

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Introducción	5
1. La Salud Sexual y los Adolescentes	7
1.1 La salud sexual y reproductiva concierne a todos	7
1.2 Sentimiento sexual y sexualidad	8
1.3. Salud sexual	8
1.4. ¿Cómo se producen los problemas de salud sexual?	8
1.5. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes afectados por un conflicto armado	9
1.6. Ejercicios	10
1.6.1. <i>¿Qué hacías cuando eras adolescente?</i>	10
1.6.2. <i>¿Qué es lo difícil de ser adolescente?</i>	11
1.6.3. <i>Adolescentes refugiados y en situación de desplazamiento – Los riesgos</i>	12
2. Trabajar con los Adolescentes – Los desafíos y las potencialidades	14
2.1. Los desafíos en la producción de servicios de Salud sexual y reproductiva para Adolescentes	14
2.2. Consideraciones culturales	15
2.3. Consideraciones de género	16
2.4. Cómo trabajar eficazmente con los asuntos de la Salud sexual y reproductiva	16
2.5. Ejercicio	17
2.5.1. <i>Evaluación de las potencialidades y los desafíos cuando se trabaja con los adolescentes</i>	17
3. Estándares legales relacionados y planificación del programa	18
3.1. Avance de los derechos a la salud reproductiva a través de estándares legales	18
3.1.1. <i>El derecho a la salud</i>	18
3.1.2. <i>Derechos de salud sexual y reproductiva</i>	19
3.2. La importancia de las recientes conferencias internacionales para los derechos de la sanidad reproductiva de los adolescentes.	21
3.3. Cómo pueden responder mejor las políticas y los programas a las necesidades de la Salud sexual y reproductiva de los niños y adolescentes en situaciones de refugio y desplazamiento	21
3.3.1. <i>Animar a la familia y a la comunidad para retrasar el matrimonio, las uniones tempranas y los nacimientos.</i>	22
3.3.2. <i>Ampliar el acceso de las adolescentes a una educación y una preparación de mayor calidad</i>	22
3.3.3. <i>Ampliar las oportunidades de las adolescentes y las mujeres para obtener ingresos</i>	22
3.3.4. <i>Programas de atención integral a niñas y a adolescentes que hayan sido abusadas y violadas.</i>	22
3.3.5. <i>Permitir que las los adolescentes asuman la responsabilidad y la protección de su salud sexual y reproductiva</i>	23
3.4. Ejercicios	24
3.4.1. <i>Derechos relativos a la Salud sexual y reproductiva y su ejercicio</i>	24
3.4.2. <i>Políticas y programas que contribuyen a reducir el embarazo entre adolescentes</i>	25
4. Promoción de una salud sexual y reproductiva eficaz	27
4.1. Una aproximación multisectorial	27
4.2. Información, educación y comunicación (IEC)	28

ARC -Acciones por los Derechos del Niño -

4.2.1. <i>Características de un buen programa de IEC</i>	29
4.3. Principios para trabajar con los adolescentes	29
4.4. Enlaces para la provisión de servicio y seguimiento	30
4.5. Ejercicios	31
4.5.1. <i>Promover los derechos de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en situación de refugio o de desplazamiento</i>	31
4.5.2. <i>La importancia de la participación de la comunidad</i>	33
4.5.3. <i>Trabajar con grupos de pares – De adolescente a adolescente</i>	36
4.5.4. <i>¡Seamos creativos!</i>	39
5. Cuestiones concretas y mensajes clave para los adolescentes	41
5.1. Enfermedades de transmisión sexual, incluidos el VIH o SIDA	41
5.1.1 <i>Mensajes clave para adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual</i>	42
5.2. Embarazos no planeados y tempranos	43
5.2.1. <i>Riesgos de salud de actividad sexual y embarazo de adolescentes</i>	43
5.2.2. <i>Riesgos sociales y económicos del embarazo</i>	43
5.3. Abortos inseguros	44
5.3.1. <i>Información preventiva clave</i>	45
5.4. Mutilación genital femenina	45
5.4.1. <i>Prevención y respuesta en posiciones de refugiado</i>	45
5.5. Abuso de sustancias	46
5.6. Nutrición	46
5.7. Ejercicio	48
5.7.1. <i>Estudio de caso práctico: Abortos inseguros</i>	48
5.7.2. <i>ITS, VIH y SIDA: Características de un buen programa educativo</i>	49
5.7.3. <i>Embarazos no planeados</i>	51
Transparencias	52
Transparencia 1.	52
Transparencia 2.	53
Transparencia 3.	54
Transparencia 4.	55
Transparencia 5.	56
Transparencia 6.	57
Transparencia 7.	58
Transparencia 8.	59
Transparencia 9.	60
Transparencia 10.	61
Transparencia 11.	62
Transparencia 12.	63
Transparencia 13.	64

Transparencia 14.	65
<i>Lecturas de Apoyo</i>	66
Lectura 1: Marco de Instrumentos Internacionales de Derechos	66
Lectura 2: La importancia de la participación de la comunidad	71
Lectura 3: Preparación de programas de información y comunicación	72
Lectura 4: “ Salud reproductiva en situaciones de refugiado: Un manual de campo entre agencias” (Capítulo2)	75
Lectura 5: El programa de salud reproductiva del Comité Internacional de Rescate	83
Lectura 6: ¿Qué es el VIH - SIDA?	98
Lectura 7: Aprendizaje y enseñanza del SIDA en la escuela	99
<i>Lecturas recomendadas, videos y sitios web</i>	105
Videos	105
Sitios web	107

Introducción

La preocupación por una sexualidad sana y responsable en los programas de planificación familiar, así como en otras actividades sanitarias y sociales, ha sido creciente en la última década principalmente por dos razones: el aumento del aborto en condiciones de riesgo y la creciente propagación de las enfermedades de transmisión sexual (ETS); Se calcula que anualmente se producen 333 millones de nuevos casos de ETS, habiéndose convertido en una de las enfermedades infecciosas más corrientes en el mundo, particularmente en el grupo de edades entre 15 y 49 años. La estimación sugiere que más de la mitad de las personas que viven con el VIH o el SIDA han sido infectadas antes de los 25 años de edad.

Así, la salud sexual y reproductiva es una cuestión que preocupa a todo el mundo. Durante la adolescencia empieza a ser importante en la vida de las personas, ya que es en esta etapa comienzan a ser concientes de la propia sexualidad y toman decisiones sobre el comportamiento sexual que tienen implicaciones a lo largo de toda la vida. Por ello, un apoyo y una intervención eficaces antes y durante este período son fundamentales.

Debido a su situación, los adolescentes refugiados y en situación de desplazamiento, o en general, afectados por emergencias de diferente origen, tienen mayor riesgo de enfermedades sexuales y reproductivas que aquellos en condiciones más estables. Por ello, los programas para cubrir sus necesidades deben ser una prioridad.

Los problemas de salud sexual de los adolescentes surgen cuando no tienen control sobre las consecuencias de su propia vida sexual, porque están poco informados o porque no disponen de medios para ejercer un manejo autónomo y responsable sobre sus vidas.

El trabajo en este tema requiere técnicas especiales, incluyendo la habilidad de involucrar a los adolescentes en el proceso de formulación, desarrollo y decisión de estrategias eficaces de educación. Es igualmente importante la comprensión y la aplicación de los estándares legales relacionados directamente con los derechos de salud sexual y reproductiva, ya que estos sirven de apoyo en este campo, para adoptar la política de información y la planificación del programa.

Como generalmente los adolescentes comienzan las relaciones sexuales sin una información y una protección muy precisas, muchos se enfrentan a consecuencias serias e incluso peligrosas, incluyendo los embarazos no planeados, los abortos, las Enfermedades de Transmisión Sexual (entre ellas el VIH). Las consecuencias económicas y sociales de las relaciones sexuales sin precaución pueden ser enormes; Así por ejemplo, es probable que las adolescentes embarazadas no terminen su educación es más, que se enfrenten a una mayor inestabilidad matrimonial, y que tengan menos ventajas y menores ingresos en su vida que el resto de las mujeres. A pesar de lo anterior, existen con frecuencia políticas gubernamentales o barreras innecesarias que dificultan la planificación familiar y el acceso a los servicios de salud reproductiva para los adolescentes. Así, el alcance de las necesidades de la salud sexual y reproductiva requiere, no solamente la provisión de servicios y educación, sino también los cambios de actitud, superar la oposición, fomentar el entendimiento y educar a los adultos sobre los problemas propios de esta etapa.

El Artículo 6 de la CDN establece el derecho a la vida, a la supervivencia y desarrollo y el 24 el derecho a la salud, . Adicionalmente el principio de no discriminación establece que los Estados participantes reconocen el derecho de todos los niños a los “mayores niveles de salud que se puedan lograr”, así como a los “servicios de tratamiento de enfermedades y recuperación de la salud”, proporcionando una lista de medidas que deben tomar los Estados para el ejercicio pleno de este derecho. La naturaleza holística de la Convención destaca la importancia de la relación entre el derecho a la salud, a un adecuado nivel de vida (Artículo 27) y el derecho a la educación (Artículo 28). La necesidad de una consideración global de los asuntos de salud de los adolescentes se destaca en el Artículo 5 al referirse a la evolución del niño.

La definición de sobre niño, adolescente o joven, varía de una cultura a otra..

En este paquete se ha preferido utilizar el término “salud sexual y reproductiva” a simplemente “salud reproductiva” o “salud reproductiva del adolescente”, al reconocer el hecho de que la salud reproductiva de los adolescentes viene determinada por su salud sexual y por sus actividades sexuales y que los asuntos del comportamiento sexual y la sexualidad están en el centro de la cuestión de su salud reproductiva. Véase también el **Módulo ARC: Desarrollo de Niños, Niñas y Adolescentes**.

El propósito de este Módulo es animar a aquellos que trabajan en el campo de la salud reproductiva a reconocer la importancia y los desafíos que supone la provisión de programas específicos para asegurar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, aprovechar las especiales capacidades y creatividad de estos, e involucrarles en todas las etapas de desarrollo del programa.

El tema 1 trabaja los conceptos de salud sexual y reproductiva; se hace un breve análisis de la adolescencia como etapa en la que las personas empiezan a despertar conscientemente a la vida sexual y se examinan las causas de los problemas de salud sexual y reproductiva y por último se aborda el tema en los adolescentes en situación de desplazamiento.

El tema 2 presenta algunos lineamientos para el trabajo del tema de salud sexual y reproductiva con niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta consideraciones de índole cultural y de género.

El tema 3 hace un repaso general de los estándares legales que se podrían utilizar en la promoción y defensa de los derechos reproductivos de los adolescentes y se señalan las formas en que las políticas y los programas podrían contribuir a esto.

El tema 4 aborda la promoción de una salud sexual y reproductiva eficaz en los adolescentes, señalando para ello la necesidad del trabajo coordinado entre ONG's e instituciones estatales responsables de la salud. Mostrando la relevancia de los programas de Información, Educación y comunicación (IEC) para el logro de este objetivo, así como del uso de los principios básicos en el trabajo con adolescentes.

El tema 5 proporciona información acerca de la salud sexual y reproductiva tales como: Enfermedades transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH; Embarazos no planeados; Abortos; Mutilaciones genitales femeninas (MGF); Abuso de sustancias y Nutrición.

Aunque en este paquete no se menciona la violencia sexual y de género, ésta constituye una de las principales cuestiones de la sanidad reproductiva de los adolescentes. En el Paquete de recursos de ARC sobre **Abuso y Explotación** se trata este asunto con más profundidad.

A lo largo del documento se encuentran ejercicios participativos, estudios de caso, transparencias y referencia a lecturas de apoyo. Se sugiere a los facilitadores que desarrollen materiales regionales o específicos, con el fin de adecuar la capacitación al contexto específico.

1. La Salud Sexual y los Adolescentes

Puntos clave de aprendizaje

- *La salud sexual y reproductiva concierne a todo el mundo y es importante en la vida de todo ser humano.*
- **Un apoyo e intervención eficaz** para los adolescentes que están a punto de iniciar, o ya han iniciado, su vida sexual puede tener efectos beneficiosos y duraderos sobre sus vidas.
- *La adolescencia marca el comienzo del camino de una persona en su desarrollo sexual y su sexualidad. Puede ser un tiempo de emociones, sensaciones placenteras, pero también de temores, y/o dificultades.*
- *Una buena salud sexual significa sentirse bien respecto al propio comportamiento sexual así como en el entorno social en que se vive.*
- *Los problemas de salud sexual surgen cuando los adolescentes no manejan con responsabilidad su vida sexual porque están mal informados o disponen de pocos medios para asumir autonomamente las consecuencias de ésta.*
- *Los adolescentes refugiados y en situación de desplazamiento corren un mayor riesgo de afectación de su salud sexual y reproductiva que aquellos que se encuentran en condiciones más estables.*

1.1 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es una cuestión que concierne a todo el mundo: adolescentes y mayores, hombres y mujeres. Esta cuestión comienza a afectar a la vida de las personas en la adolescencia, cuando se dan cuenta que están dejando de ser niños para convertirse en adultos. Como éste es un gran cambio en la vida, el creciente conocimiento de la sexualidad puede tener un profundo efecto en el comportamiento de los adolescentes. Puede ser un tiempo emocionante, positivo y placentero y a la vez tenso y difícil.

Es ampliamente reconocido que el apoyo y la intervención para asegurar una buena salud sexual y reproductiva de los adolescentes puede tener efectos beneficiosos a lo largo de sus vidas: las decisiones y acontecimientos relativos al comportamiento y la actividad sexuales que se producen entre los 10 y los 24 años, son un factor importante para toda la vida. Por ejemplo, una actividad sexual de una muchacha de 13 años, independientemente de que sea debida a un matrimonio prematuro, a la prostitución o a la curiosidad, hará que se encuentre expuesta a un mayor riesgo de problemas de salud reproductiva, a un embarazo temprano y, en consecuencia, es más probable que experimente problemas sociales y psicológicos en su proceso de desarrollo.

Así, “a pesar de los avances sociales, médicos y educativos de este siglo, los adolescentes tienen mayor riesgo en su salud reproductiva que sus predecesores. El crecimiento urbano, la ruptura de las estructuras sociales y económicas tradicionales y la creciente movilidad de la población mundial, hacen que los adolescentes estén expuestos a peligros para su salud mental y reproductiva que no existían en generaciones anteriores o que estaban limitados a pocos adolescentes. Actualmente, la industria del sexo puede operar en Internet. Las drogas ilegales y

potencialmente dañinas se fabrican en casi todo el mundo. La violencia urbana o en forma de conflicto o de guerra constituye un peligro para muchos adolescentes¹.

1.2 Sentimiento sexual y sexualidad

Cuando un niño o una niña alcanza la pubertad, su cuerpo se transforma, debido a cambios hormonales. Se trata de un período de exploración, crecimiento y cambio a través del que no siempre es fácil navegar seguro.

Durante este tiempo, los adolescentes comienzan a experimentar sentimientos sexuales. Pueden sentir un hormigueo o calor cuando piensan en tocar a otra persona. Estos son parte natural del crecimiento. Los adolescentes pueden ser sexualmente activos, a pesar de estar mal preparados o carecer de medios para afrontar las consecuencias de su actividad sexual. Un ejemplo de la desinformación de los adolescentes es el siguiente:

“Nadie me habló de sexo cuando estaba creciendo, mis padres solo decían que no debía jugar con chicos después de iniciados mis períodos. Cuando me enamoré solo hice lo que vino de manera natural. No tenía ni idea que podía quedar embarazada la primera vez o que algo podría ocurrirme”.

Por esto, la provisión de apoyo adecuado y eficaz, de información y orientación, cuando los adolescentes toman decisiones, puede marcar una diferencia duradera y positiva en sus vidas.

1.3. Salud sexual

Un adolescente disfruta de salud sexual cuando se siente bien respecto al área de su vida que tiene que ver con el sexo pero también dentro de su sociedad.

Tener buena salud sexual significa tener confianza en sí mismo y ser capaz de:

- Tomar decisiones sobre su propio cuerpo y sobre cómo expresar su sexualidad libremente y sin presiones;
- Protegerse de embarazos no planeados y de enfermedades que se transmiten durante el intercambio sexual;
- Disfrutar del placer sexual sin hacer daño a otros;
- Disfrutar de la sexualidad sin sentimientos de vergüenza, culpabilidad o miedo;
- Visitar el centro de salud cuando se tiene un problema o se tienen dudas.

1.4. Problemas de salud sexual

Muchos problemas de salud sexual surgen porque los adolescentes, chicas o chicos, no asumen con responsabilidad su vida sexual, están mal informados o no disponen de medios para afrontar las consecuencias de la actividad sexual en la que han entrado voluntariamente, o han sido forzados o coaccionados por una o más personas.

¹ Departamento de Desarrollo de la Salud del Niño y el Adolescente (2000), “Resolver una urgente necesidad no conseguida: hacer que los servicios de sanidad reproductiva estén disponibles y accesibles para los adolescentes forzosamente desplazados.” Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Una consecuencia de lo anterior puede ser el matrimonio y embarazo prematuros. Esto último aumenta las probabilidades de morbilidad maternal, pues cuando se presentan embarazos antes de los 18 años se pone en peligro la vida de la madre y del niño.

La violencia sexual y basada en el género constituye una amenaza para los adolescentes, especialmente para las chicas, en situaciones estables o de inseguridad. La violación es lo más frecuente en esta categoría, pero también se incluyen las amenazas sexuales, la explotación, la humillación, los asaltos, el incesto, la violencia doméstica y la prostitución involuntaria. Según la Asociación Sueca para la Educación Sexual en África se inician cada año en el mercado del sexo 2 millones de adolescentes y una cifra semejante es víctima de mutilación genital (Fuente: *Asociación sueca para la Educación sexual, 1997*). Estas cuestiones se tratan con más detalle en el **Tema 5**.

1.5. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes afectados por un conflicto armado

Los adolescentes afectados por conflictos armados, tanto si son refugiados, como en situación de desplazamiento interno (DI) que viven en asentamientos rurales o urbanos, corren más riesgo de sufrir problemas de salud sexual o reproductiva que aquellos que no han sido desplazados.

El vivir en una nueva sociedad donde las normas son diferentes de las suyas, la separación de la tierra natal, del grupo de pares, de los mayores y de la propia cultura, puede crear una situación en la que asuman mayores riesgos, aumentando la probabilidad de embarazos no planificados, ETS, consumo de drogas y la violencia.

En términos de reasentamiento o repatriación, podrían encontrarse en otra situación cultural o social contradictoria con las normas a las que estaban acostumbrados. Los refugiados guatemaltecos vuelven a Méjico, por ejemplo, trasladados de una situación urbana de progreso a un entorno rural tradicional, su hogar anteriormente. Para los adolescentes que habían obtenido su educación social y sexual en un contexto de ciudad este traslado es muy duro.

Algunas de las siguientes situaciones pueden afectar también el comportamiento de los adolescentes:

- La interrupción de sistemas de educación que constituye la pérdida de otra fuente de desarrollo, información, protección y asistencia;
- La pérdida del poder adquisitivo que reduce la facultad de elegir libremente o de acceder a métodos de protección que pueden resultar costosos para los adolescentes;
- Las mujeres, e incluso los mismos niños, pueden ser los únicos cuidadores de sus familias. Esto representa con frecuencia una carga emocional y física que no es compensada por un servicio de provisión adecuado.
- En situaciones de refugiado y desplazado se centra la atención en las medidas inmediatas para salvar la vida, dejando de lado la salud reproductiva.

1.6. Ejercicios

1.6.1. ¿Qué hacías cuando eras adolescente?

Participantes: Coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio los participantes serán capaces de:

- Reconocer que la tolerancia con el comportamiento de riesgo es común en todos los adolescentes.
- Reconocer que la percepción del riesgo es diferente en el adolescente que en el adulto

Tiempo	Metodología	Recursos
30 minutos	<p>Pedir a los participantes que piensen cómo eran de adolescentes y que se centren en un incidente durante este período de sus vidas cuando corrieron un riesgo (cuanto mayor sea el riesgo de los ejemplos, mejor para el propósito de este ejercicio).</p> <p>Centrados en el incidente, pedirles que piensen en las razones que les llevaron a hacerlo y que las compartan con un compañero (NOTA: no es necesario compartir lo que hicieron).</p> <p>NOTA: Puede que este método no sea adecuado en ciertas situaciones culturales en donde la admisión de hacer “cosas arriesgadas” no sería aceptable por ciertos grupos de la sociedad. En este caso, el mediador debe ajustar el ejercicio, invitando a los participantes a pensar en alguien que conozcan que haya corrido riesgos cuando era joven y en las razones que haya podido tener para hacerlo.</p> <p>Plenario: Pedir a los participantes que compartan las razones que dieron. Posibles ejemplos: Quería ver lo que era Todos los demás lo hacían Por lo emocionante – lo pasé bien Me convencieron mis amigos.</p> <p>Ir registrando en el papelografo las respuestas Hacer un breve debate, y sacar conclusiones entre todos..</p>	Papel periodico, marcadores y cinta.

1.6.2 Lo difícil de ser adolescente

Participantes: Coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivo:

Al final de este ejercicio los participantes serán capaces de:

- Identificar aquellos aspectos de la adolescencia que aumentan los riesgos de padecer abusos o involucrarse en comportamientos arriesgados.

Tiempo	Metodología	Recursos
30 minutos	Los participantes trabajan en parejas. Pedir que utilicen su propia experiencia y o la de sus hijos y o la de su situación de trabajo para contestar a la pregunta: “¿Qué es lo difícil de ser adolescente?” Plenario: El mediador subraya las principales respuestas en el papel periódico y presenta la Transparencia 4	Papel periodico, marcadores, cinta. Transparencia 4.

1.6.3. Adolescentes refugiados y en situación de desplazamiento

Participantes: coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Describir el ámbito de riesgos tomados por los adolescentes y las posibles consecuencias de los mismos;
- Aplicar un conocimiento de estos riesgos en términos de poblaciones de adolescentes refugiados.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>Dividir a los participantes en pequeños grupos. Proporcionarles papel periódico y marcadores. Sugerir que elijan a alguien que vaya escribiendo.</p> <p>Pedir a los participantes que piensen (en sus pequeños grupos) en el comportamiento de riesgo en el que es probable que se vean envueltos los adolescentes.</p> <p>Una vez terminada la actividad, los participantes (trabajando todavía en pequeños grupos) confeccionan una lista de las posibles consecuencias de cada “comportamiento de riesgo” listado. Por ejemplo:</p> <p>Comportamiento arriesgado: Sexo sin protección Posibles consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo muy temprano y o sin planear; • Nacimiento muy prematuro: deterioro de la salud o muerte de la madre y/o el niño; • Aborto inseguro: posible deterioro de la salud o muerte; • ITS; VIH y SIDA: deterioro de la salud a corto o a largo plazo, posible muerte, contagio a terceros. <p>Plenario: El mediador tendrá preparados los siguientes puntos en el papel para subrayar las situaciones en las que se podrían encontrar los refugiados o comunidades en situación de desplazamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobreza y necesidad perentoria de un mejor alojamiento • Carencia de actividades organizadas • Ruptura de las estructuras sociales • Pérdida o muerte de la familia, parientes y amigos 	Papel periodico, marcadores, cinta.

	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de los modelos tradicionales• Normas distintas del comportamiento social aceptado• Presión de grupos de iguales. <p>Discutir sobre cómo pueden influir estos factores en la vulnerabilidad de los adolescentes refugiados o en situación de desplazamiento.</p> <p>Sugerencias adicionales para el entrenamiento</p> <p>Pedir a los participantes en grupos que definan lo que significa para un adolescente la “salud sexual”.</p> <p>Pedirles que compartan sus definiciones y, como resultado, desarrollen una definición con la que esté de acuerdo todo el grupo. Comparar la definición del grupo con la de las Notas preliminares.</p>	
--	--	--

2. Desafíos y potencialidades del trabajo con adolescentes

Puntos clave de aprendizaje

- *Los programas eficaces de salud sexual y reproductiva para Adolescentes deben considerar sus vulnerabilidades, limitaciones, potencialidades y capacidades.*
- **Los adolescentes tienen capacidades particulares** para contribuir significativamente al éxito de tales programas.
- *Cualquier programa de planificación en este campo debe estar precedido por **un claro conocimiento y análisis de los asuntos culturales y de género dominantes.***
- **Los adolescentes deben estar involucrados en todas las etapas de planificación, implementación y evaluación del programa.**
- *Se debe consultar con padres, maestros, líderes de la comunidad y religiosos, e informarles sobre la importancia de los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.*

2.1. Desafíos de los programas de Salud sexual y reproductiva para Adolescentes

La provisión de oportunidades de cuidado de la salud sexual y reproductiva para adolescentes puede contribuir de manera significativa a su seguridad, a su salud en general, a su educación y al desarrollo de su propia confianza y autoestima. (El **Tema 4** trata con más detalle el desarrollo de estos programas). El trabajo con adolescentes **incluye la comprensión de sus vulnerabilidades y limitaciones, así como de sus potencialidades y capacidades.** Por ejemplo:

- Los adolescentes pueden vivir en culturas que les desaconsejen o les prohíban discutir los asuntos de la salud sexual y reproductiva o las prácticas sexuales, o tomar decisiones sobre sus propia actividad sexual;
- Pueden tener dudas para hablar de asuntos de sexo o salud reproductiva con personas mayores;
- Aquellos adolescentes que están inmersos en la prostitución y/o el consumo de drogas, pueden tener dificultad para comunicarse con cualquiera que no sea su igual.
- Los efectos psicosociales del desplazamiento u otra consecuencia del conflicto armado o emergencia pueden influir en su proyecto de vida y por consiguiente en la percepción de su vida sexual.

En la Conferencia de Pekín de 1995 se señalaron los principales desafíos en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, para adolescentes:

- *Niveles inadecuados de conocimiento de la sexualidad humana;*
- *Información y servicios de salud sexual y reproductiva inadecuados o de poca calidad;*
- *La predominancia de comportamientos sexuales de alto riesgo;*
- *Prácticas sociales discriminatorias;*

- *Actitudes negativas hacia las mujeres y los adolescentes;*
- *El limitado poder de muchas mujeres y adolescentes sobre su vida sexual y reproductiva.*
- *Resistencia al uso de métodos anticonceptivos y de protección por razones culturales.*

De igual manera se destacaron **las capacidades especiales que poseen los adolescentes para enfrentar estos desafíos:**

- Los adolescentes son más flexibles y a menudo se adaptan a una nueva situación antes que sus padres.
- También pueden aprender más rápidamente cómo “trabajar” dentro de nuevas estructuras.
- Tienen a estar más abiertos a nuevas ideas que sus mayores.
- Cuando están motivados tienen enormes fuentes de energía y entusiasmo.
- Pueden comunicarse muchísimo mejor con sus grupos de iguales que con muchos adultos, especialmente con aquellos que perciben como una autoridad.

2.2. Consideraciones culturales

En esta área de trabajo, quizás más que en muchas otras, son especialmente importantes las consideraciones y sensibilidades culturales.

Las prácticas que se perdonan y se alientan en una cultura están prohibidas y castigadas en otra. La cultura refleja la historia y la tradición de la sociedad en la que vive una persona. Describe lo que piensa, lo que aprende, lo que hace como individuo y lo que considera importante su sociedad, en términos de valores tanto religiosos como sociales. Las prácticas culturales pueden tener buenos o malos efectos sobre diferentes personas de la comunidad.

Frecuentemente, las chicas se ven influenciadas por su sociedad para creer que sus cuerpos son vergonzantes, que las buenas chicas no conocen, no hablan y no disfrutan nada del sexo.

Muchos chicos están influenciados por los pensamientos y actitudes predominantes en su sociedad:

“Los chicos aprendíamos de sexo hablando entre nosotros. Pensábamos que debíamos iniciarnos muy pronto, porque de lo contrario nuestros órganos podrían secarse y nuestras futuras esposas podrían reírse de nosotros. Yo no quería una novia y temía a las enfermedades, pero me emborraché y traté de estar con una”.

En términos de asuntos de salud sexual y reproductiva, las consideraciones culturales se pueden manifestar de distintas maneras:

- Los adolescentes pueden tener diferencias culturales con sus padres y abuelos;
- Los adolescentes refugiados o en situación de desplazamiento también se pueden estar trasladando a una cultura en la que los valores religiosos y sociales y las prácticas culturales son diferentes a los que tenían, esto puede provocar sentimientos de temor y dificultarles el entablar relaciones con el sexo opuesto por la sensación de desconfianza e incertidumbre permanente;
- Aquellas personas que tienen la responsabilidad de proporcionar consejo y apoyo a los adolescentes respecto a la salud reproductiva y sexual pueden tener valores culturales

distintos, o no entender sus características cuando han sido afectados de alguna manera por el conflicto armado o por otras emergencias.

Felix Houphouet-Boigny, antiguo presidente de Costa de Marfil, ofreció un enfoque positivo sobre el trabajo con asuntos culturales en este contexto:

“Debemos contemplar la cultura como un río que nos lleva hacia delante, no como un estanque en donde permanecemos. La cultura es una guía que nos permite progresar, no una pesada carga que nos lleva hacia atrás”.

2.3. Consideraciones de género

En muchas culturas las mujeres son propiedad de los padres, de los hermanos, de los esposos o de la familia en sentido extenso. Los padres pueden convenir con esposos mayores o con traficantes el cambio de sus hijas adolescentes por vacas o por dinero. Los esposos pueden tener relaciones sexuales con sus mujeres siempre que quieran, independientemente de los deseos y la salud de ellas. Las mujeres o las chicas pueden tener apodos por rechazar el sexo. En el mundo del trabajo remunerado, las mujeres pueden ser presionadas en términos sexuales para conservar o conseguir un trabajo.

En las situaciones donde las chicas están en más indefensión que los chicos (por pobreza, clase, o falta de educación), tienen inevitablemente más probabilidades de ser víctimas de acoso o abuso sexual. Cuando se les enseña a ser serviles y comportarse pasivamente, resulta más difícil que tomen decisiones respecto a su sexualidad.

Un programa de salud sexual y reproductiva eficaz y prolongada debe ir dirigida no solamente a las necesidades e intereses particulares de las mujeres y las chicas, sino también a las de los hombres y los chicos. No obstante, debe haber una sensibilidad de género que asegure la participación equitativa de las mujeres y los hombres, para mejorar su salud sexual y reproductiva.

2.4. Trabajo eficaz en los asuntos de Salud sexual y reproductiva

Una comprensión de los valores y las complejidades culturales de los adolescentes afectados por el conflicto armado, es la base de cualquier trabajo eficaz en este campo.

Para el éxito de los programas de salud sexual y reproductiva es de gran importancia la participación de los adolescentes, los dirigentes de la comunidad, la familia y los maestros en su planificación e implementación.

De acuerdo con las encuestas globales, los adolescentes sienten que están gobernados por adultos que: les dicen cómo comportarse, pretenden controlar sus cuerpos y su sexualidad, y no les protegen de la explotación.

“No puedes ignorarme cuando tengo diez años y luego venir cuando tengo diecinueve y decirme que no practique el sexo con mi novio”.

2.5. Ejercicio

2.5.1. Potencialidades y desafíos cuando se trabaja con adolescentes

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Describir los desafíos y las potencialidades con los que se enfrentan para producir programas de salud sexual y reproductiva eficaces para los adolescentes.

Tiempo	Metodología	Recursos				
1 hora	<p>El facilitador hace una breve introducción de los desafíos clave que se deben abordar cuando se trabaja con los adolescentes en cuestiones de salud sexual y reproductiva (utilizando información de las Notas preliminares para el Tema 2). Es importante señalar que trabajar con los adolescentes requiere técnicas especiales y la comprensión de sus potencialidades, habilidades y presiones con las que se enfrentan en sus vidas.</p> <p>Dividir a los participantes en pequeños grupos. Pedirles que desarrollen un análisis de DOFA que describa las fortalezas, las debilidades, las oportunidades, y las amenazas o limitaciones que han experimentado los participantes al trabajar con los adolescentes para mejorar su salud sexual y reproductiva.</p> <table border="1" data-bbox="347 1285 1171 1639"> <tr> <td data-bbox="347 1285 764 1460">Fortalezas</td> <td data-bbox="764 1285 1171 1460">Debilidades</td> </tr> <tr> <td data-bbox="347 1460 764 1639">Oportunidades</td> <td data-bbox="764 1460 1171 1639">Amenazas</td> </tr> </table> <p>Plenario: Incluir en el plenario algún debate sobre cómo realizar este análisis.</p>	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas	<p>Transparencias del tema.</p> <p>Copia de la matriz DOFA para cada participante.</p>
Fortalezas	Debilidades					
Oportunidades	Amenazas					

3. Estándares legales y planificación del programa

Puntos clave de aprendizaje

- Existen **instrumentos legales que pueden ser** utilizados eficazmente para la defensa y promoción de los derechos reproductivos y sexuales de los adolescentes.
- Los derechos de salud sexual y reproductiva abarcan ciertos derechos humanos.
- Todos los niños refugiados tienen que disponer de la adecuada atención a la salud.
- La salud sexual y reproductiva es elemento esencial del derecho a la salud.
- El Derecho a la salud sexual y reproductiva incluye: Elección reproductiva; Planificación familiar; Matrimonio; Maternidad segura; Reducción de la mortalidad natal e infantil; Protección contra el SIDA; Nutrición; Educación; Protección contra prácticas sexuales tradicionales perjudiciales y aborto.
- El conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes facilita el desarrollo de programas que respondan a las necesidades de esta población.

3.1. Estándares legales

Existen **instrumentos legales** que se pueden utilizar para defender y promover los derechos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Los derechos de salud sexual y reproductiva abarcan ciertos derechos humanos, como se reconoce en varios instrumentos y documentos que reflejan el consenso internacional. Es importante recordar que estos también pueden estar garantizados por leyes nacionales.

3.1.1. Derecho a la salud

El derecho a la salud está vinculado al derecho a la vida, y se reconoce en el Artículo 24 de la CDN para todos los niños, sin discriminación. Bajo el Artículo 24.1, "Los estados reconocen el derecho del niño Al disfrute del más alto nivel posible de salud y al tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud...". De manera similar, **el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales** reconoce el derecho de todo el mundo a disfrutar de los mayores estándares posibles de salud física y mental (Artículo 12).

El Artículo 24.2 de CDN establece que "Los Estados Partes se esforzarán para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios". El Artículo detalla una lista de medidas encaminadas a garantizar este derecho, pero esta lista no es exclusiva, es decir, se pueden necesitar otras medidas.

Las Directrices de ACNUR sobre protección y custodia de niños refugiados establecen que los niños refugiados deben tener acceso a los servicios de salud del país anfitrión. Igualmente destacan que el acceso a éstos desempeña una importante función de protección.

3.1.2. Derechos de salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es un elemento esencial del derecho a la salud. De acuerdo con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de El Cairo, sobre población y desarrollo (CIPD), el Plan de acción de 1994 (párrafo 7.2) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Pekín 1995, la *salud reproductiva* es un estado de plenitud física y de bienestar mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los órdenes relativos al sistema reproductivo. Por lo tanto, la salud reproductiva implica que la gente pueda tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo desea, cómo y con qué frecuencia. La *salud sexual* es la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de forma que enriquezcan positivamente y refuercen la personalidad, la comunicación y el amor.

El derecho a la salud sexual y reproductiva incluye:

Elección reproductiva.

Todas las parejas e individuos tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número, la frecuencia y el tiempo para tener hijos y a tener la información y los medios para hacerlo: el respeto por la seguridad de la persona y la integridad física del cuerpo humano, y el derecho de las parejas e individuos a tomar decisiones referentes a la reproducción, libre de discriminación, de coacción y de violencia (CIPD del Cairo, Programa de Acción, párrafo 7.2). Bajo el Artículo 34 de CDN, los Estados partes se comprometen a proteger al niño de toda forma de explotación y abuso sexual, especialmente para evitar la inducción y coacción de un niño a participar en actividades sexuales ilícitas.

Planificación familiar

Deben tomarse medidas para ofrecer educación y servicios de planificación familiar (CDN, Artículo 24.2(f), y la Convención para la Eliminación de toda forma de discriminación contra las Mujeres, 1979, CEDCM, Artículo 12.1).

Matrimonio

Hombres y mujeres tienen el mismo derecho a casarse, con libre y completo consentimiento y fundar una familia de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, Artículo 16.1). El matrimonio por debajo de la edad mínima está especialmente prohibido (Artículo 2 de la Convención sobre el consentimiento para casarse, edad mínima y registro de casamientos). Este derecho incluye también la especial protección de la familia como unidad fundamental de la sociedad.

Maternidad segura

Los Estados parte deben asegurar el adecuado cuidado de la salud prenatal y postnatal, (Artículo 24 de la CDN). El cuidado de la salud de las madres se subraya también en otros instrumentos de derechos humanos, especialmente en la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Artículo 12).

Reducción de la mortalidad natal e infantil

Se deben tomar las medidas adecuadas para reducir la mortalidad natal e infantil (Artículo 24 de la CDN y 12 de DESC). Los Estados partes también pondrán un énfasis especial en la provisión del cuidado en salud primaria y preventiva, como por ejemplo, las infecciones. ***Protección contra VIH o SIDA***

Las directrices sobre VIH o SIDA y Derechos humanos, adoptadas por ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACNUDH) en 1996, señalan que los Estados, en colaboración y a través de la comunidad, deben promover un entorno de apoyo y oportunidades para las mujeres, los niños, y otros grupos vulnerables; la eliminación de prejuicios y desigualdades subyacentes a través de , los servicios sociales y de salud especialmente diseñados y el apoyo a los grupos de la comunidad (Directriz N° 8). Las directrices también declaran que los estados deben proveer información relativa al VIH, su prevención y cuidado, y asegurar la amplia disponibilidad de medidas y servicios sobre el tema (Directriz N° 6).

Nutrición

Se debe prestar atención especial a la nutrición del niño (Artículo 24.2(c) de la CDN), a las mujeres durante el embarazo y la lactancia , y a las niñas, en vista de la discriminación existente en su acceso a la nutrición (Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia sobre la Mujer, Pekín, 1995, párrafo 93).

Educación

El acceso a la educación requiere que los Estados parte desarrollen un cuidado preventivo de la salud. Unos niveles de conocimiento inadecuados sobre la sexualidad y una información inapropiada, o de pobre calidad, puede llevar a embarazos precoces, abortos inseguros, relaciones sexuales insanas, ETS, y VIH o SIDA. “Los Estados partes asegurarán que los padres y los niños estén informados y tengan acceso a la educación, y que sean apoyados en la utilización de conocimientos básicos sobre la salud infantil y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna y la higiene ...”

Protección contra prácticas sexuales perjudiciales

Los estados parte deben tomar todas medidas eficaces y adecuadas para erradicar prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud de los niños (Artículo 24.3 de la CDN)tales como: formas de mutilación genital y circuncisión, cicatrices, quemaduras, marcas, tatuaje y “piercing”, ceremonias de iniciación perjudiciales, tratamiento discriminatorio que suponga violencia o perjuicio para la salud, como la alimentación preferente y o el cuidado de los niños varones o, las creencias tradicionales perjudiciales y los matrimonios prematuros y las dotes.

Existen otros instrumentos internacionales que refuerzan estas prohibiciones.

Aborto

Los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos no tratan explícitamente el tema del aborto. Sin embargo, el derecho a la salud incluye el derecho al tratamiento de las complicaciones resultantes de un aborto inseguro. El que una mujer refugiada pueda someterse a un aborto legal dependerá de las leyes nacionales del país anfitrión. El aborto resultante de una violación es legal en algunos países y en otros no.

(Los instrumentos legales sobre salud sexual y reproductiva se presentan en la Lectura de apoyo 1)

El Manual de salud reproductiva para poblaciones refugiadas establece el principio de que “el cuidado de la salud reproductiva debe estar disponible en todas las situaciones, y debe basarse en las necesidades y demandas expresas de los refugiados, particularmente las mujeres, con absoluto respeto a los valores éticos y religiosos y a las costumbres culturales de los mismos, siempre que se ajusten también a los derechos humanos reconocidos internacionalmente”.

3.2. Importancia de los instrumentos internacionales sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

Los derechos reproductivos de los adolescentes todavía son objeto de controversia. Para muchas sociedades, la sexualidad de los adolescentes es un asunto delicado y controvertido. Sin embargo, las recientes conferencias internacionales han llamado la atención sobre el tema.

El principal objetivo de la CIPD de El Cairo de 1994 fue subrayar los lazos directos entre la salud reproductiva y los derechos humanos, colocando las preocupaciones de las mujeres y los adolescentes como tema central de la conferencia. Al año siguiente, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Pekín, pidió la evaluación de políticas y programas desde la perspectiva de género y resaltó las especiales necesidades de las adolescentes de acceder a los servicios de salud y de nutrición.

Los documentos de consenso acordados en la CIPD y en la Conferencia de Pekín, reconocen explícitamente que todo persona tiene el derecho a disfrutar de los mayores estándares posibles de salud física y mental, lo que incluye la sanidad reproductiva.

Ambas Conferencias resaltan la importancia de las responsabilidades compartidas de los hombres y el compromiso activo en la salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la maternidad, la salud del niño, la prevención de ETS, incluido el VIH y la prevención de embarazos no deseados o de alto riesgo (Plataforma de acción de Pekín, párrafo 93, y CIPD, párrafo 4.26 y 4.27).

Por otra parte, el Informe de la CIPD (A/CONF.171/13/Add.1) expone que la juventud debe comprometerse activamente en los programas de planificación, implantación y evaluación. Esto es importante respecto a las actividades y servicios de información, educación y comunicación, referentes a la sanidad reproductiva y sexual, incluyendo la prevención de embarazos precoces, educación sexual y la prevención del VIH/SIDA y otras ETS.

Se debe asegurar el acceso a estos servicios en condiciones de confidencialidad y privacidad, con el apoyo y la guía de los padres y en línea con la CDN. Además, se necesitan programas educativos a favor de técnicas de planificación, estilos de vida saludables y la disuasión activa del abuso de sustancias.

La base fundamental de las políticas y los programas gubernamentales y comunitarios en el área de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, debe ser la promoción del ejercicio responsable de estos derechos por todas las personas. Como parte de su compromiso, se debe prestar atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y equitativas para satisfacer las necesidades de los adolescentes y permitirles conducirse positiva y responsablemente.

3.3. Cómo responder a las necesidades de los niños y adolescentes refugiados y desplazados en materia de salud sexual y reproductiva

Es necesario sensibilizar a las autoridades estatales y a quienes lideren políticas dirigidas a niños, niñas y adolescentes afectados por el conflicto armado o por otras emergencias, sobre la necesidad de incluir aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva en los planes y

programas dirigidos a ellos, controlando los factores sociales, culturales y económicos que generan consecuencias negativas en esta materia.

Aunque el enfoque principal debe ser: la prevención de las consecuencias negativas de las relaciones sexuales y la reproducción de los adolescentes; la falta de conocimiento acerca de la reproducción y anticoncepción; y el acceso a los servicios, los programas deben extender su enfoque en variables a largo plazo, que incluyen:

- Construcción o reconstrucción de proyectos de vida
- Autonomía física;
- Escolarización y conocimiento de los derechos;
- Oportunidades de adquirir habilidades;
- Desarrollo de la propia estima y de una conciencia de autocuidado;
- Acceso a ingresos y otros recursos;
- Estatus social de las chicas en comparación con los varones de su edad.
- Implementación en los currículos escolares de la Educación en Salud Sexual y Reproductiva.

En términos de defensa y desarrollo es importante tener en cuenta:

Animar a la familia y a la comunidad para retrasar el matrimonio, las uniones tempranas y los nacimientos.

- Deben potenciarse campañas en los medios de comunicación y otros esfuerzos para señalar la importancia de la educación y la salud de las adolescentes. Estos esfuerzos necesitan centrarse en cuestiones, como las responsabilidades domésticas pesadas, que limitan las oportunidades de las niñas y las adolescentes de acceder a la educación.
- El Gobierno tiene que considerar la provisión de apoyo y/o incentivos a las familias para acercarse más a estos objetivos.

Ampliar el acceso de las adolescentes a una educación y una preparación de mayor calidad

- Se deben ampliar las oportunidades de las adolescentes para acceder a la educación y prepararlas para que respondan a sus necesidades físicas y sociales. Las iniciativas se deben ajustar a las comunidades a las que van dirigidas y pueden incluir clases para chicos y chicas, alternativas educativas para adolescentes embarazadas y madres adolescentes y el desarrollo de planes de estudio sensibles al género.

Ampliar las oportunidades de las adolescentes y las mujeres para obtener ingresos

La ampliación de oportunidades para que las adolescentes y las mujeres puedan obtener ingresos aumentará su capacidad de satisfacer sus necesidades y las de sus familias, y les permitirá participar equitativamente a la toma de decisiones en su casa, en su vida laboral, en la comunidad y posiblemente a nivel nacional.

Programas de atención integral a niñas y adolescentes que hayan sido abusadas y violadas.

- Posibilitar el acceso de las niñas y adolescentes abusadas sexualmente a programas integrales para su recuperación física y psicológica.

Permitir que las/los adolescentes asuman la responsabilidad y la protección de su salud sexual y reproductiva

Es necesario eliminar las barreras normativas, culturales y socioeconómicas, que impiden a los adolescentes el acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Una apropiada educación sexual dentro de la familia favorece el desarrollo de una actitud responsable frente a la sexualidad. Los gobiernos deben adoptar estrategias para asegurar que todos los adolescentes estén debidamente informados acerca de la salud sexual y reproductiva.

- Todos los adolescentes, casados o solteros, deben tener acceso a un sistema de información sobre salud reproductiva que incluya la prevención de embarazos no planeados, el aborto inseguro y las ETS. Los programas también deben proveer elementos que les permitan tomar decisiones informadas sobre la abstinencia o el sexo seguro. La investigación y planificación del programa debe enfocarse en los papeles y las responsabilidades de los hombres en la prevención de embarazos no planeados. Estos servicios deben desarrollar estrategias para acercarse a los adolescentes y facilitar el acceso a métodos de protección.
- Deben diseñarse servicios concretos para satisfacer las necesidades de los adolescentes, que pueden variar según la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de actividad sexual, la religión, la etnia, la cultura, la escolarización, la ubicación geográfica, el estatus socioeconómico y la vulnerabilidad a la coacción o abuso sexual.
- Para identificar y evitar los obstáculos en el uso de estos servicios es importante la participación de los adolescentes en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud.

3.4. Ejercicios

3.4.1. Derechos relativos a la Salud sexual y reproductiva

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Describir los instrumentos legales que podrían ser utilizados para mejorar las condiciones de la salud reproductiva y sexual, así como el bienestar de los niños y los adolescentes;
- Explicar las formas en las que se pueden utilizar estos instrumentos legales para producir un mayor efecto.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>Hacer lectura de apoyo 1, por grupos, de los instrumentos legales para la salud reproductiva y el bienestar de los adolescentes y debatirlos, empleando para ello el propio conocimiento y experiencia de los participantes e información local aportada por estos.</p> <p>Organizar la información en pliegos de papel.</p> <p>Utilizar la información de los puntos clave de aprendizaje del Tema 3, incluir otros instrumentos con los que los participantes no estén necesariamente familiarizados.</p> <p>Pedir a los participantes que trabajen en grupos de tres para identificar los instrumentos más cruciales (en su propia experiencia) y para considerar las maneras en las que podrían utilizarlos o los utilizarían (o los hayan utilizado) para influir en otras ONG, gobiernos u otros responsables de la política.</p> <p>Plenario: Resumen y presentación de cada grupo.</p> <p>Utilizar la Transparencia 10: Acciones críticas para mejorar los derechos de salud reproductiva para estimular el debate posterior.</p>	<p>Transparencia 10.</p> <p>Copia de la lectura de Apoyo 1 para cada participante.</p> <p>Pliegos de papel periódico y marcadores.</p>

3.4.2. Políticas y programas para reducir el embarazo de adolescentes

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivo:

Al final de este ejercicio los participantes serán capaces de:

- Identificar críticamente las políticas y programas que podrían reducir eficazmente el nivel de embarazos de adolescentes en sus propias áreas de trabajo e influencia.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>Agrupar a los participantes por equipos de trabajo.</p> <p>Presentar unade las siguientes actividades a cada grupo, en términos de Salud Sexual y reproductiva, según su área o esfera de influencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considere las políticas que se están aplicando y luego las principales características de los programas que se están llevando a cabo; 2. Identifique las potencialidades de aquellas políticas y programas, y luego considere sus carencias y sus puntos débiles. 3. Identifique otras políticas y características de programas que no existen actualmente en su área, pero que podrían mejorar la salud sexual y reproductiva y el bienestar de los niños y los adolescentes. <p>Plenario: Después de compartir estas ideas en una sesión plenaria, distribuir y discutir las sugerencias de la Lista de control.</p>	<p>Pliegos de papel periódico, marcadores, cinta.</p> <p>Copia de la lista de control para cada participante.</p>
Lista de control		
Los gobiernos, los donantes, las ONG y los proveedores de servicios necesitan hacer cambios en el programa en los siguientes términos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que todos los proveedores de servicios tengan los suministros médicos, la cualificación técnica, la información y las habilidades de comunicación interpersonal suficientes para ofrecer una atención de alta calidad. • Asegurarse que todas las parejas e individuos tengan acceso a una planificación familiar de buena calidad, orientada al usuario y confidencial y a los servicios que ofrecen una amplia elección de metodos anticonceptivos modernos, incluyendo la anticoncepción de emergencia cuando proceda. El asesoramiento de planificación familiar debe ser de apoyo y debe responder a las necesidades del usuario para asegurar la fiabilidad y la continuidad. Los servicios se tienen que basar en el objetivo de permitir a las mujeres y los hombres que consigan sus intenciones de reproducción al mismo 		

	<p>tiempo que se protegen contra las ETS. La planificación familiar deber ser parte de un programa de salud sexual y reproductivo completo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que todos los adolescentes reciban una educación sexual y reproductiva completa, de alta calidad, que ofrezca información sobre la habilidad de tomar decisiones y las relaciones de género con respecto a la sexualidad, la reproducción, la anticoncepción y las ETS, incluyendo el VIH. • Proporcionar asesoramiento y servicios de salud reproductiva de confianza a todo el mundo sexualmente activo, incluyendo a los adolescentes y a las mujeres sin pareja. • Ofrecer información de confianza y asesoramiento a todas las mujeres con un embarazo no planeado. • Facilitar servicios de aborto de alta calidad, en toda la extensión que permita la ley y asegurar que sean accesibles y costeables. • Asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de calidad para el tratamiento de complicaciones relativas al aborto y que se ofrezcan información y servicios de planificación familiar después del mismo. 	
	<p>Los creadores de la política necesitan alentar amplios cambios dentro de las comunidades y a nivel nacional para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar una política que tenga en cuenta el género; • Cambiar los factores reguladores, sociales, económicos y culturales, que limitan el control de las mujeres sobre su propia sexualidad y reproducción; • Tomar acción para detener todas las formas de violencia sexual y para reducir las desigualdades de poder entre los hombres y las mujeres; • Identificar acciones concretas que se necesitan para tratar el problema del embarazo no deseado entre los adolescentes y para modificar actitudes que estigmatizan y culpan a las chicas que quedan embarazadas; • Fomentar en los hombres actitudes que promuevan una acción de delicadeza, responsabilidad e igualdad en las relaciones sexuales, la anticoncepción, el embarazo y el cuidado de los niños; • Trabajar para cambiar el desequilibrio de poder entre mujeres y hombres y las desigualdades de género profundamente enraizadas que fomentan el descuido de la salud de la mujer, limitan sus posibilidades y, en último término, amenazan sus vidas. 	

4. Promoción de la salud sexual y reproductiva

Puntos clave de aprendizaje

- *Los programas de salud sexual y reproductiva requieren de una **aproximación multisectorial** para ser eficaces.*
- *Con respecto a este trabajo, es esencial la coordinación, entre las agencias de implementación y de éstas con las instituciones estatales responsables de Salud Pública.*
- *Los programas de **Información, Educación y Comunicación** (programas IEC) pueden proporcionar una útil información, consejo y defensa adecuados, así como promover la participación de la comunidad y el compromiso individual.*
- *Los buenos programas IEC comparten a menudo características similares.*
- *Existen principios que se deben tener en cuenta cuando se trabaja con los adolescentes.*

4.1. Una aproximación multisectorial

Cuando se preparan los programas de salud sexual y reproductiva para los adolescentes hay que considerar diversas cuestiones importantes.

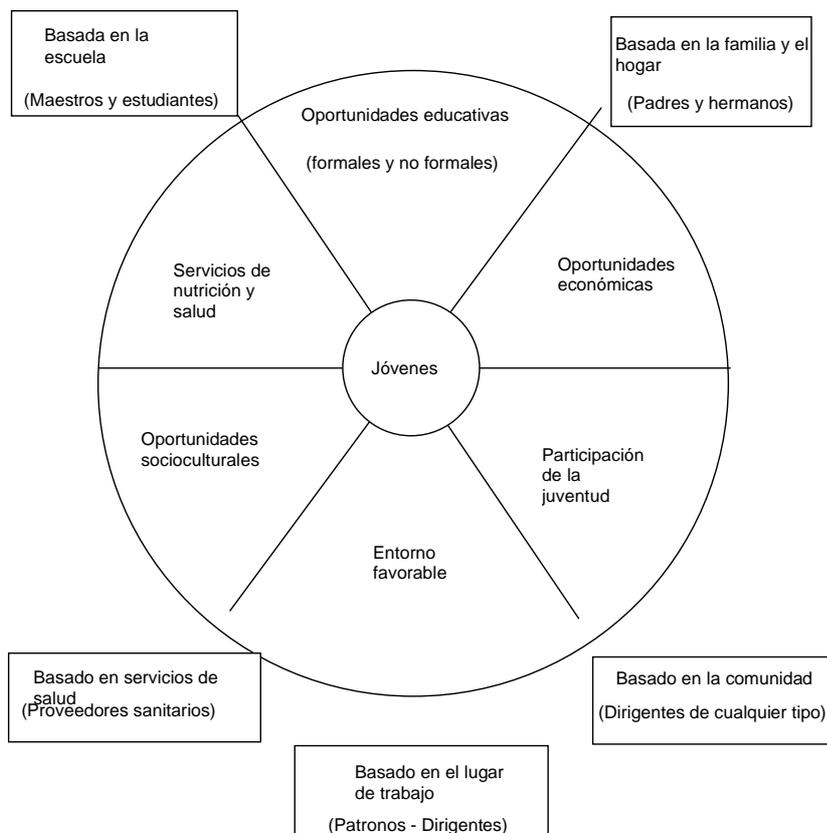
La salud sexual y reproductiva de los adolescentes influye sobre la manera como aprovechan los servicios y a las oportunidades disponibles. De igual manera, su acceso a las oportunidades educativas, a los servicios de salud y nutrición, a las oportunidades de empleo, a y a servicios sociales, culturales y de protección, influye sobre su salud sexual y reproductiva. Así, todos los sectores que trabajan en un área determinada deben incluir en sus programas estrategias para proteger a los adolescentes de los riesgos que los amenazan.

Por esto es necesaria una coordinación entre sectores (educación, salud, servicios de la comunidad, protección); entre agentes de implementación (Gobierno, ONG, agencias de las Naciones Unidas) y entre quienes proveen servicios (médicos, comadronas, , asistentes sanitarios).

La coordinación entre agencias requiere que, aunque cada agencia tenga sus propios métodos y personal cualificado, exista un enfoque similar entre todas ellas, incluso aunque alguna no pueda proporcionar una serie completa de servicios. Esta coordinación debe garantizar que la provisión final de servicio sea de naturaleza complementaria y planificada.

El siguiente diagrama ha sido preparado por ACNUR, y sugiere un marco estratégico a través de sectores para trabajar con adolescentes con el objetivo de que tengan una vida sexual y reproductiva segura a los y las adolescentes.

ARC -Acciones por los Derechos del Niño -



Marco estratégico para permitir a los jóvenes refugiados llevar una vida sexual y reproductora sana y segura: El por qué, cómo y cuándo.

Los participantes en los cursos de entrenamiento de ARC sobre este tema pueden ser animados a considerar, dentro de su propio sector, cómo podrían cualificar sus servicios para satisfacer mejor las necesidades de los niños, niñas y adolescentes según su edad.

4.2. Información, educación y comunicación (IEC)

La falta de conocimiento y comprensión de la sexualidad humana y una información incompleta son factores que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Los adolescentes, como los hombres y mujeres adultos, deben entender cómo funcionan sus cuerpos y cómo pueden mantener una buena salud reproductiva. Por ello, hay que brindarles un conocimiento validado científicamente, presentándolo con claridad y de forma adecuada a su edad.

Las actividades de IEC son un medio esencial para compartir este conocimiento. Estas actividades abarcan desde las conversaciones "cara a cara" entre los proveedores del servicio y los refugiados o personas en situación de desplazamiento, hasta las campañas formales altamente desarrolladas.

La Escuela es un lugar óptimo para desarrollar estrategias de información y educación en Salud Sexual y Reproductiva y por ello la Educación Sexual debe ser parte del currículo, respetando las características culturales de la comunidad.

4.2.1. Características de un buen programa de IEC

Una reciente revisión de ONUSIDA encontró que los programas eficaces de prevención del VIH/ SIDA para adolescentes comparten ciertas características:

- Tienen como objetivo concreto retrasar la primera relación sexual;
- Estimulan el aprendizaje de estilos de vida sanos
- Discuten claramente los resultados de las relaciones sexuales sin protección y sus consecuencias a través de juegos de rol;
- Refuerzan los valores del grupo frente a comportamientos inseguros en la escuela y en la comunidad.

Algunos temas importantes en los programas sobre salud sexual y reproductiva para los adolescentes son los siguientes:

- Cómo tomar decisiones acertadas sobre las relaciones y el intercambio sexual, y mantenerlas;
- Cómo resistir ante las presiones por el sexo y las drogas;
- Cómo reconocer una situación que podría ser arriesgada o peligrosa;
- Cómo y dónde pedir ayuda o apoyo;
- Cuando se está preparado para mantener relaciones sexuales, cómo procurar sexo protegido u otras formas de sexo seguro;
- Cómo mostrar solidaridad hacia las personas con VIH o SIDA;
- Cómo cuidar a las personas con SIDA en la familia o en la comunidad.

En la lectura 3 se detalla más información sobre la confección de programas IEC, y en el **Tema 5** se detallan mensajes concretos para tratar diferentes asuntos de la salud sexual y reproductiva.

4.3. Principios para trabajar con los adolescentes

Para trabajar con adolescentes en programas de salud sexual y reproductiva, se deben asumir ciertos principios:

La participación de la comunidad en todas las etapas es esencial para conseguir que los adolescentes refugiados y desplazados tengan un mayor grado de control sobre sus propias vidas. Esto significa la participación activa de los padres, de los maestros, de los dirigentes religiosos y de la comunidad, de los proveedores de cuidados sanitarios, así como de los propios adolescentes. La Lectura 2 proporciona más información sobre este aspecto.

- Es necesario involucrar a los adolescentes en el diseño real, la implementación y la evaluación de los programas. Ellos son los que conocen los problemas y los temores con los que se enfrentan y están mejor preparados para identificar las estrategias para abordar estos asuntos y tomar decisiones pertinentes y relevantes en su contexto cotidiano.

Los programas también deben identificar y alentar la comunicación con sus iguales. Los compañeros se suelen considerar como fuentes de información más fiables que los adultos: desde el punto de vista de un adolescente. “La manipulación, el lavado de cerebro y el moralismo” no son apropiados para el ejercicio de una sexualidad sana. El **Ejercicio 4.5.3** proporciona más información y un gráfico que indica la manera en la que los compañeros pueden trabajar como educadores.

- Es necesario establecer vínculos entre los servicios de educación, salud, y protección, no sólo para la prevención de los problemas ya mencionados, sino también para asegurar que los adolescentes resuelvan adecuadamente las dificultades que se les presentan y en las que pueden necesitar una asistencia especial (por ejemplo, la violencia sexual, el aborto inseguro, entre otros).
- Los adolescentes tienen una gran necesidad de privacidad. Generalmente, los problemas que se les presentan pueden hacerles sentir avergonzados, turbados o confusos y aunque estén en situación de asinamiento, es importante que los proveedores traten de crear la mayor privacidad posible al hablar con los adolescentes.
- Los proveedores de servicios necesitan mantener la confidencialidad en su trato con los adolescentes, ser honestos y abrirse a ellos respetando sus decisiones.
- En muchas ocasiones es importante que el orientador sea del mismo sexo del adolescente que solicita el servicio.

4.4. Enlaces para la provisión de servicio y seguimiento

Para que sea eficaz la IEC, es necesario una actitud coherente entre los orientadores o proveedores de los servicios.. Por ejemplo, no tendría sentido animar a todos los adolescentes a que utilicen preservativos si luego se encuentran con que otros proveedores de servicios no aceptan la provisión de preservativos a las chicas menores de quince años o que existe una escasez en el suministro de los mismos.

“La salud reproductiva en situaciones de refugiado: Un manual de campo entre agencias” (1999. Ginebra, ACNUR) es una lectura recomendada para cualquier trabajo conectado con estos asuntos. En particular, el Capítulo 2, “Mínimo paquete de servicio inicial”, que describe un conjunto de actividades que deben implantarse de manera coordinada durante la fase temprana de una situación de refugiado (que puede ser o puede no ser una emergencia). Este capítulo se incluye en **la Lectura 4** en este paquete de recursos.

4.5. Ejercicios

4.5.1. Promover los derechos de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en situación de refugio o de desplazamiento

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivo:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Generar ideas prácticas para el desarrollo de programas en situaciones de refugio local o desplazamiento.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>Los participantes trabajarán en pequeños grupos (preferiblemente en equipos de trabajo).</p> <p>Pedir que hagan una lista de las maneras en las que podrían promover la salud reproductiva para niños y adolescentes refugiados en sus propias situaciones de trabajo.</p> <p>Una vez que hayan hecho las listas, pedir a los grupos que ordenen sus ideas en términos de lo eficaces que las consideran.</p> <p>Plenario: Resumir estas ideas en el papel periódico.</p> <p>Distribuir copias de la Lista de control y pedir que contrasten sus respuestas.</p>	<p>Pliegos de papel periódico, cinta y marcadores. Copia de la Lista de control y la lectura 5 para cada participante.</p>
	<p>Lista de control: Responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los refugiados adolescentes, en situación de desplazamiento o afectados por otras emergencias.</p> <p>Las siguientes son recomendaciones sobre cómo responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los adolescentes necesitan información básica acerca de la sexualidad y la reproducción. En muchos asentamientos de refugiados o de comunidades en situación de desplazamiento, la educación formal termina en la escuela primaria. Es necesario buscar caminos creativos para proporcionar información. Cualquier actividad organizada para los adolescentes (clubs de deportes, vídeos, artesanía) puede servir como oportunidad para 	

	<p>proporcionar una importante información de salud para los participantes.</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios deben adecuarse a las características propias de los diferentes rangos de edad, así quizá los adolescentes entre 10 y 14 años tienen necesidades específicas de orientación diferentes de las de los chicos por encima de esta edad.• Los adolescentes deben estar informados acerca de las ETS y de los embarazos no planeados y se les debe proporcionar consejo y medios adecuados.• Las adolescentes que no asisten a la escuela y que están destinadas a casarse después de iniciada su primera menstruación pueden ser particularmente difíciles de abordar. Puede ser culturalmente aceptable que sean visitadas en su casa por una ATP (comadrona tradicional) para discutir asuntos de educación en salud enfocados a la maternidad.• Una experiencia de violación puede ser la razón por la que una adolescente acuda por primera vez a los servicios de salud. Tanto los chicos como las chicas pueden ser víctimas de violencia sexual. Esto no solo tiene implicaciones para los servicios de tratamiento, sino que se debe hacer un gran esfuerzo para encontrar los medios de proporcionar una protección y atención integral adecuada para los adolescentes.• Es importante subrayar un buen cuidado prenatal entre las adolescentes embarazadas, porque son más propicias a complicaciones en el embarazo y el parto.• Los mensajes para la prevención de las ETS tienen que tener en cuenta que los adolescentes pueden estar preguntándose por su orientación sexual, y esto se debe tratar amistosamente, sin crear ningún sentido de culpabilidad.• Los traumas psicológicos que son consecuencia de experiencias de refugiado o por afectación psicosocial debida a experiencias violentas pueden crear resistencia a buscar servicios relativos a la salud sexual. En la medida de lo posible, se debe animar especialmente a los adolescentes a recurrir a los servicios de orientación, y éstos deben acercarse a ellos con estrategias apropiadas.	
	<p>Los participantes también pueden tener copias de la Lectura 5: Programas de salud reproductiva del comité de rescate internacional. Aunque este programa descansa dentro de una situación de educación formal, muchos de los componentes se pueden transferir a situaciones menos formales.</p>	

4.5.2. La importancia de la participación de la comunidad

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Explicar la importancia de asegurar la participación de la comunidad en todas las etapas del programa de salud sexual y reproductiva;
- Identificar personas clave en sus propias situaciones de trabajo.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>1. Organizar a los participantes para trabajar en equipos de trabajo (los grupos de individuos no deben ser de más de 5 personas).</p> <p>2. Pedir que se lea el siguiente texto:</p> <p>La importancia de la participación de la comunidad</p> <p>En cualquier comunidad concreta siempre existe una estructura social. Dentro de esta estructura existen dirigentes de opinión que tienen alguna influencia sobre toda la comunidad. Ellos son la clave para la información que afecta a ésta y pueden impedir o apoyar iniciativas que le sirvan la misma. Es importante reconocerlos para asegurar su disposición a participar y acceder a la comunidad. Estas personas pueden informar acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los problemas que existen en los campamentos o asentamientos • La opinión de los dirigentes cuyas ideas se respetan • El proceso de entrada en la comunidad • Las dimensiones culturales de la comunidad en los campamentos o asentamientos • Los servicios informales que utilizan los adolescentes en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva • Los recursos disponibles, en términos de recursos humanos, especialmente en la formulación de mensajes culturalmente aceptables. • Los adolescentes en sí mismos: <p>Un niño, niña o un adolescente en un campamento o asentamiento no es meramente una fuente de problemas, hace parte de la comunidad y es un gran recurso cuando se le ayuda y se le da una oportunidad. La mayor parte de los adolescentes no desea ser distinto de los demás. No les gusta atraer la atención hacia ellos cuando piden ayuda o se les presta sin haberla pedido. Por ejemplo, pueden tratar de inducir un embarazo o un aborto pidiendo ayuda a un amigo, o pueden auto-tratarse una ETS. Por lo tanto, es importante motivarlos a participar y comprometerles en:</p>	<p>Copia del texto “La importancia de la participación de la comunidad” y del formato de respuestas para cada participante.</p> <p>Esferos, marcadores, cinta y pliegos de papel.</p>

	<p>La planificación. La implementación La evaluación</p> <p>Esto puede asegurar la relevancia, el compromiso y la especificidad cultural de cualquier actividad que les afecte en relación con su salud sexual y reproductiva. Aunque se debe proporcionar a los adolescentes un amplio grado de control sobre los servicios que se les ofrecen, también es importante hacerles sentir que no están solos en esa tarea.</p> <p>Otras organizaciones Las iniciativas dirigidas al niño y al adolescente tienen que ser muy amplias. Otras diversas organizaciones que trabajan en los campamentos de refugiados o en asentamientos pueden contribuir a las actividades de los niños y adolescentes, dándoles en lo posible su propia asistencia especializada.</p>			
	<p>3. Teniendo en cuenta el texto, hacer un discusión del mismo en el grupo y comentar las siguientes preguntas en el contexto de sus propias situaciones de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la comunidad donde trabajan ¿Quiénes son las personas más influyentes ? • ¿Qué personas consideran que son el recurso clave de esta comunidad? • ¿En qué forma podrían contribuir ellos a la organización, al desarrollo y al éxito de un programa de salud sexual y reproductiva dentro de la comunidad? • Quiénes son los adolescentes con mayor capacidad de liderazgo e influencia? <p>4. Presentar las respuestas a estas preguntas en el formato siguiente:</p>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="363 1377 767 1615"> Personas con capacidad de influencia que son clave dentro de la comunidad en la que trabajan: </td> <td data-bbox="767 1377 1171 1615"> Cómo trabajar con ellos para desarrollar un programa de salud sexual y reproductiva? </td> </tr> </table>	Personas con capacidad de influencia que son clave dentro de la comunidad en la que trabajan:	Cómo trabajar con ellos para desarrollar un programa de salud sexual y reproductiva?	
Personas con capacidad de influencia que son clave dentro de la comunidad en la que trabajan:	Cómo trabajar con ellos para desarrollar un programa de salud sexual y reproductiva?			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="363 1624 767 1839"> Personas que son un recurso clave dentro de la comunidad en la que trabajan: </td> <td data-bbox="767 1624 1171 1839"> Cómo pueden apoyar el desarrollo de un programa de salud sexual y reproductiva? </td> </tr> </table>	Personas que son un recurso clave dentro de la comunidad en la que trabajan:	Cómo pueden apoyar el desarrollo de un programa de salud sexual y reproductiva?	
Personas que son un recurso clave dentro de la comunidad en la que trabajan:	Cómo pueden apoyar el desarrollo de un programa de salud sexual y reproductiva?			

ARC -Acciones por los Derechos del Niño -

	Quienes son los y las adolescentes con mayor capacidad de liderazgo en influencia entre sus pares?	Cómo motivarlos a participar en un programa de Salud Sexual y reproductiva?	
--	--	---	--

4.5.3. Trabajar con grupos de pares – De adolescente a adolescente

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Describir las distintas maneras en que se pueden utilizar los grupos de pares dentro de los programas de Salud Sexual y reproductiva para niños, niñas y adolescentes;
- Aplicar este conocimiento a la situación local.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>1. Dividir a los participantes en grupos de cuatro o cinco personas. 2. Distribuir copias de las siguientes textos.</p> <p>Ejemplo de la intervención de un adolescente</p> <p>Peer Approach to Counselling by Teens (PACT, Adolescentes que acuden al consejo de otros adolescentes) – Botswana</p> <p>Resultados: Lo mejor ha sido la acción tomada por las autoridades sanitarias y sociales para asegurar que todos los adolescentes tengan acceso a los servicios de orientación, diagnóstico y tratamiento de las ITS, y suministro de preservativos para la prevención del VIH y el SIDA, y la planificación familiar</p> <p>Intervenciones utilizadas: Técnicas, orientación e información</p> <p>Población beneficiada: Entre 13 y 19 años de edad, dentro y fuera de las escuelas. Ahora el programa está tratando de llegar a los padres, a las comunidades y a los adolescentes fuera de la escuela.</p> <p>El propósito de este programa es contribuir a que los adolescentes tomen decisiones saludables con respecto a su propia sexualidad, para evitar el embarazo no deseado y las infecciones por VIH y ETS, y concretamente para mejorar su propia confianza y autoestima. El objetivo es crear el entendimiento y el apoyo de los adolescentes por otros adolescentes (PACT) entre las autoridades de la educación y la sanidad, las escuelas, los padres, y la comunidad.</p> <p>En cada escuela se eligen y se entrenan 10 educadores adolescentes.</p> <p>Los métodos utilizados por los educadores adolescentes para llegar a sus iguales incluyen: Teatro, canciones, grupos de debate, concursos de carteles, debates públicos y cabinas de información en ferias y</p>	<p>Marcadores, pliegos de papel y cinta.</p> <p>Copia de los textos para cada participante.</p>

acontecimientos religiosos.			
<p>Este programa es un ejemplo excelente del compromiso directo de los grupos afectados. El éxito de la acción depende de la propia acción de los adolescentes. La motivación de los adolescentes es evidente, no solamente en su preparación para trabajar durante las fiestas escolares, sino también en sus otras iniciativas. Los educadores adolescentes están directamente comprometidos en el diseño y la implantación de las actividades educativas del programa y han jugado un papel activo en el desarrollo de los planes de estudio, guías, y folletos de educador de adolescentes iguales. Las actividades del educador adolescente no solo han influido en sus iguales en la escuela, sino también en las familias y en los miembros de la comunidad.</p>			
	Comunicación de iguales	Educación de iguales	Orientación de iguales
Objetivos	Acopio de información, algún cambio de actitud	Acopio de información y técnica, cambio de actitud y apoyo social	Acopio de información y técnica, cambio de actitud, resolución de problemas y apoyo social
Cobertura	Alta cobertura	Cobertura media	Baja cobertura
Intensidad	Baja intensidad	Media - alta	Alta intensidad
Enfoque	Comunidad y grandes grupos	Comunidad y pequeños grupos	Individuos
Ejemplos	Teatro, distribución de panfletos, distribución de preservativos	Actividades educativas del grupo de adolescentes dirigentes	Escuela, servicio de salud o consejeros adolescentes de la comunidad

<p>Papel de los iguales</p>	<p>Comunicadores contratados continuamente en base a la voluntariedad y la motivación. Desempeñan papeles limitados. Su compromiso suele ser por períodos breves o esporádicos</p>	<p>Los educadores se eligen según criterios concretos. Normalmente se reclutan entre 20 y 30 adolescentes a la vez. Realizan tareas concretas durante cortos períodos (entre 6 y 8 meses)</p>	<p>Los consejeros se eligen cuidadosamente. En muchos casos están remunerados. Forman una tarea altamente tecnicada. Se comprometen por un largo período de tiempo.</p>
<p>Entrenamiento</p>	<p>Son suficientes unas charlas breves o unas sesiones de motivación.</p>	<p>Breves talleres de entrenamiento intensivo y cursillos de repaso.</p>	<p>Entrenamiento intensivo de larga duración.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 3. Pedir a los participantes que hagan una breve discusión de las notas, rescatando aquellos aspectos que consideran relevantes para su contexto particular. 4. Pedir a los participantes que, teniendo en cuenta lo discutido, compartan sus propias experiencias de trabajo con grupos de pares, y luego considerar las maneras en que se podría incluir a estos en sus propias situaciones de trabajo. 5. Breve plenario. 			

4.5.4. ¡Seamos creativos!

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivo:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Describir las principales características de un mensaje de IEC sensible a la cultura.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora y media.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dividir a los participantes en pequeños grupos. 2. Presentar el tema. 3. Distribuir copias del siguiente texto a los participantes, <p>Extracto tomado de “Salud reproductiva en situaciones de refugiado – Un manual de campo entre agencias”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de mensajes de IEC. Un buen mensaje es corto, preciso y consecuente. Se debe propagar en el lenguaje de los grupos afectados y debe utilizar un vocabulario adecuado para esta audiencia. El tono del mensaje puede ser humorístico, didáctico, autoritario, racional o conmovedor. Se puede emitir como llamamiento de una vez o como refuerzo repetitivo. A veces es necesario desarrollar varias versiones de un mismo mensaje, dependiendo de la audiencia a la que va dirigido. Por ejemplo, difundir información sobre los servicios anticonceptivos será importante para las mujeres que ya tienen tres o cuatro niños o para adolescentes que están comenzando su actividad sexual. Sus necesidades y prioridades serán diferentes, de manera que también tienen que ser diferentes las materias de IEC utilizadas. Recuérdese averiguar si ya existen las materias en el país anfitrión o en el de origen. • Determinar métodos y canales de comunicación convenientes. Una vez que se identifica y se investiga la audiencia y se han elegido los mensajes clave, es el momento de decidir qué medios y combinaciones de canales de información llegarán a los grupos afectados. Los distintos canales realizan trabajos diferentes y todos tienen sus propias ventajas e inconvenientes, dependiendo del papel que desempeñen en el programa de comunicación. La elección de mensajes y medios estará influida por muchos factores: El coste, los niveles de alfabetización, el estilo artístico dentro de la comunidad, la familiaridad, la amplitud de penetración, un medio particular para los proveedores del servicio y el usuario, y la disponibilidad. <p>El desarrollo y lo adecuado de los mensajes y la elección del canal de comunicación o medio son inseparables. Los diferentes medios desarrollarán mensajes muy distintos, por ejemplo la radio, o los carteles publicitarios, porque la naturaleza del medio afecta a los</p>	<p>Copia del extracto “Salud reproductiva en situaciones de refugiado – un manual de campo entre agencias” para cada participante.</p> <p>Pliegos de papel, marcadores y cinta.</p>

	<p>mensajes que se pueden utilizar con éxito. También se deben considerar las técnicas de aquéllos que utilizan los materiales. Puede muy bien ser necesario entrenar al personal que vaya a utilizar los materiales. Por ejemplo, una cosa puede ser la colocación de una foto o de un cartel en la pared de una clínica, que ser vista o no por la gente. Es completamente distinto utilizar una serie de fotos en forma de carteles como herramienta educativa en un asentamiento en grupo.</p>	
	<p>De acuerdo con las directrices indicadas en la lectura:</p> <ul style="list-style-type: none">• Desarrollar un mensaje que ayude a las adolescentes a protegerse e informarse sobre los embarazos precoces o no deseados;• Decidir un canal o forma de comunicación creativa (teniendo en cuenta las limitaciones de la situación del taller);• Trabajar juntos para “producir” este mensaje utilizando el canal de comunicación que se ha elegido. <p>5. Cada grupo presentará su mensaje a todo el conjunto para comentarlo y opinar sobre el mismo.</p>	

5. Cuestiones concretas y mensajes clave para los adolescentes

Puntos clave de aprendizaje

- *Los adolescentes, en general, carecen de conocimiento de las ETS y su prevención.*
- *Las adolescentes son más susceptibles a las ETS, incluyendo el VIH, que las mujeres mayores.*
- *En muchas sociedades es incómodo hablar de sexo y puede resultar un tabú. Es importante comprender las interpretaciones culturales y trabajar con los dirigentes de la comunidad, con la familia y con los adolescentes, para desarrollar aproximaciones adecuadas.*
- *Los niveles de educación influyen fuertemente en los embarazos de las adolescentes.*
- *Los embarazos tempranos entrañan riesgos significativos para la salud.*
- *Existe un importante riesgo social y económico en torno al embarazo temprano.*
- *Existen muchas razones por las que las adolescentes pueden recurrir al aborto en condiciones de alto riesgo para su salud.*
- *Los refugiados para quienes la mutilación genital femenina era una costumbre en el país de origen, tienden a continuar la práctica en el exilio; esta entraña riesgos extremos y es probable que las repercusiones continúen a lo largo de toda la vida de la mujer.*
- *Cuando la gente hace un mal uso de sustancias como el alcohol y las drogas, pierden el control sobre su comportamiento. No toman decisiones autónomas, atinadas ni proyectadas.*

5.1. Enfermedades de transmisión sexual, incluidos el VIH o SIDA

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son enfermedades que se pueden transmitir de una persona a otra mediante el contacto sexual. Las ETS pueden ser dolorosas y algunas producen la infertilidad y la muerte si no se tratan. Algunas normalmente curables son la gonorrea, la tricomoniasis, la infección clamidial y la sífilis.

SIDA quiere decir Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA es causado por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH se puede transmitir por contacto sexual, por la sangre (a través de prácticas inseguras, como jeringuillas usadas, transfusión de sangre no analizada, entre otras) y de una mujer embarazada a su bebé durante el embarazo, el nacimiento y, ocasionalmente, la lactancia. Hasta el año 2000, el SIDA no tenía cura definitiva. No obstante, los tratamientos han mejorado la calidad y la duración de la vida de las personas con SIDA, y existe una gran investigación para el desarrollo de nuevos tratamientos, incluidas las drogas anti-retrovirales.

ACNUR ha establecido su propia política y directrices con respecto a la Protección y asistencia al refugiado y SIDA, a través de la IOM/FOM/21/20 de 1988, y una actualización mediante una declaración de política hecha en 1998 (IOM/FOM/78/84). Además, la IOM/FOM/47/48 de 1999 proporciona información sobre Post Exposure Preventive (PEP) Treatment Starter Kits (Equipos de iniciación de tratamiento preventivo tras la exposición).

Como ya se había señalado cada año hay más de 333 millones de nuevos casos de ETS curables. Las ETS son más comunes que la malaria en muchos lugares del mundo. A diario, resultan infectados de VIH más de 8.500 niños. Solamente durante 1998 resultaron infectados más de 3 millones de niños, niñas y adolescentes (Fuente: Programa del departamento de VIH, PNUD).

Los adolescentes, en general, carecen de conocimiento de las ETS y su prevención. Se enfrentan a importantes barreras frente a los servicios de salud sexual y reproductiva que pueden no conocer o no estar abiertos para ellos. Esto incluye el suministro de anticonceptivos, o la falta de estos y el desconocimiento de métodos anticonceptivos y protección que les podrían ayudar a reducir su exposición a ETS y embarazos no planeados. También puede existir una carencia de proveedores de salud cualificados que comprendan los asuntos que atañen particularmente a los adolescentes.

Los adolescentes también pueden carecer de conocimiento o de oportunidades para elegir no practicar sexo o hacerlo de manera segura. Cuando una adolescente tiene un compañero sexual mayor, lo que suele ser el caso, puede existir un desequilibrio de poder aún mayor en la relación, que a veces reduce su capacidad para practicar una actividad sexual segura.

Las adolescentes son fisiológicamente más susceptibles a las ETS que las mujeres mayores. El cuello de la matriz y la vagina de una adolescente son diferentes a los de una mujer mayor y la hacen más vulnerable a contraer ETS cuando se exponen. La gran probabilidad de sangrado durante el sexo aumenta mucho este riesgo. Muchas adolescentes no reconocen los síntomas de una ETS o no saben dónde buscar tratamiento. Además, muchas ETS en las mujeres son asintomáticas, haciendo más difícil conocer cuándo la han contraído.

Si se dejan sin tratar, las ETS pueden llevar a una enfermedad inflamatoria de la pelvis, embarazo ectópico (anormal o descolocado) e infertilidad, y si se presentan durante el embarazo pueden traer problemas de salud tanto al niño como a la madre.

En la lectura 6 se presenta más información acerca del VIH y del SIDA.

5.1.1 Mensajes clave para adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual

- El comportamiento sexual es un asunto personal, puede ser difícil convencer a las personas del riesgo de no hacerlo con la protección necesaria. Es importante fomentar la comunicación con confianza entre las parejas de adolescentes para emplear métodos de protección.
- Para conseguir resultados positivos deben ser continuas las intervenciones de prevención de las ETS.
- **En muchas sociedades es incómodo hablar de sexo y puede resultar un tabú. Es importante comprender las interpretaciones culturales y trabajar con los dirigentes de la comunidad, con la familia y con los adolescentes, para desarrollar aproximaciones adecuadas.**
- El consejo sobre el control y la prevención de las ETS en los adolescentes tiene que incluir referencias a su tratamiento.

- La educación sobre la prevención de las ETS, del VIH o SIDA, tiene que incluir los peligros del comportamiento de alto riesgo y enseñar el conocimiento del comportamiento de bajo riesgo (sexo sin penetración, utilización de preservativos, evitar el abuso de drogas).
- Si uno tiene una ETS, la pareja debe buscar tratamiento y seguir el curso completo del mismo.
- Los mensajes sobre la prevención de ETS deben tener en cuenta que los adolescentes pueden estar cuestionándose su orientación sexual, y esto se debe tratar de una manera amistosa, sin crear ningún sentimiento de culpa.
- En contextos de asentamientos caracterizados por la pobreza y el hacinamiento mezclados con alta conflictividad familiar, social y política, el cuerpo puede ser la única fuente de placer, y la iniciación sexual puede tener lugar muy tempranamente, por ello, si no existen servicios eficaces para brindar una orientación adecuada, los adolescentes pueden ser altamente vulnerables a contraer ETS.

La **Lectura 7** proporciona un extracto tomado de un documento de ONUSIDA titulado Learning and Teaching about AIDS in School, October 1997 (Aprendizaje y enseñanza acerca del SIDA en la escuela, octubre de 1997).

5.2. Embarazos no planeados y tempranos

Las adolescentes de las sociedades tradicionales siguen frecuentemente normas culturales que equiparan matrimonio y maternidad con status y valor de la mujer.

En algunas situaciones de retorno después de estar refugiado, la tierra o el espacio para vivir se divide según el tamaño de las familias. Esta situación puede empujar a las adolescentes a un embarazo temprano para conseguir más espacio vital, o para reemplazar las pérdidas que ha experimentado la familia por causa del conflicto o de la guerra.

En contextos de afectación psicosocial por el conflicto armado rural o urbano, o por otra emergencia, puede resquebrajarse el sentido de proyecto de vida de los y las adolescentes y querer un embarazo temprano para poseer un vínculo afectivo propio dentro de un sentimiento de inmediatez en que existe la sensación de que en cualquier momento los chicos pueden ser reclutados o muertos, y sienten la necesidad de dejar una huella de su existencia.

5.2.1. Riesgos de salud de actividad sexual y embarazo de adolescentes

Aunque las adolescentes sean lo suficientemente maduras para tener intercambio sexual, sus cuerpos no necesariamente están lo bastante desarrollados para llevar con seguridad un embarazo durante nueve meses hasta el nacimiento del niño. Ambos corren más riesgo que cuando se retrasa algunos años el embarazo.

Los niños nacidos de madres adolescentes experimentan frecuentemente más riesgos de muerte durante los primeros cinco años de su vida.

5.2.2. Riesgos sociales y económicos del embarazo

Aunque las consecuencias del embarazo de adolescentes se conocen relativamente bien en los países desarrollados, existe mucha menos información sobre las consecuencias económicas y sociales. A pesar de la falta de datos, generalmente se aceptan las siguientes premisas:

A. Los embarazos y nacimientos tempranos y sin planificar limitan las oportunidades educativas y los logros.

Frecuentemente se expulsa de las escuelas a las adolescentes que quedan embarazadas y son muy pocas las que vuelven. Un estudio nacional en Botswana arrojó que una de cada siete chicas que dejaron la escuela lo hizo por estar embarazada y solamente una de cada cinco embarazadas volvió a la misma. En Kenia, 10.000 chicas dejan la escuela cada año a causa del embarazo.

B. El embarazo temprano compromete la capacidad de la mujer para valerse por sí misma y para mantener a los niños.

La responsabilidad de cuidar de un niño pequeño, así como la falta de educación, puede limitar el acceso de una mujer a las oportunidades de conseguir ingresos económicos.

C. Las oportunidades de una joven quedan severamente limitadas cuando se convierte en madre, y puede verse amenazada su calidad de vida.

La limitación a la educación y a las oportunidades de conseguir ingresos, junto con las normas tradicionales de la sociedad, sirven para perpetuar la infravaloración de las adolescentes. La posibilidad de una adolescente para procurar y salvaguardar sus propias necesidades y las de sus niños, tanto dentro de una relación como de la sociedad en general, se puede ver amenazada.

D. En algunas situaciones el estigma de ser padre o madre soltero(a) puede causar rechazo de la familia y o de la comunidad.

La información y técnicas clave para los adolescentes con respecto a los embarazos precoces y sin planificar, incluye:

- Un conocimiento de las consecuencias de los embarazos tempranos o no planeados;
- Toma de decisión, comunicación, aplicación de técnicas para resistir la presión para tener sexo o tenerlo sin protección;
- Información sobre cómo acceder a la prevención de ETS, así como sobre métodos de planificación familiar;
- Información sobre los servicios sociales y de salud disponibles;
- La importancia de buscar servicios prenatales cuando se está embarazada.

5.3. Abortos inseguros

Un aborto inseguro es aquel que no se ha realizado en un entorno seguro y por un profesional de la salud. Los abortos inseguros incluyen la ingestión de venenos u otras sustancias potencialmente perjudiciales o la introducción de ramitas u otros objetos punzantes en el útero. Las muertes por complicaciones resultantes de abortos inseguros suponen un porcentaje significativo de todas las muertes maternas, aunque es difícil obtener resultados precisos.

Frecuentemente, las adolescentes son víctimas de violación, una de cuyas consecuencias es el embarazo no deseado. Como muchas mujeres y muchachas encuentran poca ayuda y pocas opciones para resolver este problema, muchas recurren a abortos inseguros. Como se mencionó al principio de este tema, la violencia sexual y basada en el género, incluyendo la violación, es uno de los asuntos principales de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y se trata en profundidad en el [Paquete de recursos de ARC sobre Abuso y Explotación](#).

Los adolescentes aducen a menudo las siguientes razones para recurrir al aborto:

- La adolescente está decidida a no avergonzar a su familia. En muchas comunidades, el embarazo prematrimonial es recibido con desdén y como evidencia del descuido de los padres, un juicio con el que muchas madres y padres no pueden vivir;
- La adolescente puede ser víctima de violación o de incesto y no desea prolongar su agonía de llevar el embarazo hasta su fin;
- La adolescente ha sido abandonada por su novio, quien le había prometido previamente casarse o tener una relación de convivencia estable una vez demostrada su fertilidad;
- Si está en la escuela, la adolescente desea continuar con su educación y recurre al aborto por temor a ser expulsada si es descubierta.

5.3.1. Información preventiva clave

- Proporcionar un entorno seguro y de apoyo.
- Aconsejar la búsqueda de ayuda de un servicio de salud.
- Desaconsejar el abuso de sustancias, como drogas o alcohol, porque a menudo conducen a un comportamiento de toma de riesgo.
- Proporcionar a los adolescentes mensajes de salud sexual y reproductiva.
- Comprometer a las comunidades (incluidos los adolescentes) en discusiones sobre los asuntos relativos al embarazo no planeado, el aborto y sus consecuencias.
- Comprometer a la comunidad en la prevención de embarazos no planeados y de abortos y en la ayuda a los adolescentes para hacer frente a estas situaciones cuando surgen.

5.4. Mutilación genital femenina²

Los programas de salud sexual y reproductiva deben abarcar estrategias para disuadir a la mutilación genital femenina, poniendo énfasis en el enlace entre la práctica y la salud sexual y reproductiva en las adolescentes. **Antes de embarcarse en campañas de información, es vital comprender las razones por las que se practica.** Los esfuerzos de los trabajadores sanitarios para eliminar la mutilación genital femenina pueden ser reforzados consiguiendo el apoyo de los miembros responsables de la comunidad.

La IOM/FOM 83/97 de ACNUR titulada "Política de ACNUR sobre prácticas tradicionales perjudiciales" contiene una guía detallada acerca de estas prácticas. No solamente expone la política de ACNUR sobre las PTP (Prácticas tradicionales perjudiciales), sino que también proporciona sugerencias para su erradicación. Debe leerse junto con las políticas y directrices de ACNUR existentes con respecto a los niños y mujeres refugiados.

Definiciones y clasificación de la mutilación genital femenina, se encuentran en la Lectura de Apoyo 8.

5.4.1. Prevención y respuesta en posiciones de refugiado

² En el contexto latinoamericano esta práctica no existe, sin embargo se mantiene el texto de la traducción de la versión africana como información de importancia referencial

Los elementos de una estrategia recomendada por la OMS, incluyen:

- Establecer contacto con los representantes gubernamentales, los profesionales y las ONG del país anfitrión, que estén comprometidos en la disuasión de la mutilación genital femenina;
- Incluir información y educación sobre los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina, particularmente en programas para mujeres y niños, como planificación familiar, inmunización y el control de enfermedades con disentería;
- Conseguir la participación de los hombres, de manera que cuando empiecen a cambiar las actitudes de las mujeres se encuentren apoyadas por hermanos, padres, amigos y compañeros;
- Centrarse en los adolescentes, que a menudo están en la vanguardia de la creación de nuevas normas sociales;
- Identificar fuentes de ingreso alternativas para los que practican la mutilación genital femenina, que constituye su medio de vida, incluyendo la promoción de ritos de pubertad (por ejemplo, dando regalos) que promueven los valores tradicionales.

5.5. Abuso de sustancias

Los programas enfocados en la salud sexual y reproductiva deben abarcar el abuso de sustancias, porque es obvio que tiene que ver con la capacidad de un adolescente para tomar decisiones ponderadas sobre su comportamiento. El abuso de sustancias es un factor importante ligado a los embarazos no planificados y a las consecuencias que conllevan.

El **Tema 6, Paquete de recursos sobre la educación, de ARC**, trata brevemente de la cuestión del abuso de sustancias. Al final de este Paquete de recursos se sugieren lecturas posteriores.

5.6. Nutrición

La buena nutrición es beneficiosa para todos los adolescentes, ya que es una población que cambia y crece a un ritmo muy rápido. Además, en este período es cuando las adolescentes están creciendo y formándose sus huesos. Las adolescentes mal alimentadas pueden desarrollar una pelvis muy estrecha, de manera que los partos pueden resultar difíciles o peligrosos para ellas o para sus niños.

Las adolescentes que están embarazadas o en período de lactancia necesitan comer bien.

Un programa de salud sexual y reproductiva debe incluir información adecuada sobre la nutrición, el ejercicio y el descanso.

Igualmente los servicios de salud para adolescentes en embarazo deben ir acompañados de provisión de suplementos nutricionales, sobre todo en programas de atención a comunidades refugiadas y en situación de desplazamiento, pues los cambios de lugar de habitat pueden traer consigo cambios de dietas nutricionales habituales, y mucha de la ayuda alimentaria dentro de la asistencia humanitaria puede ser ajena a la cultura alimentaria de las comunidades y ser rechazada o mal manejada por ésta.

ARC -Acciones por los Derechos del Niño -

5.7. Ejercicio

5.7.1. Estudio de caso práctico: Abortos inseguros

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Explicar por qué las adolescentes podrían recurrir a abortos inseguros;
- Desarrollar mensajes clave e información que podría proteger y hacer conocer a los adolescentes los peligros de los abortos inseguros;
- Evaluar distintas aproximaciones que tengan que ver con los adolescentes que pueden recurrir a abortos inseguros.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>Dividir a los participantes en pequeños grupos cuyos miembros tengan, en lo posible, papeles y responsabilidades de trabajo similares. Distribuir copias del caso que se narra a continuación y pedirles que trabajen a través del mismo.</p> <p><i>Eres un trabajador de campo en un asentamiento de comunidades en desplazamiento. Un día, mientras estás realizando tus actividades normales, se te acerca una adolescente y te pregunta si puedes ayudarla. Te cuenta que está muy triste y que no sabe qué hacer. Te explica que hace dos meses fue violada por una pandilla de adolescentes. Hablas mucho rato con ella y te dice que recientemente ha estado tomando alguna medicina que le compró al curandero local tradicional. Ella esperaba que le provocara un aborto, pero ahora se siente muy enferma y está empezando a tener dolores.</i></p> <p>Discutir las respuestas a las preguntas que siguen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas veces ha ocurrido este tipo de suceso en tu propia experiencia? • ¿En qué otras situaciones podría una adolescente buscar tener un aborto? • Qué mensajes clave e información podrían proteger a las adolescentes e informarlas de los peligros de los abortos inseguros? • ¿Qué harías por una adolescente en esta situación? <p>Se hace un breve plenario en donde se compartirán los mensajes clave de cada grupo.</p>	<p>Hojas, esferos, papel periódico, plumones, cinta.</p> <p>Una copia del caso para cada participante.</p>

5.7.2. ITS, VIH y SIDA: Características de un buen programa educativo

Participantes: Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Explicar la información básica clave acerca de las ETS, incluyendo el VIH/ SIDA;
- Identificar las características esenciales para desarrollar un programa educativo eficaz acerca de las ETS, y el VIH / SIDA, para los niños, niñas y los adolescentes.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>Dividir a los participantes en grupos de 3 ó 4 personas. Utilizar los puntos de aprendizaje clave para el Tema 5, para presentar el tema de las ETS y el VIH / SIDA y los mensajes clave para los niños, niñas y adolescentes acerca de estas condiciones. Presentar el ejercicio pidiendo a los participantes que consideren las características que podrían estar presentes en un programa educativo eficaz acerca de las ETS, VIH / SIDA. Señalar que “los programas eficaces son aquellos que tienen una influencia positiva sobre el comportamiento con respecto al sexo, el uso de drogas y la no discriminación, y no simplemente el aumento de conocimiento y el cambio de actitud de los estudiantes” (de “Learning and Teaching about AIDS at School (Aprendizaje y enseñanza sobre el SIDA en la escuela)”, Actualización técnica de ONUSIDA, octubre de 1997). Conceder 30 minutos para el ejercicio.</p> <p>Sesión plenaria.</p> <p>Distribuir la Lista de control.</p> <p>Lista de control:</p> <p>Extracto adaptado de “Learning and Teaching about AIDS at School (Aprendizaje y enseñanza sobre el SIDA en la escuela)”, Actualización técnica de ONUSIDA, octubre de 1997. Los programas eficaces son aquellos que tienen una influencia positiva sobre el comportamiento con respecto al sexo, el uso de drogas y la no discriminación, y no simplemente el aumento de conocimiento y el cambio de actitud de los estudiantes. Se ha demostrado que los programas eficaces cumplen todos los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfocarse en la manera de vivir, particularmente en lo relativo a la toma de decisiones, la gestión y la comunicación, con el doble objeto de retrasar el primer contacto sexual y estimular el contacto protegido; • Concentrarse en el riesgo personalizado mediante el juego de rol y los debates; 	Copia de la lista de control para cada participante. Hojas, esferos.

ARC -Acciones por los Derechos del Niño -

	<ul style="list-style-type: none">• Discutir claramente los posibles resultados del sexo sin protección y, siempre en términos igualmente claros, la manera de evitar tales resultados;• Explicar dónde conseguir ayuda y apoyo entre los iguales, el personal de la escuela, los miembros de la comunidad y los servicios exteriores;• Subrayar las técnicas útiles para la auto-protección contra ITS y el VIH también ayuda a la auto-confianza y evita embarazos no deseados, abuso sexual y abuso de drogas (incluyendo el tabaco y el alcohol);• Reforzar los valores, las normas y el apoyo de grupos de iguales, para practicar y mantener un comportamiento seguro y resistirse a lo inseguro.	

5.7.3. Embarazos no planeados

Participantes: Coordinadores, Personal de campo, adultos cercanos (líderes, maestros, otros).

Objetivos:

Al final de este ejercicio, los participantes serán capaces de:

- Explicar los peligros de los embarazos precoces para los niños, niñas y adolescentes;
- Desarrollar un conjunto de mensajes preventivos clave para los niños, niñas y adolescentes acerca de los embarazos precoces y no planificados.

Tiempo	Metodología	Recursos
1 hora	<p>Hacer una breve introducción al tema utilizando los puntos clave de aprendizaje para el Tema 5.</p> <p>Dividir a los participantes en grupos de tres o cuatro.</p> <p>Establecer que el objeto de este ejercicio es desarrollar mensajes clave para los niños, niñas y adolescentes acerca de la prevención de embarazos precoces, y que para desarrollar estos mensajes los participantes tienen que tener claras las consecuencias físicas y sociales de los embarazos precoces.</p> <p>Invitar a los participantes a compartir su conocimiento y experiencia al respecto en los grupos, bajo los siguientes encabezamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones obstétricas y relativas al embarazo • Mortalidad maternal • Mortalidad natal e infantil • Riesgos sociales y económicos <p>Sesión plenaria para cotejar y resumir esta información (referirse a las Notas preliminares).</p> <p>En los mismos grupos, pedir a los participantes que desarrollen en un papel periódico información y mensajes preventivos para los niños y los adolescentes.</p> <p>Plenario final en donde se comparte con todo el conjunto el trabajo de los grupos individuales.</p>	<p>Hojas, esferos, papel periódico, plumones, cinta.</p>

Transparencias

Transparencia 1.

Conceptos clave

1. La salud sexual y reproductiva es una cuestión que concierne a todo el mundo.
2. El apoyo y la intervención eficaz durante la adolescencia pueden tener beneficios importantes y duraderos.
3. Los adolescentes refugiados y desplazados corren más riesgos que los adolescentes asentados.
4. Los problemas de salud sexual en los adolescentes aparecen cuando están mal informados o mal equipados para enfrentarse a las consecuencias de su actividad sexual.
5. La eficacia en las cuestiones de salud sexual y reproductiva implica trabajar con las comunidades y con los adolescentes.
6. Comprometer centralmente a los mismos adolescentes en el proceso de desarrollo de estrategias de educación eficaces es de gran importancia.
7. Los instrumentos de los derechos humanos sirven para apoyar la defensa en este campo.
8. Los programas eficaces de salud sexual y reproductiva requieren una aproximación multisectorial y una fuerte coordinación entre y dentro de las agencias.
9. Los buenos programas de IEC comparten muchas características comunes.
10. Hay mensajes concretos de salud y prevención relativos a cuestiones clave individuales.

Transparencia 2.

Puntos clave de aprendizaje para el Tema 1

- La salud sexual y reproductiva concierne a todo el mundo y es importante en la vida de todo ser humano.
- Un apoyo e intervención eficaz para los adolescentes que están a punto de iniciar, o ya han iniciado, su vida sexual puede tener efectos beneficiosos y duraderos sobre muchos aspectos de sus vidas.
- La adolescencia marca el comienzo del camino de una persona en su desarrollo sexual y su sexualidad. Puede ser un tiempo de emociones, sensaciones placenteras, pero también de temores, y o dificultades.
- Una buena salud sexual significa sentirse bien respecto al propio comportamiento sexual en cuerpo, mente y espíritu, así como en el contexto del entorno social en el que se vive.
- Los problemas de salud sexual surgen cuando los adolescentes no manejan con responsabilidad su vida sexual porque están mal informados o disponen de pocos medios para asumir autonomamente las consecuencias de la actividad sexual.
- Debido a la naturaleza inestable de su situación, los adolescentes refugiados y en situación de desplazamiento corren un mayor riesgo de afectación de su salud sexual y reproductiva que aquellos que se encuentran en condiciones estables.

Transparencia 3.

Definición de salud sexual y reproductiva

La salud sexual es la integración de los aspectos somático, emocional, intelectual y social del ser humano, de forma que enriquezcan y, por lo tanto, estimulen la personalidad, la comunicación y el amor

La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relativos al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. Por lo tanto, la salud reproductiva implica que los adolescentes puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que sean capaces de reproducirse y tengan la libertad de decidir si lo desean y con qué frecuencia.³

³Cairo Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development (ICPD) 1994, para.7.2.

Transparencia 4.

Las dificultades con las que se enfrentan los adolescentes refugiados y en situación de desplazamiento

Pueden incluir:

- La situación particular de exilio, desplazamiento u otra emergencia;
- Las incertidumbres inherentes a su futuro;
- Las consecuencias de haber experimentado o haber sido testigo de violaciones, torturas o matanzas;
- La rotura de redes de apoyo familiar existentes previamente significa que los adolescentes pierden sus nichos afectivos, sus fuentes de información, su asistencia y su protección tradicionales;
- La interrupción de sistemas educativos, que constituye la pérdida de otra fuente de desarrollo, información, protección y asistencia;
- La interrupción de normas aceptadas y comprendidas.
- La pérdida de fuentes de ingresos que reduce la capacidad de los refugiados para elegir libremente;
- Las mujeres, e incluso los niños, pueden ser los únicos cuidadores de sus familias. Esto representa una grave carga física y emocional;
- Puede darse una prioridad insuficiente al cuidado de la salud reproductiva.

Transparencia 5.

Características de los adolescentes

- Rápido crecimiento y desarrollo físico
- Procesos desiguales de construcción de madurez física, social y psicológica,
- Probar experiencias por primera vez como reto significativo
- Frecuente carencia de conocimiento y habilidad para decisiones adecuadas para su salud
- Patrones de pensamiento en los que las necesidades inmediatas tienden a tener prioridad sobre las implicaciones a largo plazo, principalmente en situaciones de afectación psicosocial.
- El inicio de comportamientos que se pueden convertir en hábitos para toda la vida y pueden ser consecuencia de enfermedades muchos años después.

Transparencia 6.

Puntos clave de aprendizaje para el Tema 2

- Existen importantes desafíos asociados con el desarrollo de programas eficaces de salud sexual y reproductiva para Adolescentes, dentro de los cuales se encuentra la comprensión de sus vulnerabilidades, limitaciones, potencialidades y capacidades.
- Los adolescentes tienen capacidades particulares para contribuir significativamente al éxito de los programas.
- Cualquier programa de planificación en este campo debe estar precedido por un claro conocimiento y análisis de los asuntos culturales y de género dominantes.
- Los adolescentes deben estar involucrados en todas las etapas de planificación, implementación y evaluación del programa.
- Se debe consultar con padres, maestros, líderes de la comunidad y religiosos, e informarles sobre la importancia de los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Transparencia 7.

Desafíos para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva

Factores que presentan desafíos para la provisión de servicios de salud reproductiva, particularmente en lo que respecta a los adolescentes, destacados en la Conferencia de Pekín, 1995:

- *Niveles inadecuados de conocimiento de la sexualidad humana;*
- *Información y servicios de salud reproductiva inadecuados o de escasa calidad;*
- *La predominancia de comportamiento sexual de alto riesgo;*
- *Prácticas sociales discriminatorias;*
- *Actitudes negativas hacia las mujeres y las adolescentes;*
- *El limitado poder que tienen muchas mujeres y muchachas sobre su vida sexual y reproductiva.*

Transparencia 8.

Potencialidades en los adolescentes

- Los adolescentes son más flexibles y a menudo se adaptan a una nueva situación antes que sus padres.
- También pueden aprender más rápidamente cómo “trabajar” dentro de nuevas estructuras.
- Tienden a estar más abiertos a nuevas ideas que sus mayores.
- Cuando están motivados tienen enormes fuentes de energía y entusiasmo.
- Pueden comunicarse muchísimo mejor con sus grupos de iguales que con muchos adultos, especialmente con aquellos que perciben como una autoridad.

Transparencia 9.

Puntos clave de aprendizaje para el Tema 3

- Existen numerosos instrumentos legales relacionados con los asuntos de la salud sexual y reproductiva. Éstos se pueden utilizar eficazmente para la defensa y promoción de los derechos reproductivos y sexuales de los adolescentes.
- Los derechos de sanidad reproductiva abarcan ciertos derechos humanos, como se reconoce en varios instrumentos y documentos que reflejan el consenso internacional.
- Todos los niños refugiados tienen que disponer de la adecuada atención a la salud.
- La salud sexual y reproductiva es un elemento esencial del derecho a la salud.
- El Derecho a la salud sexual y reproductiva incluye varios elementos: Elección reproductiva; Planificación familiar; Matrimonio; Maternidad segura; Reducción de la mortalidad natal e infantil; Protección contra el SIDA; Nutrición; Educación; Protección contra prácticas sexuales tradicionales perjudiciales y aborto.
- El conocimiento de las cuestiones de los derechos sexuales y reproductivos referentes a los adolescentes puede servir para influir a los que hacen las normas y a los planificadores para que desarrollen programas que tengan más relación con las necesidades de los mismos.

Transparencia 10.

Acciones para mejorar las condiciones de ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva

Las tres acciones críticas que se necesitan ahora para mejorar los derechos de salud sexual y reproductiva son:

- La reforma de leyes que contribuyen a la mortalidad materna: Por ejemplo, las leyes que requieren que las mujeres obtengan la autorización de sus maridos para buscar servicios de salud y las leyes que inhiben el acceso a servicios de sanidad reproductiva seguros;
- La implantación de leyes que protejan el interés de la salud de las mujeres, que prohíban, por ejemplo, los matrimonios entre niños, la mutilación genital femenina, la violación y el abuso sexual;
- La aplicación de derechos humanos en las constituciones nacionales y en las convenciones internacionales para una maternidad avanzada segura, requiriendo, por ejemplo, que los Estados adopten medidas preventivas y curativas eficaces para reducir la mortalidad y para tratar a las mujeres con respeto y dignidad.

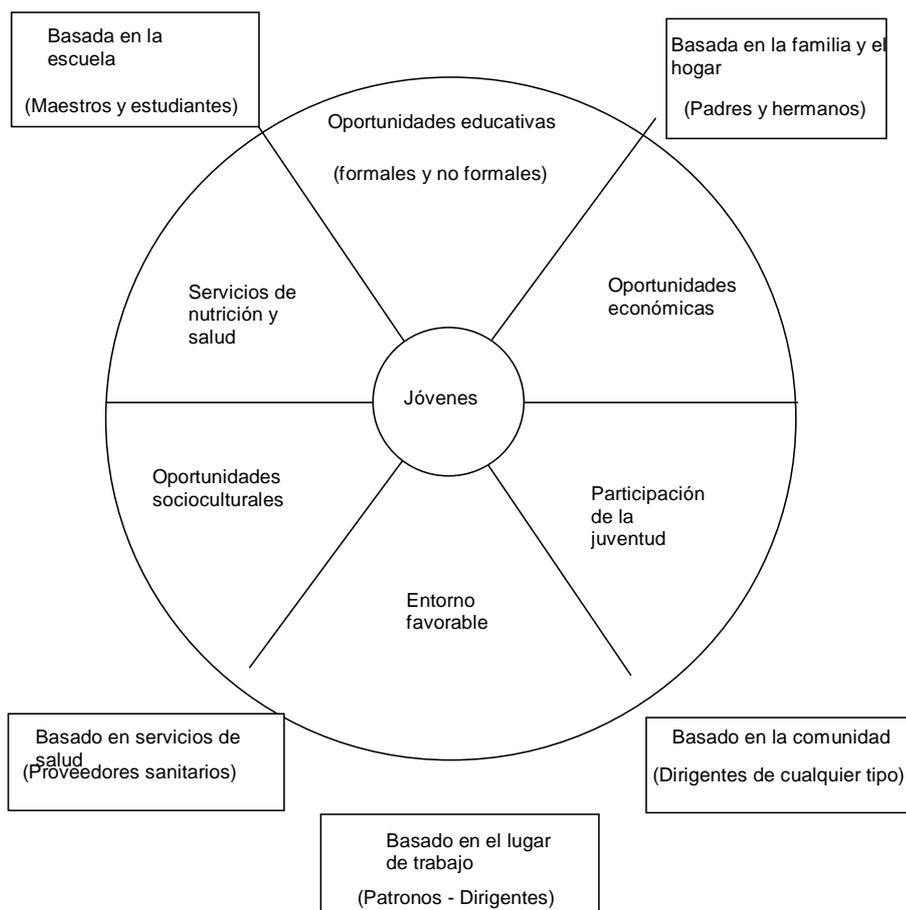
Transparencia 11.

Puntos clave de aprendizaje para el Tema 4

- Los programas de salud sexual y reproductiva requieren de una aproximación multisectorial para ser eficaces.
- Con respecto a este trabajo, es esencial la coordinación, dentro y entre las agencias de implementación y de éstas con las instituciones estatales responsables de Salud Pública.
- Los programas de información, educación y comunicación (programas IEC) pueden proporcionar una útil información, consejo y defensa adecuados, así como el desarrollo de la participación de la comunidad y el compromiso individual para cambiar.
- Los buenos programas IEC comparten a menudo características similares.
- Existen varios principios importantes para tener en cuenta cuando se trabaja con los adolescentes.

Transparencia 12.

Marco estratégico para los adolescentes refugiados o en situación de desplazamiento



Marco estratégico para permitir a los jóvenes refugiados llevar una vida sexual y reproductora sana y segura: El por qué, cómo y cuándo.

Transparencia 13.

Puntos clave de aprendizaje para el Tema 5

- Los adolescentes, en general, carecen de conocimiento de las ETS y su prevención.
- Las adolescentes son más susceptibles a las ETS, incluyendo el VIH, que las mujeres mayores.
- En muchas sociedades es incómodo hablar de sexo y puede resultar un tabú. Es importante comprender las interpretaciones culturales y trabajar con los dirigentes de la comunidad, con la familia y con los adolescentes, para desarrollar aproximaciones adecuadas.
- Los niveles de educación influyen fuertemente en los embarazos de las adolescentes.
- Los embarazos tempranos entrañan riesgos significativos para la salud.
- Existe un importante riesgo social y económico en torno al embarazo temprano.
- Existen muchas razones por las que las adolescentes pueden recurrir al aborto en condiciones de alto riesgo para su salud.
- Los refugiados para quienes la mutilación genital femenina era una costumbre en el país de origen, tienden a continuar la práctica en el exilio, esta entraña riesgos extremos; es probable que las repercusiones continúen a lo largo de toda la vida de la mujer.
- Cuando la gente hace un mal uso de sustancias como el alcohol y las drogas, pierden el control sobre su comportamiento. No toman decisiones autónomas, atinadas ni proyectadas.

Transparencia 14.

Riesgos sociales y económicos de la maternidad prematura

- El embarazo y la maternidad tempranos limitan las oportunidades educativas y los logros.
- El embarazo temprano puede comprometer la capacidad de una mujer para mantenerse a sí misma y a sus hijos.
- Las oportunidades de una adolescente se ven seriamente limitadas cuando es madre y queda amenazada su calidad de vida.
- En algunas situaciones, el estigma de ser madre soltera puede producir rechazo de la familia y o de la comunidad.

Lecturas de Apoyo

Lectura 1: Marco de Instrumentos Internacionales de Derechos

El derecho a la salud y a los servicios sanitarios

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 6.1

Los Estados partes reconocen que todos los niños tienen el inherente derecho a la vida.

Artículo 24

1. Los Estados partes reconocen el derecho del niño a disfrutar el más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la recuperación de la salud. Los Estados partes se esforzarán para asegurar que ningún niño se vea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - (a) Reducir la mortalidad infantil;
 - (b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud;
 - (c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y los riesgos de contaminación ambiental;
 - (d) Asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas a las madres;
 - (e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular padres e hijos, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
 - (f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de familiar.
3. Los Estados partes tomarán todas las medidas eficaces y adecuadas con vistas a la abolición de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
4. Los Estados partes promoverán y estimularán la cooperación internacional con vistas a lograr progresivamente la plena realización de los derechos reconocidos en el presente artículo. A este respecto, se tendrán particularmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Universal Declaration on Human Rights (Declaración universal de los derechos humanos, DUDH) de 1948, Artículo 25.1

Todo el mundo tiene derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar y para los de su familia, que incluye alimentos, ropa, alojamiento y cuidado médico.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, PIDESC) de 1966, Artículo 12

1. Los Estados partes en el presente Convenio reconocen el derecho de todo el mundo a disfrutar del mayor nivel de salud física y mental que se pueda alcanzar.
2. Los pasos a seguir por los Estados partes en el presente Convenio para alcanzar la plena realización de este derecho, incluyen aquellos que sean necesarios para:
 - (a) La provisión para la reducción de la tasa de niños nacidos muertos y de la mortalidad infantil, y para el desarrollo saludable del niño;
 - (b) La mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial;
 - (c) La prevención, el tratamiento y el control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras;

ARC (Acción para los derechos de los niños)

(d) La creación de condiciones que puedan asegurar a todo el mundo un servicio médico y una atención médica en caso de enfermedad.

Definición de salud sexual y reproductiva

Cairo ICPD, Programme of Action (Programa de acción CIPD del Cairo de 1994, Párrafo 7.1

la sanidad reproductiva es un estado de plenitud física y de bienestar mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los órdenes relativos al sistema reproductor. Por lo tanto, la sanidad reproductiva es la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en la forma que enriquezcan positivamente y refuercen la personalidad, la comunicación y el amor, y de esta manera la noción de salud sexual implique un aspecto positivo de la sexualidad humana...

Elección reproductiva

Cairo ICPD, Programme of Action (Programa de acción CIPD del Cairo de 1994, Párrafo 7.2

La piedra angular de la salud sexual y reproductiva descansa en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, la frecuencia y el momento de sus hijos y a tener la información para hacerlo así, y el derecho al disfrute del mayor estándar de salud sexual y reproductiva que se pueda alcanzar. También incluye el respeto por el cuerpo humano, como expresan los documentos de derechos humanos, y el derecho de las parejas e individuos a tomar las decisiones relativas a la reproducción, libres de discriminación, coacción y violencia.

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 34 (a)

Los Estados partes se comprometen a proteger al niño de toda forma de explotación y abuso sexual. Con este propósito, tomarán particularmente todas las medidas nacionales, bilaterales y multilaterales para evitar:

(a) La inducción o coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilícita;...

Planificación familiar

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 24.2 (f)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, CEDAW) de 1979, Artículo 12.1

1. Los Estados partes tomarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en el terreno del cuidado sanitario, con objeto de asegurar, sobre la base de igualdad del hombre y la mujer, el acceso a los servicios sanitarios, incluyendo aquellos relativos a la planificación familiar.

Matrimonio

Universal Declaration on Human Rights (Declaración universal de los derechos humanos, DUDH) de 1948, Artículo 16 1

1. Los hombres y las mujeres adultos, sin ninguna limitación de raza, nacionalidad o religión, tienen derecho a casarse y crear una familia. Tienen los mismos derechos para casarse, durante el matrimonio y durante su disolución.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, CEDAW) de 1979, Artículo 16 (1)

Los Estados partes tomarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en todo lo relativo al matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, basándose en la igualdad entre hombre y mujer:

(a) El mismo derecho a contraer matrimonio;

ARC (Acción para los derechos de los niños)

(b) El mismo derecho a elegir libremente un cónyuge y a casarse solamente con su libre y total consentimiento;...

Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de matrimonios de 1962, Artículo 1

1. No podrá contraerse legalmente matrimonio sin el pleno y libre consentimiento de ambos contrayentes, expresado por éstos en persona, después de la debida publicidad, ante la autoridad competente para formalizar el matrimonio y testigos, de acuerdo con la ley.

Artículo 2

Los Estados partes en la presente Convención adoptarán las medidas legislativas necesarias para determinar la edad mínima para contraer matrimonio. No podrán contraer legalmente matrimonio las personas que no hayan cumplido esa edad, salvo que la autoridad competente por causas justificadas y en interés de los contrayentes, dispense el requisito de la edad.

El derecho a la protección familiar

International Covenant on Civil and Political Rights (Pacto Internacional de los derechos civiles y políticos, ICCPR) de 1966, Artículo 23.1

La familia es el grupo unitario natural y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a ser protegida por ésta y por el Estado.

Maternidad segura

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 24.2 (d)

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, PIDESC) de 1966, Artículo 25.2

La maternidad y la infancia tienen derecho a un cuidado y asistencia especiales.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, CEDAW) de 1979, Artículo 12.2

No obstante las provisiones del párrafo I de este artículo, los Estados partes asegurarán a las mujeres los servicios adecuados en relación con el embarazo, el parto y el período postnatal, garantizando servicios gratuitos cuando sea necesario, así como una adecuada nutrición durante el embarazo y la lactancia.

Reducción del número de niños muertos durante el parto y de la mortalidad infantil

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 24.2 (a)

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, PIDESC) de 1966, Artículo 12.2 (a)

Protección contra el VIH y SIDA

The International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights (Las directrices internacionales sobre VIH y SIDA y los derechos humanos, 1996)

Directriz No. 6

Los Estados deben promulgar legislación para la regulación de ...información relativa al VIH para asegurar la amplia disponibilidad de medidas y servicios preventivos cualitativos y la adecuada información sobre la prevención y el cuidado del VIH ...

Directriz No. 8

Los Estados, en colaboración con la comunidad y a través de la misma, deben promover un ambiente de apoyo y posibilidades para las mujeres, los niños y otros grupos vulnerables, tratando los prejuicios y desigualdades subyacentes mediante el diálogo con la comunidad, disponiendo servicios sociales y sanitarios especialmente diseñados y apoyando a los grupos de la comunidad.

Nutrición

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 24.2.(c)

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, CEDAW) de 1979, Artículo 12.2

Plataforma de acción, Conferencia de Pekín, 1995

Párrafo 93

La discriminación contra las hijas, que a menudo resulta de la preferencia por el hijo, en el acceso a la nutrición y los servicios sanitarios pone en peligro su salud y bienestar actuales y futuros.

Educación

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 24.2 (e)

Protección contra prácticas tradicionales perjudiciales

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, Artículo 24.3

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, CEDAW) de 1979, Artículo 5 (a)

Los Estados partes tomarán todas las medidas adecuadas: (a) Para modificar las pautas de conducta social y cultural de hombres y mujeres con vistas a conseguir la eliminación de prejuicios y costumbres, y de todas las prácticas basadas en la idea de la inferioridad o de la superioridad de cualquier sexo y de los papeles estereotipados del hombre y la mujer;..

Instrumentos regionales

Carta africana sobre los derechos humanos y de los pueblos, 1981, OAU

Artículo 16

1. Todos los individuos tendrán derecho al disfrute del mejor estado posible de salud física y mental.
2. Los Estados firmantes de la presente Carta deberán tomar las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y para asegurar que reciben atención médica cuando se encuentran enfermos.

Artículo 18.1

1. La familia será la unidad natural y la base de la sociedad. Será protegida por el estado, quien cuidará de su salud física y moral.

Carta africana sobre los derechos y el bienestar del niño 1990, OAU

Artículo 14: Salud y servicios sanitarios

1. Todos los niños tendrán derecho a disfrutar del mejor estado posible de salud, física, mental y espiritual.
2. Los estados firmantes de la presente Carta se comprometerán a perseguir la total implantación de este derecho y en particular tomarán medidas:

(a) Para reducir la tasa de mortalidad natal e infantil;

- (b) Para asegurar la provisión de asistencia médica y cuidado sanitario de todos los niños, especialmente en el desarrollo de la asistencia primaria;
- (c) Para asegurar la provisión de una nutrición adecuada y de agua potable segura;
- (d) Para combatir la enfermedad y la malnutrición dentro del marco de la asistencia primaria, a través de la aplicación de la adecuada tecnología;
- (e) Para asegurar la asistencia sanitaria adecuada a las madres embarazadas y en la lactancia;
- (f) Para desarrollar asistencia sanitaria preventiva y servicio de educación en la vida familiar;
- (g) Para integrar programas de servicio sanitario básico en planes nacionales de desarrollo;
- (h) Para asegurar que todos los sectores de la sociedad, en particular los padres, los niños, los dirigentes, y los trabajadores de la comunidad, sean informados y apoyados en la utilización de conocimientos básicos sobre la salud y la nutrición del niño, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y salubridad ambiental y la prevención de accidentes domésticos y de otra índole;

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- (i) Para asegurar la participación significativa de organizaciones no gubernamentales, de las comunidades locales y de la población beneficiaria, en la planificación y la administración de un programa de servicio básico para los niños;
- (j) Para apoyar, a través de medidas técnicas y financieras, la movilización de los recursos de la comunidad local en el desarrollo de los servicios de salud primaria para los niños.

Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales, 1950

Artículo 8 – Derecho al respeto de la vida privada y familiar

1. Todo el mundo tiene derecho a que se respete su vida privada y familiar, su casa y su correspondencia.

Artículo 12 – Derecho a casarse

Los hombres y mujeres en edad de casarse tienen el derecho a hacerlo y a fundar una familia, de acuerdo con las leyes nacionales del Estado que rigen el ejercicio de este derecho.

Convención Americana sobre derechos humanos, Pacto de San José de 1969

Artículo 17. Derechos de la familia

1. La familia es la unidad natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a ser protegida por ésta y por el Estado.

2. Siempre que cumplan las condiciones requeridas por las leyes locales, se reconocerá el derecho a casarse y constituir una familia a los hombres y mujeres que tengan la edad suficiente, siempre que tales condiciones no afecten al principio de no discriminación establecido en esta Convención.

3. No se celebrará ningún casamiento sin el libre y total consentimiento de los contrayentes.

Lectura 2: La importancia de la participación de la comunidad

Todas las comunidades tienen una estructura social. Dentro de ellas hay dirigentes de opinión que tienen influencia sobre el resto de la comunidad. Son fundamentales para la información que afecta a la comunidad y pueden impedir o apoyar las iniciativas que afecten a la misma. Es importante reconocerlos, asegurar su buena disposición a participar y garantizar el acceso a la comunidad. Estas personas pueden proporcionar información acerca de:

- Los problemas que existen en los campamentos;
- Los dirigentes de opinión cuyas ideas son respetadas;
- El proceso de entrada en la comunidad;
- Las dimensiones culturales de la comunidad en los campamentos;
- Los servicios informales que utilizan los adolescentes respecto a su salud reproductiva;
- Los recursos disponibles, en términos de recursos humanos, especialmente para la formulación de mensajes culturalmente aceptables.

Un niño o un adolescente en un campamento de refugiados no es meramente una fuente de problemas, sino un gran recurso potencial cuando se le ayuda y se le da una oportunidad. La mayor parte de los jóvenes no desea ser distinto a los demás. No les gusta atraer la atención hacia ellos cuando piden ayuda o se les presta sin haberla pedido. Por ejemplo, pueden tratar de inducir un embarazo o un aborto pidiendo ayuda a un amigo o pueden auto-tratarse una ITS. Por lo tanto, es importante comprometerles en:

- La planificación
- La implementación
- La evaluación

Esto puede asegurar la relevancia, el compromiso y la especificidad cultural de cualquier actividad que les afecte en relación con su salud reproductiva. Aunque se debe proporcionar a los jóvenes un amplio grado de control sobre los servicios que se les ofrecen, también es importante darse cuenta de que no pueden hacer solos lo que necesitan. Necesitan hacerlo en compañía de aquéllos que les planifican las actividades.

Otras organizaciones

Iniciativas enfocadas a los adolescentes. Otras organizaciones que trabajan en campamentos de refugiados pueden contribuir a las actividades para niños y adolescentes, proporcionándoles su propia asistencia especializada cuando sea posible.

Lectura 3: Preparación de programas de información y comunicación

El primer y fundamental paso, consiste en una evaluación de las necesidades.

Lo ideal es que en la evaluación de las necesidades y planificación de los programas participe una persona con experiencia en la provisión de servicios de salud reproductiva y en condiciones de refugiado de los adolescentes. Se deben buscar lo más rápidamente posible los adolescentes que participen en el diseño de programas, y eventualmente jueguen el papel de dirigentes. Se debe recoger información con respecto a:

- Normas culturales sobre las relaciones sexuales y ritos de reconocimiento como adulto;
- Normas, prácticas, percepciones y actitudes de los adolescentes, relativas al sexo;
- Pautas normales de la autoridad del adulto sobre el comportamiento de los adolescentes dentro del campamento;
- Descripción de servicios disponibles para los adolescentes (y restricciones aplicables) y la medida en que estos y los adultos del campamento comprenden esta disponibilidad;
- Percepciones del personal del campamento y los proveedores de servicios relativas a la provisión de servicios de sanidad reproductiva para los adolescentes;
- Percepción de los adolescentes sobre sus necesidades de sanidad reproductiva.

Esta información se puede obtener a través de los expedientes del campamento, de entrevistas y discusiones en grupo, y posiblemente mediante técnicas de encuesta, PAR, etc.

Sin embargo, normalmente es necesario utilizar métodos más formales para emprender una evaluación completa de las necesidades. Las encuestas de grupos de enfoque, la entrevista individual de conocimiento, la actitud, el comportamiento y la práctica (KABP) pueden ser formas valiosas para obtener información y ayudar al desarrollo de las materias o mensajes para apoyar la intervención de IEC. Solamente después de que exista un retrato preciso del conocimiento de la comunidad de refugiados, de la actitud y comportamientos que rodean la sanidad reproductiva, se puede determinar qué programa y qué mensajes podrían adaptarse mejor a sus necesidades.

Las actividades y materias de IEC se deben basar en la correspondiente investigación dirigida a través de la utilización de métodos cuantitativos (cuánto) y cualitativos (cómo y por qué). La investigación y las discusiones se deben contemplar como una parte integral y continuada de la planificación e implantación de IEC.

Cuantitativo:

- Utiliza la incidencia o el dominio de problemas localizados.
- Las encuestas de conocimiento, actitud, comportamiento y práctica (KABP) utilizan una serie de cuestiones cerradas y abiertas para determinar lo que saben, piensan, creen o hacen, respecto a su sanidad reproductiva, las personas de una comunidad. Los resultados se presentan en el formulario de gente que piensa o hace una cosa determinada. Estas encuestas requieren muchos encuestados seleccionados de manera aleatoria en toda la comunidad. Se necesitan entrevistadores para realizar la encuesta y necesitan estar entrenados. En general, se considera un método caro y que exige mucho tiempo.

Cualitativo

- **Los entrevistadores individuales** permiten al investigador profundizar en lo que piensan y sienten las personas. Utilizando una guía de preguntas, el entrevistador y el encuestado hablan acerca de los sentimientos de éste último en relación con un servicio o asunto concreto.
- **Los Grupos de enfoque** son discusiones en profundidad, generalmente de 1 ó 2 horas de duración, con un pequeño grupo de personas. Los miembros de los Grupos de enfoque deben tener algo en común (edad, sexo, experiencia), en la esperanza de que les sea más fácil hablar estando todos juntos. Se trata de representantes de los grupos afectados, de donde son elegidos deliberadamente. La intención es que estén representados en ellos los distintos grupos de la comunidad, o que varios Grupos de enfoque estén formados por miembros de diversos sectores de dentro de la comunidad. Las discusiones son dirigidas por un mediador para indagar los pensamientos y sentimientos de los miembros del grupo. Generalmente se considera costoso, pues hay mucha gente involucrada para que sus opiniones se puedan expresar en un solo punto. Las averiguaciones se presentan en el formulario de comentarios o extractos de entrevistas, que ilustran cómo piensa la gente acerca de su comportamiento o por qué se involucran en una actividad en particular.

La información obtenida a través de la evaluación de las necesidades proporciona el marco para el desarrollo de una actividad de IEC viable. Todos los materiales y actividades deben ser siempre adecuados y sensibles a la cultura. Si se dispone de los materiales producidos en el país de origen o en el país anfitrión, deben utilizarse. Estos son los pasos principales que se deben seguir para diseñar un proyecto:

- **Marcar el propósito final.** Ésta es una amplia declaración de lo que se desea conseguir.
- **Marcar los objetivos.** Éstos contribuyen a conseguir el propósito.
- **Desarrollar las actividades.** Éstas decidirán el programa de IEC que, tras una buena implantación, conseguirán los objetivos y contribuirán a alcanzar el propósito final.
- **Establecer un plan de evaluación.** Esto incluirá buenos indicadores que determinen el nivel de logro de los objetivos. Cuanto más centrados están los objetivos, más fácil resulta establecer los indicadores.
- Una vez establecidos los indicadores, la evaluación y seguimiento del proyecto es muy fácil.
- **Desarrollar mensajes de IEC.** Un buen mensaje es corto, preciso y consecuente. Se debe propagar en el lenguaje de los grupos afectados y debe utilizar un vocabulario adecuado para esta audiencia. El tono del mensaje puede ser humorístico, didáctico, autoritario, racional o conmovedor. Se puede emitir como un solo llamamiento o como refuerzo repetitivo. A veces es necesario desarrollar varias versiones de un mismo mensaje, dependiendo de la audiencia a la que va dirigido. Por ejemplo, difundir información sobre los servicios anticonceptivos será importante para las mujeres que ya tienen tres o cuatro niños o para jóvenes que están comenzando su actividad sexual. Sus necesidades y prioridades serán diferentes, de manera que también tienen que ser diferentes las materias de IEC utilizadas. Recuérdese averiguar si ya existen las materias en el país anfitrión o en el de origen.
- **La prueba previa,** repetida a menudo, es una parte esencial del desarrollo de los mensajes. A través de ella se asegura que la gente comprende el contenido del mensaje.
- **Determinar métodos y canales de comunicación convenientes.** Una vez que se identifica y se estudia la audiencia y se han elegido los mensajes clave, es el momento de decidir qué medios y combinaciones de canales de información llegarán a los grupos afectados. Los distintos canales realizan trabajos diferentes y todos tienen sus propias ventajas e inconvenientes, dependiendo del papel que desempeñen en el programa de comunicación. La elección de mensajes y medios estará influida por muchos factores: el coste, los niveles de

ARC (Acción para los derechos de los niños)

alfabetización, el estilo artístico dentro de la comunidad, la familiaridad, la amplitud de penetración, un medio particular para los proveedores del servicio y el usuario y la disponibilidad.

El desarrollo y lo adecuado de los mensajes y la elección del canal de comunicación o medio son inseparables. Los diferentes medios desarrollarán mensajes muy distintos, por ejemplo la radio o los carteles publicitarios, porque la naturaleza del medio afecta a los mensajes que se pueden utilizar con éxito. También se deben considerar las técnicas de aquéllos que utilizan los materiales. Puede muy bien ser necesario entrenar al personal que vaya a utilizar los materiales. Por ejemplo, una cosa puede ser la colocación de una foto o de un cartel en la pared de una clínica, que puede ser o no mirada por la gente. Es completamente distinto utilizar una serie de fotos en forma de carteles como herramienta educativa en un asentamiento en grupo.

- **Evaluación.** Para medir la eficacia de los materiales que se están utilizando y distribuyendo sera necesaria una evaluación del impacto. Las evaluaciones se pueden realizar utilizando entrevistadores, discusiones en grupo u observación.

Otros individuos y grupos de la comunidad

Más allá de la comunicación con los usuarios del servicio, es necesario abrir un diálogo con individuos y grupos con influencia dentro de la comunidad. Estos necesitan ser identificados lo antes posible. Se les debe explicar la naturaleza y propósito de la provisión del servicio y se deben descubrir sus compromisos y prioridades. No hay que suponer nunca que todos los refugiados (incluidos aquellos “que vienen” del mismo lugar) son iguales. He aquí algunos consejos para identificar a tales individuos y grupos:

- **Familiarizarse con la comunidad** con la ayuda de alguien que viva en el entorno de los refugiados y que les preste algún servicio, consejo o protección;
- **Identificar los individuos más importantes** en la estructura social de la comunidad en la que se está trabajando. Pueden ser dirigentes formales existentes (elegidos o impuestos), pero lo más frecuente es que sean dirigentes no formales;
- **Identificar individuos que tengan alguna influencia dentro de la comunidad**, personas cuyas opiniones se respeten. Estas personas tendrán sugerencias sobre cómo acercarse a la gente y trabajar con ellos eficazmente;
- **Proporcionar a estas personas una información clara** sobre nuestras intenciones y lo que tratamos de hacer. Ser concretos con lo que pueden ganar si participan y permiten acceder a la comunidad;
- **Comunicarles nuestros planes** antes de proceder y asegurar su buena disposición a participar.

Lectura 4: “ Salud reproductiva en situaciones de refugiado: Un manual de campo entre agencias” (Capítulo2)⁴

Este capítulo describe una serie de acciones que se necesitan para responder a las demandas de salud reproductiva de poblaciones en la primera fase de una situación de refugiados (que puede ser o no una emergencia). El Minimum Initial Service Package (Paquete de servicio mínimo inicial, MISP) se puede implantar sin ninguna nueva valoración de necesidades, porque la evidencia documentada ya justifica su utilización. El MISP no es solamente un conjunto de equipo y suministros, es un conjunto de actividades que tienen que ser implantadas de una manera coordinada por personal entrenado adecuadamente.

Nota especial: El lector debe referirse a los capítulos correspondientes del manual para implantar el MISP adecuadamente.

Contenido:

- Objetivos del MISP
- Componentes del MISP
 - Identificar organizaciones e individuos para facilitar la coordinación e implantación del MISP
 - Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual
 - Reducir la transmisión del VIH
 - Prevenir el exceso de la morbilidad y mortalidad neonatal y materna
 - Planificar la provisión de servicios completos de salud reproductiva, integrados lo antes posible en la Asistencia primaria
- Amplios términos de referencia para un punto de enfoque de coordinador de salud reproductiva
- Recursos materiales
- Supervisión y vigilancia

Minimum Initial Service Package (Paquete de servicio mínimo inicial, MISP)

Los mayores asesinos en emergencias de refugiado, como son la disentería, la rubeola, las infecciones respiratorias agudas (IRA), la desnutrición y la malaria, aunque siempre presentes, están bien documentados. No se deben desviar los recursos destinados a tratar estos problemas. Sin embargo, existen algunos aspectos de la salud reproductiva que se deben abordar también en esta fase inicial, con objeto de reducir la mortalidad y la morbilidad, particularmente entre las mujeres.

⁴ Extracto tomado de: Salud reproductiva en situaciones de refugiado: Un manual de campo entre agencias (1999). Ginebra, ACNUR. CAPÍTULO DOS: Minimum Initial Service Package (MISP, Paquete de servicio mínimo inicial)

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Por favor, recuérdese que los componentes del MISP constituyen un requisito mínimo. Lo que se espera es que los servicios correspondientes que se perfilan en el resto de este Manual de campo se proporcionen en cuanto lo permita la situación.

OBJETIVOS DEL MISP

Identificar organizaciones e individuos para facilitar la coordinación e implantación del MISP;

Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual;

Reducir la transmisión de VIH

- Reforzar el respeto por las precauciones universales contra el VIH y SIDA, y
- Garantizar la disponibilidad de preservativos libremente;

Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad neonatal y maternal

- Proporcionar equipos de parto para el uso de las madres o comadronas y promover partos limpios en casa,
- Proporcionar a las comadronas los equipos de parto (UNICEF o equivalente) para facilitar los partos limpios y seguros en el servicio de salud, e
- Iniciar el establecimiento de un sistema de referencia para tratar emergencias obstétricas, y

Plan para la provisión de servicios de sanidad reproductiva completos, integrados en la Primary Health Care (Asistencia primaria, PHC), cuando lo permita la situación.

COMPONENTES DEL MISP

Identificar organizaciones e individuos para facilitar la coordinación e implantación del MISP

Se debe identificar una persona cualificada y con experiencia para coordinar las actividades de salud reproductiva al principio de la respuesta de emergencia. La agencia dirigente del conjunto debe responsabilizarse de la persona y la persona elegida debe trabajar bajo la supervisión del Coordinador de salud del conjunto.

Los puntos de enfoque de la salud reproductiva se deben diseñar dentro de cada campamento y dentro de cada agencia de implantación. Estos profesionales sanitarios, experimentados en salud reproductiva, deben mantener su puesto durante seis meses como mínimo, que es el tiempo probable que llevará establecer servicios de salud reproductiva completos.

Todas las organizaciones conocidas, de acuerdo con sus mandatos, y dentro del marco de preparación y respuesta de emergencia, entrena y sensibiliza a su personal en las cuestiones de salud reproductiva y conocimiento de género (véanse los Términos de referencia para el Coordinador de Salud reproductiva, al final de este capítulo).

Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual

La violencia sexual está fuertemente asociada con situaciones de movimiento forzoso de población. En este contexto, es vital que todos los actores de la respuesta de emergencia estén al corriente de este asunto y que preparen medidas preventivas. En la respuesta de emergencia se deben seguir las directrices de ACNUR para la prevención y respuesta a la violencia sexual contra los refugiados (1995). En la fase inicial de una emergencia, también se deben establecer medidas para la asistencia de los refugiados que hayan experimentado violencia sexual, incluyendo la violación.

Las mujeres que hayan experimentado violencia sexual deben ser enviadas a los servicios de salud lo antes posible después del incidente. El personal de protección también se debe comprometer en la provisión de protección y apoyo legal a supervivientes de la violencia sexual.

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Las acciones clave que se deben realizar durante la emergencia, para reducir el riesgo de violencia sexual y dar respuesta a los que acaban de salir de la misma, son:

- Diseñar y localizar campamentos de refugiados, consultando con éstos, para mejorar la seguridad física
- Asegurar la presencia de protección femenina y personal sanitario e intérpretes
- Incluir los asuntos de violencia sexual en las reuniones de coordinación de salud
- Asegurar que los refugiados estén informados de la disponibilidad de servicios para los que acaban de salir de una violencia sexual
- Proporcionar una respuesta médica a los que acaban de salir de una violencia sexual, incluyendo la anticoncepción de emergencia cuando proceda
- Identificar individuos o grupos que puedan tener un riesgo particular de violencia sexual (mujeres solas, menores sin compañía, etc.) y satisfacer sus necesidades de protección y asistencia.

Para más información sobre los elementos de prevención y respuesta a la violencia sexual, véase el Capítulo cuatro.

Reducir la transmisión del VIH

Reforzar el respeto por las precauciones universales contra el VIH y SIDA

Durante el primer encuentro de Coordinadores sanitarios se deben subrayar las precauciones universales contra la transmisión del VIH y SIDA dentro del marco del cuidado sanitario. Bajo la presión de una situación de emergencia, es posible que el personal de campo se vea tentado a tomar atajos en los procedimientos que pueden poner en peligro la seguridad de los pacientes y del personal. Es esencial que se respeten las precauciones universales (para detalles sobre las precauciones universales, véase el Capítulo cinco).

Garantizar la libre disponibilidad de preservativos

Desde el principio se debe garantizar la disponibilidad de preservativos para entregarlos a quienes los pidan. Se debe pedir inmediatamente un suministro suficiente (véase el Anexo 3, Capítulo cinco, Prevención y cuidado de las enfermedades transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH y SIDA, para calcular el suministro de preservativos). Además de proporcionar preservativos a quienes los soliciten, el personal de campo debe asegurarse de que los refugiados sepan que están disponibles y dónde pueden conseguirlos. Los preservativos deben estar disponibles en los servicios de salud, especialmente cuando se trata de casos de ETS. Se deben establecer otros puntos de distribución para que aquéllos que los soliciten puedan obtener los preservativos en privado.

Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad neonatal y maternal

Proporcionar equipos de parto limpio para el uso de las madres o las comadronas para promover partos asépticos en casa

Una población refugiada incluirá mujeres que estén en las últimas etapas del embarazo y que, por lo tanto, parirán dentro de la fase inicial. Se debe disponer de sencillos equipos de parto para las mujeres en este estado. Debe tratarse de equipos simples que puedan utilizar las mismas mujeres o las traditional birth attend-ants (comadronas tradicionales, ATPs). Pueden estar hechos en el sitio e incluir: una hoja de plástico, dos piezas de cuerda, una cuchilla de afeitar y una pastilla de jabón. La UNFPA también suministra este equipo.

Para calcular los suministros y servicios que hacen falta, se utiliza una fórmula basada en la Tasa de Partos Naturales (Crude Birth Rate, CBR). Con una CBR de tres a cinco por ciento anual, habría entre 75 y 125 nacimientos en un período de tres meses para una población de 10.000 personas. Partiendo de esto, se puede hacer un cálculo de los equipos que hay que pedir.

Proporcionar Equipos de parto para comadrona (UNICEF o equivalente) para facilitar partos asépticos y seguros en el Servicio de salud

En la primera fase de una emergencia los nacimientos se producen a menudo fuera de los servicios de salud, sin la asistencia de personal sanitario entrenado. Aproximadamente, el 15 por ciento de los nacimientos tendrá algunas complicaciones. Los nacimientos complicados se deben llevar al centro sanitario. La unidad suplementaria del New Emergency Health Kit 98 (NEHK-98, Nuevo equipo sanitario de emergencia 98) tiene todos los materiales que se necesitan para asegurar partos normales limpios y seguros. Con el equipo, los suministros y las drogas contenidas en el NEHK-98, se puede hacer frente a muchas emergencias obstétricas. Antes de transferir el parto al hospital, en el centro sanitario se deben estabilizar las complicaciones que no se puedan afrontar.

Iniciar el establecimiento de un sistema profesional para resolver emergencias obstétricas

Aproximadamente, entre un tres y un siete por ciento de los partos necesitan una cesárea. Puede ser necesario transferir las emergencias obstétricas adicionales a un hospital que sea capaz de resolverlas (para información acerca de las complicaciones del embarazo y el parto, remitirse a los Capítulos tres y siete).

En cuanto lo permita la situación, se debe disponer de un sistema profesional que trate las complicaciones obstétricas de la población refugiada durante 24 horas al día. Cuando sea factible, se debe utilizar y apoyar un servicio profesional del país anfitrión para satisfacer las necesidades de los refugiados. Si no es factible en función de la distancia o de la imposibilidad de que el servicio atienda el incremento de la demanda, entonces se debe proporcionar un servicio profesional especial para el refugiado. En todo caso, será necesario coordinar con las autoridades del país anfitrión el compromiso de políticas, procedimientos y prácticas a seguir dentro del servicio profesional. Se seguirán los protocolos del país anfitrión, aunque puede que haya que negociar alguna variación. Asegurarse de que haya suficiente transporte, personal cualificado y materiales, para hacer frente a la demanda extra.

Plan para la provisión de servicios de salud completos, integrados lo antes posible en la asistencia primaria

Es esencial un plan para la integración de las actividades de salud reproductiva en la asistencia primaria durante la fase inicial. De lo contrario, la provisión de estos servicios se puede retrasar innecesariamente. En la planificación es importante incluir las siguientes actividades:

- La recogida de información sobre los antecedentes de mortalidad materna, neonatal e infantil, la extensión de VIH y SIDA y las tasas dominantes de anticonceptivos (CPR). Esta información se puede obtener del país de origen de los refugiados, de Fuentes como OMS, FNUAP, el Banco mundial y la Demographic and Health Survey (Encuesta demográfica y sanitaria, DHS). La obtención de esta información será responsabilidad de las Centrales de las agencias de implantación, quienes pueden tener libre acceso a estos datos.
- La identificación de sitios convenientes para la entrega futura de servicios de salud reproductiva completos (como se describe en el resto de este Manual de campo). Al elegir los lugares convenientes, es importante tener en cuenta los siguientes factores:
 - La seguridad, tanto en el punto de uso como en el trayecto entre la casa y el punto de entrega del servicio
 - La accesibilidad para todos los usuarios potenciales
 - La privacidad y la confidencialidad durante las consultas
 - El acceso fácil al agua y a los servicios higiénicos
 - Un espacio adecuado
 - Unas condiciones asépticas

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- Se debe evaluar la capacidad del personal para hacerse cargo de servicios de salud reproductiva completos y se debe planificar el entrenamiento y la actualización del mismo. Se deben pedir equipos y suministros completos para los servicios de salud reproductiva. Esto permitirá que comiencen los servicios completos en cuanto se establezca la situación.

Amplios términos de referencia para un Coordinador y Punto de enfoque de la salud reproductiva

Bajo los auspicios del marco de conjunto de coordinación sanitaria, el Coordinador y Punto de enfoque de la salud reproductiva:

- Será el punto focal de los servicios de salud reproductiva y proporcionará consejo y asistencia técnica sobre la misma a los refugiados y a todas las organizaciones que trabajan en la sanidad y otros sectores que sean necesarios.
- Se pondrá en contacto con las autoridades nacionales y regionales del país anfitrión durante la planificación e implantación de actividades de salud reproductiva en campamentos de refugiados y entre la población circundante cuando proceda.
- Se pondrá en contacto con otros sectores (protección, servicios de la comunidad, administración del campamento, educación, etc.) para asegurar una aproximación multisectorial a la salud reproductiva.
- Deberá crear, adaptar y presentar estrategias normalizadas para la salud reproductiva que estén totalmente integradas dentro de la PHC (Asistencia primaria).
- Deberá iniciar y coordinar varias sesiones de entrenamiento sobre la salud reproductiva dirigidas a la audiencia concreta (para audiencias como los trabajadores sanitarios, los oficiales de servicios de la comunidad, la población de refugiados, el personal de seguridad, etc.).
- Deberá introducir protocolos normalizados para áreas seleccionadas (como el tratamiento de casos de síndrome de ETS, Profesional de emergencias obstétricas, respuesta médica a los que acaban de salir de una violencia sexual, servicios de consejo y planificación familiar, etc.).
- Deberá desarrollar, adaptar e introducir formularios sencillos para el seguimiento de las actividades de salud reproductiva durante la fase de emergencia, que pueden ser más completos una vez que se consolide el programa.
- Deberá informar regularmente al equipo de coordinación sanitaria.

RECURSOS MATERIALES

New Emergency Health Kit-98 (NEHK-98, Nuevo equipo sanitario de emergencia 98)

El NEHK-98 revisado (para 10.000 personas durante tres meses) contiene los siguientes suministros para implantar el MISp:

- Materiales de precauciones universales para el control de la infección
- Equipo, suministros y drogas para partos en los centros de salud
- Equipo, suministros y drogas para algunas emergencias obstétricas
- Equipo, suministros y drogas para el tratamiento post-violación

En la OMS existe un folleto que describe el NEHK-98 y cómo se puede pedir.

Equipo de sanidad reproductiva

FNUAP, en cooperación con otros, ha desarrollado un equipo de salud reproductiva para utilizar en situaciones de refugiado. Se trata de un complemento del NEHK-98 y se debe pedir cuando es necesario lanzar el MISp y apoyar al sistema profesional. Consta de 12 sub-equipos que se pueden pedir por separado. Los materiales y suministros de los sub-equipos 3 y 6 también están

ARC (Acción para los derechos de los niños)

disponibles en el NEHK-98. Para pedir sub-equipos de sanidad reproductiva, ponerse en contacto con el Director de FNUAP en el país de asilo, con la Oficina de ayuda de emergencia de FNUAP en Ginebra, o con la Oficina de obtención de FNUAP en Nueva York. El equipo de salud reproductiva está pensado para utilizarlo en la fase aguda inicial de la emergencia. Una vez estabilizada la situación, la petición de materiales y suministros de salud reproductiva se debe realizar junto con la de otros suministros y drogas del programa sanitario.

En FNUAP se encuentra disponible un folleto que describe el equipo de salud reproductiva y cómo se puede pedir (véase el Apéndice cuatro para las direcciones de contacto).

Contenido del equipo de salud reproductiva de FNUAP

- Para utilizar a nivel de asistencia primaria y centro sanitario: población de 10.000 personas durante tres meses.
 - Entrenamiento y administración
 - Preservativos
 - Conjuntos de parto limpio
 - Tratamiento post-violación
 - Anticonceptivos orales e inyectables
 - Drogas de STD
- Para utilizar en centro sanitario o profesional: población de 30.000 personas durante tres meses
 - Equipo de parto de comadrona profesional
 - Inserción de DIU (Dispositivo intra uterino)
 - Tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro
 - Sutura de desgarro cervical y vaginal
 - Extracción de vacío
- Para utilizar a nivel profesional: Población de 150.000 personas durante tres meses
 - Quirúrgico de nivel profesional (equipo reutilizable)
 - Quirúrgico de nivel profesional (consumibles y drogas)
 - Transfusión (prueba de VIH para transfusión de sangre)

SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO

Durante la fase temprana de la emergencia se debe recopilar una cantidad limitada de datos para evaluar la implantación del MISP. Durante esta fase se debe recoger información rutinaria sobre la morbilidad y mortalidad, por edad y por sexo. Para más información acerca de estos indicadores, véase el Capítulo nueve. Considerar la selección de indicadores de MISP en la siguiente lista.

Indicadores de MISP

+ ***Incidencia de violencia sexual***

Controlar el número de casos de violencia sexual denunciados a los servicios de salud, protección y oficiales de seguridad.

+ ***Suministros para precauciones universales***

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Controlar la disponibilidad de precauciones universales, como guantes, ropa protectora y disposición de objetos punzantes.

+ **Estimación de la cobertura de preservativos**

Calcular el número de preservativos disponibles para distribuir entre la población.

+ **Estimación de la cobertura de equipos de parto limpio**

Calcular el número de equipos de parto limpio disponibles para cubrir los partos estimados en un período de tiempo.

LISTA DE CONTROL PARA EL MISP DE SALUD REPRODUCTIVA

+ **Recogida o estimación de información demográfica básica**

- Población total
- Número de mujeres en edad reproductiva
- Número de hombres en edad reproductiva
- Tasa bruta de nacimientos
- Tasa de mortalidad específica de la edad
- Tasa de mortalidad específica del sexo
- Número de mujeres embarazadas
- Número de mujeres en período de lactancia

+ **Prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual y de género**

- Sistemas que existen en el lugar para prevenir la violencia sexual
- Servicio de salud capaz de tratar casos de violencia sexual
- Personal entrenado (reentrenado) en sistemas de prevención y respuesta para casos de violencia sexual

+ **Prevención de la transmisión del VIH**

- Materiales que existen en el lugar para una práctica adecuada de precauciones universales
- Preservativos obtenidos y distribuidos
- Trabajadores sanitarios entrenados y reentrenados en la práctica de precauciones universales

+ **Prevención del exceso de morbilidad y mortalidad neonatal y materna**

- Equipos de parto limpio disponibles y distribuidos
- Equipos de comadrona de UNICEF (o equivalente) disponibles en el centro sanitario
- Personal evaluado competente y reentrenamiento emprendido
- Sistema completo de funcionamiento de emergencias obstétricas

+ **Plan para la provisión de servicios de sanidad reproductiva completos**

- Información básica recogida (mortalidad, extensión del VIH, CPR)
- Sitios identificados para una futura entrega de servicios de sanidad reproductiva completos

+ **Identificación de organizaciones e individuos para facilitar el MISP**

- Coordinador en el lugar de la salud reproductiva en su conjunto y que trabaja bajo el equipo de coordinación sanitaria

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- Puntos focales de salud reproductiva en campamentos y agencias de implantación en el sitio
- Personal entrenado y sensibilizado en aspectos técnicos, culturales, éticos, religiosos y legales, de salud reproductiva y conocimiento de género
- Materiales disponibles y utilizados para la implantación del MISP

Lectura 5: El programa de salud reproductiva del Comité Internacional de Rescate⁵

¿CÓMO ESTÁ ORGANIZADO EN GUINEA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE CIR?

Desde 1991, el Comité Internacional de Rescate en Guinea ha proporcionado educación a los refugiados de Liberia y Sierra Leona mediante un sistema escolar normal. El programa se inició con 12.000 estudiantes a finales de 1990 y alcanzó una cifra de 66.000 estudiantes en 1997. En enero de 1998, el proyecto continúa con 163 escuelas a las que asisten unos 60.000 estudiantes. Las escuelas de refugiados en Guinea comienzan en base a la auto-ayuda. La comunidad de refugiados tiene que ponerse en contacto con CIR y demostrar que hay al menos 90 niños para asistir a la escuela. Una vez cumplido este criterio, la comunidad recibe cemento para construir los cimientos de la escuela y la construyen hasta el dintel de la entrada utilizando ladrillos de barro. Cuando la construcción ha alcanzado este punto, CIR completa el resto del edificio. La escuela recibe un apoyo continuado de CIR en muchas maneras. Los maestros y principales son pagados por CIR y reciben entrenamiento de magisterio a lo largo del programa. Las escuelas reciben mesas, bancos, planes de estudio, libros, ayudas a la enseñanza, recursos materiales y fondos operativos. Además, obtienen ayuda para la construcción de letrinas y paredes. El programa de CIR de Guinea está planificado, implantado y supervisado por los siguientes departamentos: administración escolar, entrenamiento, salud, construcción, educación profesional y administración y logística. Para mantener mejor el control de las actividades en el campo hay una oficina (con personal de cada departamento) localizada en cada una de las cuatro regiones del proyecto (N'zerekore, Macenta, Gueckedou y Forecariah).

¿Cuáles son los componentes del programa de educación sanitaria de CIR?

El Departamento de educación sanitaria de CIR comenzó en 1994 para mejorar la salud de los estudiantes refugiados a través de educación sanitaria preventiva. El programa de educación sanitaria abarca una serie de temas de salud, como la nutrición, la salubridad, enfermedades infantiles prevenibles y salud reproductiva. Los proyectos implantados por el departamento incluyen:

- Clases de educación sanitaria formal
- Seminarios de educación sanitaria
- Clubs sanitarios
- Clubs sociales de chicas jóvenes
- Proyectos de educador de salud reproductiva para jóvenes iguales
- Proyectos de orientación

¿Por qué se integró la educación de salud reproductiva en el sistema de educación formal?

⁵ Extracto tomado de "How To Guide: Reproductive Health in Refugee Situations, Reproductive health education for adolescents, IRC N'zerekore, Guinea, February 1998" (cómo dirigir: sanidad reproductiva en situaciones de refugiado, educación de sanidad reproductiva para adolescentes)

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Las charlas con estudiantes adolescentes durante el primer año del programa de educación sanitaria revelaron que deseaban aprender más acerca del funcionamiento de sus cuerpos y sobre la prevención de embarazos no deseados y ETS. El personal del programa también identificó la necesidad de educar acerca de los embarazos no planificados y el aborto, basándose en información anecdótica sobre la frecuencia con la que sucedía.

¿Cuáles son los propósitos y objetivos del programa de educación de sanidad reproductiva de CIR?

El propósito principal del programa es mejorar la salud sexual y el bienestar de los estudiantes adolescentes y miembros de las comunidades de refugiados circundantes, aumentando su conocimiento de los problemas de la salud reproductiva y de su prevención, y promocionando la utilización de preservativos.

Los objetivos del programa de educación de sanidad reproductiva son:

- Aumentar el conocimiento sobre la pubertad, la reproducción, la anticoncepción, las ETS y el SIDA y su prevención entre los 14.500 estudiantes estimados entre los grados 5 y 12
- Aumentar la utilización de preservativos entre los aproximadamente 14.500 estudiantes adolescentes
- Crear la capacidad y el apoyo de actividades diseñadas para aumentar el conocimiento de 4.000 chicas adolescentes estudiantes, a través de talleres sobre la reproducción, la anticoncepción, el conocimiento de género, la violencia de género y la autoestima
- Facilitar la entrega de mensajes de salud reproductiva entre estudiantes y maestros y la transferencia de tales mensajes entre los estudiantes y los miembros de la comunidad de refugiados, a través de canciones y representaciones.

¿Cómo está integrada la sanidad reproductiva en el programa de educación sanitaria de CIR?

El Departamento de educación sanitaria ha hecho un esfuerzo para incluir la educación de salud reproductiva en todos los aspectos de su programa. Este proceso se describe más abajo.

- **Las clases de educación sanitaria** se imparten durante dos horas a la semana para estudiantes desde pre-escolar hasta sexto grado. El plan de educación sanitaria entre cuarto y sexto grado incluye apartados de reproducción humana, pubertad, menstruación, anticoncepción, ETS y SIDA. Los maestros sanitarios para estos grados han recibido entrenamiento sobre estos temas, así como sobre el uso eficaz del plan de estudios. Sus escuelas también han sido provistas con recursos materiales adecuados, con libros y ayudas visuales para apoyar su trabajo.
- **Los especialistas y los consejeros sanitarios de la escuela dirigen seminarios educativos de charlas sanitarias** trimestrales para estudiantes entre los grados 5 a 12. Una charla sanitaria normal dura una hora y media, y se presenta para cada clase por separado. Las charlas sanitarias se enfocan en los temas que los estudiantes de primaria y secundaria no aprenden en el trabajo regular durante el curso. Los temas de salud reproductiva han sido un foco principal desde el momento en que los estudiantes piden constantemente más información sobre estos asuntos. Las charlas sanitarias anteriores han incluido temas sobre: sistemas de reproducción humana, utilización de preservativos, prevención del VIH y SIDA, prevención de ETS y anticoncepción.
- **Los clubes sanitarios** son clubes voluntarios fuera del horario escolar. Se pueden organizar en las escuelas de cualquier nivel y acogen a todos los estudiantes que quieran apuntarse. A menudo se ofrece un maestro sanitario para patrocinar el club y normalmente asiste a

ARC (Acción para los derechos de los niños)

reuniones para ayudar a motivar a los miembros. Cada club elige sus directores. Cuando los Consejeros sanitarios visitan las escuelas, trabajan estrechamente con miembros del club para desarrollar e implantar actividades relativas a la salud. Los Consejeros también desempeñan un papel instrumental para ayudar a formar nuevos clubes. Los clubes sanitarios implantan una variedad de actividades, que incluyen canciones y representaciones, campañas de limpieza, jardinería, construcción de urinarios y creación de carteles. Las actividades relativas a la salud reproductiva se centran alrededor de canciones y representaciones. Los clubes sanitarios también han jugado un papel importante en la presentación de programas especiales sobre el Día mundial del SIDA para educar a otros estudiantes sobre el VIH y SIDA, y sobre su prevención. Actualmente existen clubes sanitarios en aproximadamente la mitad (78) de las escuelas de CIR, con miembros que oscilan entre los 15 y los 60 estudiantes.

- **Los Young Women's Social Clubs (Clubes sociales de chicas jóvenes, YWSCs)** también son clubes de voluntarias fuera del horario escolar. Los miembros se limitan a estudiantes femeninas de 15 años como mínimo. Consecuentemente, los YWSC se nutren generalmente de escolares de primaria y secundaria. Estos clubes se crearon para apoyar a las jóvenes iguales y promover la salud y el bienestar de sus miembros, de las compañeras estudiantes y miembros de la comunidad a través de la educación, el debate, el recreo y otras actividades diseñadas para aumentar el conocimiento de las cuestiones que afectan a las mujeres. Existen 25 YWSC en escuelas de CIR y las edades de las estudiantes miembros oscilan entre los 15 y los 20 años. Cada club tiene una patrocinadora, generalmente una docente sanitaria, Consejera de salud escolar, o enfermera de la comunidad de refugiados, quien asiste a las reuniones del club y actúa como persona de recurso. Los miembros del club se reúnen con regularidad para hablar de la salud reproductiva y los asuntos de las mujeres.

Los grupos de temas que han tratado incluyen:

- La menstruación
- La reproducción
- La violación
- La anticoncepción
- El aborto
- La prevención de ETS y el SIDA
- La igualdad de hombres y mujeres
- La importancia de la educación de las adolescentes
- Carreras de las mujeres

Los clubes reciben libros de referencia, panfletos y carteles sobre salud reproductiva, cuestiones de género y autoestima, que se utilizan a menudo para presidir sus debates. Algunos miembros de cada club también han recibido entrenamiento sobre concienciación de género y autoestima. De estos miembros se espera que desarrollen actividades para transmitir la información que han recibido a otros miembros del club y de la comunidad.

- El Departamento de educación sanitaria estuvo reclutando **educadores jóvenes** entre todos los chicos de primaria y secundaria. Invitaron a dos o cuatro adolescentes (dependiendo del tamaño de la escuela) a asistir a un taller de tres días, en donde aprendieron técnicas de reproducción, anticoncepción, utilización de preservativos, prevención de ETS y SIDA, y comunicación. La mitad de los educadores entrenados fueron chicas y la otra mitad fueron chicos. Desde la vuelta a sus escuelas su papel ha sido:
 - Proporcionar educación de salud reproductiva de manera individual a los compañeros que lo deseen

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- Mantener actividades educativas en grupo, incluyendo representaciones, canciones, charlas sanitarias y juegos, y
- Vender preservativos a los estudiantes, maestros y miembros de la comunidad.

Los jóvenes educadores conservan la mitad del ingreso por la venta de cada preservativo y devuelven la otra mitad a CIR para la adquisición de más preservativos. Cada educador también está provisto de un pene de madera que se utiliza para demostrar la utilización adecuada del preservativo. A finales de 1997 se amplió el programa a las escuelas de nivel elemental superior y se celebró un taller para una segunda tanda de jóvenes educadores. Después del Segundo taller había 140 jóvenes educadores entrenados en 51 escuelas de CIR.

- **El programa de orientación** ofrece la asistencia de un adulto que entrena a los adolescentes que tienen problemas o cuestiones de salud reproductiva. Los consejeros suelen estar disponibles una vez a la semana con sesiones de orientación en cada una de las escuelas que visitan. Los estudiantes pueden conseguir una consulta sobre planificación familiar o servicios de ETS o charlar con los consejeros sobre problemas con la familia, con los compañeros sobre persecución sexual o violación. Los consejeros también están disponibles para hablar con los maestros cuando se les requiera.

¿Cuándo y por qué se agregaron diferentes elementos del programa?

El actual programa de educación de salud reproductiva de adolescentes de CIR refleja una evolución sobre un período de tres años. Cuando ha surgido la necesidad, se han añadido diferentes elementos al programa. En 1994, el programa constaba de planes de estudio de educación sanitaria y de charlas sobre la salud. El elemento más básico del programa eran las clases para preescolares de sexto grado. Las charlas sanitarias se añadieron para proveer a los estudiantes mayores (especialmente entre los grados siete y doce) de educación sanitaria no ofrecida nunca en sus planes de estudios y para tratar temas no incluidos en sus planes de ciencias. La idea de los clubes sanitarios regidos por estudiantes surgió en 1995 para darles la oportunidad de información educativa sanitaria que estaban aprendiendo en la práctica y para difundir los mensajes más allá de la población escolar.

En 1996 se creó el proyecto de distribución de preservativos y los clubes sociales de chicas. El proyecto de distribución de preservativos se inició en respuesta a la necesidad de acceso de los estudiantes a los métodos para prevenir los embarazos no deseados y las ITS. Los clubes se crearon como medios de recogida de datos de campo para una guía de evaluación de las necesidades de salud reproductiva de refugiados. Posteriormente tomaron su propio camino y se convirtieron en grupos de debate exclusivamente para mujeres. El proyecto piloto de distribución de preservativos no tuvo éxito, porque los estudiantes se sentían avergonzados de comprar preservativos a sus maestros. Como resultado, el proyecto preservativo fue transformado en el programa de educador joven de 1997, y se incluyó un componente educativo.

En 1997 también se añadió el programa de orientación. A principios de 1995 se había detectado una necesidad de servicios de orientación, cuando los maestros y administradores de la escuela observaron problemas con estudiantes que tenían dificultad para concentrarse en sus estudios y con excombatientes que actuaban en clase. Además, los Especialistas sanitarios habían hecho hincapié sobre el gran número de embarazos no deseados e intentos de aborto. No obstante, el programa de orientación no se implantó hasta 1997, debido a la insuficiencia de fondos.

¿Cómo funcionan juntas las distintas partes del programa?

El programa de salud reproductiva de adolescentes de CIR está compuesto por distintas iniciativas. Aunque cada una de ellas rellena su propio hueco, existe un solapamiento en ciertas áreas.

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Esta mezcla de servicios asegura una cobertura máxima de aproximadamente 14.500 estudiantes adolescentes, a pesar del escaso número de personal del programa de educación sanitaria.

- **Las secciones de salud reproductiva** de los planes educativos de salud entre el cuarto y el sexto grado, proporcionan a los estudiantes un conocimiento básico o salud reproductiva en el marco de las clases.
- Las **charlas sanitarias** sirven como clases de educación sexual para los estudiantes mayores que no han recibido nunca formación educativa sanitaria formal.
- El componente de **educación de iguales** ofrece a los estudiantes una oportunidad de conseguir información sobre prevención de embarazo y ETS y SIDA o de comprar preservativos a gente de su propia edad.
- Los **Consejeros** ayudan a los estudiantes en una serie de asuntos, incluyendo aquellos relativos a la salud reproductiva.
- Los **Clubes sociales de chicas** les proporcionan un foro agradable para reunirse y charlar acerca de las cuestiones de salud reproductiva. Estos clubes también sirven como fuente de recreo y apoyo a las chicas de edad similar.
- Los **Clubes sanitarios** llegan a la población estudiantil en general y a las comunidades de refugiados con mensajes que inciden en la prevención de las ETS y del SIDA.

El programa de educación de salud reproductiva beneficia a los estudiantes que están directamente comprometidos en la provisión de información y recursos. Su compromiso también proporciona un sentido de la pertenencia, un estatus especial entre sus iguales y una oportunidad de controlar sus vidas. Mediante el esfuerzo propio de los estudiantes, el programa también llega a los maestros y a los miembros de la comunidad de refugiados de CIR.

¿Cuál es la estructura organizativa del departamento de educación sanitaria de CIR?

El personal del Departamento de educación sanitaria está compuesto por un Director de educación sanitaria, tres Especialistas sanitarios, y 18 Consejeros de salud escolar. El director es responsable de planificar y coordinar la implantación de todos los aspectos del programa de educación sanitaria. Sus responsabilidades incluyen:

- La supervisión de los Especialistas sanitarios y Consejeros
- El diseño de nuevas iniciativas del programa
- El desarrollo de nuevos materiales del programa
- La planificación e implantación de programas de entrenamiento y talleres para los estudiantes, los maestros y los consejeros
- La adquisición de materiales educativos adecuados
- La coordinación de actividades con otros departamentos de CIR y con otras ONG
- Escribir propuestas e informes a los proveedores de fondos
- El desarrollo y supervisión del presupuesto del departamento
- La supervisión y evaluación de las actividades del programa sanitario.

Una de las tareas principales de los tres Especialistas sanitarios es la supervisión de los Consejeros sanitarios escolares. Los Especialistas también dirigen charlas sanitarias en las escuelas a partir del quinto grado, que no son cubiertas por los Consejeros. Son responsables de ayudar al desarrollo de materiales de entrenamiento y de actuar como mediadores durante los talleres de entrenamiento para estudiantes, maestros y consejeros. Además, los Especialistas

ARC (Acción para los derechos de los niños)

sanitarios asisten en la revisión periódica de los planes educativos sanitarios y supervisan regularmente el uso que hacen de ellos los maestros. También aseguran que se distribuyan adecuadamente los suministros (preservativos, libros, carteles, etc.). Finalmente, ayudan a realizar la evaluación de las necesidades y de las actividades del programa.

Existen seis Consejeros de salud escolar localizados en cada una de las tres grandes regiones del proyecto (N'zerekore, Macenta y Gueckedou). Los Consejeros tienen su base en campamentos y comunidades de refugiados y utilizan motocicletas para trasladarse. Cada consejero tiene asignadas entre 3 y 6 escuelas para visitar, según el perfil de su programa semanal. Los Consejeros son responsables de:

- Proporcionar una primera ayuda a los estudiantes y maestros durante el horario escolar
- Proporcionar a los estudiantes sesiones de orientación individual sobre diversas cuestiones
- Dirigir charlas sanitarias para estudiantes entre 5º y 12º grado
- Aconsejar a los dirigentes de club, motivar a los miembros, facilitar el patrocinio y servir como recurso para los clubes sanitarios y los Clubes sociales de chicas jóvenes
- Supervisar las ventas y promoción de la utilización de preservativos
- Actuar como persona de recurso para los maestros sanitarios
- Coordinar con otras ONG las actividades de salud escolar que promuevan la salud del refugiado.

Aunque solamente existen 18 consejeros en el sistema de CIR, aproximadamente la mitad de las escuelas (unas 80) están recibiendo sus servicios.

Además del personal descrito anteriormente, existen más de 280 maestros dando clases de educación sanitaria formal en las escuelas elementales de CIR. Todos los maestros, incluyendo los sanitarios, son contratados, desplegados y supervisados por el Departamento de administración escolar. Para garantizar la calidad de la instrucción sanitaria, el Departamento ha pedido que el número de maestros sanitarios por cada escuela sea el menor posible. Como resultado, en las escuelas mayores (las que van al menos entre quinto y sexto grado) es posible que un maestro tenga suficientes horas de trabajo semanal rotando todos los niveles de grado para dar las clases de educación sanitaria. En las escuelas más pequeñas, en donde solamente hay estudiantes en preescolar de tercero o cuarto grado, no ha sido posible arreglar la programación de los docentes, de manera que cada uno imparte las clases de educación sanitaria para su nivel de grado.

¿Cómo se reclutó y se entrenó al personal?

El Director de educación sanitaria en una situación de expatriado reclutado por la sede de CIR. Los Especialistas sanitarios han sido reclutados entre la población de refugiados. Las calificaciones para esta posición incluyeron:

- Entrenamiento médico a nivel mínimo de enfermería reconocido
- Gran experiencia en educación sanitaria
- Experiencia en supervisión
- Experiencia en enseñanza

Los nuevos Especialistas sanitarios recibieron entrenamiento sobre la marcha, en paralelo con otros Especialistas o con el Director de educación sanitaria. Los Especialistas también participan en frecuentes talleres de "entrenamiento del entrenador" enfocados en áreas de temas o técnicas concretos.

Los candidatos a los puestos de Consejero de salud escolar son elegidos por los Especialistas sanitarios entre los refugiados que viven en campamentos y ciudades concretos, en donde ya

ARC (Acción para los derechos de los niños)

fueron entrenados como ayudantes de enfermería, enfermeros prácticos, enfermeros reconocidos o practicantes. Los individuos cualificados fueron invitados a rellenar un formulario sobre sus antecedentes educativos y profesionales. Esto fue seguido de entrevistas y de una selección final. Las calificaciones para el puesto de Consejero incluyeron:

- Entrenamiento médico previo (preferiblemente hasta un nivel mínimo de licenciado en enfermería práctica)
- Experiencia en educación sanitaria
- Experiencia en trabajo con grupos de jóvenes
- Algún concepto o experiencia en orientación

Los nuevos consejeros contratados asistieron a un taller de entrenamiento de tres días diseñado para aclarar sus cometidos y responsabilidades y que incluyó sesiones de primeros auxilios, autoestima, resolución de conflictos, síndrome de tensión post traumática, consejería, reproducción y anticoncepción. De los ocho consejeros originales, cinco han sido reemplazados durante el transcurso del primer año del proyecto de orientación; la mayoría regresaron a sus hogares en Liberia. Un segundo entrenamiento, llevado a cabo cuando se escribía este manual, se enfocó concretamente en la mejora de las técnicas de orientación. Proporcionó a los consejeros la oportunidad de aprender más acerca de las necesidades de los jóvenes y la teoría de orientación como base para la aplicación práctica de las técnicas recientemente adquiridas.

El Departamento de educación sanitaria también es parcialmente responsable de los maestros de educación sanitaria. Además del curso de entrenamiento estándar sobre técnicas de enseñanza y desarrollo del niño, ofrecido a todos los maestros por el Departamento de entrenamiento, el Departamento de educación sanitaria celebra ocasionalmente talleres de entrenamiento especiales para los maestros sanitarios de CIR. Más recientemente, en octubre de 1997, fueron entrenados en el uso del nuevo plan de estudios de educación sanitaria entre el cuarto y el quinto grado.

¿Cómo se apoya y se supervisa al personal?

La Directora de educación sanitaria tiene su base en la oficina principal de CIR situada en N'zerekore. Realiza visitas para supervisar a los Especialistas sanitarios en las otras dos oficinas de la Región boscosa (Macenta y Gueckedou) al menos cada cuatro o seis semanas. Los Especialistas sanitarios afincados en cada una de las tres oficinas disponen de motocicletas para visitar las escuelas y realizar visitas de campo mensuales a los Consejeros de salud escolar de sus regiones.

El departamento celebra reuniones regulares para apoyar al personal y coordinar los diversos programas de educación sanitaria. La Directora se reúne con todos los Especialistas sanitarios aproximadamente cada seis semanas para planificar las actividades a seguir, coordinar la implantación de las mismas y resolver los problemas. Los Especialistas sanitarios mantienen reuniones regionales con sus consejeros cada dos meses. Durante estas reuniones, los consejeros discuten sus recientes actividades, sus problemas relativos al trabajo y cuestiones especiales con las que se enfrentan. Las reuniones también dan a los Especialistas la oportunidad de explicar cualquier nueva iniciativa del programa o los talleres que se van a celebrar, ayudar a resolver los problemas del consejero y distribuir suministros. La Directora asiste a las reuniones de consejeros siempre que sea posible, para estar en contacto con lo que esté sucediendo en el campo.

La Directora también se reúne al menos una vez al mes con los dirigentes de los otros departamentos de CIR. Estas reuniones están pensadas para acostumbrar a compartir la información entre departamentos y facilitar la coordinación intersectorial. También proporciona a la Directora la oportunidad de sumar el apoyo de otros departamentos a las actividades y para solicitar su asistencia para pasar información o realizar la distribución. La correspondiente información de las reuniones entre departamentos es diferida por la Directora de educación sanitaria a los Especialistas sanitarios.

¿Con qué materiales tienen que trabajar?

El Departamento de educación sanitaria es el responsable de identificar, pedir, y crear, los suministros de materiales adecuados de educación de salud reproductiva. CIR ha desarrollado o modificado (de otras fuentes) tarjetas de fotos, juegos y materiales de entrenamiento. Algunas de las tarjetas de fotos se distribuyeron a las escuelas para el uso de los maestros de educación sanitaria, otras son utilizadas por los Especialistas sanitarios y los Consejeros de sanidad escolar durante las charlas sanitarias y los talleres. Algunas también han sido repartidas a los Clubs sociales de chicas para estimular el debate.

Las canciones y representaciones sobre temas de salud reproductiva juegan un papel importante para educar a los estudiantes y miembros de la comunidad. Las canciones y dramas, mayormente escritos por los estudiantes, los maestros y los Especialistas sanitarios ofrecen una sencilla y memorable manera de comunicar información. Se han incluido en un libro producido por el departamento y distribuido a todas las escuelas. Los clubes sanitarios, los jóvenes educadores de compañeros y las YWSC, utilizan canciones y representaciones tomadas del libro del departamento para presentar mensajes acerca de temas de salud reproductiva y de la prevención de problemas relacionados con la misma.

Finalmente, el departamento ha compilado una buena biblioteca de libros de referencia, de planes de estudio, de libros de actividad, de panfletos y de vídeos, sobre temas de salud reproductiva. Los libros de referencia se distribuyen a los maestros de educación sanitaria, a los YWSC, a los jóvenes educadores de compañeros, a los consejeros y a los Especialistas sanitarios. También se han dado carteles y folletos a los YWSC. A los jóvenes educadores de compañeros se les ha provisto de penes de madera para mostrar la utilización adecuada del preservativo. Los vídeos sobre usos anticonceptivos, embarazos no planificados, SIDA, ETS y asuntos de mujeres, se muestran a los miembros de los YWSC, a los jóvenes educadores de compañeros y al personal de la oficina y sub-oficinas próximas, para facilitar el debate.

¿Cómo facilita al programa la actitud de las comunidades?

El programa ha tenido la fortuna de que los padres generalmente han apoyado sus actividades. Existe una franqueza entre los de Liberia y los de Sierra leona para debatir cuestiones delicadas sobre la sexualidad que origina muy poca oposición al programa de educación de sanidad reproductiva de CIR. En donde los maestros, los directores o los padres, se han opuesto a la información o a las actividades, los Especialistas sanitarios han tenido éxito tratando los asuntos, aclarando los propósitos del programa y ganando su apoyo a través del contacto directo.

Las comunidades de refugiados han estado involucradas en algunos aspectos del programa de educación de salud reproductiva a través de Asociaciones de padres y maestros locales (Parent-Teachers Associations, PTA). Las PTA están formadas en todas las escuelas y los miembros están informados de las actividades de las charlas sanitarias y clubes sanitarios. Los miembros de las PTA y otros padres han asistido a charlas sanitarias y presentaciones de canciones y teatro en los clubes sanitarios.

¿Cuáles son los costes que supone?

El programa de educación de salud reproductiva de CIR ha sido apoyado por los fondos de la United States Bureau of Population, Refugees, and Migration (Oficina de población, refugiados y emigración de Estados Unidos, USBPRM), el Gobierno holandés (Stichting Vluchteling) y la Andrew W. Mellon Foundation, la David and Lucille Packard Foundation y la Buffet Foundation.

Los costes del programa que se perfilan aquí, reflejan los gastos anuales basados en las actuales actividades del mismo proporcionadas para 163 escuelas que cubren la mayor parte del Bosque de Guinea y las regiones de Forecariah (Forecariah se encuentra a unos 700 kilómetros de la oficina principal de CIR en N'zerekore). Los costes principales son los salarios, los gastos diarios y viajes locales, los suministros del programa, los talleres de entrenamiento, el equipamiento, los costes

ARC (Acción para los derechos de los niños)

administrativos y otros. Los salarios, los gastos del día y el transporte local abarcan a todo el programa de educación sanitaria, no solamente al componente de educación de salud reproductiva.

COSTES DEL PROGRAMA (en dólares USA)

Salarios	60.000
Gastos diarios y viaje local	11.500
Suministros del programa	11.000
Talleres de entrenamiento	12.000
Equipamiento	3.000
Costes administrativos	13.000
Otros costes del programa	14.000
TOTAL	124.500

Los costes del programa actualmente ascienden a unos 124.500\$ anuales, lo que constituye alrededor del 4% del presupuesto de CIR para Guinea y es muy económico si se considera la escala del programa.

Los gastos salariales representan los sueldos de un Director de educación sanitaria expatriado, cuatro Especialistas sanitarios y 18 Consejeros de salud escolar. El salario anual y los beneficios de la Directora de educación sanitaria ascienden a un total aproximado de 30.000\$. Los salarios de los cuatro Especialistas sanitarios suponen un total de 12.000\$ anuales, con sueldos mensuales que oscilan entre los 170 y los 225 dólares. Los Consejeros de salud escolar cobran unos 85\$ al mes, lo que supone un total de 18.000\$ al año para todos ellos.

Los gastos diarios corrientes se calculan en una media de 5\$ para los expatriados y 3\$ diarios para el personal local, con un total de 2.500\$ para la Directora, los Especialistas y los Consejeros. Los 9.000\$ de coste de viajes locales cubren el transporte a las reuniones de la Directora, los Especialistas, los Consejeros y los jóvenes educadores de compañeros y las visitas de campo de la Directora y los Especialistas.

Los suministros del programa incluyen los libros, panfletos, vídeos, copias, bolígrafos, hojas pizarra, tizas, pinturas, cintas, tambores, trajes, casetes, películas, baúles metálicos, etc. El entrenamiento incluye talleres para maestros, consejeros, jóvenes educadores de compañeros y miembros de Club social de chicas. Los costes de entrenamiento son generalmente de 12\$ por participante y día, incluyendo la comida, el alojamiento y el transporte.

La línea del equipo incluida en este presupuesto cubre el coste del ordenador e impresora del departamento. Estos elementos son esenciales para el programa. Los costes administrativos incluyen gastos como los suministros de oficina, seguro, servicios financieros, etc. Los costes administrativos se calcularon aproximadamente en un 12% del presupuesto total de educación de salud reproductiva.

Finalmente, otros costes del programa incluyen elementos como ferias sanitarias, acontecimientos del Día mundial del SIDA y del Día internacional de la mujer, concursos locales y regionales de canciones y teatro y las fotocopias de tarjetas y materiales educativos. El mayor gasto en esta línea son los concursos de canción y teatro, que requieren transporte, comida y alojamiento, para un gran número de estudiantes.

¿Cómo se controla y se valora el programa?

El programa de asistencia de salud reproductiva se controla a través de una serie de formularios de observaciones y de informes mensuales. La Directora de educación sanitaria observa las charlas sanitarias dirigidas por los Especialistas sanitarios. Estos observan a su vez las charlas sanitarias dirigidas por los Consejeros y por los maestros sanitarios durante las clases de educación sanitaria. Los consejeros, los jóvenes educadores de compañeros, los clubes sanitarios y los YWSC, envían mensualmente informes de actividad a los Especialistas sanitarios. Los consejeros y los jóvenes educadores de compañeros envían mensualmente el registro de ventas de preservativos. Esta información se combina con las actividades de los Especialistas sanitarios y se incluye en los informes mensuales dirigidos a la Directora de educación sanitaria.

ARC (Acción para los derechos de los niños)

La evaluación del programa se realiza a través de encuestas de salud reproductiva dirigidas a los estudiantes. La Directora y los Especialistas realizaron la primera encuesta entre marzo y mayo de 1997. Utilizando un cuestionario auto-administrado, el departamento recopiló información sobre el conocimiento de la salud reproductiva, las actitudes y comportamientos de 1.100 estudiantes de CIR entre los grados 7 y 12. Esto proporcionará datos de base para un futuro análisis. Antes de finales del año académico 1997/1998 se realizará una segunda encuesta para valorar los cambios en el conocimiento, las actitudes y o los comportamientos.

¿Cuáles fueron los resultados y los logros del programa?

En este momento, el Departamento de educación sanitaria de CIR no es capaz de informar de los cambios cuantitativos de los estudiantes en el conocimiento, actitudes y comportamiento, en relación con las cuestiones de salud reproductiva. Esta información la darán los resultados de la encuesta de 1997/98. Los resultados y los logros del proyecto se miden actualmente en términos de los materiales producidos y distribuidos, de la gente entrenada, del nivel de participación en programas y de las actividades implantadas. A este respecto, se ha hecho un gran esfuerzo de trabajo. Algunos de los logros son los siguientes:

Materiales desarrollados y o distribuidos

- Se han desarrollado nuevos planes de educación sanitaria para los grados 4, 5 y 6.
- Se han realizado 7 tarjetas de CIR sobre temas de salud reproductiva y se han distribuido a todas las escuelas elementales para utilizar en las clases de educación sanitaria durante 1997.
- Se ha provisto a las escuelas elementales con libros de referencia para los maestros, tales como *Understanding Reproduction, Birth and Contraception, What's a Virus Anyway?* y *AIDS - Answers to Questions Kids Ask*.
- Se han distribuido a los YWSC ayudas visuales producidas por CIR, incluyendo 4 tarjetas de ilustración de aborto inseguro, 1 sobre violación, 1 sobre violencia basada en el género y 6 iniciadores de debate ilustrado sobre las relaciones entre hombres y mujeres.
- Se ha dotado a los YWSC de libros de referencia y panfletos, como: *Our Bodies, Our Selves; Where Women Have No Doctor; It's Perfectly Normal; What's Happening to My Body; Making a Life for Yourself; and Having Your Period* y carteles sobre los sistemas reproductores masculino y femenino, ETS y SIDA.
- Se ha producido y distribuido a los jóvenes educadores de compañeros un pequeño librito con juegos y actividades relativos a la prevención de las ETS y el SIDA, así como copias de *It's Perfectly Normal*.
- Se ha desarrollado para llevar a casa un paquete de entrenamiento sobre reproducción, anticoncepción, ETS, SIDA, uso del preservativo, y técnicas de comunicación para jóvenes educadores de compañeros estudiantes.
- Se han creado para llevar a casa materiales de entrenamiento sobre salud reproductiva y técnicas de orientación para los Consejeros de salud sanitaria.
- Se han desarrollado materiales especiales sobre salud reproductiva, incluyendo tarjetas, rompecabezas y juegos para charlas sanitarias y sesiones de taller.

Talleres de entrenamiento que se han celebrado

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- Se ha entrenado a 279 maestros sanitarios en el uso del Nuevo plan de educación sanitaria, como parte de un taller de tres días celebrado en octubre de 1997. Este taller también incluyó una sesión sobre ETS y su prevención.
- Todos los maestros de CIR han participado en sesiones de talleres sobre reproducción humana y anticoncepción (febrero de 1997) y sobre el SIDA y su prevención (octubre de 1997).
- Se ha entrenado a un primer grupo de jóvenes educadores de compañeros en talleres regionales de tres días, celebrados entre junio y julio de 1997. Entre noviembre y diciembre de 1997 se entrenó un segundo grupo de 83. Este grupo también incluyó estudiantes de quinto grado y superiores.
- En febrero de 1998 se celebró un taller de tres días sobre técnicas de orientación para consejeros.
- En 1996 se entrenaron seis dirigentes del YWSC piloto en las técnicas de recogida de datos de participación utilizadas para obtener datos de salud reproductiva de miembros del YWSC.
- En diciembre de 1997 se celebraron talleres regionales de tres días sobre concienciación de género y autoestima para 91 miembros del YWSC.
- En julio de 1997 fueron entrenados 136 miembros del club sanitario para escribir y producir canciones y teatro durante los talleres regionales de tres días.

Otras actividades

- Desde 1995 se han desarrollado y presentado seis charlas sanitarias sobre varios temas de salud reproductiva para estudiantes entre los grados 5 y 12.
- En 1997 los Especialistas sanitarios celebraron charlas sanitarias sobre el SIDA y el uso del preservativo para 436 estudiantes profesionales y 61 oficinistas.
- Se entrenó a 140 jóvenes educadores de compañeros que estaban trabajando en 51 escuelas a finales de 1997.
- Actualmente existen 25 Clubes sociales de chicas funcionando en institutos.
- Existen setenta y ocho clubes sanitarios en activo.
- Se han creado nuevos libros de canciones y representaciones recogidos de trabajos de estudiantes, maestros y Especialistas sanitarios como parte de un amplio sistema de concurso. El libro creado para utilizar en los clubes sanitarios incluye muchos trabajos sobre temas de salud reproductiva, como el embarazo no deseado, las ITS, el SIDA, el uso del preservativo y el aborto.
- Los Consejeros sanitarios escolares proporcionaron 349 sesiones de orientación individual cada mes.
- Los jóvenes educadores de compañeros que enviaron informes mensuales en 1997 mantuvieron una media de 1.516 sesiones educativas individuales y celebraron 107 actividades de grupo cada mes.
- Como media, los jóvenes educadores de compañeros y los Consejeros sanitarios escolares vendieron 2.418 preservativos al mes.
- En 1997, 30 escuelas y clubs sanitarios mantuvieron programas especiales para el Día mundial del SIDA.

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- Se completó la evaluación de las necesidades para el programa de salud reproductiva y los Clubes sociales de chicas.
- Con la colaboración de miembros del club y Especialistas sanitarios, se completó el plan estratégico que incluye el informe de la misión, la descripción de trabajo para los patrocinadores y el plan del programa de YWSC para 1998.
- A primeros de 1997 se completó la entrada de datos y el análisis de la encuesta de salud reproductiva del estudiante.
- Se continúa con el apoyo a la implantación de una política que permita a las estudiantes embarazadas permanecer en la escuela durante toda la gestación, permitiendo que puedan completar su educación.

¿Cuáles son los planes de CIR para futuras actividades de salud reproductiva?

El Departamento de educación sanitaria tiene pensado continuar la educación en las escuelas de CIR a lo largo de todo el año 1998. Las iniciativas y actividades en marcha incluyen clases de educación sanitaria, charlas sanitarias, educación de jóvenes iguales, YWSC, orientación y clubes sanitarios. Las actividades futuras incluirán también:

- **Charlas sanitarias** – Se ha celebrado recientemente una charla sanitaria sobre la anticoncepción, con planes para celebrar una sobre otro tema de salud reproductiva que ya se está preparando.
- **Jóvenes educadores de compañeros** – El departamento espera mantener jóvenes educadores de compañeros en todas las escuelas con grado 6 y superior y procurarles un apoyo adicional. Se celebrarán encuentros regionales para que los jóvenes educadores de compañeros puedan debatir problemas y éxitos. También formarán comités responsables de producir boletines regionales semestrales para jóvenes educadores y desarrollar campañas de educación regional. El departamento proporcionará entrenamiento sobre diseño de asistencia visual a todos los jóvenes educadores de compañeros interesados en ayudar a los comités a realizar campañas educativas a gran escala.
- **Clubes sociales de chicas** –El Departamento de educación sanitaria tiene pensado mantener YWSC en todos los institutos. Como celebración del Día internacional de la mujer, el departamento ayudará a los clubes a realizar programas y patrocinará un concurso de carteles y ensayos. Además, se celebrará un taller de “entrenamiento de entrenadores” sobre sanidad reproductiva y violencia de género para miembros elegidos del club. Los participantes desarrollarán actividades o sesiones educativas, transfiriendo a otras jóvenes estudiantes y miembros del club la información recientemente adquirida. El departamento también continuará sus esfuerzos para proporcionar suministros, materiales de referencia y ayudas visuales para los YWSC.
- **Orientación** – El programa de orientación continuará, así como las actividades pensadas para mejorar la técnica de los consejeros para realizar su trabajo. Hasta el momento, los consejeros están recibiendo entrenamiento sobre técnicas de orientación. Si hay fondos disponibles, se ampliará el programa de orientación en la Región boscosa para abarcar a más escuelas.
- **Clubs sanitarios** – En 1998, CIR también continuará apoyando a sus clubes sanitarios, proporcionándoles ayuda financiera para mini ferias sanitarias (una parte de las cuales se enfoca en asuntos de salud reproductiva) y programas para el Día mundial contra SIDA. El departamento también tiene pensado celebrar concursos de canción y teatro locales y regionales en los que los clubes de distintas escuelas presentarán sus canciones y sus representaciones a un jurado. Las canciones ganadoras se recogerán en un casete para distribuir las a todos los clubes sanitarios.

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- **Expansión del programa** - En 1998, el Departamento de educación sanitaria piensa ampliar muchas de sus actividades a la Región de Forecariah, con objeto de servir a los de Sierra Leona que todavía están entrando en Guinea en aquella área. También hay planes para contratar a un Especialista sanitario, preparar el programa de joven educador de iguales en escuelas de sexto grado y superior, iniciar Clubes sociales de chicas en los institutos y proporcionar más apoyo a los clubes sanitarios de la Región de Forecariah. El departamento también elegirá y entrenará a un maestro sanitario de cada una de las diez escuelas de esta región para proporcionar servicios de orientación y primeros auxilios, además de sus tareas de enseñanza.

¿Con qué desafíos habrá que enfrentarse?

El Departamento de educación sanitaria de CIR en Guinea se ha enfrentado a numerosos retos desde su formación. Un problema básico ha sido la falta de apoyo interno para el programa de educación sanitaria. En el pasado, los miembros del personal local de otros departamentos de CIR no comprendieron la importancia de la educación sanitaria o el papel del Departamento de educación sanitaria dentro de un sistema escolar formal. Como resultado de ello, este personal se mostró reacio a ayudar al Departamento de educación sanitaria a llevar mensajes a las escuelas, a comprobar el estatus de los clubes o a ayudar a distribuir materiales. Los administradores expatriados de CIR en Guinea tampoco han apoyado siempre al programa de educación sanitaria, causando una falta de cabeza de departamento o, como en parte de 1995 y 1996, compartiendo una cabeza de departamento con el Departamento de entrenamiento. Bajo ambas disposiciones, el Departamento de educación sanitaria carecía de dirección y no implantaba muchas iniciativas nuevas. Este problema se alivió a finales de 1996, cuando se contrató un Director de educación sanitaria para coordinar específicamente las actividades de este departamento.

El nivel de apoyo para el programa de educación sanitaria por parte de la administración de CIR ha aumentado significativamente desde mediados de 1996. Bajo la administración actual, la necesidad de abrir la comunicación ha sido facilitada por reuniones regulares entre los departamentos, produciendo cambios en las actitudes de otros departamentos hacia el de Educación sanitaria. No obstante, es necesario hacer continuos esfuerzos a este respecto.

Otro reto importante encarado por el Departamento de educación sanitaria ha sido la falta de fondos suficientes para realizar las actividades. Sin dinero suficiente, las actividades previstas no fueron implantadas o se retrasó su implantación. No se adquirieron materiales para las oficinas, las escuelas y otros participantes del programa y no se contrató el número adecuado de miembros del personal.

En los años anteriores, las dificultades financieras del Departamento de educación sanitaria estuvieron relacionadas con la falta de apoyo de los administradores de CIR, quienes no se esforzaron en conseguir los fondos adecuados para las actividades del departamento. También hubo problemas por el hecho de que elementos claves de la línea estuvieran fuera de los presupuestos del programa (esto es, suministros del programa o comida y alojamiento para talleres). El departamento espera impaciente la resolución de los problemas de fondos para 1998. La administración actual ha permitido que los departamentos desarrollen sus propios presupuestos y los ha utilizado como base para la solicitud de fondos.

Un tercer problema enfrentado por el Departamento de educación sanitaria ha sido la falta de una buena evaluación de las necesidades al principio del programa. El departamento se inició en base a unas pocas impresiones individuales del estatus sanitario y de las necesidades de educación sanitaria de los estudiantes refugiados. Como resultado de esto, no se perfilaron unos claros propósitos y objetivos al principio del programa y no siempre se tomaron en consideración las necesidades concretas de distintos grupos de estudiantes refugiados. Primero se hizo un esfuerzo en 1997 para recoger sistemáticamente información sobre las necesidades de educación sanitaria reproductiva de estudiantes refugiados. El departamento piensa continuar recogiendo este tipo de datos para ajustar mejor el programa a las necesidades de los estudiantes.

En los tres años últimos, los problemas logísticos han entorpecido la implantación de actividades de educación sanitaria. Estos problemas se han debido, tanto a las realidades de trabajar en

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Guinea, como a la carencia de una continua pericia logística dentro de CIR en Guinea. La oficina de CIR ha estado durante meses sin un coordinador de logística cualificado y el transporte y las comunicaciones han sido un problema siempre presente en Guinea. Como resultado de ello, el pedido de materiales al otro lado del mar puede tardar en llegar entre seis meses y un año a la oficina principal en N'zerekore. La distribución de materiales recién llegados para las escuelas, los consejeros y los clubes, ha estado dependiendo de la buena voluntad de otros miembros del programa que han viajado a los campamentos rurales, en lugar de ser gestionado por el Departamento de logística.

Los problemas logísticos se están resolviendo lentamente. Guinea está desarrollando poco a poco su infraestructura, se están construyendo nuevas carreteras y actualizando los sistemas de comunicaciones. Dentro de CIR, se ha contratado un miembro del personal local para administrar la logística y se están estableciendo nuevos sistemas logísticos. No obstante, queda por hacer mucho trabajo a nivel nacional y organizativo.

¿Qué desearía CIR hacer de manera diferente la próxima vez?

Si CIR tuviera que repetir este proyecto debería:

- **Realizar una evaluación de las necesidades al comienzo del programa.** Esto podría ayudar a desarrollar antes los propósitos y objetivos adecuados al programa y permitiría que las actividades se ajustarán a las necesidades de los estudiantes.
- **Iniciar el programa más pronto tras la llegada de refugiados.** El Departamento de educación sanitaria de CIR no se inició hasta que los refugiados ya llevaban en Guinea tres o cuatro años, y el programa de educación de salud reproductiva empezó aún más tarde. Si hubiera comenzado más pronto, se habrían beneficiado más estudiantes.
- **Involucrar más pronto a los jóvenes.** Tener jóvenes comprometidos en la planificación e implantación del programa ayudaría a impulsar su propia estima y garantizaría que se ajustase a sus propias necesidades.
- **Contratar más personal al principio del programa.** Hasta primeros de 1997, cuando se contrataron los Consejeros sanitarios escolares, había dos o tres Especialistas sanitarios luchando para realizar y supervisar todas las actividades de educación sanitaria en la escuela. Esto limitó el número y la supervisión de las actividades.
- **Conseguir lo más pronto posible recursos materiales fuera del campo.** La mayor parte de los materiales de educación sanitaria reproductiva en uso se obtuvieron en 1997. Esto significa que los Especialistas sanitarios y los maestros trabajaron durante unos tres años sin los adecuados materiales o recursos de referencia.
- **Asegurar que el personal disponga de los materiales y suministros adecuados para desempeñar su trabajo.** Los Especialistas sanitarios, los Consejeros sanitarios escolares y los maestros sanitarios, necesitan una mínima cantidad de suministros y recursos materiales para realizar su trabajo con eficacia. Como se expresaba más arriba, el Departamento de educación sanitaria ha carecido con frecuencia de los materiales necesarios.
- **Asegurar que todos los departamentos de CIR incluyan la educación sanitaria, especialmente la reproductiva, como parte de un sistema de educación formal.** Esto se podría conseguir educando a miembros de otros departamentos sobre la importancia de la educación sanitaria, manteniendo informados a los jefes de otros departamentos sobre las actividades planificadas por el Departamento de educación sanitaria y pidiéndoles su opinión sobre la implantación de actividades del programa cuando proceda.
- **Realizar una distinción más clara entre los clubes sanitarios y los YWSC.** Como los Clubes sociales de chicas comenzaron como prueba piloto, los miembros no tenían una idea

ARC (Acción para los derechos de los niños)

clara de sus propósitos o de los tipos de actividades que deberían organizar. Consecuentemente, algunos YWSC han empezado a realizar actividades que son muy similares a las de los clubes sanitarios (por ejemplo, la jardinería). Los miembros del YWSC necesitan recibir directrices sobre el propósito y función de los clubes nada más formarse. De lo contrario, existe el riesgo de que se conviertan en clubes sanitarios de chicas (en lugar de centrarse en asuntos de la mujer).

- **Conservar registros de las anteriores actividades del departamento.** Para asegurar la continuidad del programa y realizar su evaluación, se necesitan registros claros que describan la implantación de actividades pasadas.
- **Educar a oficinas de ACNUR locales sobre la importancia de la educación sanitaria.** ACNUR no ha mostrado disposición a realizar programas de educación sanitaria de CIR. Por lo tanto, se debe implantar un plan para educar a las oficinas de ACNUR locales sobre su importancia.
- **Asegurar que los presupuestos contengan todos los elementos de la línea que se necesita para la implantación de un programa eficaz.** La omisión de elementos clave ha dificultado la implantación de las actividades de salud reproductiva tal como se habían planificado.
- **Iniciar la supervisión y la evaluación del programa desde su concepción.** Esto podría incluir el desarrollo de herramientas para controlar mensualmente las actividades de los clubes sanitarios, de los YWSC, de los consejeros y de los Especialistas sanitarios. Además, se debe crear pronto una línea de encuesta sobre el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de los estudiantes, para comparar los datos con el impacto futuro y las evaluaciones posteriores.

¿Cuándo terminará el programa?

Los programas de educación formal y sanitaria de CIR en Guinea están en marcha. Aunque los liberianos están comenzando a regresar a casa, nosotros pensamos continuar con nuestros programas hasta el final del año escolar actual (esto es, Julio de 1998). Dado el interés y el compromiso de los estudiantes para continuar las iniciativas de educación sanitaria reproductiva, esperamos asegurar los fondos adecuados para el seguimiento de los liberianos en su país e implantar un programa similar en los condados limítrofes de Guinea (esto es, Lofa, Bong y Nimba). Es probable que esto no sea posible sin suficiente apoyo o supervisión. CIR seguirá en Guinea y los programas existentes continuarán para los de Sierra Leona hasta que se resuelva el conflicto en aquel país.

¿Cómo se puede sostener este proyecto cuando los refugiados vuelven a casa?

Como hemos dicho anteriormente, CIR espera transferir todo o parte de su programa de educación sanitaria reproductiva al sistema escolar de los condados liberianos de Lofa, Bong y Nimba. Para replicar este proyecto o crear uno similar, será necesario pagar los salarios y el entrenamiento del personal. Además, aunque se podrían transferir a las escuelas de Liberia los materiales desarrollados o adquiridos en Guinea, el gran número de escuelas liberianas necesitará adquirir materiales adicionales. Los miembros de YWSC han expresado su interés por continuar con sus esfuerzos en Liberia. Sin embargo, sería difícil para los estudiantes refugiados volver a casa para mantener los programas iniciados en Guinea sin un apoyo o supervisión adecuados.

Lectura 6: ¿Qué es el VIH - SIDA?

El VIH es el virus que causa el SIDA. El SIDA reduce la capacidad del cuerpo para luchar contra otras enfermedades. Las personas con VIH y SIDA contraen fácilmente otras enfermedades, como la neumonía, la tuberculosis y la disentería. La mayor parte de las personas con SIDA muere de enfermedades contra las que ya no puede luchar su organismo.

Una persona que no parece enferma puede contagiar el VIH a otras

Una persona puede tener el VIH durante años sin que aparezca ningún síntoma. Otras ETS pueden aumentar el riesgo de que una persona transmita el VIH a otras. Las personas con ETS necesitan buscar un tratamiento y, si es posible, hacerse la prueba del VIH y dejarse aconsejar.

¿Cómo se lleva y se transmite el VIH?

El VIH se lleva en los fluidos del cuerpo. Los más importantes son:

- El semen,
- La sangre,
- El fluido vaginal.

El VIH se puede transmitir a través de:

- La relación sexual vaginal,
- La penetración anal,
- Compartir con personas infectadas las agujas hipodérmicas intravenosas,
- Transfusiones de sangre infectada,
- Otras actividades que permiten al semen, a la sangre o al fluido vaginal, entrar en la boca, en el ano o en la vagina, o tocar un corte o una llaga abierta.
- El virus se puede transmitir durante el embarazo, el nacimiento o la lactancia. En ausencia de medidas preventivas, cuando no se administran drogas y el bebé es alimentado durante unas 24 horas por su madre infectada por el VIH, el riesgo de infección es normalmente de alrededor del 30 ó 35 por ciento. El riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia depende de su duración, y puede ser superior al 20 % (si la madre alimenta al bebé durante más de 24 meses y/o tiene una alta carga de virus y/o está en una etapa del SIDA muy avanzada). Cuando es seguro y factible, se debe recomendar la sustitución del pecho, pero para las madres VIH positivas que no tienen una alternativa, se recomienda utilizar el pecho exclusivamente durante los primeros meses de vida. Es esencial detener rápidamente la lactancia materna cuando se empieza con otra alimentación.

El VIH **no** se transmite por besar, por estrecharse las manos, ni por compartir la comida, la ropa o los aseos.

¿Cómo se puede prevenir el VIH - Sida?

El VIH - SIDA se puede prevenir de la misma manera que se hace con otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Seguir el AECN:

Abstenerse de sexo no protegido.

Estar informado de cómo autoprotegerse.

Consultar con alguien de confianza sobre los riesgos que conlleva.

No utilizar ninguna aguja hipodérmica que no haya sido esterilizada o sumergida en lejía

Lectura 7: Aprendizaje y enseñanza del SIDA en la escuela⁶

Los retos

A pesar de la evidencia de lo deseable que es proporcionar a los estudiantes educación sobre el SIDA, existen varios obstáculos en el camino, entre los que están incluidos los siguientes:

El asunto resulta demasiado polémico

En muchas sociedades, a los adultos responsables de los niños o de su educación escolar les preocupa a menudo que se les instruya sobre el SIDA y el comportamiento de riesgo sexual. Puede que crean que esto incita a los adolescentes a experimentar prematuramente, incluso aunque diversos estudios hayan demostrado que la educación sobre el sexo y el VIH y SIDA no conduce al aumento de actividad sexual (véase Impacto de la educación acerca del VIH y del sexo sobre el comportamiento sexual de los jóvenes, 1997). Los creadores de normas, los maestros y los padres con este punto de vista, pueden objetar la introducción de programas de prevención del VIH en la escuela, basándose en que el asunto es demasiado delicado para los chicos o socialmente polémico.

Planes de estudios sobrecargados

A veces es difícil encontrar un hueco para la educación sobre el SIDA en un plan de estudios ya bastante completo y sobrecargado, especialmente cuando existen muchas cuestiones compitiendo por tener un espacio. Teóricamente, se supone que en las escuelas se imparte educación sanitaria, que podría abarcar la educación sobre el SIDA pero con frecuencia se abandona en la práctica.

Cobertura incompleta

Muchas escuelas no tienen educación sobre el SIDA. Las razones son diversas. Puede que el país no tenga políticas de educación sobre el SIDA, o una política particular concreta contra la educación del SIDA, o políticas a favor de la educación del SIDA vagas y no reforzadas adecuadamente. En algunos casos, la política educativa está descentralizada, de manera que las autoridades de algunos distritos incluyen la educación del SIDA en sus planes de estudios y las de otros distritos no lo hacen.

La educación sobre el SIDA, cuando existe por completo, generalmente sólo se imparte en las escuelas de secundaria. Sin embargo, con altas tasas de marginación en muchas escuelas, los chicos, y particularmente las chicas, abandonan frecuentemente la escuela antes de la edad de secundaria, con el resultado de que no obtienen educación escolar sobre el SIDA.

Se da la información, pero no las técnicas

Se puede impartir educación sobre el VIH en las escuelas, pero se puede hacer solamente sobre factores médicos y biológicos y no con situaciones de la vida real con las que se encuentran los adolescentes. Estos últimos solamente serán capaces de hacer frente a las situaciones que les podrían poner en riesgo de infectarse de VIH si se les enseñan normas de vida y se debaten materias como las relaciones, la sexualidad y el riesgo del uso de drogas.

Plan de estudios de escasa calidad

Esto puede ocurrir por varias razones, incluyendo:

- La omisión de importantes áreas de educación del SIDA, como la no discriminación y el apoyo;

⁶ Extracto tomado de: Learning and Teaching about AIDS in School; UNAIDS Technical Update, Octubre de 1997.

ARC (Acción para los derechos de los niños)

- El aprendizaje inadecuado de materias. Por ejemplo, se puede subrayar la información biomédica en lugar de técnicas sociales y medidas de prevención o el material puede no ser adecuado a la edad, o incluso tener poco que ver con la vida normal de cada día;
- Puede no haber materiales para los maestros;
- Los maestros pueden no estar adecuadamente entrenados para organizar actividades de clase sobre asuntos delicados;
- Puede que se ofrezca solamente una opción en términos de comportamiento sexual (por ejemplo, la abstinencia) independientemente de la edad de los estudiantes;
- Puede que los objetivos del curso no estén claramente definidos, o que se refieran solamente al conocimiento, las actitudes y valores, y no al comportamiento;
- Puede que no esté prevista ninguna valoración sobre cómo han aprendido los estudiantes;
- Puede que la educación del SIDA no esté significativamente integrada en el plan de estudios y no se vincule con otras cuestiones sanitarias y sociales;
- Puede que no se eduque sobre los servicios a los que acudir, como más información y entrenamiento de técnicas, orientación y servicios agradables a los jóvenes.

Las respuestas

Los adolescentes son un enorme valor de la sociedad y es muy valioso confiar en su ayuda para tener bajo control *el conjunto* epidémico del VIH. Esto se puede hacer promoviendo programas escolares eficaces, complementados por intervenciones preventivas en la comunidad y a través de los medios de comunicación.

Una sociedad para alcanzar un consenso satisfactorio

Hay varios “guardianes” que normalmente determinan si, y de qué clase, se imparte educación de SIDA en las escuelas, incluyendo legisladores, dirigentes religiosos, padres, maestros y asociaciones de maestros. Aunque pueden considerar polémicos o inaceptables algunos aspectos de la educación del SIDA, es posible que tengan algún consenso entre ellos acerca de algunos asuntos, como por ejemplo que los estudiantes necesitan ser protegidos del abuso sexual, que deben ser capaces de rechazar las drogas, y que se debe incrementar la igualdad educativa entre chicos y chicas. Es sabio apoyarse en este consenso existente para crear una sociedad.

Después se extiende el consenso a otros asuntos, como las premisas de que los jóvenes pueden aprender a tomar decisiones acertadas, incluyendo evitar el comportamiento de riesgo y que la sociedad les ayude en tales asuntos, en lugar de ponerles trabas. Se puede promover el acuerdo de que algunas normas sociales son perjudiciales, porque alimentan las desigualdades entre chicas y chicos o en otro caso aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes y de que estas normas deben ser combatidas, mientras que se deben defender otras (como la educación escolar de las chicas) que ayudan a protegerles.

Es alentador observar en este contexto que donde quiera que se hayan examinado los puntos de vista de los padres, los estudios indican que siempre tienden a apoyar la educación del SIDA en las escuelas. Entre estos estudios están los realizados por la OMS en 1994 en Etiopía y una evaluación en cinco países de Oriente medio en 1996 (véase Informe de evaluación del proyecto piloto sobre la educación de VIH y SIDA en la escuela de UNRWA y otras instituciones, Departamento sanitario, Amman, 1996).

En paralelo, la sociedad puede ser reforzada involucrando a los “guardianes”, junto con organizaciones no gubernamentales y adolescentes, para realizar un análisis de la situación (véase más abajo), difundiendo los resultados de un proyecto piloto u otra investigación sobre la educación del SIDA o el lanzamiento de una iniciativa con base en la escuela.

Políticas acertadas sobre la educación del SIDA

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Una vez alcanzado un consenso sobre presupuestos básicos entre aquellos responsables de la educación de los jóvenes, se puede formular un conjunto de políticas nacionales sobre la educación del SIDA. Incluso puede ser suficiente para programas eficaces un documento de política de una o dos páginas. Las políticas deben abarcar las siguientes áreas:

- La cobertura completa de la educación de SIDA en las escuelas, en términos de ubicación geográfica y nivel de clase (grupo de edad);
- Entrenamiento de maestros antes y durante el servicio;
- Colaboración entre los padres, las autoridades educativas y los dirigentes de la comunidad, para formular los planes de estudio (véase Proyectos piloto sobre la educación del SIDA con base en la escuela: Un resumen, Ginebra, OMS y UNESCO, 1994);
- Definición de los objetivos y los contenidos del plan de estudio, así como de actividades fuera del mismo, e integración del VIH, SIDA y ETS en los objetivos elegidos;
- Enlaces con los servicios sanitarios locales, capaces de proporcionar servicios amistosos y acogedores de ETS y salud reproductiva, incluyendo la orientación, anticoncepción y preservativos para adolescentes.

Un principio importante cuando se piensa en políticas relativas al SIDA y las escuelas es el de los derechos humanos. Los estudiantes y el personal de la escuela que viven con el VIH o el SIDA tienen derecho a la educación, a estar libres de discriminación, a la confidencialidad, a la privacidad, a la autonomía, a la seguridad de la persona y a poder acceder a la información y a la educación.

Hacer una valoración de la situación y preparar un buen plan de estudio

Se recomiendan varios pasos para diseñar un buen plan de estudio para la educación del SIDA, el primero de los cuales es realizar una adecuada valoración de la situación. Esto supone el estudio de las pautas de comportamiento de los estudiantes en relación con el riesgo de VIH, averiguando, por ejemplo, a qué media de edad tienen el primer contacto sexual, cuáles son sus formas más comunes de comportamiento sexual y de consumo de drogas (incluido el alcohol), y cuándo tienden a abandonar la escuela. La evaluación debe comenzar por preguntar a los adolescentes cuáles son sus criterios: cuáles creen que son sus necesidades emocionales o qué desean que suceda cuando tengan un novio o una novia. Para la evaluación es esencial preguntarles, porque ellos son los usuarios del servicio. También es necesario en razón de que los adolescentes no comparten necesariamente las actitudes de los adultos sobre el comportamiento sexual y las drogas. Debe asegurarse su confidencialidad para que puedan dar respuestas honestas.

Los resultados de esta evaluación de la situación tienen una incidencia directa en el resto del diseño del plan de estudio. Los pasos a seguir aquí incluyen los siguientes (cada paso se describe en Educación sanitaria en la escuela para prevenir el SIDA y las ITS, volumen 1, páginas 11-30):

- Definición del tipo de programa (incluyendo la edad a la que se va a presentar)
- Elección de los objetivos del programa
- Preparación de un plan de estudio
- Confección de planes concretos para la producción de materiales de aprendizaje y para las actividades de los estudiantes
- Desarrollo de guías de maestros (ya existen muchas guías buenas o que pueden ser adaptadas. Véase, por ejemplo, Educación sanitaria en la escuela para prevenir el SIDA y las ETS) y planificación del entrenamiento de los mismos
- Planificación de sesiones de orientación para que los administradores escolares obtengan un apoyo continuo.

Asegurar un programa eficaz de educación del SIDA

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Los programas eficaces son aquellos que han tenido una influencia positiva sobre el comportamiento respecto al sexo, el uso de drogas y la no discriminación, y no se han limitado simplemente a incrementar el conocimiento y a cambiar las actitudes de los estudiantes. Se ha demostrado que los programas eficaces hacen las cosas siguientes:

- Enfocarse en normas de vida, particularmente en la toma de decisiones, la gestión y la comunicación, con el doble propósito de retrasar el primer contacto sexual y de alentar la relación con protección;
- Concentrarse en la personalización del riesgo a través de juegos de rol y debates apropiados;
- Debatir claramente el posible resultado del sexo sin protección y en términos igual de claros la manera de evitar que se produzca. Explicar a dónde dirigirse para ayudarse y apoyarse entre los adolescentes, el personal de la escuela y los servicios externos;
- Subrayar que las técnicas útiles de autoprotección del VIH también ayudan a reforzar la confianza en uno mismo y a evitar embarazos no deseados, abusos sexuales y abuso de drogas (incluyendo el tabaco y el alcohol);
- Reforzar los valores, las normas, y el apoyo entre iguales, para practicar y mantener un comportamiento seguro y resistir al inseguro, tanto en la escuela como en la comunidad;
- Proveer de tiempo suficiente para el trabajo en clase y la enseñanza interactiva de métodos, como el juego de rol y los debates en grupo.

Las técnicas más importantes que pueden aprender los jóvenes en relación con el VIH son:

- Cómo tomar decisiones acertadas con respecto a las relaciones y el intercambio sexual y mantenerse en ellas;
- Cómo buscar las propias razones personales para resistir las presiones del sexo o drogas no deseados;
- Cómo reconocer y evitar o salir de una situación que podría volverse arriesgada o violenta;
- Cómo y cuándo pedir ayuda y tener acceso a servicios sanitarios gratuitos para los jóvenes;
- Cuando se está preparado para las relaciones sexuales, cómo negociar sexo protegido u otras formas de sexo seguro;
- Cómo compadecer y apoyar a las personas con VIH y SIDA;
- Cómo cuidar a las personas con SIDA, en la familia y en la comunidad.

Hay tres elementos que se han revelado importantes para una educación del SIDA eficaz en las escuelas. Uno es enseñar a los estudiantes de enseñanza primaria y secundaria a analizar y responder a las normas sociales. Éstas están formadas en término medio, por los adolescentes iguales y por la sociedad en general. A su vez, estas normas tienen influencia sobre el comportamiento. Los estudiantes deben aprender a descifrarlas y analizarlas, y a comprender cuáles actúan en una dirección potencialmente perjudicial y cuáles protegen su salud y su bienestar.

Dentro de las escuelas se puede producir el abuso sexual. Es entonces cuando resulta necesario asegurar un ambiente escolar saludable y combatir factores como la discriminación contra las estudiantes femeninas, la chulería y el abuso físico y sexual, tanto por parte de los estudiantes como del personal de la escuela.

Un segundo elemento necesario es el entrenamiento, tanto de los propios maestros como de los jóvenes educadores de iguales, gente del mismo grupo de edad elegidos concretamente para educar a sus amigos acerca del SIDA.

Un tercer factor vital es el de la edad. Toda la experiencia adquirida hasta el momento ha demostrado que la prevención del VIH y los programas de promoción sanitaria para los chicos deben comenzar a la edad más temprana posible, y ciertamente antes del comienzo de la actividad sexual. En efecto, esto significa que los programas adaptados a la edad deben iniciarse al nivel de escuela primaria. Esto tiene dos beneficios importantes. En primer lugar, la educación

ARC (Acción para los derechos de los niños)

comienza antes que la actividad sexual, con lo que se prepara a los estudiantes para enfrentarse a futuras actividades de riesgo. En segundo lugar, la educación les alcanza antes de que hayan abandonado la escuela, y esto es así en muchos países particularmente para las chicas, que tienden a dejarla a una edad más temprana. Los ejemplos de países que empiezan programas de educación del SIDA al nivel de escuela primaria, pueden ser Malawi, Tailandia, Uganda y Zimbabwe.

En Zimbabwe, por ejemplo, desde 1993, todas las escuelas han tenido lecciones semanales obligatorias sobre normas de vida y el SIDA para todos los estudiantes desde cuarto grado (de 9 a 10 años) en adelante. Existen folletos diseñados para cada grado, para estudiantes y maestros, que tratan cuatro temas principales: relaciones, crecimiento, normas de vida, y salud. Los temas abarcan desde debates sobre los papeles de género y la violación, hasta la manera de afrontar las posibles emociones y tensión nerviosa. En la clase se alienta la propia estima y la actitud enérgica y los juegos de rol sugieren las maneras de responder a las presiones de los amigos o compañeros. Aparte de la utilización de folletos en la clase, los estudiantes también hacen proyectos en la comunidad. Todos los materiales son revisados y aprobados por un comité que incluye al Programa nacional del SIDA, al Ministerio de Educación y a los representantes de las religiones más importantes. Un gran programa de entrenamiento del maestro ayuda a preparar el servicio de los maestros, así como de los estudiantes educadores (véase O'Donogue J. Zimbabwe's AIDS Action Programme for Schools: Flashback and Hindsight. Harare: UNICEF, 1995).

Tener en cuenta los mensajes de los medios

Frecuentemente, los adolescentes están expuestos a ser influenciados por los medios de comunicación. Mientras las escuelas enseñan un conjunto de mensajes, los medios pueden estar emitiendo otros en conflicto con aquéllos. Los programas basados en la escuela deben tener esto en cuenta. Los jóvenes también necesitan ser dotados de habilidad para "descifrar" los mensajes de los medios.

Evaluación

Es importante evaluar el impacto de la educación del SIDA en la escuela sobre el comportamiento de los jóvenes, no solamente la adquisición de conocimiento o la adopción de actitudes deseadas. Como las habilidades son el mejor pronosticador del comportamiento, la evaluación del impacto supone normalmente medir qué grado de habilidades han sido aprendidas y practicadas y si se ha mantenido un comportamiento seguro. Con este fin, se han desarrollado herramientas concretas de evaluación.

Es igualmente importante controlar la respuesta del sistema educativo para comprobar que la calidad de la enseñanza es satisfactoria, que los materiales de aprendizaje y enseñanza se utilizan correctamente, que la comunidad local apoya el programa y que hay un número creciente de estudiantes que sienten haberse beneficiado del mismo.

Lectura 8: Qué es mutilación genital femenina?

Definición y descripción (OMS)

La mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos que suponen la extracción parcial o total de los genitales externos femeninos y/o la lesión de los órganos genitales femeninos por razones culturales o de cualquier otra naturaleza no terapéutica.

Su uso es corriente entre las mujeres refugiadas procedentes de culturas que la practican.

Se practica en 41 países, aunque sea ilegal. Refleja las grandes desigualdades en las estructuras políticas, sociales, culturales y económicas, de las sociedades donde se practica. Así, muchas mujeres creen que la mutilación genital es necesaria para su salud y para ser aceptadas por su comunidad. No saben que no se practican en la mayor parte del mundo.

Las operaciones son casi siempre realizadas por mujeres del pueblo (comadronas tradicionales), a las niñas entre cuatro y diez años, o en algunas áreas entre las adolescentes. Normalmente, no se utilizan anestésicos ni antisépticos. Los refugiados cuyo país tenía la costumbre de la mutilación genital femenina tienden a continuarla en el exilio.

Clasificación

Tipo I: Destrucción traumática del prepucio con o sin destrucción parcial o total del clítoris.

Tipo II: Destrucción del clítoris junto con la destrucción parcial o total de los labios menores.

Tipo III: Destrucción parcial o total de los genitales externos y suturación y estrechamiento de la abertura vaginal (infibulación).

Tipo IV: sin clasificar, incluye:

- Punzamiento, "piercing" o incisión del clítoris y o los labios
- Estiramiento del clítoris y/o los labios
- Raspado o corte de la vagina o del tejido circundante
- Introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina
- Cualquier otro procedimiento que entre bajo la definición de mutilación genital femenina indicada arriba.

Consecuencias físicas

La mutilación genital femenina causa graves daños a las chicas y a las mujeres, trayendo consecuencias serias para la salud, que dependen de la extensión del corte, de la habilidad de quien la realiza, de la limpieza de las herramientas y del entorno y de la condición física de la chica o la mujer involucrada. Algunos efectos son inmediatos, mientras que otros se manifiestan años después. Las chicas y mujeres que padecen las formas más severas de mutilación tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones serias y duraderas.

Las repercusiones continúan a lo largo de toda la vida de la mujer y pueden tener consecuencias para su salud reproductiva, su bienestar y la salud de sus hijos.

Se dispone de documentación y estudios sobre las complicaciones físicas a corto y a largo plazo, pero se han estudiado poco los efectos sexuales o psicológicos o la frecuencia con la que suceden estas complicaciones. Se desconoce la mortalidad de las chicas y mujeres que han sido sometidas a mutilación genital, porque se conservan pocos registros y raramente se informa de muertes debidas a esta práctica.

Los trabajadores sanitarios en situaciones de refugiado rara vez conocen las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la mutilación genital femenina. Por lo tanto, es vital que el personal del campamento conozca sobre esta práctica, indague si se está llevando a cabo dentro de la población refugiada y quién es responsable de que se realice.

Lecturas recomendadas, videos y sitios web

Lecturas recomendadas:

Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual (1999): Ginebra, UNHCR. Este manual de campo entre agencias es el resultado de un esfuerzo de colaboración de muchas agencias de las Naciones Unidas, de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y de los mismos refugiados. El manual de campo proporciona una dirección programática en varias áreas importantes, con frecuente referencia a materiales de fuentes adicionales que deben ser obtenidos y utilizados para asegurar servicios de salud reproductiva completos y fiables para refugiados. Es una lectura esencial para todos los temas de este paquete de recursos.

HOW TO IDE (International Rescue Committee/UNHCR) - Reproductive Health in Refugee Situations: Reproductive Health Education for Adolescents. Ginebra, UNHCR. Este "Cómo proceder" describe el programa de salud reproductiva implantado por CIR en Guinea y explora las lecciones aprendidas.

Wellbourn, A., (1995): Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, Cication and Relationship Skills. Strategies for Hope Training Series No. 1. Londres, ACTIONAID.

HOW TO GUIDE (UNHCR) - Ngara Crisis Intervention Teams - A Community Based Response on Sexual Violence Against Women. Ginebra, UNHCR. Basada en la experiencia de la vida real en campos de refugiados de Ngara, esta guía está destinada a compartir con otros lo que se pensaba antes y las lecciones aprendidas, un enfoque satisfactorio.

Enger, D and Winskell, K (1999): Scenarios from the Sahel, Replication Guide. Senegal, UNDP. Este libro describe un proyecto de prevención del VIH muy exitoso realizado en Senegal, Mali y Burkina Faso. El proyecto es poco común en el grado de atención prestada, no solamente al contenido, sino también al proceso, con el resultado de que, en cada etapa de su desarrollo, las necesidades y puntos de vista de los adolescentes definieron la dirección que debía tomar el proyecto. El libro proporciona directrices sobre cómo repetir el proyecto en otras áreas. Es especialmente importante para los Temas 2 y 5.

Dept. of Child and Adolescent Health Development (2000), Meeting an Urgent and Unmet Need: Making Reproductive Health Services Available and Accessible to Forcibly Displaced Young People. Ginebra, World Health Organisation. Este documento abarca estas áreas: las características de adolescentes desplazados a la fuerza, la cuestión de la salud reproductiva y por qué es importante para los adolescentes, dónde están, y excelentes ejemplos de programas de salud reproductiva para adolescentes, tanto en asentamientos rurales como en urbanos. Lectura útil para todos los temas de este Paquete de recursos.

Gordon, Gill (1999), Choices, London, Macmillan. Este libro está escrito concretamente para adolescentes entre 10 y 24 años de edad y contiene una información clara, una variedad de actividades a utilizar para educadores de adolescentes iguales, dirigentes juveniles o maestros, fotografías, dibujos y concursos. Lectura útil en referencia al Tema 4 y muy útil para compartir con la gente que desarrolla programas de sanidad reproductiva.

Vídeos

Existe un número de videos muy útiles que apoyan la enseñanza de salud sexual y reproductiva. He aquí un resumen de algunos:

Salud reproductiva en situaciones de refugiado ¿Qué se puede hacer?

ARC (Acción para los derechos de los niños)

Un vídeo de entrenamiento de conocimientos de 12 minutos de duración dirigido al personal no sanitario que trabaja en situaciones de refugiado.

El propósito es explicar lo que es la Salud reproductiva, la importancia de la misma para la salud y el bienestar de las mujeres, de los hombres y de los adolescentes y dar sugerencias concretas sobre cómo puede el personal integrar y apoyar la salud reproductiva en su trabajo.

La audiencia principal para este video es el personal de ACNUR y asociados de áreas sanitarias como: oficiales de campo y programa, personal de servicios y protección de la comunidad y otros trabajadores refugiados que tienen contacto directo con éstos. También se podrían beneficiar de este video otras personas, como los conductores y el personal administrativo.

El video viene acompañado por una guía de mediador que ayudará al personal a mostrarlo a los colegas y a generar debates sobre cómo integrar la salud reproductiva en todos y cada uno de los trabajos rutinarios de los miembros del personal. La guía informa sobre otras actividades que podrían tener lugar después de ver el vídeo.

Disponible en inglés. Para utilizar en el campo y mostrar en programas de entrenamiento rutinario de ACNUR para personal no sanitario.

Mujeres en peligro

Zawadi Bakar es una muchacha congoleña de 11 años de edad que vive en Lugufu, un campo de refugiados en Tanzania. Una vez, cuando había salido al bosque para buscar leña, fue violada por dos hombres. Gracias al proyecto de Salud reproductiva costado por FNUAP, la chica pudo recibir un inmediato tratamiento médico y psicológico. El riesgo de abuso sexual, de embarazo o de infección transmitida sexualmente, siempre está presente en las situaciones de conflicto. En 1994, FNUAP desarrolló actividades de Salud reproductiva para asegurar la entrega de servicios adecuados para los refugiados y desplazados internos (DI). Este proyecto en los campos de refugiados de Tanzania está siendo ejecutado por la Federación Internacional de la Cruz Roja y sociedades de la Media luna, que también aseguran la coordinación con otras ONG que operan en este campo.

Desde el conocimiento a la acción

Describe las acciones tomadas por refugiados de Somalia en el Campamento de Hartisheikh, al este de Etiopía, para erradicar la Mutilación genital femenina (MGF). ACNUR, trabajando con el Comité nacional sobre Prácticas tradicionales en Etiopía (NTCPE) implantó un proyecto piloto para asistir a la comunidad de refugiados en la erradicación de esta dañina práctica tradicional.

ACNUR en Etiopía encargó dos videos, uno en inglés y otro en somalí, para describir las acciones positivas tomadas por la comunidad de refugiados para erradicar la MGF.

El video en somalí dura 25 minutos, y describe en gran detalle cómo funcionó el proyecto, cuáles fueron los logros positivos y cómo está comprometida la comunidad de refugiados para erradicar la MGF. En particular, describe cómo decidió la comunidad realizar una ceremonia alternativa, mediante la cual se reconoce la importancia de un rito de iniciación para convertirse en mujer, pero en el que no se daña ninguna parte del cuerpo de la misma. La ceremonia se celebra con música, canciones y una comida festiva. El ejecutor tradicional de la MGF también desempeña un papel en la ceremonia. Los grupos afectados por este video son las comunidades de lengua somalí. Se puede utilizar para demostrar cómo se puede trabajar juntos para cambiar la práctica de la mutilación.

El video en inglés es una versión más corta que la del somalí (dura 15 minutos) y va dirigido a los planificadores del programa y a los trabajadores con base en la comunidad que desean iniciar un proyecto de erradicación de la MGF. Describe cómo funcionó el proyecto con varios grupos de la comunidad.

La versión del video somalí se puede obtener en ACNUR

La versión en inglés se puede obtener en Television Trust for the Environment (TVE-UK). TVE
e-mail: tve-dist@tve.org.uk

ARC (Acción para los derechos de los niños)

También se ha producido una GUÍA DE ACCIÓN sobre el proyecto, que debe asistir a los trabajadores de desarrollo y humanitarios para comprender mejor cómo funciona. Este video también va acompañado de una Guía del video.

Una compilación de vídeos sobre la Mutilación genital femenina

En este vídeo se han compilado varios sobre la MGF como parte de un paquete de materiales sobre esta cuestión. Los videos muestran cómo están trabajando los distintos países para erradicar la MGF y algunas de las cuestiones importantes relacionadas con esta práctica. También se destaca la política de ACNUR sobre Prácticas tradicionales perjudiciales.

El vídeo de compilación tiene una duración aproximada de 70 minutos.

Sitios web

UNICEF

<http://www.unicef.org/programme/youth/index.html>

Se presenta un enfoque especial sobre el desarrollo y la participación de los adolescentes.

OMS

[http://www.who.int/home/map ht.html#Family and Reproductive Health](http://www.who.int/home/map_ht.html#Family and Reproductive Health)

El sitio de la Organización Mundial de la Salud es una fuente de información útil para los temas y estadísticas sanitarias.

PNUD

<http://www.undp.org/>

Estadísticas sanitarias disponibles en el sitio web de PNUD desde el Informe del desarrollo humano, junto con una atención especial al VIH y SIDA.

ONUSIDA

<http://www.unaids.org/>

Este sitio web proporciona información útil sobre VIH y SIDA, y programas al nivel de país.

CIPD

<http://www.unhchr.ch/other.htm> (go to ICPD)

Este sitio web proporciona todos los documentos de la Conferencia internacional del Cairo sobre Población y Desarrollo de 1994.

Division for Advancement of Women (DAW)

<http://www.un.org/womenwatch/daw/>

La División para el Avance de la Mujer (DAW) aboga por la mejora del estatus de la mujer y el logro de su igualdad con el hombre. La División es un catalizador para el avance de la agenda global sobre asuntos de la mujer y para que exista una corriente general de la perspectiva del género en todos los sectores. En este sitio se puede encontrar información y documentos útiles sobre la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.