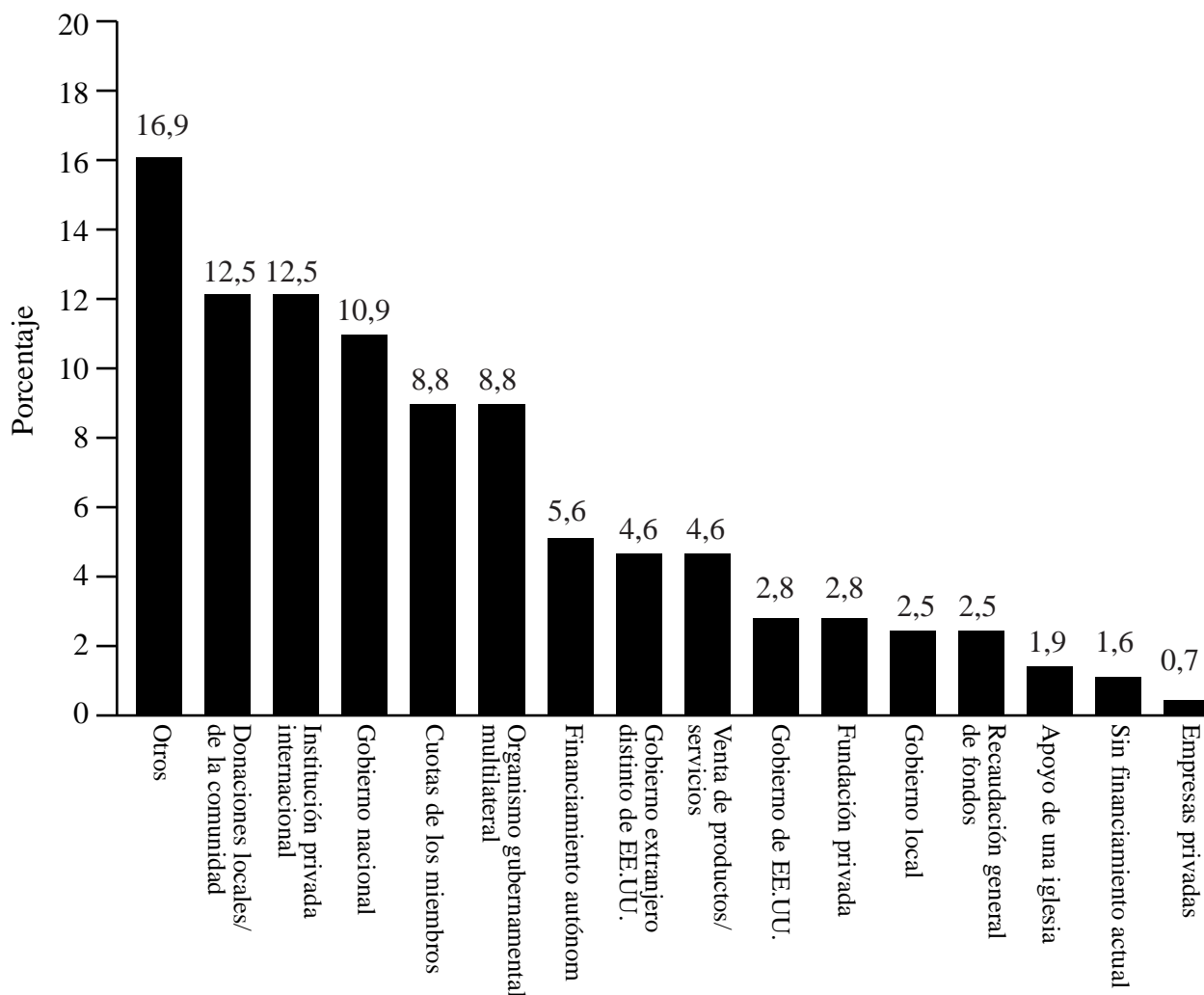


Figura 6

n = 310

Después de la categoría de “Otros”, la fuente principal del financiamiento de los programas fueron las donaciones locales o de la comunidad y las instituciones internacionales privadas (con 12,5 por ciento cada una), los gobiernos nacionales (10,9 por ciento) y las cuotas de los miembros y los organismos gubernamentales multilaterales (8,8 por ciento cada uno) (figura 6).

Nota: La pregunta era de tipo abierto, de manera que los encuestados podían mencionar las tres fuentes que considerasen más importantes. Por consiguiente, en este gráfico la categoría de “Otros” fue la más grande. Hubo varios motivos para ello. Por ejemplo, muchos encuestados utilizaron abreviaturas y términos vagos y sin definir, tales como “internacional” y “local”. Este problema metodológico se abordará en futuras encuestas.

¿Cómo difirieron las fuentes de financiamiento por región?

Fuente de financiamiento	Africa N=231	Asia y Oriente próximo N=103	América Central y Caribe N=47	América del Sur N=87
Otras	11,3%	25,0%	24,4%	19,7%
Donaciones locales/ de la comunidad	15,1%	17,4%	4,9%	3,9%
Institución privada internacional	10,4%	18,5%	2,4%	15,8%
Gobierno nacional,	7,5%	5,4%	29,3%	18,4%
Cuotas de los miembros	14,6%	4,3%	0%	2,6%
Organismo gubernamental multilateral	10,8%	7,6%	9,8%	1,3%
Financiamiento autónomo	7,5%	1,1%	0%	9,2%
Gobierno extranjero distinto de EE. UU.	3,8%	6,5%	7,3%	3,9%
Venta de servicios/productos	6,1%	3,3%	4,9%	2,6%
Gobierno de EE. UU.	1,9%	0%	9,8%	3,9%
Fundación privada	3,3%	1,1%	0%	5,3%
Gobierno local	.9%	2,2%	2,4%	7,9%
Recaudación general de fondos	3,3%	3,3%	0%	0%
Apoyo de una iglesia ¹	1,9%	0%	0%	3,9%
Sin financiamiento actual	1,4%	2,2%	2,4%	1,3%
Empresas privadas	0%	2,2%	2,4%	0%

Cuadro 4

n = 421

En África, los programas citaron con mayor frecuencia como fuentes de financiamiento primario las donaciones locales/de la comunidad, cuotas de los miembros, organizaciones gubernamentales multilaterales e instituciones internacionales privadas (15,1, 14,6, 10,8 y 10,4 por ciento, respectivamente). En Asia y Oriente Próximo, las principales fuentes de financiamiento fueron instituciones internacionales privadas, donaciones locales/de la comunidad y organismo gubernamentales multilaterales (18,5, 17,4, 17,6 por ciento). En América Central y el Caribe, las fuentes principales fueron los gobiernos nacionales, el gobierno de EE. UU., organismos gubernamentales multilaterales y gobiernos extranjeros distintos del de EE.UU. (29,3, 9,8, 9,8 y 7,3 por ciento, respectivamente). En América del Sur, las fuentes de financiamiento principales que se citaron con más frecuencia fueron el gobierno nacional o las instituciones internacionales privadas (18,4 y 15,8 por ciento, respectivamente), mientras que un poco más de 9 por ciento se sostenían por sí solas (cuadro 4).

¿Qué tipo de personal tienen los programas?

Tipo de empleado	Numero de empleados				
	1-10	11-20	21-50	->=51	Ninguno
Tempo completo (n=482)	55,8%	7,1%	5,7%	2,2%	29,2%
Tiempo parcial (n=482)	36,6%	4,7%	3,2%	3,0%	52,5%
Voluntarios (n=482)	10,4%	10,4%	11,7%	10,8%	56,7%

Cuadro 5

n = 343

La mayor parte de las organizaciones (55,8 por ciento) tienen 10 o menos empleados de tiempo completo. Más de una tercera parte emplean a 10 o menos personas a tiempo parcial. La mayor parte (56,7%) no tienen voluntarios, mientras que alrededor de 10 por ciento cuentan con 10 o menos voluntarios (cuadro 5).

¿Dónde se prestaban los servicios?

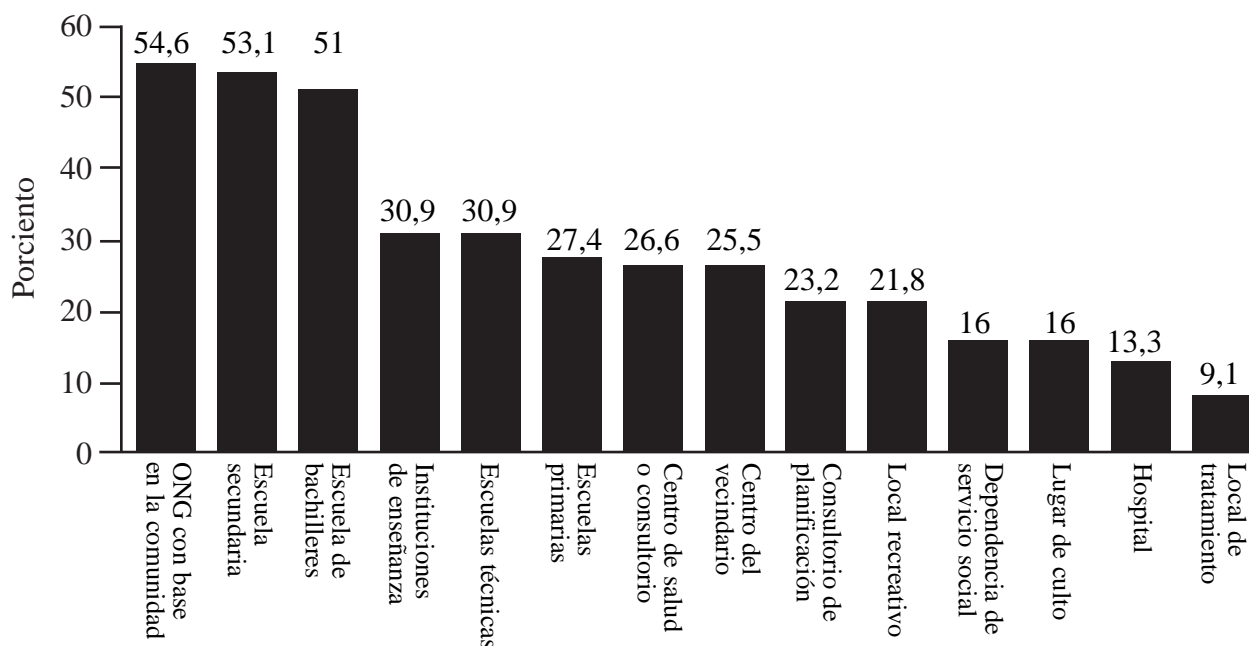


Figura 7

n = 482

La mayor parte de los programas que prestaban servicios de salud reproductiva y sexual a los adolescentes y que respondieron a la encuesta proporcionaban información o servicios a los jóvenes en varios sitios, y la mayoría estaban localizados dentro de organizaciones no gubernamentales con sede en la comunidad (54,6 por ciento). Muchos programas también llegaban por extensión a los jóvenes en instituciones escolares, particularmente escuelas secundarias y de bachilleres, escuelas técnicas e instituciones de enseñanza superior (53,1, 51,0, 30,9 y 30,9 por ciento, respectivamente). Al parecer, los programas prestaban servicios a los jóvenes en los sitios donde era más probable encontrarlos (figura 7).

¿Quiénes eran los jóvenes a los que estaban llegando los programas?

La encuesta de 1997 analizó programas que prestaban servicios a jóvenes comprendidos entre los 10 y los 24 años de edad. Se pidió a los encuestados que respondieran el cuestionario basándose solamente en la información y los servicios prestados a las personas de esta edad, incluso si el programa atendía también a otros grupos etarios.

¿Qué edad tenían los participantes de los programas?

10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	20 a 24 años
41,9%	67,0%	81,1%	64,7%

Cuadro 6

N = 482

**La suma total no arroja 100 por ciento porque los programas mencionaron todos los grupos de edad a los que atendían.*

Muchos programas indicaron que prestaban servicios a jóvenes de todos los grupos de edad. Lo más probable es que los programas se concentraran en los jóvenes de 16 a 19 años, pues 81,1 por ciento de los programas atendían a ese grupo. Según mencionaron los encuestados, 67 por ciento de los programas atendían a muchachos de 13 a 15 años; más de 64 por ciento prestaban servicios a jóvenes de 20 a 24 años; y 41,9 por ciento atendían a los de 10 a 12 años (cuadro 6).

¿A qué tipo de poblaciones pretendían atender con más frecuencia los programas?

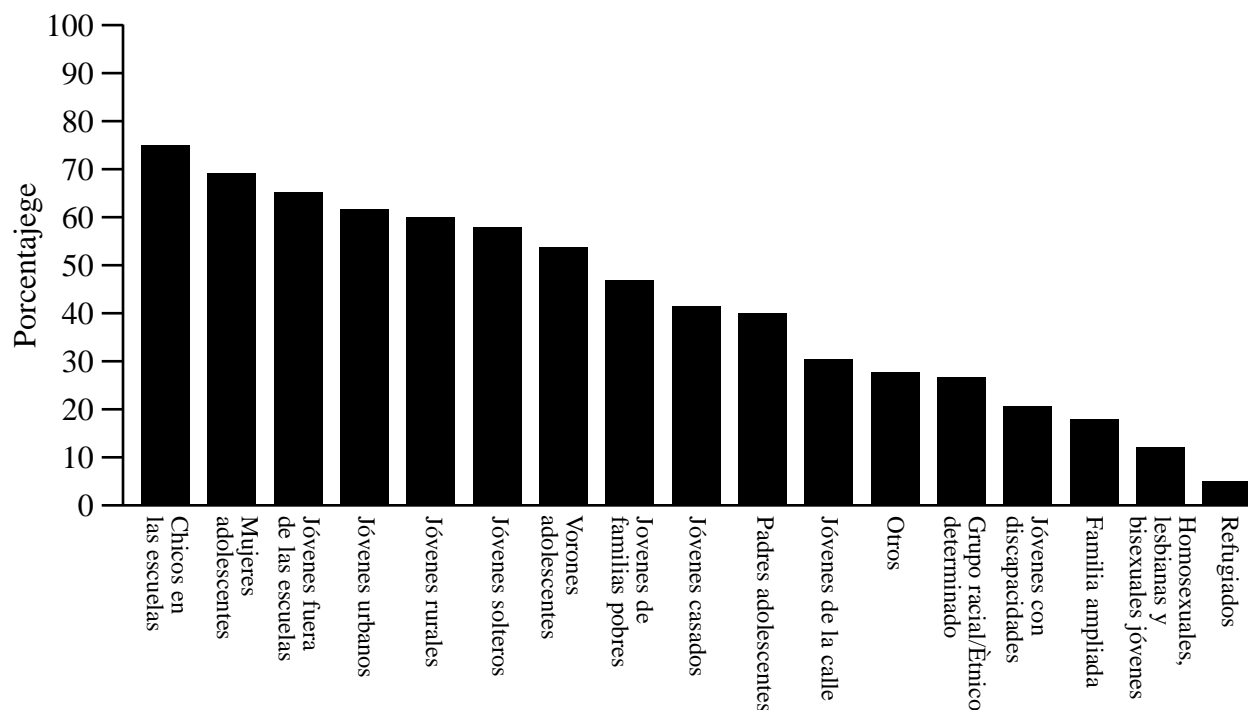


Figura 8

n = 482



El grupo destinatario que citaron con mayor frecuencia los programas fueron los jóvenes en las escuelas, las mujeres y los jóvenes fuera de las escuelas. Más de 74 por ciento de los programas concentraban su atención en los jóvenes en las escuelas, 78,5 por ciento tenían interés en las mujeres adolescentes y 63,7 por ciento prestaban servicios a los jóvenes que no estaban en las escuelas. Los jóvenes urbanos, rurales, solteros y los adolescentes de sexo masculino fueron mencionados como poblaciones destinatarias por 61,4, 59,8, 57,1 y 53,7 por ciento, respectivamente, de los encuestados. Las poblaciones destinatarias mencionadas con menor frecuencia fueron las lesbianas, homosexuales y bisexuales jóvenes y los refugiados, pues solo 13,5 y 6,8 por ciento de los encuestados, respectivamente, los mencionaron en su programa (figura 8). Algunos programas informaron que se concentraban en minorías raciales o étnicas, por ejemplo, un programa boliviano se concentra en los aymará.

¿Qué tipo de información y servicios están proporcionando los programas?

Estos resultados ofrecen una indicación general del tipo de servicios que están prestando los programas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes. Debido al diseño utilizado en el cuestionario, no se obtuvo información sobre cómo difería la prestación de servicios según los distintos grupos de edad. Por ejemplo, el personal de la División Internacional de Advocates no pudo determinar si los participantes de mayor edad en un programa recibían una gama de información y servicios diferente de la que se daba a los participantes más jóvenes.

¿Qué actividades se llevaban a cabo en relación con la educación sobre sexualidad?

Tipo de educación	% de programas
Educación sobre prevención de infección por VIH/sida	83,0
Educación sobre prevención de ETS/ITS	80,5
Educación sobre aptitudes para la vida	68,9
Educación sobre abstinencia y anticoncepción	65,8
Educación sobre cuestiones de género	63,7
Educación sobre l'anatomía y la fisiología	62,9
Educación sobre anticonceptivos	61,4
Educación sobre practicas tradicionales	48,1
Educación sobre abstinencia solamente	38,4
Educación sobre sexualidad para hombres	33,4
Remisión a programas de educación sobre abstinencia y anticoncepción	21,0

Cuadro 7

n = 482

Casi todos los programas (83,0 por ciento) ofrecían educación sobre prevención de la infección por el VIH/sida. Más de 80 por ciento de los programas ofrecían asimismo educación sobre la prevención de ETS/ITS. Más de 65 por ciento de los encuestados dijeron que proporcionaban educación sobre anticoncepción y abstinencia, y 21,0 por ciento ofrecían remisión para este tipo de educación (cuadro 7). Más de 38 por ciento de los encuestados mencionaron que ofrecían educación sobre la sexualidad que se concentraba exclusivamente en la abstinencia, mientras que 61,4 por ciento ofrecían educación anticonceptiva (que puede o no haber incluido un componente de



abstinencia). Varios programas ofrecían varios tipos de educación. Algunos programas indicaron que ofrecían varios tipos de educación sobre la sexualidad, por ejemplo, educación sobre abstinencia solamente y educación anticonceptiva. Podría tratarse de servicios para distintos públicos destinatarios o distintas edades, o tal vez refleje confusión en algunos encuestados.

Otros servicios educativos proporcionados directamente a los jóvenes fueron aptitudes para la vida, que incluye aptitudes de comunicación, toma de decisiones y fijación de metas (68,9 por ciento); educación sobre cuestiones de género (63,7 por ciento) y educación sobre prácticas tradicionales (48,1 por ciento) (cuadro 7).

¿Qué tipo de educación sobre sexualidad ofrecían los programas, por región?

Tipo de educación sobre sexualidad	Africa N=231	Asia y Oriente Próximo N=103	América Central y Caribe N=47	América del Sur N=87
Abstinencia solamente	55,4	30,1	21,3	14,9
Abstinencia y anticoncepción	71,4	56,3	55,3	71,3
Anatomía y fisiología	60,6	60,2	68,1	73,6
Infección por VIH/sida	90,5	80,6	76,6	75,9
Anticoncepción	63,6	55,3	55,3	69,0
Asuntos de género	63,6	63,1	66,0	66,7
Prácticas tradicionales	64,5	43,7	37,8	21,8

Cuadro 8

La educación sobre la prevención de la infección por el VIH/sida fue el tema que recibió la máxima atención en todas las regiones. En Africa, los programas tendían a subrayar la educación sobre sexualidad que se concentraba en la abstinencia, la prevención de la infección por el VIH/sida y las prácticas tradicionales, por comparación con los programas de Asia y Oriente Próximo, América Central y el Caribe o América del Sur. Por comparación con las otras regiones, los programas de América del Sur eran los que más comúnmente ofrecían educación anticonceptiva, mientras que los de América Central y el Caribe eran los que más proporcionaban educación sobre anatomía y fisiología. Los programas de todas las regiones ofrecían educación sobre cuestiones de género más o menos en la misma proporción (cuadro 8).

¿Cuál era la relación entre el nivel de financiamiento y los objetivos del programa?

Objetivo	\$0-5.000 N=41	\$5.001- 10.000 N=27	\$10.001 20.000 N=21	\$20.001- 50.000 N=42	\$50.000 N=76
Educación sobre prevención de infección por VIH/sida	65,9	63,0	81,0	76,2	84,2
Educación sobre prevención de ETS/ITS	63,4	63,0	71,4	76,2	77,6
Desarrollo de los jóvenes	73,2	55,6	76,2	69,0	64,5
Salud y bienestar	53,7	55,6	38,1	81,0	78,9

Cuadro 9

Los tres objetivos citados con mayor frecuencia por los programas cuyo presupuesto era mayor de \$50.000 al año fueron la educación sobre prevención de la infección por el VIH/sida (84,2 por ciento), mejoramiento general de la salud y el bienestar de los adolescentes (78,9 por ciento) y educación sobre prevención de ETS/ITS (77,6 por ciento). Los programas cuyo presupuesto era de 0 a 5.000 dólares se concentraban con mayor frecuencia en desarrollo/liderazgo de jóvenes (73,2 por ciento), educación sobre la prevención por VIH/sida (65,9 por ciento) y educación sobre prevención de ETS/ITS (63,4 por ciento) (cuadro 9).

¿Cuál fue la relación entre el nivel de financiamiento y las estrategias del programa?

Estrategia	\$0-5.000 N=41	\$5.001- 10.000 N=27	\$10.001 20.000 N=21	\$20.001- 50.000 N=42	\$50.000 N=76
Promoción de causa	40,5	48,1	28,6	53,7	55,3
Formulación de políticas	9,5	14,8	19,0	19,5	21,1
Investigación/evaluación	42,9	33,3	42,9	58,5	60,5
Servicios directos	81,0	77,8	85,7	78,0	84,2
Adiestramiento/asistencia técnica	33,3	48,1	57,1	68,3	60,5
Financiamiento de organizaciones que prestan servicios a jóvenes	9,5	11,1	4,8	2,4	13,2
Extensión a jóvenes	54,8	70,4	57,1	61,0	65,8

Cuadro 10

Nota: Se pidió a los programas que dieran sus cifras en dólares de Estados Unidos.

En cada intervalo de presupuesto, la prestación de servicios directos a los jóvenes fue la estrategia programática citada con mayor frecuencia. Después de los servicios directos, las estrategias mencionadas con mayor frecuencia por programas cuyo presupuesto era inferior a \$5.000 dólares al año fueron las siguientes: extensión a jóvenes (54,8 por ciento), investigación/evaluación (42,9 por ciento) y defensa de la causa (40,5 por ciento). Después de los servicios directos, las estrategias más comunes de los programas cuyo presupuesto era mayor de \$50.000 dólares fueron extensión a jóvenes (65,8 por ciento), adiestramiento o asistencia técnica a otras organizaciones (60,5 por ciento), investigación/evaluación (60,5 por ciento) y promoción de la causa (55,3 por ciento). Las estrategias mencionadas con mayor frecuencia fueron la formulación de políticas y el financiamiento de organizaciones que prestan servicios a los jóvenes (cuadro 10).



¿Qué actividades se llevaban a cabo en relación con embarazo/anticoncepción?

Tipo de servicio	% de programas que ofrecen el servicio
Orientación sobre anticonceptivos	53,9
Distribución de anticonceptivos	41,9
Orientación sobre crianza de los hijos	32,0
Atención prenatal	30,5
Atención posnatal	28,2
Orientación sobre aborto	12,7
Orientación sobre adopción	11,8
Servicios de adopción	5,4
Servicios de aborto	3,5

Cuadro 1

Casi 54 por ciento de los programas ofrecían orientación sobre anticonceptivos a los participantes jóvenes, y 41,9 de los programas distribuían anticonceptivos. El asesoramiento sobre crianza de los hijos era ofrecido por 32,0 por ciento de los programas, mientras que la atención prenatal y la posnatal eran ofrecidas por 30,5 y 28,2 por ciento de los programas, respectivamente. La orientación sobre aborto se ofrecía con más frecuencia que la orientación sobre adopción (12,7 y 11,8 por ciento, respectivamente), mientras que los programas ofrecían con mayor frecuencia servicios de adopción que servicios de aborto (5,4 y 3,5, respectivamente) (cuadro 11).

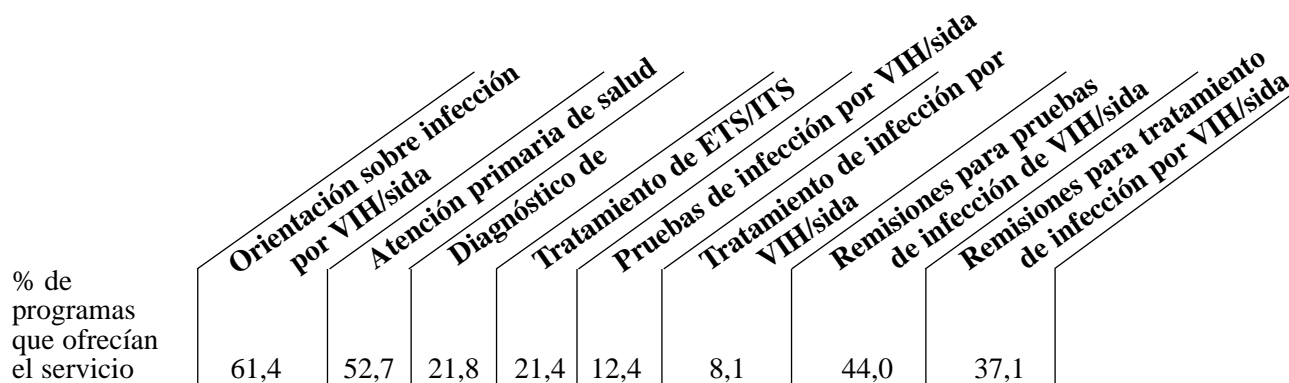
¿Cómo se comparaban las regiones con respecto a la prestación de servicios de aborto o remisiones para este servicio?

	Africa N=231	Asia y Oriente Próximo N=103	América Central y Caribe (N=47)	América del Sur N=87
Proporciona servicios de aborto	2,6	20,8	15,8	—
Proporciona remisiones para aborto	28,7	30,2	26,3	25,8
No proporciona ninguno	68,7	50,9	57,9	74,2

Cuadro 12

En África, 2,6 por ciento de los programas prestaban servicios de aborto a los jóvenes, 28,7 por ciento ofrecían remisiones para aborto y casi 69 por ciento no ofrecían ninguno de estos servicios. En Asia y Oriente Próximo, las cifras correspondientes fueron 20,8, 30,2 y 50,9 por ciento, respectivamente. En América Central y el Caribe, 15,8 por ciento de los programas ofrecían servicios de aborto, 26,3 proporcionaban remisiones para abortos y 57,9 no ofrecían ninguno de los servicios; En América del Sur, ningún programa ofrecía servicios de aborto, 25,8 por ciento ofrecían remisiones y 74,2 por ciento no ofrecían ninguno de los dos (cuadro 12).

¿Qué servicios se ofrecían en relación con la atención de salud?

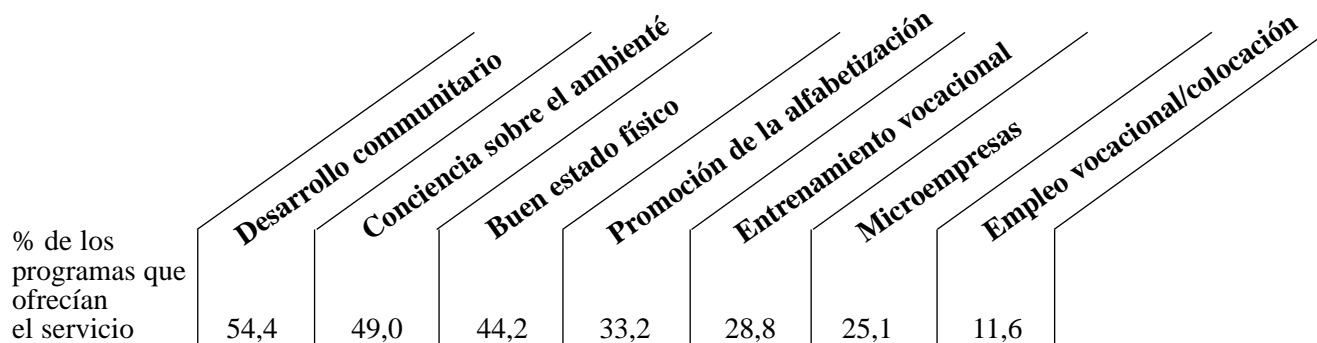


Cuadro 13

n = 482

La mayor parte de los programas informaron que facilitaban orientación sobre infección por el VIH/sida (61,4 por ciento) como actividad de asistencia sanitaria. Más de 52 por ciento ofrecían servicios de atención primaria de salud, mientras que el diagnóstico y el tratamiento de ETS/ITS eran ofrecidos por 21,8 y 21,4 por ciento, respectivamente. Las pruebas y el tratamiento de la infección por VIH/sida eran ofrecidos por 12,4 y 8,1 por ciento de los programas, respectivamente, mientras que 44,0 por ciento ofrecían remisiones para pruebas de VIH/sida y 37,1 remisiones para tratamiento (cuadro 13).

¿Qué servicios se ofrecían en relación con el desarrollo de los jóvenes?

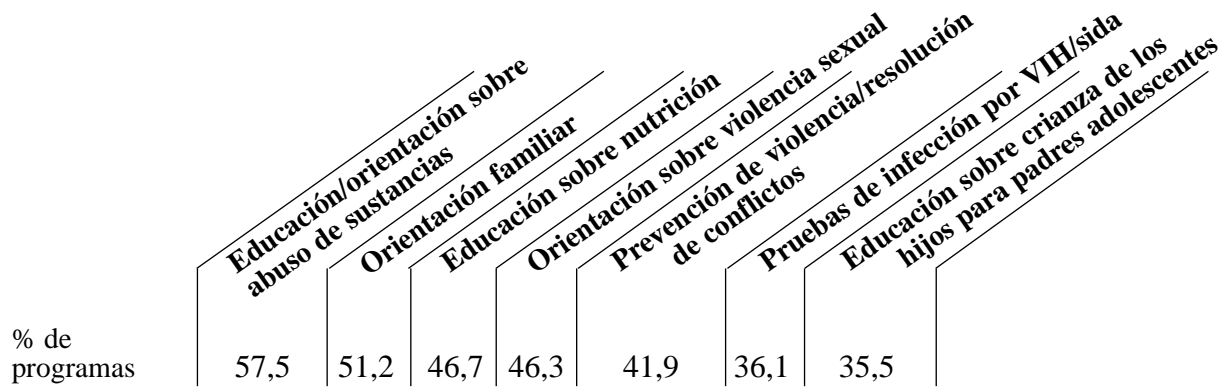


Cuadro 14

n = 482

Los servicios de desarrollo de los jóvenes fueron comunes. Más de 54 por ciento de los programas ofrecían servicios relacionados con desarrollo de la comunidad y 49,0 ofrecían a los jóvenes actividades que se concentraban en la toma de conciencia ambiental. Las actividades para el mejoramiento del estado físico eran ofrecidas por 44,2 por ciento de los programas encuestados, y muchos ofrecían promoción de la alfabetización, capacitación técnica o actividades microempresariales (33,2, 28,8 y 25,1, respectivamente). La menos común de estas actividades fue la capacitación en oficios técnicos/bolsa de trabajo (11,6 por ciento (cuadro 14).

¿Qué otro tipo de servicios de orientación o educativos se ofrecían?



Cuadro 15

n = 482

Eran populares muchos otros tipos de actividades de orientación o educativas, tales como educación/orientación sobre abuso de sustancias, orientación familiar, educación sobre nutrición y orientación sobre violencia sexual en relación con violación o incesto (57,5, 51,2, 46,7 y 46,32 por ciento, respectivamente). Los servicios de prevención de la violencia y resolución de conflictos, educación sobre crianza de los hijos para los padres adolescentes y educación sobre crianza de los hijos para los padres de adolescentes eran servicios proporcionados respectivamente por 41,9, 36,1 y 35,5 por ciento de los programas (cuadro 15).

¿En qué grado y de qué manera pusieron en práctica los programas proyectos de educación por pares?

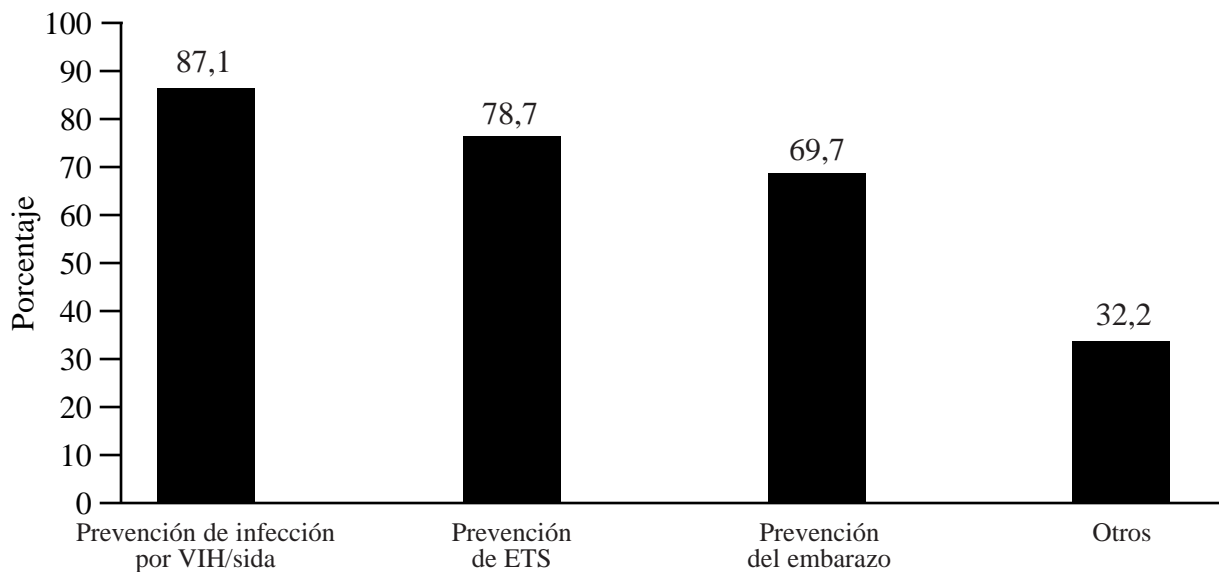


Figura 9

n = 389

Casi 85 por ciento de los programas utilizaron educadores que eran pares de los individuos que formaban el grupo destinatario, a fin de hacer llegar información y a veces anticonceptivos a los jóvenes. Setenta y cinco por ciento de los programas en América Latina y Asia ofrecían educación por pares, y en África esta cifra llegó a 90 por ciento. La prevención de la infección por el VIH/sida se consideró como la meta de la educación por pares por 87,1 por ciento de los programas. Más de 78 por ciento indicaron que la prevención de las ETS era su meta, mientras que para 69,7 por ciento lo era la prevención del embarazo (figura 9).

Otras metas citadas a menudo por los proyectos de educación por pares eran el empoderamiento de los jóvenes con respecto a su salud reproductiva y sexual, la prevención del abuso de drogas y alcohol y la prevención de la violencia y el abuso sexual. Más de 55 por ciento de los proyectos de educación por pares proporcionaban condones u otros anticonceptivos.

¿Qué actividades de información, educación y comunicación (IEC) se llevaban a cabo o qué medios de comunicación se usaban?

Medios de IEC	% de programas
Discusión en pequeños grupos	85,5
Materiales impresos	75,1
Orientación	66,2
Teatro	58,7
Presentaciones en grupos grandes	58,3
Profesor formal/conferenciante invitado	57,5
Películas	51,9
Juegos	46,1
Programas de radio	29,3
Ferias de la salud	29,3
Televisión	29,0
Otros	25,5
Consultorio telefónico	12,9
Ninguno	9,8
Internet	3,7

Cuadro 16

n = 482

Los debates en grupos pequeños fueron el tipo de actividad utilizada con mayor frecuencia para proporcionar información sobre salud sexual a los jóvenes, y la mencionaron más de 85 por ciento de los programas. Los materiales impresos y la orientación fueron mencionados por 75,1 y 66,2 por ciento de los programas, respectivamente. Por su parte el teatro, las presentaciones frente a grupos grandes y el profesor o conferenciante invitado formales fueron mencionados por 58,7, 58,3 y 57,5 por ciento de los entrevistados, respectivamente. Otros tipos de actividades o medios de información usados comúnmente fueron las películas (51,9 por ciento), programas de radio (29,3 por ciento) ferias de salud (29,3 por ciento) y programas de televisión (29,0 por ciento) (cuadro 16).

¿Qué tipo de materiales o actividades de información, educación y comunicación (IEC) elaboraban los programas?

Medio de IEC	% de programas
Folletos	23,4
Manuales/libros	18,5
Carteles	10,7
Otros	10,4
Ninguno	9,8
Boletines de noticias	6,6
Programas de audio/video	5,5

Cuadro 17

n = 482

Los materiales o actividades de IEC elaborados con mayor frecuencia por los programas fueron los folletos (23,4 por ciento) y manuales y libros (18,5 por ciento) (cuadro 17).

¿En qué grado y de qué manera se conseguía la participación de los jóvenes en la programación?

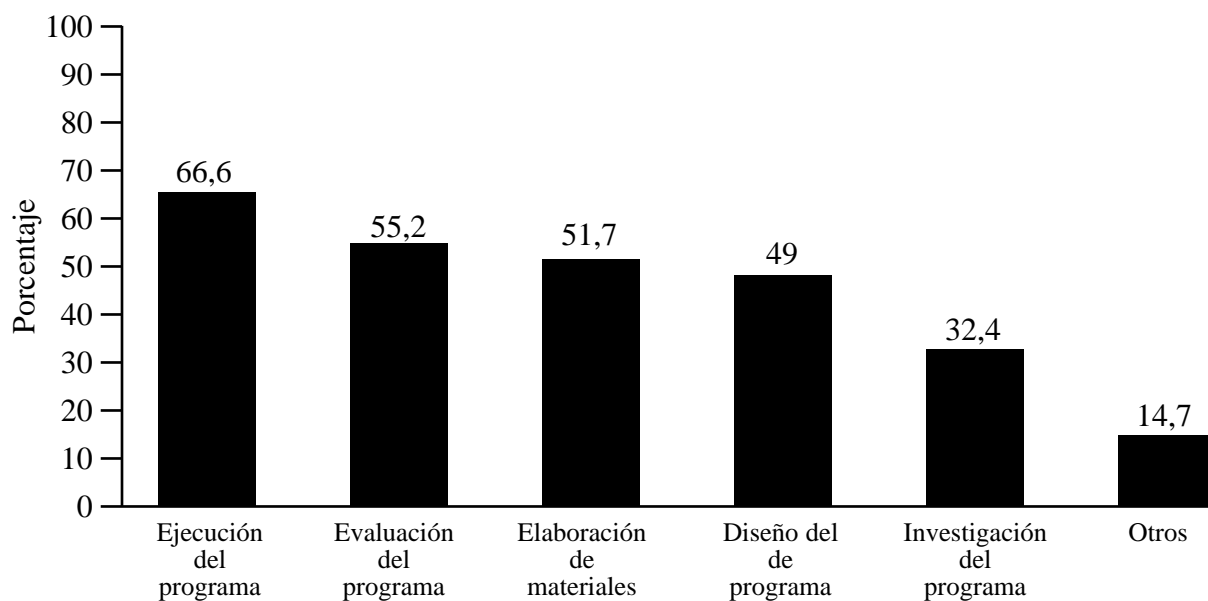


Figura 10

n = 482

Más de 66 por ciento de los programas informaron que los jóvenes participaban en la ejecución de estos. También intervenían en la evaluación del programa (55,2 por ciento), la elaboración de materiales (51,7 por ciento) y el diseño del programa (49,0 por ciento) (figura 10).

¿Se evaluaban estos programas?

Sí	25,5
No	65,4
Evaluación en curso	9,1

Cuadro 18

n = 482

Más de 25 por ciento de los entrevistados indicaron que el programa se había sometido a algún tipo de evaluación por una entidad externa. Nueve por ciento mencionaron que la evaluación estaba en marcha, mientras que más de 65 por ciento nunca habían sido evaluados (cuadro 18).

Capítulo 4

Observaciones y reflexiones acerca de los cambios observados

Esta publicación proporciona un breve análisis de los programas dirigidos a los adolescentes que respondieron a la encuesta *Al servicio del futuro*. Aunque los resultados de la encuesta de 1997 no se pueden comparar científicamente con los de las encuestas anteriores, es informativo tomar en cuenta las semejanzas y algunas diferencias entre los resultados de 1997 con los de 1985 y 1989.

Los programas siguieron dedicados a ofrecer educación sobre la infección por el VIH/sida y las ETS y también la prevención del embarazo.

En 1985, los programas encuestados se concentraron casi exclusivamente en la prevención del embarazo o la regulación de la fecundidad; pocos lidiaron con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los programas encuestados en 1989 pusieron de manifiesto un profundo interés en la educación y orientación sobre la prevención de la infección por el VIH y las ETS. En 1997, los programas encuestados seguían dedicados a prevenir la infección por el VIH y otras ETS. Mientras que la proporción de los programas que ofrecieron educación sobre la prevención de las ETS siguió siendo equivalente entre 1989 y 1997, hubo un gran aumento de los programas que ofrecieron orientación sobre infección por el VIH/sida. Sin embargo, es notable que en los programas encuestados en 1997 fueron mucho menos probable que proporcionaran educación sobre anticonceptivos y sobre fisiología y anatomía de la salud reproductiva o servicios de información sobre salud reproductiva, específicamente a varones jóvenes que los programas que se encuestaron en 1989.

Abordar la salud reproductiva y sexual de los adolescentes, con inclusión de la sexualidad humana, los valores y la autodeterminación incipiente de los jóvenes, plantea grandes dificultades. Para muchos de los programas que respondieron, el tema es demasiado polémico y prefieren no abordarlo. A pesar de todo, el surgimiento de la infección por el VIH/sida como una crisis sanitaria internacional ha abierto el debate acerca de la sexualidad y ha propiciado sólidos esfuerzos por controlar la epidemia en muchos países. Este énfasis evidente en abordar el problema de VIH/sida puede ser a expensas de los programas que están enfrentando directamente las cuestiones relativas al embarazo y la procreación prematuras ó cuestiones que entrañan tradiciones culturales y sociales de larga data y profundamente arraigadas que resulta difícil modificar. Vale la pena que en investigaciones futuras se estudien la trascendencia del cambio de la prevención del embarazo a la prevención de la infección por el VIH/sida.

Es menos probable que los programas ofrezcan anticonceptivos

Los programas que respondieron a la encuesta en 1997 fueron considerablemente menos probables que ofrecieran acceso a los anticonceptivos que los programas que respondieron en 1989. Hay varias explicaciones posibles para esto. Esta disminución puede reflejar la cada vez mayor renuencia social para proporcionar anticonceptivos a los jóvenes o puede ser causada por las restricciones de los recursos. Esta aparente disminución, también puede ser por el diseño del estudio o de un programa en particular incluido en la base de datos de Advocates.

La educación por pares es cada vez más popular y los educadores de sus pares ofrecen anticonceptivos más a menudo.

La gran mayoría de los programas encuestados en 1997 trabajaron con educadores de sus pares, indicando que la educación por pares sigue siendo una estrategia popular para abordar los temas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes. En las encuestas de 1989 los programas de educación por pares fueron menos frecuentes que en los de 1985; el aumento en la popularidad de la educación por pares de 1989 a 1997 indica que los programas están buscando estrategias innovadoras, eficaces y menos caras para llegar a los jóvenes.

Tanto en 1989 como en 1997 y casi en la misma proporción, los programas que respondieron tanto en América Latina como en Asia, implementaron los proyectos de educación por pares. Las dos regiones experimentaron el mismo aumento de 1989 a 1997 en el número de programas que respondieron que tienen educadores de sus pares. En África, la popularidad de la educación por sus pares aumentó de manera espectacular entre 1989 y 1997. En todas las regiones, era mucho más probable que los educadores de sus pares les facilitaran condones u otros anticonceptivos al público beneficiario en 1997 que en 1989. Este resultado es particularmente interesante ya que los programas que respondieron, por lo general, era menos probable que ofrecieran anticonceptivos a los adolescentes en 1997 que en 1989.

Los programas encuestados están procurando facilitar información sobre salud reproductiva y sexual de manera tal que aborde las necesidades verdaderas de los jóvenes de hoy. Los jóvenes que son debidamente preparados como educadores de sus pares y a los que se les brinda apoyo y supervisión apropiados suelen ser medios excelentes para transmitir información sobre salud reproductiva y sexual porque entienden a quienes son como ellos. La cada vez mayor participación de los jóvenes en la educación de sus pares y otras campañas puede ser en respuesta al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994, la que hizo un llamado a los jóvenes para que participen más en los programas. Como medida siguiente, los programas que trabajan con educadores de sus pares deben considerar la conveniencia de la evaluación para adaptar mejor sus actividades en esta esfera, a fin de atender mejor a los jóvenes.

Enseñanzas aprendidas de una iniciativa de educación por pares evaluada

La Iniciativa de los Jóvenes de África Occidental (WAYI por la sigla en inglés) fue una colaboración de Advocates for Youth, la Asociación de Salud Reproductiva y Familiar de Nigeria, el Centro Regional Africano de Educación Sanitaria, y nueve organizaciones comunitarias que prestan servicio a la comunidad en Nigeria y Ghana. La meta de WAYI era mejorar los conocimientos de los adolescentes sobre salud reproductiva y fomentar comportamientos sexuales menos arriesgados entre los jóvenes sexualmente activos valiéndose para ello de la educación por pares. Se llevó a cabo una evaluación integral del proceso y una evaluación limitada del resultado de la WAYI, por la cual se compararon los resultados de los grupos de intervención con los de grupos testigos no equivalentes, y también se compararon los resultados entre las diferentes poblaciones, concretamente alumnos de las escuelas y muchachos que no asistían a la escuela.

Los datos de nueve proyectos mostraron que 44.118 recibieron información y orientación y 2.014 fueron remitidos para que recibieran otros servicios. Siete proyectos notificaron la distribución de 27.450 condones y 12.692 comprimidos de espuma espermaticida. En general, se prestaron servicios a tres varones por cada dos mujeres. El proyecto midió aumentos significativos en los conocimientos acerca de salud reproductiva, uso de anticonceptivos modernos y autoeficacia, particularmente en los chicos que asistían a las escuelas.

En general, WAYI demostró que:

- La educación por pares es de lo más eficaz en las escuelas secundarias.
- La educación por pares es un poco mejor para llegar a los varones que a las mujeres.
- La salud reproductiva de los adolescentes es un tema delicado.
- Los proyectos deben guiarse por las necesidades de información y servicios por parte de los jóvenes.

¿Qué recomendaciones para actividades futuras emanaron del proyecto WAYI?

- Es necesario obtener más información sobre lo que presta eficacia a las intervenciones, especialmente en el caso de las muchachas y los chicos que no asisten a la escuela.
- Es preciso identificar estrategias eficaces para hacer participar a los jóvenes.
- Los programas deberían intervenir antes de que los jóvenes empiecen su actividad sexual y deberían considerar la conveniencia de ayudar a los chicos a adquirir información y destrezas en la escuela primaria.
- Los programas deberían forjar lazos más fuertes entre la información y los servicios.

Si desea obtener más información sobre WAYI, póngase en contacto con la División Internacional de Advocates for Youth, 1025 Vermont Avenue, N.W., Suite 200, Washington, DC 20005. Tel.: (202)347-5700, fax: (202)347-2263, correo electrónico: info@AdvocatesforYouth.org. o www.advocatesforyouth.org

La promoción de la causa cobra cada vez más importancia para los programas exitosos.

Entre 1989 y 1997, la participación de los programas en la promoción de la causa aumentó muchísimo. En 1997 los programas que respondieron, reconocieron la importancia de cabildear para aumentar el financiamiento y para mejorar las políticas de la salud reproductiva de los adolescentes. Presionar para conseguir esos resultados fue importante tanto para alcanzar los objetivos del programa como para garantizar que los adolescentes tengan acceso a la información y los servicios para que tomen decisiones sanas con respecto a su vida sexual.

Disminución en la proporción de programas que reciben financiamiento gubernamental.

La proporción de programas que informaron recibir apoyo económico del gobierno disminuyó moderadamente en 1997 óno es sorprendente, ya que la mayoría de los programas encuestados en 1989 y 1997 fueron ONGs que dependen relativamente del poco financiamiento del gobierno. Otra razón de esta baja puede ser que han disminuido los montos disponibles, que menos programas reciben más dinero o que el dinero se invierte de distinta forma. Este tema merece más investigación

El contacto con los jóvenes es generalmente en las escuelas.

Entre los encuestados de 1989, la mayoría de los programas trabajaban con los jóvenes en los sitios óespecialmente en las escuelasó en donde era más probable encontrarlos, proporcionándoles información y servicios sobre salud reproductiva. Aparte de las instalaciones del programa, las escuelas fueron los sitios en donde se encontraba a los jóvenes. En 1997, la amplia mayoría de los entrevistados mencionaron que sus programas proporcionaban información y servicios sobre salud reproductiva y sexual en las escuelas, como son escuelas elementales o primarias (6 a 12 años de edad), secundarias (13 a 15 años) bachillerato (16 a 18 años), instituciones de enseñanza superior, escuelas técnicas o instituciones terciarias.

Con excepción de los países más pobres, entre 70 y 100 por ciento de los jóvenes actualmente están matriculados en escuela primaria; no obstante, muchos alumnos, especialmente niñas, no pasan de la educación primaria, esto es particularmente valedero en ¡frica al sur del Sahara. Por ejemplo, en Burundi, la República Centroafricana, Mali y Níger, menos de 10 por ciento de las muchachas reciben al menos siete años de educación.

Si bien los programas deben seguir entrando en contacto con los jóvenes en los sitios donde es más probable que estos se encuentren, deben también afanarse por llegar a quienes no asisten a las escuelas y hacerlo a una edad más temprana.

Los programas están trabajando para satisfacer una gama de necesidades.

Más programas encuestados en 1997 que en 1989 trabajaron para satisfacer una amplia gama de necesidades de los jóvenes. Se produjo un aumento de modesto a moderado en el número de

programas que informaron que ofrecían aptitudes para la crianza de los hijos, actividades deportivas o recreativas y bolsa de trabajo para los jóvenes. En 1997, pocos programas respondieron que ofrecían proyectos para generar ingresos, capacitación técnica y bolsa de trabajo y colocación de los jóvenes que en 1989.

Los jóvenes de todo el mundo se enfrentan con dificultades sociales, económicas y de salud para satisfacer sus necesidades de aprender y adoptar comportamientos sexuales sanos. Por consiguiente, es alentador comprobar que muchos de los programas encuestados brindan un apoyo a los jóvenes que va más allá de sus necesidades en materia de salud reproductiva y sexual. Los programas deben seguir apoyando a los jóvenes, que tienen una compleja gama de necesidades y aptitudes porque limitarse solamente a prestarles servicios e información en materia de salud reproductiva no los ayudará necesariamente a adoptar comportamientos sanos.

Es más frecuente que los jóvenes participen en todas las fases de los programas.

En 1989, los programas hacían esfuerzos moderados para hacer participar a los jóvenes en la aplicación, evaluación, elaboración de materiales, diseño del programa e investigación del programa. Entre aquellos que respondieron en 1997, los jóvenes intervenían con mayor frecuencia todos los aspectos de la programación, excepto la investigación, la cual disminuyó un poco comparada con la de 1989.

Estas cifras pueden reflejar una mayor conciencia de los beneficios que reporta hacer participar a los jóvenes en la mayor parte de los aspectos de la programación. No obstante, esos números deben examinarse con cuidado. La gente tiene distintas ideas sobre lo que constituye la participación de los jóvenes. Por ejemplo, la participación de los jóvenes en el diseño del programa para algunos puede significar que un joven participó en una de las reuniones de planificación. Por el contrario, para otros tal vez quiera decir que los jóvenes participaron en la etapa conceptual del programa, la realización de entrevistas para la evaluación de las necesidades de la comunidad y la orientación del diseño del programa. Cuando los jóvenes participan de manera tal que se respetan sus valores y sus opiniones, se pueden obtener resultados impresionantes. Sin embargo, para cuantificar con precisión la índole y el grado de participación de los jóvenes en los programas se necesitará definir claramente lo que esto significa. El contenido y el alcance de la participación de los jóvenes en la planificación, la ejecución y el diseño del programa deberán explorarse más a fondo.

En 1997 se exploraron nuevas áreas programáticas.

Las encuestas de 1985 y 1989 se concentraron en programas de “manejo de la fecundidad” o prevención del embarazo. Algunos programas también abordaron cuestiones tales como la prevención de ETS y el desarrollo de los jóvenes. Reconociendo que en los últimos años se han producido muchos cambios en el campo de la salud reproductiva y sexual de los adolescentes, Advocates for Youth decidió explorar varias áreas nuevas en la encuesta de 1997, y tenía interés particular en conocer más sobre las direcciones que seguían los programas, variaciones regionales y determinados servicios. En futuras encuestas de programas se examinarán las tendencias temporales en relación con estas cuestiones.

• **Objetivos principales del programa**

Casi todos los programas indicaron que tenían varios objetivos principales. Aproximadamente 80 por ciento de los programas indicaron que tenían como objetivo principal la educación sobre prevención de la infección por el VIH/sida o las ETS/ITS. Casi 64 por ciento de los programas que respondieron indicaron que su objetivo principal era la prevención primaria del embarazo. El desarrollo de los jóvenes, el liderazgo y el mejoramiento de la salud y el bienestar general de los adolescentes, aparecieron como objetivos comunes y a menudo se clasificaron por delante de la prevención primaria del embarazo.

• **Proyectos de educación por pares**

Todos los programas que respondieron informaron que casi todas las actividades de educación por pares se concentraron en la prevención de la infección por el VIH/sida (87,1 por ciento), ETS/ITS (78,7 por ciento) y embarazo (69,7 por ciento). Con frecuencia, la educación por pares sirvió para hacer hincapié en otros temas sociales, en especial el empoderamiento de los jóvenes, particularmente las chicas, la prevención del abuso de drogas y alcohol, y la prevención de la violencia y el abuso sexual.

• **Jóvenes desatendidos**

Entre las posibles poblaciones de interés, era menos común que los programas estuviesen dirigidos a los jóvenes de la calle, los jóvenes de determinados grupos raciales o étnicos, los jóvenes con discapacidades, los jóvenes refugiados y homosexuales, lesbianas y bisexuales jóvenes. Si bien son encomiables los esfuerzos para llegar a los jóvenes en las escuelas, los que no asisten a la escuela, los que son más jóvenes o los que a veces se consideran “difíciles de alcanzar”, frecuentemente son quienes más necesitan la información y los servicios.

Un ejemplo de un programa innovador es Educación Sanitaria para los Inmigrantes Adolescentes, en Tel Aviv (Israel). Este programa ofrece educación sobre salud sexual, mental y física a inmigrantes adolescentes de Etiopía y la antigua Unión Soviética.

• **Tipos de educación sobre sexualidad, por región**

Los programas encuestados de todas las regiones informaron haber ofrecido una amplia gama de servicios de educación sobre sexualidad, y en distintas regiones se subrayan diferentes temas. En general, la mayoría de los programas que respondieron en todas las regiones ofrecían educación sobre prevención de la infección por el VIH/sida, anatomía y fisiología, abstinencia sexual y anticoncepción, educación sobre cuestiones de género y educación sobre anticonceptivos. En todas las regiones, el tema más común de las actividades educativas fue la prevención de la infección por el VIH/sida.

Algunas de las diferencias regionales más extraordinarias se observaron en la educación relacionada con la abstinencia y las prácticas tradicionales proporcionada por programas africanos, por comparación con los programas sudamericanos. Por comparación con los programas de América del Sur, los de África ofrecían educación sobre abstinencia con una frecuencia cuatro veces mayor, y educación sobre prácticas tradicionales con una frecuencia tres veces mayor. Ciertos tipos de educación sobre la sexualidad ofrecidos por programas encuestados de América Central y el Caribe se parecían más estrechamente a los ofrecidos en Asia y el Oriente Próximo que a los sudamericanos. Por ejemplo, más o menos 55 por ciento de los programas de América

Central y el Caribe y de Asia y Oriente Próximo ofrecían educación sobre abstinencia y anticoncepción, mientras que 71 por ciento de los programas de América del Sur y África impartían este tipo de educación. De manera parecida, 55 por ciento de los programas encuestados en América Central y el Caribe y en Asia y Oriente Próximo ofrecían educación sobre anticoncepción, mientras que este tema era abordado por 63,6 por ciento de los programas en África y 69 por ciento en América del Sur. La evaluación de los programas de educación sobre la sexualidad en todas las regiones puede aportar información valiosa sobre lo que da mejores resultados con diferentes poblaciones.

- **Servicios, remisiones y orientación sobre aborto**

Pocos entrevistados indicaron que su programa ofreciera orientación o servicios de aborto (12,7 y 3,7 por ciento, respectivamente). Una proporción ligeramente mayor de programas ofrecía remisiones para orientación sobre aborto (13,9 por ciento) o para servicios de aborto (13,1 por ciento). Estas cifras no son sorprendentes, ya que el aborto es ilegal o está severamente limitado en muchos países. Por tal motivo, es posible que los abortos se hayan limitado o subnotificado. Algunos programas solicitaron que esta información se considerase confidencial. El análisis exacto y pormenorizado de este tema delicado exigirá mayores investigaciones.

- **Otro tipo de servicios**

Muchos programas que respondieron ofrecían una variedad de servicios para satisfacer las necesidades diversas y complejas de los jóvenes. Los programas encuestados prestaban servicios de orientación o educación con respecto a abuso de sustancias (57,5 por ciento), orientación familiar (51,2 por ciento), educación sobre nutrición (46,7 por ciento), promoción de la alfabetización (33,2 por ciento), orientación sobre violencia sexual con respecto a la violación o el incesto (46,3 por ciento) y prevención de la violencia o capacitación en la resolución de conflictos (41,9 por ciento). Todos los programas deberían considerar la conveniencia de abordar la gama de necesidades de los jóvenes, a fin de ayudarlos a desarrollarse para llegar a ser adultos sanos.

- **Evaluación del programa**

Aproximadamente 31 por ciento de los encuestados mencionaron que el programa había efectuado o estaba efectuando una evaluación de proceso, de impacto o de resultado por un evaluador externo. Si bien esta cifra ofrece una idea general de la frecuencia de las evaluaciones, la noción de lo que constituye una evaluación varía ampliamente. Las investigaciones futuras deberán incluir una definición clara y común de lo que constituye la evaluación.

Vistazo a un programa: lecciones en la formulación de objetivos

En 1995, la Sociedad de la Cruz Roja de Ghana (GRCS por la sigla en inglés) y ACTION-AID de Ghana (AAG) colaboraron en un proyecto de educación por pares sobre infección por el VIH/sida para los jóvenes en las regiones nordeste y norte de Ghana, que son conservadoras. El Proyecto de Educación de los Jóvenes por sus Pares y el Sida capacita y supervisa a educadores de sus pares para que desarrollen actividades educativas con miras a proporcionar a los jóvenes información fundamental y sobre cambio de actitudes y adquisición de aptitudes, que necesitan para prevenir la infección por el VIH y las ETS. Las actividades, que se realizan con pequeños grupos, son interactivas, se basan en juegos y tienen como propósito concreto captar el interés de los jóvenes.

En septiembre de 1996, la GRCS y AAC invitaron a un evaluador externo a colaborar con los encargados de aplicar el proyecto para evaluar las actividades del año y determinar los puntos fuertes y los débiles del proyecto. Aunque ambas organizaciones esperaban que se efectuara una evaluación del impacto, esto resultó imposible a causa del breve periodo de ejecución del proyecto, la falta de información de base y el carácter general del objetivo del proyecto. Así pues, el evaluador se concentró en determinar si el proyecto estaba en el camino correcto para tener repercusiones en la promoción de la prevención de la infección por el VIH en los jóvenes y determinó indicadores adecuados para evaluar los logros del proyecto y recoger la información de base necesaria para elaborar estos indicadores.

El objetivo original del proyecto en 1996 era llegar a alrededor de 3000 jóvenes con mensajes para aumentar su conciencia sobre la transmisión de la infección por el VIH y las ETS, prevenir nuevas infecciones por el VIH/sida y ETS, fomentar el cambio de aptitudes y comportamientos, y promover las aptitudes de negociación para mantener relaciones sexuales sin riesgo.

El evaluador ayudó al proyecto a formular un objetivo más concreto y cuantificable, lo cual sentaría las bases para una futura evaluación integral del impacto. El objetivo modificado del proyecto fue entonces promover la prevención de la infección por el VIH en los jóvenes de las regiones Este superior y del Norte mediante lo siguiente:

- El uso de la educación por pares para llegar a 3.000 jóvenes de entre 15 y 25 años de edad, a fin de mejorar sus conocimientos, actitudes y destrezas necesarios para prevenir la infección por el VIH.
- Empoderar a los educadores de sus pares y a los participantes para que transmitieran la información sobre prevención de la infección por el VIH a otros 5.000 jóvenes, en su mayoría entre los 15 y los 25 años de edad.

Los indicadores específicos de la consecución de este objetivo son:

- Se seleccionará y capacitará a 84 educadores de sus pares.

- Al menos 70 por ciento de los educadores de sus pares seguirán colaborando a fines de 1996.
- Ochenta por ciento de los 3.000 participantes podrán identificar al menos dos modos de transmisión, incluida la transmisión sexual.
- Ochenta por ciento de los participantes podrán identificar dos formas de prevención eficaz de la transmisión sexual del VIH, además de la abstinencia sexual.
- Sesenta por ciento de los participantes estarán de acuerdo en que los adolescentes de corta edad deberían abstenerse de mantener relaciones sexuales.
- Cuarenta por ciento de los participantes estarán de acuerdo en que los jóvenes que mantienen relaciones sexuales deben usar condón.
- Treinta por ciento de los participantes estarán de acuerdo en que se encuentran en riesgo de contraer la infección por el VIH si tienen relaciones sexuales sin protegerse.
- Treinta por ciento de los participantes afirmararán que podrían pedirle a su pareja que utilizara condón.
- Setenta por ciento de los participantes sabrán que un condón sólo debe usarse una vez.
- Setenta por ciento de los participantes sabrán que es necesario dejar espacio en la punta del condón.

En la evaluación se pudo comprobar que el proyecto había conseguido capacitar, apoyar y supervisar a los educadores de sus pares. Los propios educadores lograron buenos resultados en lo que se refiere a enseñar a otros jóvenes la prevención de la infección por el VIH y la supresión del estigma con que se señala a los infectados por el virus. El proyecto estaba bien administrado y las organizaciones participantes colaboraban bien. Se esperaba que la reformulación del objetivo del proyecto y la determinación de los indicadores y la obtención de los datos de base fortaleciesen la capacidad del proyecto para evaluar su impacto con el transcurso del tiempo.

Para obtener más información sobre este proyecto póngase en contacto con: National Coordinator, Youth and AIDS Peer Education Project, c/o Ghana Red Cross Society, P.O. Box 835, Accra, Ghana. Tel.: 233 21 662298, fax: 233 21 232133

Referencias:

1. The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World*. Nueva York, NY: The Institute, 1998.

Conclusiones y recomendaciones

Los programas que respondieron a la encuesta, continúan haciendo gala de una experiencia admirable, amplia y profunda de llegar a los jóvenes con servicios e información sobre salud reproductiva y sexual. Las conferencias en el ámbito mundial—ócomo es la ICPD—, ponen en primer lugar la salud reproductiva y sexual de los adolescentes y han liberado tanto a las organizaciones gubernamentales como a las no gubernamentales de enfrentar estos temas de una manera directa. Las conclusiones y recomendaciones que se dan a continuación se basan en las tendencias y observaciones que se extrajeron de las respuestas de la encuesta, además de las nuevas investigaciones en el campo de la salud reproductiva y sexual de los adolescentes.

- Mientras que es importante para las instituciones financieras seguir apoyando los programas eficientes y prometedores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, es igualmente importante para los programas reforzar su propia capacidad de sostenerse a sí mismos. Los programas nuevos y aquellos que sirven a las personas con pocos o nulos ingresos, probablemente continuarán dependiendo del apoyo externo y necesitarán tener acceso a la información más reciente acerca de las posibles instituciones de financiamiento. Estos programas también necesitarán asistencia para el fomento de la organización, especialmente para reforzar su capacidad de redactar propuestas enérgicas y crear presupuestos razonables. Los programas de reconocido prestigio y aquellos que prestan servicios a las personas con ingresos tienen que explorar las opciones que generen ganancias, como son cobrar por los servicios utilizando una escala móvil de pago que se base de acuerdo al ingreso o por pago basándose en honorarios por servicios prestados.
- Los programas deben esforzarse para llegar a los jóvenes en otros lugares, como son los lugares de trabajo, el ejército y las cárceles. Muchos programas ofrecen información sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes en las escuelas, pero los jóvenes que no asisten a las escuelas son, a menudo, los que tienen mayor riesgo de un embarazo no planeado y una ETS y a menudo sufren los resultados más debilitantes.
- Los programas que están trabajando para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes deben concentrar sus esfuerzos en las personas más jóvenes ótan jóvenes como 10 a 12 años de edadó para asegurarse de que reciban información apropiada de acuerdo a su edad, aptitudes y conocimientos de sí mismos para motivarlos a que tomen decisiones sanas acerca de su sexualidad. Las investigaciones muestran que ponerse en contacto con los jóvenes antes de que inicien su actividad sexual aumenta las probabilidades de que cuando decidan iniciar su actividad sexual, adopten modos de comportamiento sanos.
- Los programas que ofrecen información sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes deben proporcionar acceso o que los deriven a los servicios de contracepción para asegurar que los

jóvenes con vida sexual activa se puedan proteger a sí mismos de un embarazo y de una enfermedad. Las investigaciones muestran que el número cada vez cada vez mayor al acceso a los anticonceptivos por parte de los adolescentes no los lleva a que aumenten su actividad sexual o de que la inicien a más temprana edad. Mientras que muchos programas ofrecen información, educación y comunicación (IEC) que promueven la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, es mucho menos probable que reafirmen esta información con el acceso a los anticonceptivos. Parece ser que hasta ahora son pocos los programas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes que ofrecen servicios anticonceptivos que los programas que lo hacían en 1989. Los jóvenes sexualmente activos deben tener acceso a los anticonceptivos óen particular a los condonesó especialmente cuando la epidemia por el VIH hace estragos en muchas regiones del mundo.

- Hacer participar a los jóvenes de manera significativa en el desarrollo de los programas, requiere que los adultos compartan o incluso les cedan la toma de decisiones. La creencia de los adultos de que los jóvenes pueden ofrecer ideas y opiniones valiosas es esencial para que genuinamente puedan participar. Todavía, dichas creencias son raras entre los adultos en todo el mundo. La participación de los jóvenes en la etapa temprana de la planeación y de cuando ya está en marcha, la implementación y la evaluación del programa fortalece los esfuerzos para hacer frente a la las necesidades de los jóvenes acerca de su salud reproductiva y sexual. Mientras que los adultos trabajan para que los jóvenes participen cada vez más en la programación, también con frecuencia esta participación es un gesto simbólico y carece de un respaldo filosófico necesario para su éxito.
- Los programas que utilizan la educación por pares como una estrategia para impactar a los adolescentes acerca de su salud reproductiva y sexual deben fundamentar sus esfuerzos en la parte principal de la investigación, destacando los componentes clave para tener éxito en el proyecto de educación por pares. La aplicación de las lecciones aprendidas de otros proyectos de educación por pares puede ahorrar tiempo y dinero. Los programas comúnmente consideran que la educación por pares es un camino fácil y barato para conducir una acción. A menudo, los programas subestiman la cantidad de tiempo que implica planificar un proyecto exitoso de la educación por pares y en apoyar y capacitar a los educadores de sus pares.
- Los programas que buscan ampliar los servicios deben considerar primero las actividades de otros programas locales que sirven a los jóvenes para identificar las posibles áreas de colaboración. Las asociaciones formales e informales ahorran recursos, fortalecen a cada parte y previenen la duplicación innecesaria de los servicios. Los programas no necesitan proporcionar conocimientos especializados en las áreas en donde en vez de ello puedan utilizar los puntos fuertes de los asociados cercanos.
- Mientras que en los países en desarrollo aumentan los datos que confirman los éxitos del programa, se necesitan más evaluaciones para documentar las estrategias que son eficaces y apropiadas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Los datos de la evaluación nos pueden ayudar a aumentar la eficacia de los programas que sirven a los jóvenes. Los planificadores de los proyectos pueden utilizar los resultados documentados de los enfoques exitosos para informar de la creación de nuevas intervenciones y abogar por los cambios de políticas que promoverán la duplicación generalizada de los programas que han tenido éxito. Los resultados

de la evaluación también son útiles para asegurar los fondos y establecer una credibilidad técnica y profesional. Cada vez más, las instituciones financieras están interesadas en la evaluación de los resultados que indican que un programa ha alcanzado algún triunfo en cumplir con sus objetivos o han examinado seriamente sus actividades para hacer mejoras.

- Los programas de salud reproductiva y sexual de los adolescentes deben ofrecer servicios que estén conscientes de las necesidades específicas de las poblaciones jóvenes a las que sirven. Las preferencias de los jóvenes varían. Algunos querrán horarios o lugares especiales para recibir los servicios; otros pueden sentir que los servicios especiales los señalan injustamente y probablemente los estigmatizan. Cada programa debe aprender de su público beneficiario cómo proporcionar los servicios para satisfacer las necesidades de los adolescentes y por lo tanto, aumentar la posibilidad de que los jóvenes continúen buscando atención. Los jóvenes en todo el mundo expresan con frecuencia el deseo de que se les trate de manera confidencial y sin que se les juzgue. Los programas deben asegurarse de que se cumplan las políticas de confidencialidad, que no se juzgue a los jóvenes y de que el equipo de trabajo esté consciente y responda a las necesidades de los jóvenes.
- Los programas que están trabajando para mejorar la salud reproductiva y sexual de los jóvenes pueden enfrentarse a una gran oposición y deberán estar bien preparados para defender las políticas, los programas y las normas sociales que promueven la salud sexual y el bienestar de los jóvenes. Asegurar el apoyo de los padres, las familias y la comunidad ayuda a promover la salud reproductiva y sexual y es de gran importancia estratégica para vencer esa resistencia. Los programas deben fortalecer sus aptitudes en la defensa de la planificación, la movilización de la comunidad que se basa en una amplia coalición, en las negociaciones, en la comunicación con los órganos directivos y en responder a la oposición y a la crítica. Estos conocimientos les servirán muy bien cuando se enfrenten a la oposición o cuando se tenga la necesidad de hacer cambios.

Proporcionar a los jóvenes el acceso a la información y los servicios sobre salud reproductiva y sexual aumenta las probabilidades de que los adolescentes sean capaces de tomar decisiones y adherirse a ellas para proteger su salud sexual y su bienestar. Trabajar con los jóvenes para fortalecer su confianza en su capacidad para mejorar su salud y bienestar y desarrollar sus aptitudes y motivaciones también aumenta las probabilidades de que los jóvenes tomen decisiones saludables acerca de su sexualidad. No obstante, el que un chico o una chica esté convencido de que tiene opciones en la vida y perspectivas promisorias es igualmente importante para la salud de los jóvenes. Los padres, las familias y las comunidades que reconocen el gran valor que tienen los jóvenes pueden contribuir en gran medida a mejorar la salud de estos.

Las tendencias actuales en el campo de la salud de los adolescentes indican la necesidad de movilizar a los padres, las familias, las comunidades, los países y las regiones para que atiendan las necesidades urgentes de los jóvenes. Advocates for Youth espera que *Al servicio del futuro* ayude a los programas sobre salud reproductiva y sexual para los adolescentes en todo el mundo a intercambiar ideas y crear una red mundial con programas asociados experimentados que se fortalezcan y complementen mutuamente, permitiéndoles el más efectivo y seguro bienestar a los adolescentes.

Clave de la Encuesta

Lo que sigue es un directorio de los programas que terminaron la encuesta de Advocates for Youth. Los programas aparecen por orden alfabético por país. Los objetivos y las estrategias principales de cada programa se pueden identificar consultando los cuadros que siguen.

Objetivo(s) principal(es) de este programa:

- 1 = Prevención primaria del embarazo para adolescentes (prevención del primer embarazo)
- 2 = Prevención de embarazo adicional del adolescente
(adolescente ya tiene por lo menos 1 hijo)
- 3 = Educación preventiva contra las infecciones/enfermedades de transmisión sexual del adolescente (ITS o ETS)
- 4 = Tratamiento de las ITS/ETS del adolescente
- 5 = Educación preventiva de VIH/SIDA para el adolescente
- 6 = Tratamiento de VIH/SIDA para el adolescente
- 7 = Desarrollo del joven/liderazgo
- 8 = Incremento de la salud general y el bienestar de los adolescentes
- 9 = Otro:

Estrategia(s) principal(es) de este programa:

- 1 = Abogacía
- 2 = Creadores de políticas
- 3 = Investigación/evaluación
- 4 = Dando servicios directamente a los jóvenes
- 5 = Dando entrenamiento/asistencia técnica a otras organizaciones
- 6 = Otorgando fondos a organizaciones que trabajan con jóvenes
- 7 = Vinculando jóvenes con servicios