

# Salud sexual y reproductora de la población joven en San Sebastián de los Reyes

Identificación de los principales  
problemas, recomendaciones y  
propuestas para adecuar la política  
sanitaria



**Cristina Bernis y Carlos Varea**

# Salud sexual y reproductora de la población joven en San Sebastián de los Reyes

Identificación de los principales  
problemas, recomendaciones y  
propuestas para adecuar  
los recursos sanitarios

**Cristina Bernis, Carlos Varea**

COLECCIÓN: CUADERNOS SOLIDARIOS. Informes Técnicos y Estudios

© Cristina Bernis y Carlos Varea

© UAM EDICIONES. Cuadernos Solidarios. Informes Técnicos y Estudios

**Diseño y maquetación:** equipofranja.com

**Impresión:** ATIG

**ISBN:** 978-84-8344-158-9

**Depósito Legal:**

## PRÓLOGO

*Publicación de Estudio de Salud Sexual y Reproductora de la población joven en San Sebastián de los Reyes.*

*Identificación de principales problemas, recomendaciones y propuestas para adecuar los recursos sanitarios.*

Universidad Autónoma de Madrid 2009



El Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, a través de la Delegación de Salud, viene desarrollando programas de Promoción y Educación para la Salud, siendo una de las principales preocupaciones la salud de nuestros jóvenes.

Es en este contexto en el que se realiza este trabajo de investigación sobre la salud sexual y reproductora de los jóvenes en nuestra ciudad.

Conocer los problemas de salud de los jóvenes, sus preocupaciones, sus nuevas necesidades, así como la valoración de nuestro propio Servicio, constituyen la base del presente trabajo, realizado en colaboración con expertos investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid.

Es para nosotros una satisfacción poder contribuir a su difusión, con el ánimo de que sirva de ayuda a padres, educadores, personal sanitario y a los propios jóvenes, en el empeño de mejorar la salud de los más jóvenes en nuestra ciudad.

Por último cabe felicitar a cada uno de los autores, promotores y colaboradores de este estudio, por su elaboración, ya que sin duda contribuirá a dar mayor calidad a nuestro Servicio de Salud, así como a los profesionales que trabajan diariamente en la Concejalía de Salud por aportar y facilitar la posibilidad de esta publicación.

María Luisa Suárez Sánchez

*Concejal Delegada de Salud, Servicios Sociales  
y Personas con Discapacidad.*

Este estudio es fruto de la colaboración entre la Concejalía de Salud del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, el Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad Autónoma de Madrid, la unidad docente de Antropología Física del Departamento de Biología de la Universidad Autónoma de Madrid y la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de esta misma universidad.

Tras varios años de estrecha relación entre la Universidad Autónoma de Madrid – a través de su Oficina de Acción Solidaria y Cooperación - y el Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes en colaboraciones específicas en materia de inmigración y cooperación al desarrollo surgió la posibilidad de realizar un estudio de investigación que ayudará a definir e identificar los aspectos de salud sexual reproductiva de los jóvenes del municipio de San Sebastián de los Reyes. El funcionamiento desde hacía varios años de una Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad y el interés de los profesionales por mejorar y dotar de la máxima calidad a su trabajo sirvió de punto de partida para iniciar esta investigación.

Desde la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación resaltamos el valor de una investigación de este tipo que con un carácter multidisciplinar ha permitido el trabajo de distintos profesionales con el objetivo común de conocer para proponer las adaptaciones necesarias en salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Desde sus inicios la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación tiene entre sus objetivos permitir el enlace de la universidad con la sociedad en especial en la responsabilidad y compromiso social que esta institución puede y debe tener.

Este trabajo es fruto de ese compromiso y desde aquí deseamos felicitar a los investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid y a los profesionales de la Concejalía de Salud por su trabajo y compromiso.

Silvia Arias Careaga

*Directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación  
Vicerrectorado de Relaciones Institucionales y Cooperación  
Universidad Autónoma de Madrid*

# ÍNDICE

---

PRESENTACIÓN	7
Planteamiento del estudio	7
Equipo de trabajo	8
INTRODUCCIÓN	9
• Salud sexual y reproductora: el género importa	9
• Derechos sexuales y reproductores	10
• La dificultad de investigar sobre salud sexual y reproductora	10
• La situación en España: estrategias, realidades y prioridades de acción	11
• La salud sexual y reproductora de la población adolescente	12
• La salud sexual y reproductora de la mujer inmigrante	13
MATERIAL Y MÉTODOS	15
RESULTADOS	17
A. Análisis de historias de atención a adolescentes y jóvenes de la 'Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad'	17
1. Perfil de las usuarias de la Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad: edad, ocupación, nivel de estudios, modalidad de convivencia y origen	17
<i>Cambio temporal del perfil de las usuarias</i>	18
2. Motivo de consulta. Variabilidad temporal, con la edad y con la nacionalidad de la mujer	19
3. Sexualidad, salud sexual y anticoncepción	21
<i>Edad de maduración sexual y riesgo de embarazo no deseado</i>	23
<i>Elección del método de anticoncepción: diferencias con la edad y el origen de las mujeres</i>	23
<i>Método de anticoncepción utilizado</i>	24

<i>Fallo en el control de los embarazos: dimensión del problema, método empleado y edad de las mujeres</i>	25
<i>Perfil de las jóvenes y mujeres que solicitan píldora post coital</i>	26
4. Fecundidad y asistencia a consulta	27
5. Hábitos nocivos	27
B. Evaluación sobre actitudes, percepciones, necesidades y preocupaciones relacionadas con salud sexual entre las y los jóvenes de San Sebastián de los Reyes	30
6. ¿Cuáles son los principales temas de salud que preocupa a los adolescentes?	30
7. Conocimiento, valoración y uso de servicios municipales para jóvenes	31
8. Sexualidad, práctica anticonceptiva y riesgo de embarazo no deseado	34
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	39
<i>En relación al perfil de las visitantes</i>	39
<i>En relación a las demandas de las visitantes</i>	39
<i>En relación a las menores de edad y más jóvenes visitantes</i>	40
<b>RECOMENDACIONES</b>	43
<i>Sobre cuestiones de género:</i>	43
<i>Sobre Información y formación:</i>	43
<i>Sobre como llegar a los grupos de riesgo:</i>	44
<i>Sobre el acceso y utilización de los servicios de salud, con especial referencia a la prevención:</i>	45
- El acceso a los servicios de salud.	45
- Reforzar la prevención de embarazos no deseados.	46
- Reforzar prevención de ETS e infertilidad.	46
- Incidir en la reorganización de horarios y recursos humanos.	46
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	47

## PRESENTACIÓN

Esta publicación se basa en el informe técnico sobre la investigación *Valoración de los servicios sobre sexualidad y salud reproductora para jóvenes del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes (Madrid)* solicitada por la Concejalía de Salud de San Sebastián de los Reyes. El trabajo se realizó conjuntamente por la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), el Instituto de Estudios de la Mujer de la UAM y la Unidad Docente de Antropología Física de la Facultad de Ciencias de la UAM.

La efectividad de las políticas sanitarias no solamente depende de la decisión de identificar los problemas y reestructurar los recursos humanos y materiales sobre formación, información, prevención y atención para los jóvenes en materia de salud sexual y reproductora, sino que también requiere que la población implicada conozca cual es la situación, las propuestas de actuaciones y recomendaciones. Por eso, esta publicación esta pensada para ser distribuida entre las asociaciones de padres, los educadores, las asociaciones de inmigrantes y el personal sanitario.

### Planteamiento del estudio

- a) Evaluar el perfil de las usuarias del centro, identificar los principales servicios requeridos.
- b) Evaluar si existe cambio temporal tanto el perfil de usuaria como en servicios requeridos.
- c) Evaluar el grado de conocimiento del centro y de sus servicios por parte de la población joven.
- d) Conocer los comportamientos de la población joven no usuaria del centro en materia de salud sexual y reproductora, las necesidades que refieren y su percepción de los principales problemas de salud en su rango de edad.
- e) Proporcionar recomendaciones y actuaciones coordinadas para maximizar la eficacia de la prevención y la atención: la primera de ellas mediante formación, información y maneras efectivas de acceder a la población diana; y la segunda, reajustando el servicio en función de las características de las usuarias y proporcionando los mecanismos de coordinación entre los Servicios de Salud Pública, los centros de enseñanza, las asociaciones de padres, los docentes y las asociaciones de inmigrantes.

## Equipo de trabajo

El diseño de la investigación fue realizado por Silvia Arias, directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y por Cristina Bernis, directora del Instituto de Estudios de la Mujer de la UAM.

El trabajo de campo y la informatización de los datos fue llevado a cabo por las biólogas Ana García, Maite Beleña, Eva Busto, Paula Acevedo y Karen Agudillo, colaboradoras de la Comisión Docente de Antropología Física del Departamento de Biología de la UAM.

Desde el Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, el trabajo fué coordinado por Angel García García, Jefe de la sección de salud del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, y los datos relativos a la *Consulta Joven* fueron proporcionados gracias a la colaboración de José Nemesio Díaz Sánchez, Ginecólogo de la *Consulta Joven* del citado ayuntamiento.

El informe técnico final, en el que se basa este resumen lo realizó Carlos Varea, profesor e investigador experto en salud sexual y reproductora, miembro de la mencionada Comisión Docente. Este informe puede consultarse de forma detallada en la página web del ayuntamiento de San Sebastian de los Reyes. ([www.ssreyes.org](http://www.ssreyes.org))

# INTRODUCCIÓN

## Salud sexual y reproductora: el género importa

La salud sexual se concibe como el estado de bienestar, físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere no sólo la ausencia de enfermedad y disfunción si no también una aproximación positiva y respetuosa a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras, seguras y libres de coerción, de discriminación y de violencia.

Durante muchos años se ha utilizado exclusivamente el término salud reproductora para referirse a aspectos muy concretos de la reproducción, asociados éstos casi exclusivamente a las mujeres (como la mortalidad materna) y que se fueron ampliando gradualmente con la anticoncepción, los abortos voluntarios (IVE) y seguros y finalmente con la sexualidad. Sin embargo, la sexualidad y la reproducción son aspectos esenciales de la vida de las mujeres y de los hombres, basadas en el respeto mutuo y en decisiones compartidas, que requieren el apoyo de políticas preventivas, informativas y educativas dirigidas a todas las identidades sexuales, basadas en los derechos sexuales y reproductores (Lete y Martínez-Etayo 2004; UN, 1995; Ikkaracan y Jolly, 2007; WHO, 2008).

La salud sexual de individuos y poblaciones tiene mucho que ver con la sexualidad, con los comportamientos reproductores y con las normas sociales que los regulan, que establecen en general muy diferentes papeles para hombres y mujeres. Por ello, cualquier investigación sobre la salud sexual y reproductora, sobre la atención sanitaria y social, y sobre las medidas de política sanitaria y educativa requiere siempre un análisis de género. Los análisis de género evalúan las diferencias entre hombres y mujeres atribuibles a factores sociales, identifican sus causas y proporcionan instrumentos para eliminarlas cuando son discriminatorias, innecesarias y evitables, y finalmente incorporan las cuestiones de género de manera transversal a las decisiones políticas y a los instrumentos y actividades destinadas a conseguir la igualdad entre mujeres y hombres. Esto implica la comprensión de los papeles de género y de la sexualidad, ya que la investigación sobre sexualidad debe ir más allá de mejorar los servicios sanitarios y los aspectos puramente reproductores (Bernis *et al.*, 2008; UN, 1995).

## Derechos sexuales y reproductores

La sexualidad es importante para el desarrollo porque lo es para las personas. Y lo es porque debido a los silencios, tabúes y expectativas sociales en torno a las relaciones sexuales, refuerza estereotipos de género obstaculizadores para mujeres. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en 1995 se establecieron los derechos sexuales y reproductores, pero no es hasta 2006 — debido a la presión de ONG de carácter nacional e internacional— cuando la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó de manera explícita el objetivo sobre los derechos sexuales y reproductores de la mencionada conferencia. (WHO, 2008b).

Los **Derechos sexuales y reproductores** forman parte de los Derechos Humanos, reconocidos en las leyes nacionales, internacionales y en los documentos sobre Derechos Humanos, que reconocen a todas las personas, independientemente de la edad, el sexo, el género u otras características, la capacidad de decidir sobre su sexualidad y reproducción, en ausencia de coerción, discriminación y violencia, y respetando siempre los derechos de los demás (UN, 1995).

### La OMS establece diez derechos fundamentales relacionados con salud sexual y reproductora (WHO 2004):

1. Tener un estado óptimo de salud sexual, incluyendo el acceso a los servicios sanitarios sexuales y reproductores con privacidad.
2. Buscar y recibir información sobre sexualidad.
3. Recibir educación sexual.
4. Respeto de la integridad corporal.
5. Elegir la pareja.
6. Decidir sobre si quiere ser activo sexualmente o no.
7. Mantener relaciones sexuales consensuadas.
8. Tener un matrimonio consensuado.
9. Decidir si quiere tener hijos, cuando y como espaciarlos.
10. Tener una vida sexual satisfactoria sana y placentera.

### La dificultad de investigar sobre salud sexual y reproductora

La salud sexual representa una nueva área de investigación y de intervención que tradicionalmente se consideraba implícitamente incluida en la agenda de salud reproductora. Su estudio requiere un marco teórico propio, el desarrollo de métodos y herramientas de investigación específicas y unas recomendaciones e intervenciones diferentes, aunque complementarias a las tradicionales de salud reproductora.

Tanto el marco teórico como el metodológico —que incluye las herramientas, los indicadores necesarios y el tipo de análisis de datos— están en pleno proceso de desarrollo. Ello implica que todavía no hay acuerdos globales sobre algunos de esos aspectos, ni tampoco sobre una batería mínima de indicadores que se deben incluir y cuya presencia o ausencia puede alterar la interpretación de las investigaciones.

Esta situación de “en construcción” es en la que se ha desarrollado la presente investigación. Dada la privacidad y sensibilidad de muchas preguntas necesarias para conocer la situación y elaborar políticas preventivas y de apoyo, no es un aspecto fácil de abordar. Esto determina que con frecuencia los indicadores que existen, sobre todo a nivel de estadísticas nacionales o comunitarias, informan sobre lo negativo que es no incidir en estos aspectos mediante formación, prevención, asistencia o tratamiento (por ejemplo, se refieren más a mortalidad materna, embarazos no deseados, IVE, enfermedades de transmisión sexual y violencia sexual), pero carecemos prácticamente de indicadores validados para conocer los aspectos positivos, que afectan al bienestar personal y a la salud mental.

En todo caso, es llamativo que dos aspectos básicos de la salud sexual y reproductora para los que si disponemos de indicadores poblacionales para la mayoría los grupos humanos (sexo seguro y ausencia/fallo de contracepción), ocupen según WHO/UNDP/UNFPA (2006), el segundo lugar entre los peligros ambientales que reducen la calidad de vida y los años de vida en el conjunto de la población mundial.

### **La situación en España: estrategias, realidades y prioridades de acción**

Las estrategias y las prioridades en España no deben ser esencialmente diferentes de las planteadas por organismos internacionales y supranacionales para poblaciones occidentales, afrontando con realismo el cambio en la cultura de la sexualidad que ha ocurrido en los últimos 40 años y ajustadas a la realidad española y su diversidad. La Unión Europea, por ejemplo, dentro de su **Programa de Salud Pública 2003-2008** fomenta activamente la salud sexual y el desarrollo de una cultura del sexo seguro, incidiendo tanto en los colectivos de mayor riesgo (adolescentes, inmigrantes y otros grupos específicos) como en los problemas más prevalentes (control de embarazos no deseados, y de enfermedades de transmisión sexual). **Su principal objetivo es doble: fomento de la salud y definir las mejores prácticas para grandes cuestiones, entre las que destaca las tres siguientes:**

- a) Embarazos de adolescentes.
- b) planificación familiar y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles, como el VIH-SIDA y las infecciones por clamidia.
- c) establecer estrategias para atender a colectivos específicos, fomentar la igualdad de género y respetar plenamente las diferencias culturales.

Los datos presentados en este informe sobre la salud sexual y reproductora coinciden plenamente con los colectivos de riesgo (mujeres inmigrantes y adolescentes menores de edad) y con el problema que más consultas acumula (relacionados con el fallo en el control de embarazo, ya que la solicitud de píldora postcoital e IVE son los dos requerimientos más frecuentes), pero se ha encontrado una frecuencia muy baja del otro gran grupo de problemas que engloba a las enfermedades de transmisión sexual (Low *et al.*, 2006).

## La salud sexual y reproductora de la población adolescente

La salud sexual y reproductora entre los adolescentes difiere de la de los adultos, y en muchas poblaciones del mundo ha sido poco estudiada. Es un desafío importante —incluso para las poblaciones del mundo occidental— promover el desarrollo y maduración saludables en lo que respecta a la salud sexual y reproductora, así como conocer las necesidades afectivas, sanitarias, de información y formación de los grupos de riesgo. Hay incluso matices importantes asociados a la interacción entre factores biopsicosociales que pueden generar mayor riesgo para determinados aspectos de salud reproductora entre adolescentes cuyo desarrollo sea más temprano que la media.

El desarrollo sexual y reproductivo es un proceso biosociopsicosocial y emocional que tiene lugar de manera normal en la adolescencia. La mayoría de las y los adolescentes pasan esta etapa sin grandes problemas, aunque muchos pueden necesitar apoyo, cuidado y orientación en la transición a la etapa adulta. La ausencia de estos cuidados (por parte de personas formadas específicamente para orientar e informar) pone en riesgo la salud y en muchos países la vida de millones de adolescentes en el mundo. Es importante que sepan posponer el sexo hasta que sean física y socialmente maduros, que sean capaces de buscar información adecuada y de tomar decisiones responsables. En este sentido, el ambiente social y las relaciones de género son críticos para la salud adolescente.

La transformación del sistema de valores relacionados con la sexualidad, y la aparición de técnicas de control de fertilidad modernas de fácil utilización permitió separar sexualidad de reproducción, y contribuyó a un aumento de las relaciones sexuales entre adolescentes y personas no casadas, con los riesgos asociados cuando no se toman las debidas precauciones. A partir de 1965, la OMS inició ya un amplio programa para identificar las variables que influyen en el comportamiento sexual de las y los adolescentes, de los riesgos de salud asociados y las consecuencias fisiológicas, psicosociales y jurídicas del embarazo y aborto en adolescentes con el fin de tomar las medidas preventivas y educativas correspondientes; casi 50 años después los problemas relacionados con fallo en el control de el embarazo se mantienen entre la población adolescente (Bernis *et al.*, 1995; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) pero también en la población general (Fathalla, 2006).

Los comportamientos sexuales y afectivos de adolescentes y jóvenes han seguido transformándose a lo largo de los últimos 40 años, en parte porque se inician las relaciones sexuales más tempranamente y porque las generaciones actuales reciben a través de la televisión y otros medios una información en gran medida trivializada sobre el sexo, que genera modelos de comportamiento caracterizados por una desmitificación de la parte afectiva de estas relaciones ligada a una magnificación del sexo y que presentan la sexualidad de los jóvenes como más lúdica o recreativa.

Quizá este reajuste continuo de los comportamientos sexuales sea en gran parte responsable de la llamativa realidad consistente en que, más de 30 años después, las medidas adoptadas no hayan funcionado adecuadamente.

### **La salud sexual y reproductora de la mujer inmigrante**

En los últimos años ha aumentado mucho la información sobre las características de las mujeres inmigrantes (Ramírez, 1999; Gregorio, 1999, INE- 2005) y sobre su salud tanto en sentido amplio (Endevin y Soliva, 2007), como específicamente sobre salud sexual y reproductora, (Acevedo, 2004; Bernis *et al.*, 2008; Castrillo *et al.*, 2004; Castrillo *et al.*, 2006; Jansá y García de Olalla, 2004). **El énfasis en la salud de la mujer inmigrante tiene dos objetivos: proteger a una población vulnerable y apoyar a una población que puede actuar como agente de cambio en sus países de origen.**

Son muchos los datos que demuestran que el apoyo a las mujeres puede propiciar mejoras de la situación sanitaria y de los ingresos tanto de los hogares como de las comunidades. La Ley Orgánica de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España 7/1985 limitaba el acceso sanitario de las y los emigrantes a que su situación administrativa estuviera plenamente regularizada, y también para quienes, estando en situación irregular necesitaran de un diagnóstico o asistencia urgente. Para el resto, la ley determinaba a unos centros municipales específicos que junto con la atención de ONG constituían la oferta de atención sanitaria accesibles a inmigrantes. En 2000 se reforma la ley ampliándose el acceso a la sanidad a inmigrantes empadronados en un municipio y también a menores y mujeres gestantes aunque no cumplan los otros requisitos legales.

En general, las inmigrantes utilizan los servicios médicos sobre todo cuando es una urgencia o perciben un problema grave, circunstancias que pesarían más que su objetivo prioritario: trabajar para enviar dinero al país de origen (Sanz *et al.*, 2004). Las mujeres extranjeras entre 15 y 49 años representan el 22,14% de las mujeres de edad fértil de la Comunidad de Madrid y sin embargo la utilización por su parte de los servicios sanitarios preventivos es bajo. Se han aducido las siguientes causas para explicar dicha situación: problemas con el idioma, el horario, el miedo de ser expulsadas por su situación de ilegales y la no percepción de los problemas de salud como urgentes.

Algunos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductora son para los que más frecuentemente requieren atención sanitaria las mujeres inmigrantes, paradóji-

camente tanto para atención de embarazo y parto con sus peculiaridades de salud materno-infantil, y la biología del recién nacido (Bernis, 2005a y 2005b; Bernis y Varea, 2006), como para solicitar IVE, compartiendo con el sector adolescente una necesidad urgente de prevenir embarazos no deseados, de ahí la urgencia de información, formación y asistencia y fácil accesibilidad a centros donde se realice una labor integral sobre prevención de embarazos no deseados.

La información sobre métodos y centros, la accesibilidad a centros de interrupción voluntaria del embarazo, y la atención al embarazo y al parto, si se decide llevarlo a cabo, son los tres grandes pilares que deben reforzarse para la población inmigrante.

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

La investigación, realizada en 2007, utiliza dos fuentes complementarias con las que se crearon sendos ficheros de datos anonimizados. La primera procede de *Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad* del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, cuyos datos de los años 1996, 2001 y 2006 se analizaron para conocer los principales servicios demandados, los principales problemas detectados y su cambio temporal; fueron analizados todos los registros que tuvieron lugar esos años (1.070) y que corresponden exclusivamente a mujeres. La segunda fuente de datos procede de 207 encuestas voluntarias y anónimas realizadas a estudiantes de cuarto de ESO y de primero de Bachillerato en dos institutos de la localidad, que permite establecer una población de referencia tanto femenina como masculina (127 chicas, el 60,8%, y 80 chicos, el 39,2) que no ha utilizado necesariamente los servicios del Centro, pero que igualmente expresa sus percepciones y comportamientos sobre temas de salud sexual y reproductora que afectan de manera importante su salud y su vida cotidiana.

# RESULTADOS

## A. Análisis de historias de atención a adolescentes y jóvenes de la ‘Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad’

### 1. Perfil de las usuarias de la Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad: edad, ocupación, nivel de estudios, modalidad de convivencia y origen

Se trata de un colectivo mayoritariamente de origen español y joven, como cabe esperar, siendo el grupo más representado el comprendido entre 18 y 24 años, pero casi una cuarta parte de las consultas corresponden a menores de edad (21,6231; la edad media de las usuarias para los tres periodos analizados de 20, 3 años.

La edad determina en gran medida sus características socioeconómicas, de manera que son predominantemente estudiantes (el 46,6%) (Figura 1), con nivel educativo medio o superior (33,5% y 29,0% respectivamente) (Figura 2) y, la mayoría (75,5%), viven en familias mono o biparentales (Fig. 3).

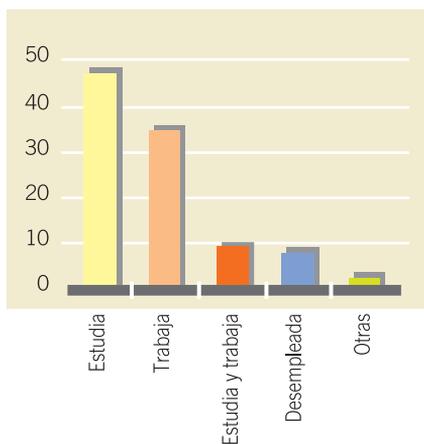


Figura 1. Ocupación de las usuarias.

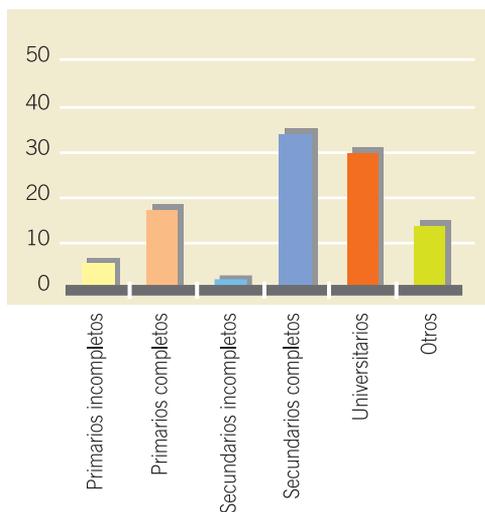
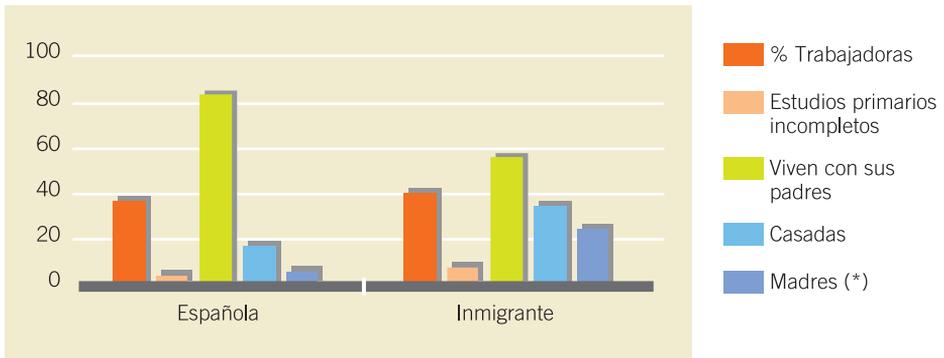


Figura 2. Nivel de estudios de las usuarias.

El 14% de las usuarias son inmigrantes extranjeras para el conjunto de los tres periodos. Este colectivo de inmigrantes comparte con las españolas el predominio de mujeres con estudios secundarios o universitarios, y un perfil singular respecto a otras variables relevantes: su edad media es dos años superior, (22,02 y 20,23 respectivamente), son más frecuentemente trabajadoras, y entre ellas un 7,3 de mujeres que no terminaron sus estudios primarios, cifra que duplica la de las españolas. Viven menos frecuentemente con sus padres (solo el 55,4%), están más frecuentemente casadas y entre ellas hay también mayor proporción de madres (el 25% frente a solo 5,6% las españolas), (Figura 3).

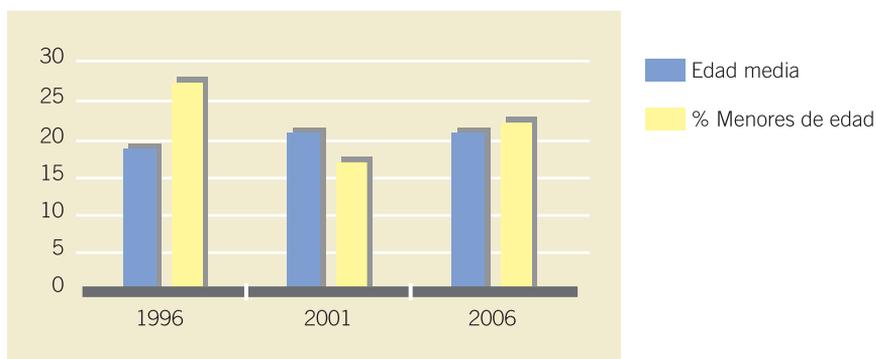


**Figura 3.** Principales características socioeconómicas que diferencian a los colectivos español e inmigrante. (\* Al menos un nacido vivo)

### **Cambio temporal del perfil de las usuarias**

En los tres años considerados, el colectivo que más frecuentemente acude son las jóvenes de entre 18 y 24 años, pero se observa un aumento de la edad media de las usuarias, y una disminución tanto absoluta como relativa de las menores de edad que acuden al centro (Figura 4). El número absoluto y el porcentaje de las menores de 18 años que recurren a este servicio han disminuido en los tres años considerados en relación a las mayores de 25 años.

El número de mujeres inmigrantes que acuden a la consulta, ha experimentado un aumento muy significativo en el periodo analizado, pasando del 3,2% en 1996 al 28,5%, en 2006, lo que refleja bien la dinámica general de la inmigración en la Comunidad de Madrid, que tiene un alto componente de mujeres jóvenes en edades reproductoras. Indudablemente esta elevada proporción de inmigrantes contribuye a modificar el perfil de las usuarias, no solo con respecto a la edad sino con respecto a otras características y motivaciones.

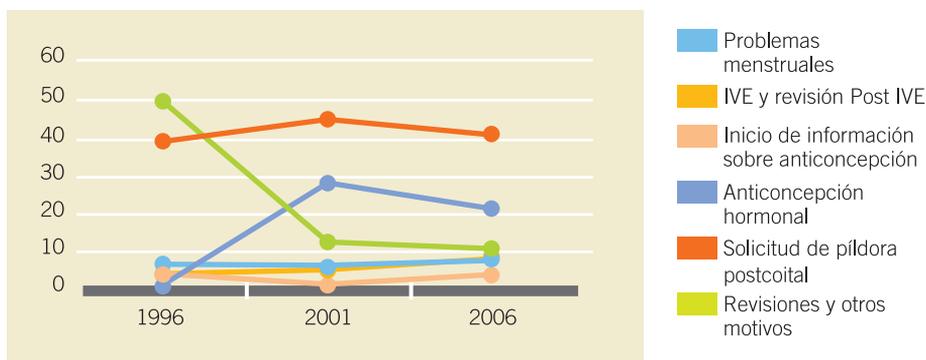


**Figura 4.** Cambio temporal en la edad media y en el porcentaje de menores de edad entre las usuarias del Centro.

## 2- Motivo de consulta. Variabilidad temporal, con la edad y con la nacionalidad de la mujer

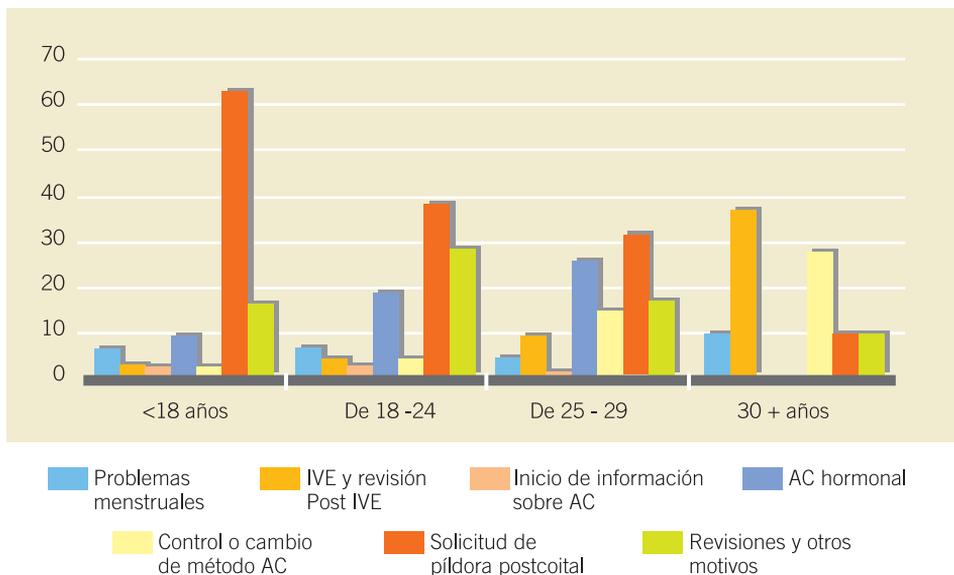
En el conjunto del periodo analizado, casi la mitad de las consultas se hacen por fallo en la anticoncepción, así, el 41,6% solicita píldora postcoital y el 4,7% acude para solicitar un IVE o para revisión de IVE. Indudablemente esto aflora un grave problema social y sanitario relacionado con la falta de capacidad para prevenir embarazos no deseados. Estas cifras contrastan con la escasa demanda de información sobre anticoncepción y de solicitud de un primer método anticonceptivo.

A lo largo de la década analizada los motivos por los que se acude a la consulta refleja tres aspectos especialmente interesantes: el primero la llamativa reducción de consultas relacionadas con revisiones y otros motivos, el segundo relacionado con la constancia en la elevada demanda de píldora postcoital y el tercero, con el aumento de la demanda de píldora anticonceptiva. En los dos años del siglo XXI, aumentan las visitas que tienen por objeto solicitar anticoncepción hormonal (27,6 y 20,6% en 2001 y 2006, respectivamente), (Figura5).



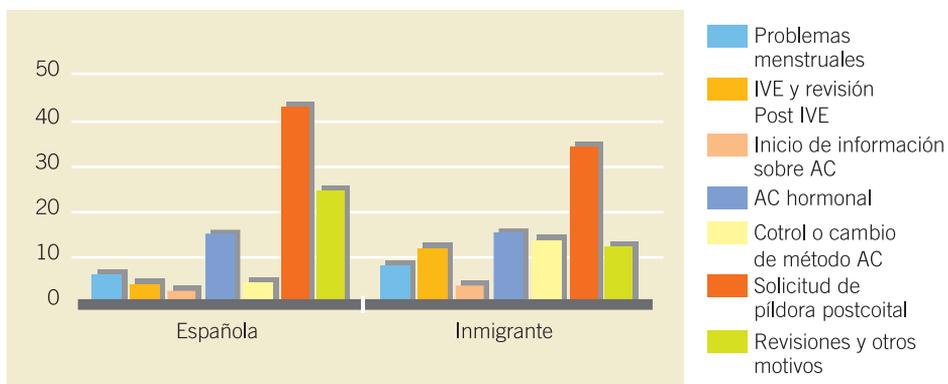
**Figura 5.** Cambio temporal en el motivo de consulta al centro.

Respecto a la variabilidad asociada a la edad de las mujeres, en los dos grupos más jóvenes el principal motivo de visita es la solicitud de píldora postcoital, que alcanza el 62% entre las menores de edad. Por el contrario, en los dos grupos de edad más avanzada se reduce esta demanda pero se incrementa la de IVE, especialmente en el grupo más añoso, grupo en el que también aumenta significativamente el porcentaje de mujeres que cambian de método anticonceptivo. La proporción de mujeres que demanda anticoncepción oral hormonal aumenta desde las menores de edad hasta las mujeres de 25 a 29 años, y se reduce a partir de los 30. Finalmente hay que resaltar la bajísima proporción de mujeres de todos los grupos de edad que acuden a pedir información sobre anticoncepción (Figura 6).



**Figura 6.** Motivos de consulta por grupos de edad.

También son muy interesantes tanto las semejanzas como las diferencias de los motivos por los que españolas y emigrantes acuden al centro. Ambos colectivos comparten como causa principal la petición de píldora postcoital, pero es mayor el porcentaje entre las españolas que entre las extranjeras, mientras que estas últimas recurren más frecuentemente a IVE. Como ya se ha visto, las extranjeras son mayores, están más frecuentemente emancipadas económicamente, conviven en pareja más frecuentemente, y probablemente por todas estas causas, reparten más equilibradamente las razones por las que acudieron al centro (Figura 7).



**Figura 7.** Motivos de consulta según el origen de las mujeres.

### 3- Sexualidad, salud sexual y anticoncepción

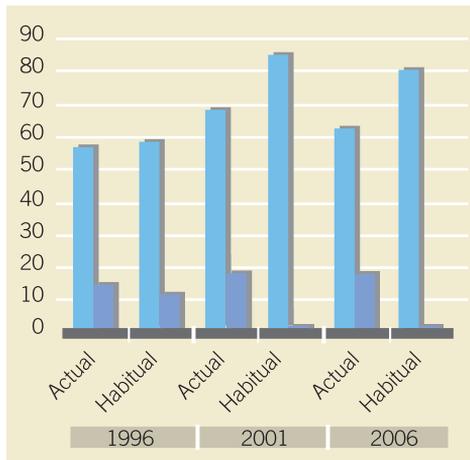
Independientemente de su origen y de su edad, la práctica totalidad de las jóvenes y mujeres adultas que acudieron en los tres años a la consulta refieren un inicio temprano de las relaciones sexuales completas, con una edad media de 17 años.

La gran mayoría (97,1%) manifestó que no tenían problemas o disfunciones en sus relaciones sexuales. No hay diferencias significativas temporales o por origen, tipo de ocupación y nivel de estudios entre aquellas visitantes de la *Consulta Joven* que no manifiestan problemas y las que sí, únicamente estas últimas son más jóvenes (19,50 frente a 20,59 años).

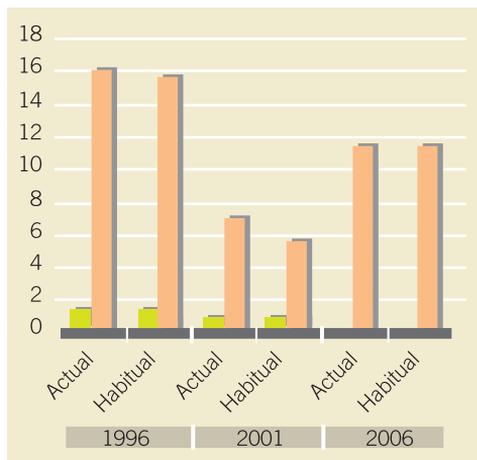
La libre decisión de mantener relaciones sexuales es difícil de evaluar con los indicadores disponibles, pero sí nos proporcionan algunas pistas. La gran mayoría de usuarias, independientemente de su origen y edad, refieren un único compañero sexual en el transcurso del último año, lo que sugiere una cierta estabilidad en la relación y muy escasa promiscuidad de lo que podría inferirse que la mayoría mantiene una sexualidad sin coerción. Es preocupante sin embargo que un 1,6 % de los casos se identificaron en la consulta como posibles agresiones sexuales; aún más preocupante es el aparente aumento temporal de mujeres agredidas, ya que de las 16 identificadas, hubo dos casos en 1996, seis en 2001 y ocho (el 50% de todos ellos) en 2006. El 75% de las mujeres presumiblemente agredidas eran españolas, y el 81,3% con edades entre 18 y 24 años.

La preocupación de evitar embarazos y la familiaridad con los métodos para ello es prácticamente universal entre las usuarias del centro. Conocer las medidas utilizadas en su primer y sucesivos encuentros es fundamental para intentar comprender qué falla y cómo mejorar la prevención. La gran mayoría de las usuarias utilizó preservativo masculino cuando mantuvo su primera relación completa, aunque un 8,7 % utilizó el retiro sin que haya diferencias significativas por nacionalidad, edad o el método empleado en la primera relación sexual con penetración.

Las Figuras 8a, 8b y 8c representan simultáneamente para cada año considerado la distribución de las frecuencias del método habitualmente utilizado y del que estaban utilizando cuando acuden a la consulta (“actual”).



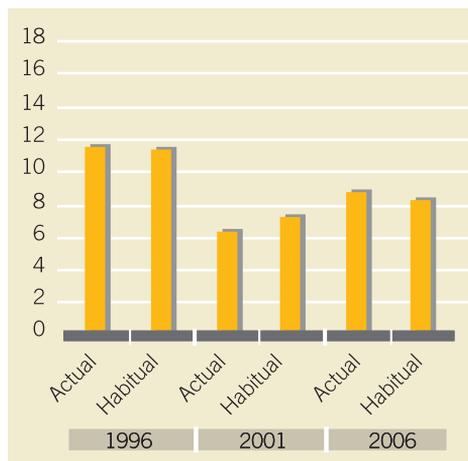
■ Preservativo masculino  
 ■ Preservativo masculino y coito interrumpido



■ Ninguno  
 ■ Coito interrumpido

**Figura 8a.** Preservativo masculino solo o combinado con coito interrumpido.

**Figura 8b.** Ausencia de método contraceptivo y coito interrumpido.



■ Hormonal oral

**Figura 8c.** Uso de método hormonal oral.

El uso del preservativo masculino, solo o en combinación con el coito interrumpido, es el método mayoritariamente utilizado en ambas ocasiones; la utilización de anticoncepción hormonal, poco frecuente en cualquier caso, disminuye casi a la mitad en ambas circunstancias en 2001, aunque remonta ligeramente en 2006. Es muy llamativo que en los tres años considerados, coincide la frecuencia de mujeres que utilizan el retiro como método habitual con la del momento “actual”, cuando van a la consulta.

### ***Edad de maduración sexual y riesgo de embarazo no deseado***

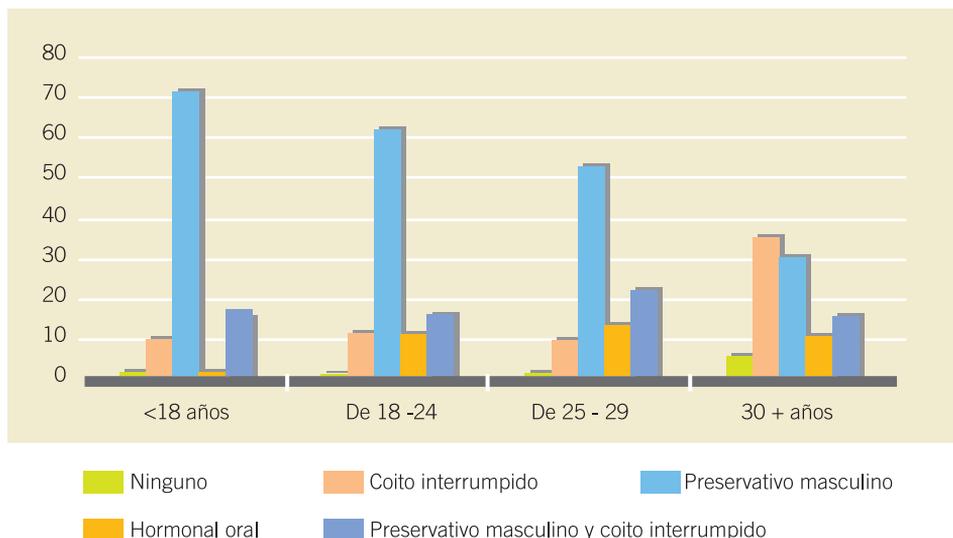
Se olvida con frecuencia el riesgo diferencial de embarazo no deseado que puede conllevar la diferente edad de maduración sexual. La edad de maduración sexual ha disminuido a lo largo del siglo XX a medida que mejoraron las condiciones de vida (nutrición, control de infecciones infantiles y liberación del trabajo a la infancia y adolescencia); en España, por ejemplo, a mediados del siglo XX la edad de menarquía estaba en torno a los 14 años en población rural y más de 13 en la urbana, mientras que en la actualidad está por debajo de 13 años. Simultáneamente con esta transformación en los procesos biológicos de maduración, se ha producido un cambio revolucionario tanto en los comportamientos y valores sociales relacionados con la reproducción y sexualidad humana, como en la eficacia de los nuevos métodos anticonceptivos, de manera que a partir de la comercialización extensiva de métodos eficaces de anticoncepción que se inicia en los años sesenta del siglo pasado, sexualidad y reproducción se separan dentro y fuera del matrimonio (Bernis *et al* 1995, Bernis 1999).

Entre las mujeres que acudieron a la *Consulta Joven* la edad de la primera regla es de 12,68 años (de=1,5 años, n=1.064), sin que haya diferencias significativas entre mujeres españolas e inmigrantes. Esto implica que el 20,1% de estas mujeres se pueden considerar maduradoras tempranas, al haber experimentado su primera menstruación antes de los 12 años. Entre las usuarias de la *Consulta Joven* se observa que la maduración sexual temprana se asocia de manera muy significativa con una edad temprana de inicio de las relaciones sexuales completas ( $r= 206$ ,  $n= 1.007$ ,  $p<0,0001$ ).

### ***Elección del método de anticoncepción: diferencias con la edad y el origen de las mujeres***

El método utilizado en el momento que acuden al centro, y su distribución por edades (“método utilizado en la actualidad”) nos da una primera pauta sobre los diferentes motivos de fallo en la prevención de embarazos no deseados. La Figura 9 muestra una clara diferenciación del método utilizado con la edad: en los tres grupos más jóvenes el preservativo —solo o en combinación con coito interrumpido— es el método más frecuente, el uso de preservativo presenta un claro descenso con la edad, y el coito interrumpido, solo o con uso de preser-

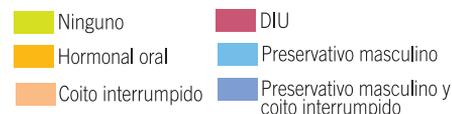
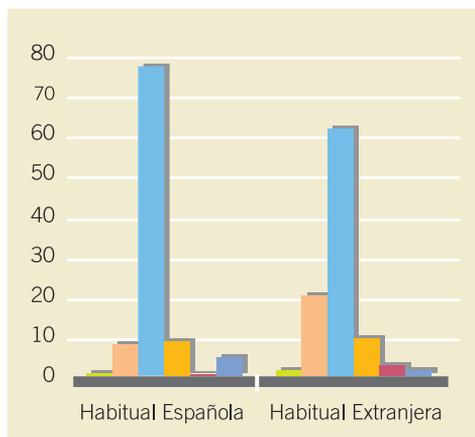
vativo, aumenta considerablemente en los dos grupos de mayor edad. De hecho, la tercera parte de las mujeres de 30 o más años recurre al coito interrumpido.



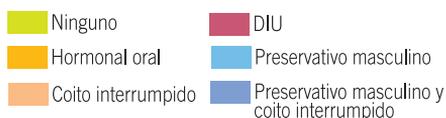
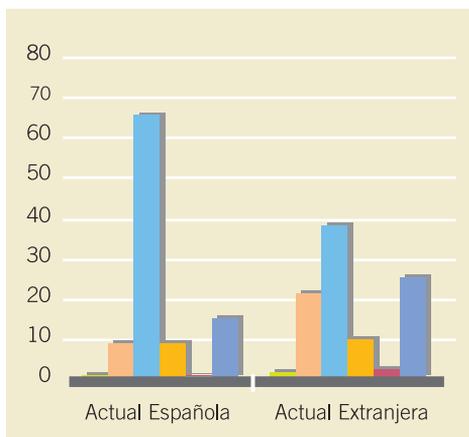
**Figura 9.** Distribución de métodos anticonceptivos usados en la actualidad por grupo de edad.

### **Método de anticoncepción utilizado**

La elección del método de anticoncepción está muy ligado a la edad, a la estabilidad de la pareja, a la posición de género de la mujer y también al origen, porque éste determina en gran medida la oferta de anticoncepción y el hábito previamente adquirido. El preservativo es el método más utilizado por ambos colectivos, tanto de forma habitual como “actual”(es decir en el momento que acuden a la consulta); pero las mujeres españolas lo utilizan un 10% más que las extranjeras de manera habitual y lo utilizaban un 20% más en el momento que acudieron a la consulta. El retiro, lo utilizan con una frecuencia tres veces superior las mujeres extranjeras, tanto de manera habitual como actual, y se mantiene en torno al 20%. Además, un 1,4 % manifiesta que no estaba utilizando ningún método cuando acude a la consulta. Finalmente, cabe señalar la mayor diversidad de métodos utilizados por las inmigrantes, especialmente métodos hormonales y DIU (Figuras 10 y 11).



**Figura 10.** Diferencias en la distribución de anticonceptivos habitualmente utilizados españolas y extranjeras.

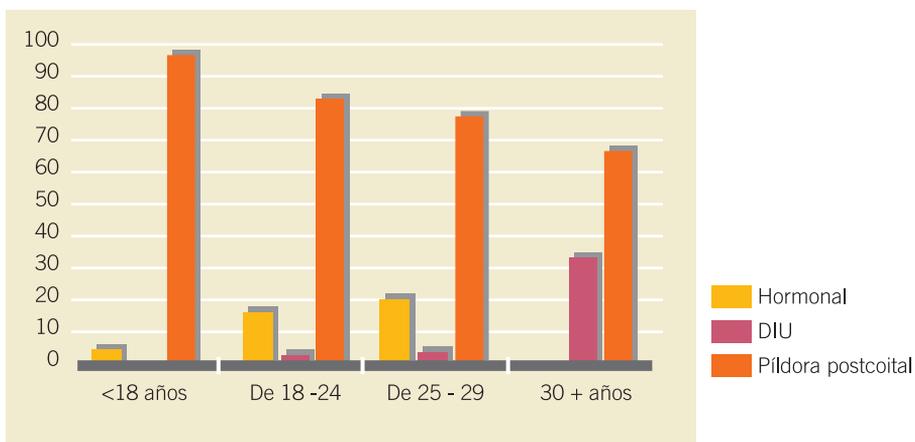


**Figura 11.** Diferencias en la distribución de métodos anticonceptivos utilizados en el momento de la consulta por mujeres españolas y extranjeras.

### **Fallo en el control de los embarazos: dimensión del problema, método empleado y edad de las mujeres**

La proporción de mujeres que acude a solicitar un método de control de fertilidad, a cambiarlo o a informarse sobre el tema es extraordinariamente baja, casi inexistente entre las menores de edad y más apreciable pero minoritario entre las mayores de 18 años. La demanda de métodos anticonceptivos eficaces aumenta con la edad de las mujeres (la píldora entre los 19 y 29 años, y el DIU a partir de los 30), pero aún así entre las mujeres de más edad la píldora postcoital se mantiene como principal motivo de visita.

Los datos son especialmente preocupantes por dos motivos. El primero, por el elevado número de mujeres adolescentes, pero también adultas, que son muy poco eficaces evitando embarazos no deseados; el segundo porque entre las mujeres de todos los grupos de edad se está generalizando la utilización de la píldora postcoital como un método anticonceptivo más. Así, en 2006, el 95% de las mujeres acudió a la consulta para solicitar píldora postcoital, y tanto para menores como para adultas ese es el motivo más frecuente de demanda para evitar un embarazo no deseado (Figura 12).



**Figura 12.** Solicitud de anticoncepción moderna “tradicional” y de píldora postcoital según edad.

Es positivo el hecho de que muy pocas adolescentes y jóvenes tras una primera visita para paliar fallos en el control del embarazo solicitando postcoital, vuelven a la consulta con el mismo problema. La mayoría de los fallos se atribuyen bien a problemas con el preservativo o bien a la no utilización de método anticonceptivo.

Es también interesante valorar las circunstancias en las que tiene lugar la práctica sexual, que requiere la subsiguiente solicitud de la píldora postcoital. Las relaciones sexuales se concentran en los fines de semana en un colectivo caracterizado por ser muy joven y no emancipado: de las 416 mujeres que visitan el centro por primera vez debido a problemas con el preservativo masculino, el 70,1% manifiesta que surgieron cuando mantenían relaciones sexuales durante el fin de semana, incluida la madrugada del domingo al lunes.

### **Perfil de las jóvenes y mujeres que solicitan píldora postcoital**

El perfil de las mujeres que solicitan píldora postcoital en el centro analizado se resume en los siguientes rasgos:

- Colectivo muy joven, con una edad media de 19,31 años, y un 33% de menores de edad;
- mayoritariamente españolas (el 88,7%);
- cursando estudios medios o superiores, combinados o no con un empleo (70%);
- que confía la utilización del método anticonceptivo a la pareja masculina (el 92% utiliza preservativo, combinado o no con otros métodos); y
- que considera la píldora postcoital como un método más de control de embarazos no deseados,

Además una minoría de ellas (pero que representa el 16% del total) lo empieza a utilizar de manera “habitual”, ya que han recurrido a este método dos o más ocasiones previas a la del momento de estudio. Este grupo de 67 mujeres que reinciden en riesgo de embarazo hasta cuatro veces más tras una primera visita a la consulta, está formado por chicas significativamente más jóvenes (edad media de 17,82 años, siendo la mitad de ellas son menores de edad, el 49,3%).

Las mujeres que acuden a solicitar postcoital están sometidas a una gran presión emocional, como sugiere el hecho de que manifiestan padecer más trastornos emocionales que las mujeres que acuden para solicitar métodos anticonceptivos (el 23,7%, frente al 10,7%  $\chi^2=19,278$ ,  $g=1$ ,  $p=0,0001$ ); y sin embargo esta percepción subjetiva, no se confirma con la opinión del facultativo que se registra en la historia clínica. Tampoco hay diferencias entre un grupo y otro en el consumo de medicamentos. Por último, las jóvenes y mujeres que demandan píldora postcoital acumulan mayor prevalencia de hábitos nocivos: el 79,2% indica consumir drogas, alcohol y tabaco, solos o combinados, frente a un 66,3% de las que no la demandan.

#### 4- Fecundidad y asistencia a consulta

La gran mayoría de las mujeres que han visitado el centro en los tres años considerados no han tenido ningún embarazo (el 88,7%) y, correspondientemente, ningún nacido vivo (91,9%), nacido muerto (99,9%), aborto espontáneo (98,1%) o provocado (95,5%).

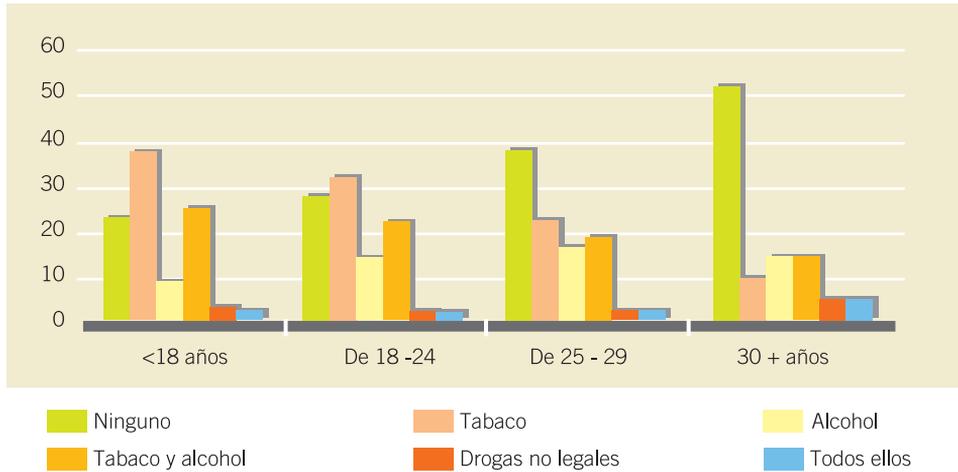
Las mujeres con hijos son minoritarias en la consulta, constituyendo el 8,1% de las que acudieron en los tres años considerados, pero su acceso a la consulta aumentó notoriamente en este período de diez años, pasando de constituir el 2% (7) en 1996 a ser el 12,8% (38) en 2006. El 57,5% de las mujeres que acuden a la consulta y tienen al menos un nacido vivo, son españolas frente a un 43% % extranjeras, que solo representan el 14% del total de consultas.

Estas mujeres con hijos acudieron a la consulta principalmente para controlar o cambiar de método anticonceptivo (el 22,6%), y hasta un 20,2% en relación a un IVE o la revisión tras éste. No es desdeñable sin embargo el 13,1% que lo hizo para solicitar la píldora postcoital (11 en total).

#### 5- Hábitos nocivos

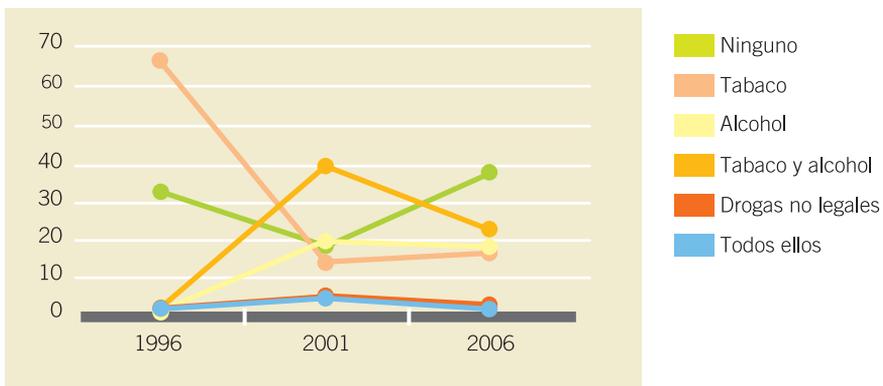
La edad es un factor determinante en el mantenimiento de las pautas relativas a tabaquismo, ingesta de alcohol y consumo de drogas. La presencia de hábitos nocivos es elevada entre las menores de edad, de las que solo el 21% manifiesta no tener ninguno; por el contrario, este grupo de edad presenta las prevalencias más elevadas de todos los hábitos, salvo el consumo de alcohol sin combinar con tabaco, pero muestran mayor consumo de tabaco combinado con el de alcohol.

El 5,2% de las menores de 18 años indica consumir drogas solas o en combinación con tabaco y alcohol, prevalencia solo superada por las mujeres más mayores (9,6%) (Figura 13). Pero hay que resaltar que esos porcentajes incluyen 92 menores de edad consumidoras de drogas no legales, frente a 2 mujeres mayores de 30 años.



**Figura 13.** Hábitos nocivos por grupos de edad.

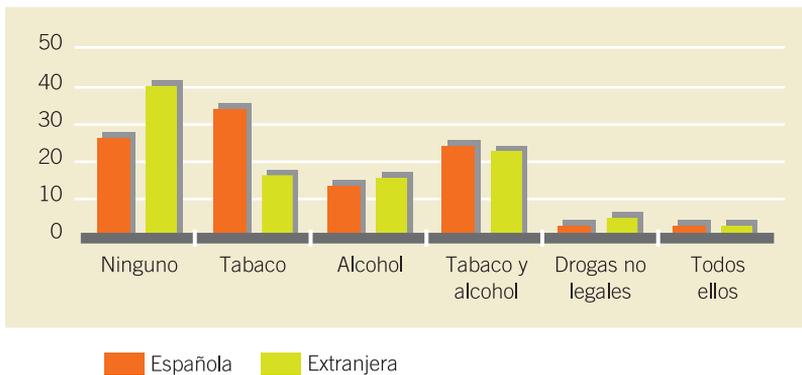
El análisis temporal muestra tendencias preocupantes, ya que el descenso significativo de mujeres fumadoras, ha ido acompañado por el aumento de consumo de alcohol tanto entre mujeres que simultanean fumar con el consumo de alcohol como entre las que consumen solo alcohol, (Figura 14).



**Figura 14.** Cambio temporal en la frecuencia de hábitos nocivos.

El discreto incremento del porcentaje de mujeres que no reconocen ningún hábito nocivo de consumo entre 1996 y 2006, puede deberse a la reducción apreciable de las fumadoras que compensan el aumento de las consumidoras de alcohol.

Respecto a las diferencias en hábitos nocivos entre españolas y extranjeras, llama la atención la elevada proporción de extranjeras que no manifiestan ningún hábito. Las españolas duplican a las extranjeras en la prevalencia de consumo de tabaco, pero las extranjeras presentan mayores tasas de consumo de alcohol y drogas no legales (Figura 15).



**Figura 15.** Hábitos nocivos en mujeres españolas y extranjeras.

La observación conjunta de las Figuras 14 y 15 sugiere que el aumento de mujeres extranjeras en la consulta, puede explicar en gran medida el cambio temporal observado en el patrón de hábitos nocivos.

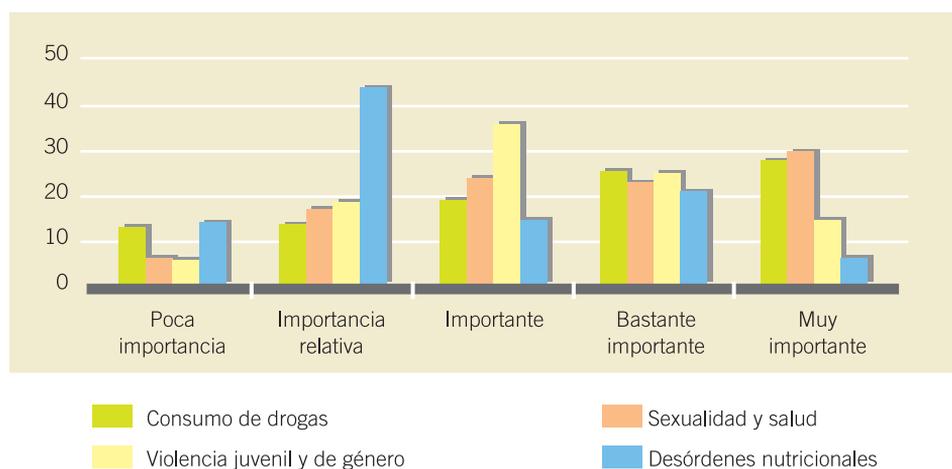
## B. Evaluación sobre actitudes, percepciones, necesidades y preocupaciones relacionadas con salud sexual entre las y los jóvenes de San Sebastián de los Reyes.

El análisis anterior se realiza sobre una muestra muy específica solo de mujeres que acudieron a la *Consulta Joven*, pero es esencial analizar estos aspectos en una muestra poblacional de hombres y mujeres. La muestra analizada, tiene una edad media de 16 años, las chicas están más representadas en la muestra (60,8%) y son ligeramente más jóvenes que los chicos. La mayoría (91,8%) son de nacionalidad española, el 16,2% de origen latinoamericano y el resto ha nacido en países de la Europa del Este o Japón.

### 6- ¿Cuáles son los principales temas de salud que preocupa a los adolescentes?

Se pidió a las y los adolescentes que valoraran en una escala de cinco categorías la relevancia que le asignaban a una serie de temas de salud que afectan especialmente a la población joven.

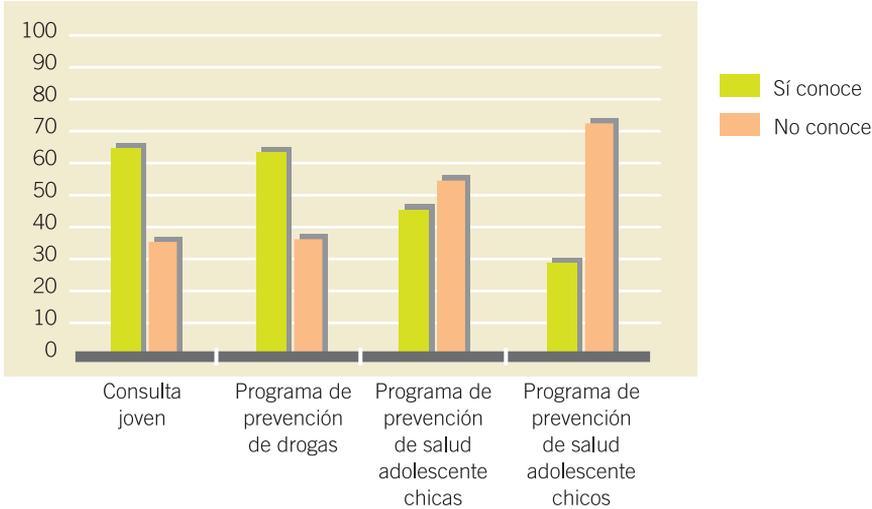
Las respuestas indican una valoración bastante semejante entre chicos y chicas, que coinciden en la jerarquización de los aspectos que mas les preocupan, así, el primer motivo corresponde a la Sexualidad y salud que el 77% de chicos y chicas lo considera de “importante”, a “muy importante”, y el segundo lugar corresponde al consumo de drogas (el 62,6% chicas lo considera de “importante”, a “muy importante”). Es significativo también el hecho de que la violencia juvenil y género sea el tercer motivo preocupación (Figura 16).



**Figura 16.** Percepción de la importancia relativa atribuida por las y los adolescentes a diferentes problemas relacionados con la salud.

### 7- Conocimiento, valoración y uso de servicios municipales para jóvenes

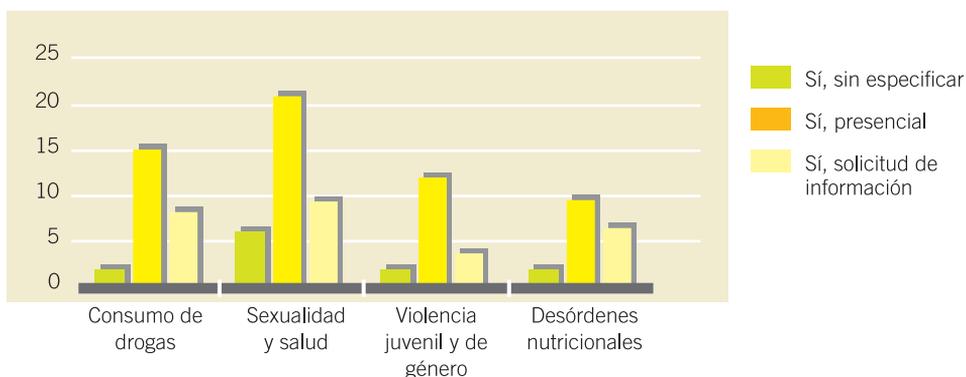
Más del 60% de la población adolescente consultada conoce la *Consulta Joven*, sin diferencias entre chicos y chicas. Sin embargo el conocimiento de los programas municipales de salud y drogas es dispar, el de prevención de drogas es el más conocido, mientras que sorprendentemente el programa de prevención de salud adolescente es el menos conocido con importantes diferencias de género, ya que más del 70 % de los chicos dice desconocerlo, mientras que el 45,8% de las chicas indica conocer el Programa de Salud Adolescente (Figura 17).



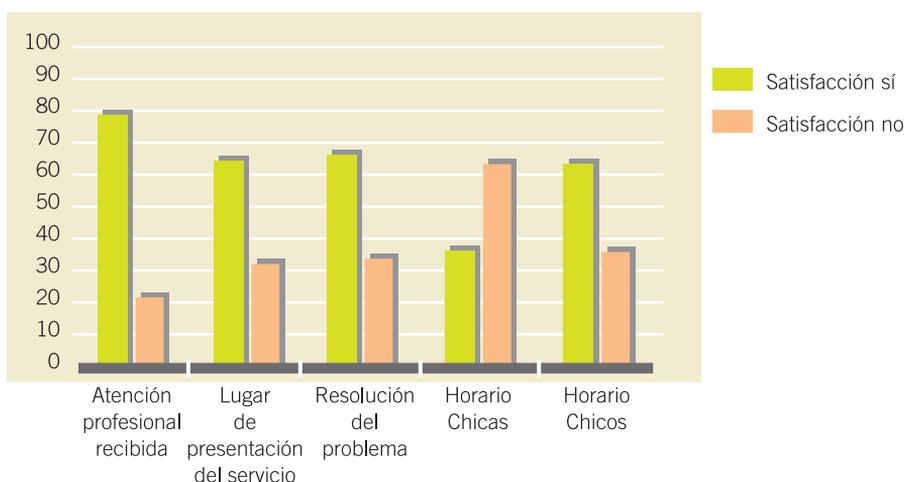
**Figura 17.** Conocimiento de servicios y programas municipales de salud para adolescentes.

El servicio más utilizado es el de sexualidad y salud, al que acudieron presencialmente el 20,8% de las y los jóvenes, seguido por el de prevención de consumo de drogas, y el menos utilizado es el de desórdenes nutricionales (Figura 18).

Tras haber recurrido a ellos, la gran mayoría de los chicos y chicas adolescentes coinciden en expresar un elevado el grado de satisfacción respecto a la atención recibida por parte de los profesionales (el 80%), y algo menor respecto al lugar de ubicación del servicio y a la resolución del problema por el que consultan. Hay una diferencia muy significativa respecto los horarios, de manera que la mayoría de las chicas (el 63%) encuentra muy insatisfactorio por su limitación, mientras que la gran mayoría de los chicos los encuentra adecuados. (Figura 19).



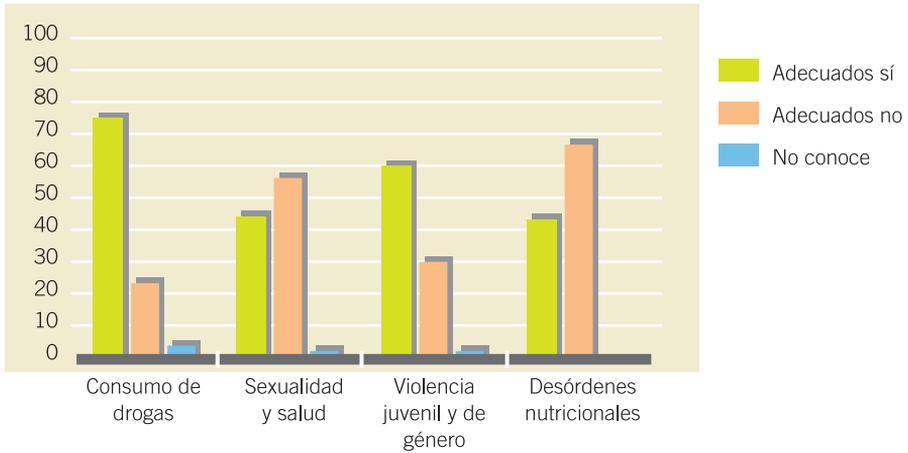
**Figura 18.** Utilización de los servicios locales relacionados con salud (ambos sexos).



**Figura 19.** Satisfacción con los servicios municipales utilizados por los y las jóvenes.

La evaluación del grado de satisfacción respecto a los distintos servicios utilizados, también es muy semejante en chicos y chicas, así, ambos valoran positivamente los programas de prevención de drogas y de violencia juvenil y de género, mientras que menos de la mitad valoran positivamente el programa de sexualidad y salud reproductora y el de prevención de desórdenes nutricionales, siendo especialmente críticos estos últimos. Los porcentajes de chicas y de chicos que desconocen estos servicios son mínimos (Figura 20).

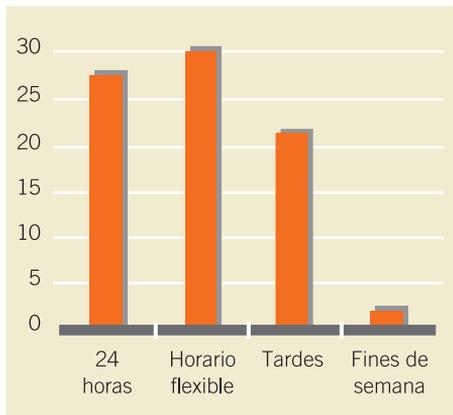
El lugar de emplazamiento de la consulta y el horario son determinantes para su utilización y ello se refleja en las propuestas que hacen para adecuar los servicios a sus necesidades. Mayoritariamente (el 91%), y de manera coincidente chicos y



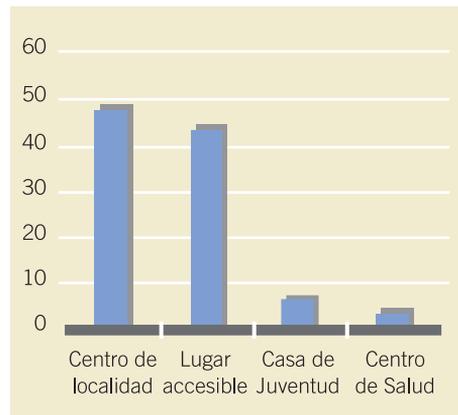
**Figura 20.** Opinión sobre la adecuación de los servicios locales en relación a las necesidades y preocupaciones expresadas por ambos sexos

chicas considera que todos los servicios relacionados con los jóvenes deberían concentrarse en la *Consulta Joven*, y el 81,2% considera que además en ella se debería incluir todos los temas de interés para su rango de edad. Chicos y chicas expresan nítidamente la conveniencia de ampliar y flexibilizar el horario de atención de la *Consulta Joven* (Figura 21).

Los adolescentes de ambos sexos coinciden también en que la consulta joven debe estar localizada en un lugar céntrico y accesible (Figura 22).



**Figura 21.** Propuestas de ampliación de horario de la Consulta Joven expresados chicos y chicas.

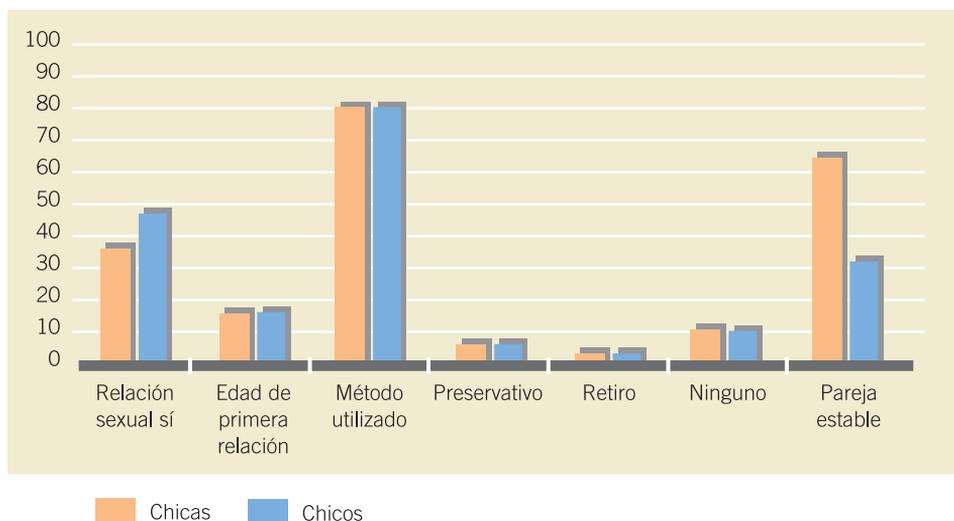


**Figura 22.** Localizaciones más adecuadas para la Consulta Joven según chicas y chicos.

## 8-Sexualidad, práctica anticonceptiva y riesgo de embarazo no deseado

Las y los adolescentes encuestados comparten algunos aspectos relacionados con la sexualidad y las relaciones sexuales, como por ejemplo su edad temprana de inicio y los métodos de anticoncepción, pero los resultados sugieren diferencias en la percepción de aspectos emocionales relacionados con la pareja y la sexualidad.

Más de la mitad de las y los adolescentes estudiados, manifestaron que todavía no habían tendido relaciones sexuales completas, habiéndose iniciado más chicos que chicas (47,4 y 36,6% respectivamente). Ambos sexos coinciden tanto en su temprana edad de inicio, que ronda los 15 años y en el método anticonceptivo más utilizado en su primera relación sexual, que en el 80,5% de los casos fue el preservativo; algo más de un 10% no utilizó ningún método y el 5,7% recurrió al coito interrumpido (Figura 23).

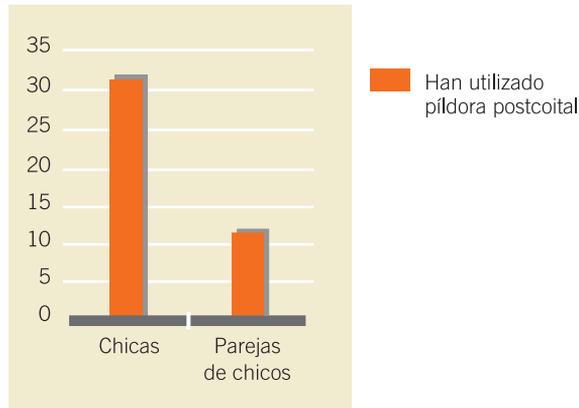


**Figura 23.** Coincidencias y discrepancias entre chicos y chicas respecto a aspectos relevantes de la primera relación sexual completa y sobre la estabilidad de la pareja.

Es interesante el hecho de que 65,3% de las chicas manifieste tener pareja estable, frente al 31,8% de los chicos, esto puede reflejar una situación real, o bien una diferente percepción de lo que significa tener relaciones sexuales, de la carga afectiva que implica y del grado de compromiso personal; este es uno de los aspectos sobre los que se debe profundizar

Casi un tercio de las chicas (el 31,1%) ya ha recurrido a la píldora postcoital y, pese a su edad, el 41,7% de ellas, lo han hecho en más de una ocasión (hasta cuatro veces). Esta situación coincide plenamente con la observada entre las

usuarias de la *Consulta Joven*. Solamente un 11 % de los chicos manifiesta que su pareja recurrió a píldora postcoital. (Figura 24)



**Figura 24.** *Uso de píldora postcoital de las chicas encuestadas y de las parejas de los chicos encuestados.*

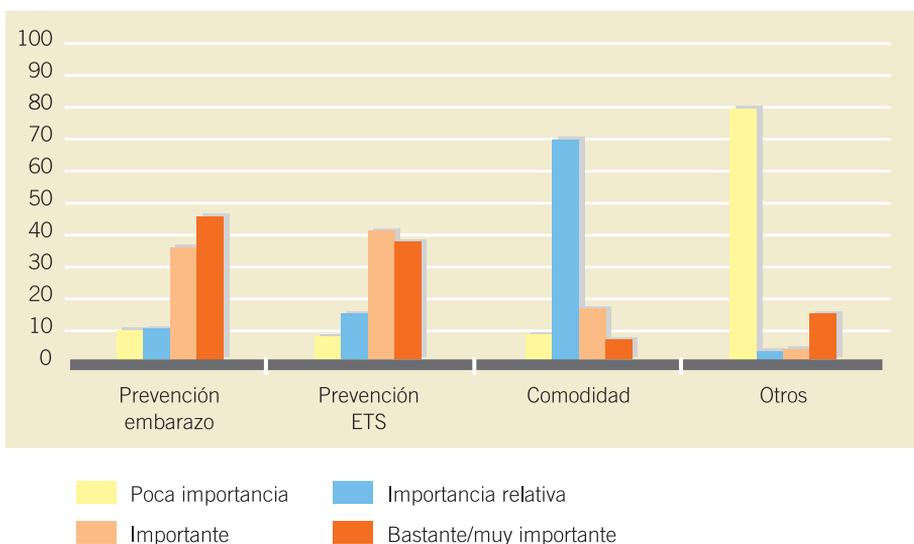
Ninguna chica reconoce haberse quedado embarazada (y entre los chicos solo uno señala que se quedó embarazada su compañera). Solo dos chicos, (el 5,3%) afirma haber contraído alguna enfermedad de transmisión sexual.

Chicos y chicas coinciden en considerar al preservativo masculino como el mejor método anticonceptivo, por su doble función de prevención del embarazo y de protección frente a enfermedades de transmisión sexual, pero también y esto es un factor interesante, porque es un método barato y accesible (el 82,2%), el segundo lugar de preferencia lo ocupa la anticoncepción hormonal oral (13,1%).

La Figura 25 recoge la importancia que atribuyen las y los adolescentes a la prevención del embarazo, de las ETS, a la comodidad o a otras causas y que tienen en cuenta para elegir método de anticoncepción.

Chicos y chicas comparten un conocimiento adecuado sobre las causas que pueden determinar riesgo de embarazo asociado al uso del preservativo masculino. Llamativamente, más chicas que chicos dijeron desconocer las causas que puedan determinar riesgo de embarazo usando el preservativo masculino. Si bien el 68,6% de las chicas y el 70,5 % de los chicos son conscientes de que la mayoría de los embarazos no deseados ocurre en fin de semana y festivos, sin embargo ante la eventualidad de una relación sexual en esos días solo el 42% de las chicas indica prever algún método anticonceptivo al frente al 74,4% de sus compañeros.

Es este otro aspecto sobre el que se debe profundizar, ligándolo a la diferencia observada entre chicos y chicas sobre los que manifiestan tener pareja estable, y



**Figura 25.** Valoración de diferentes factores que tienen en cuenta las y los jóvenes para elegir un método anticonceptivo.

al hecho de que la mayoría de las relaciones tengan lugar las noches de los fines de semana, ya que todo ello sugiere diferencias de género en la percepción de aspectos básicos de la sexualidad y en los comportamientos sobre quien debe responsabilizarse de evitar los embarazos no deseado; el uso del preservativo masculino como método principal, y el hecho de casi el doble de los chicos que las chicas prevea que va necesitar un método anticonceptivo durante las salidas de los fines de semana, dejan mayoritariamente en manos de estos la utilización del método.

A la hora de afrontar alguna duda o problema sobre su sexualidad, chicos y chicas recurren por igual y abrumadoramente a sus amigos y amigas, (casi el 80% lo considera la mejor opción - “bastante”, “muy” o de “máxima importancia” -), en segundo lugar consideran la orientación dada por la *Consulta Joven*, (el 44,4% de los entrevistados de ambos sexos la considera una opción de “bastante importante”, a “máxima importancia”), y la opción de recurrir a sus padres, es muy discretamente valorada.

El 51,2% de las chicas y el 58,2% de los chicos consideran que es suficiente la información recibida en su centro de estudios sobre hábitos nocivos y sexualidad, si bien reclaman mayor profundidad en el tratamiento de los temas, particularmente en relación a su sexualidad y anticoncepción.

La mayoría de chicos y chicas considera que las campañas institucionales relativas a la prevención del embarazo y de las ETS son útiles (el 85%), que son sen-

cillas de entender (el 95,3%) y que son cercanas a la realidad que viven (el 89%); solamente un chico y una chica señalan no conocerlas. Quizá sería interesante incorporar en el futuro lo que expresan los jóvenes sobre la manera de realizarlas: el 42,1% reclama de estas campañas que sean realistas, un 18,9% que sean impactantes y un 8,4% profundas y amplias, sin que de nuevo haya diferencia significativas entre uno y otro sexo.

## CONSIDERACIONES FINALES

- **En relación al perfil de las visitantes,** la 'Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad' acoge cada vez más un amplio espectro de mujeres (en edad, origen y madres) en detrimento de las más jóvenes.

Casi una cuarta parte de las visitas al centro en los tres años considerados (1996, 2001 y 2006) fueron menores de edad, pero el uso de la consulta por este colectivo de chicas de menos de 18 años se ha estancado e incluso ha retrocedido tanto numérica como porcentualmente en período considerado: en 1996 fueron el 26,9% de todas las visitas (94 de 349) y en 2006 el 21,8% (65 de 298).

En contraste, nuevos grupos de mujeres han incrementado su acceso al centro con demandas de asistencia específicas y bien contrastables a las de las visitantes más jóvenes: mujeres mayores de 24 años, inmigrantes extranjeras y madres, respectivamente el 23,8%, el 28,5% y el 12,8% de todas las visitas de 2006.

- **En relación a las demandas de las visitantes,** la 'Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad' es esencialmente un centro de asistencia ante el riesgo de embarazo no deseado asociado a una práctica anticonceptiva centrada en el uso del preservativo (y, en menor medida, en el coito interrumpido), si bien su arco de intervención es potencialmente muy amplio.

La funcionalidad del centro como instancia para la información y planificación anticonceptivas es extremadamente limitada, si bien ha aumentado el porcentaje de visitas relacionadas con la anticoncepción hormonal. La consulta satisface esencialmente las demandas inmediatas de adolescentes, jóvenes y mujeres, que en casi la mitad de los casos y en todo el período considerado (de 1996 a 2006) acuden al centro a fin de proveerse de la píldora postcoital, que en el 94,7% de los casos es el método anticonceptivo demandado por las visitantes.

Independientemente de su edad y de su origen, el inicio de relaciones sexuales con penetración es temprano. No se trata de un simple sesgo asociado a la asistencia al centro de las más precoces para solucionar algún problema relativo a la práctica sexual y el riesgo de embarazo. La información proporcionada por la población de referencia constituida por los estudiantes de ambos sexos

de Cuarto de ESO y de Primero de Bachillerato de institutos de la localidad confirma una muy temprana edad de inicio de relaciones sexuales con penetración (entre 15 y 16 años) y que el recurso al preservativo masculino es abrumador como primer método anticonceptivo, método que perdurará en edades más avanzadas, en las que incluso irá sustituyendo a métodos previos más seguros o complejos como la anticoncepción hormonal, el DIU, etc.; esta situación de cambio hacia el preservativo al aumentar la edad es menos frecuente en las extranjeras que en las españolas.

En el otro extremo del arco de edad, un tercio de las mayores de 29 años visitaron el centro en relación a la interrupción voluntaria de un embarazo. Y la consulta permite asimismo evaluar el preocupante incremento de posibles agresiones sexuales, que numéricamente pueden ser reducidas (16 casos, el 1,7% de las visitas en los tres años) pero que muestran una evidente progresión: dos en 1996, seis en 2001 y ocho en 2006, siendo las víctimas mayoritariamente menores de 24 años.

- **En relación a las menores de edad y más jóvenes visitantes,** la 'Consulta Joven de Anticoncepción y Sexualidad' sigue limitando su funcionalidad a la prevención de riesgo de embarazo no deseado.

Conjuntamente en los tres años considerados el 62,6% de las más jóvenes acudieron mayoritariamente al centro para solicitar la píldora postcoital, un motivo que se reduce porcentualmente a la mitad en mujeres de más edad. Sin embargo, el porcentaje de las menores de 18 años que acudieron a la consulta a fin de solicitar la píldora postcoital se ha reducido en estos diez años: el 63,6%, 56 chicas, en 1996; el 71, 8%, 51, en 2001; el 50,8%, 32, en 2006. Es llamativo que en ese último año el porcentaje de menores de edad que visitaron la consulta lo hicieran en relación a la anticoncepción hormonal sea del 25,3% (40), un dato que confirma la encuesta realizada en institutos, que sitúa a este método como el segundo más valorado tras el preservativo masculino.

El recurso a la píldora postcoital no es el resultado del sesgo de las visitas a la consulta de jóvenes con riesgo de embarazo no deseado. Las respuestas de la encuesta de los institutos confirma que 14 chicas (el 31,1% de las chicas que ya mantienen relaciones sexuales con penetración, 45 de las 127 encuestadas) señalan haber recurrido ya a la píldora postcoital, y —pese a su edad— el 41,7% de éstas en más de una ocasión (hasta cuatro veces). Ninguna chica reconoce haber quedado embarazada (y de 35 chicos preguntados al respecto, solo uno de ellos indica que su compañera sí se quedó embarazada). Solo dos chicos (de un total de 38, el 5,3%) afirma haber contraído alguna enfermedad de transmisión sexual.

El recurso por parte de los menores de edad a servicios institucionales es limitado y similar en ambos sexos, del 36% de los estudiantes encuestados en institutos de la

localidad en relación a los de sexualidad y salud reproductora, que son los más utilizados. No se trata de que sean desconocidos o estén mal valorados (excepto, para las chicas, que critican su limitado horario), si no de que —como muestra la información aportada por las historias de la consulta— se recurre a ellos esencialmente para paliar un posible fallo contraceptivo y ante riesgo de embarazo no deseado. Chicas y chicos siguen recurriendo preferentemente a sus amigos y amigas para resolver dudas y problemas sobre sexualidad, pero antes que a los padres recurren a la *Consulta Joven*.

De igual manera, las campañas informativas institucionales son conocidas y están bien consideradas por los jóvenes, e igualmente éstos tienen una información adecuada sobre los riesgos de uso del preservativo, que la encuesta de institutos confirma como el método predominante entre los jóvenes de ambos sexos tanto para prevenir embarazos como ETS. Pese a la conciencia de que la mayoría de los embarazos no deseados se producen en los fines de semana (como confirman las historias de la consulta) la protección ante este riesgo es mayor en los chicos que en las chicas, entre las cuales es mayor la prevalencia de desconocimiento de los riesgos de uso del preservativo masculino.

Las historias de la *Consulta Joven* muestran sin embargo —y ello no deja de ser un dato positivo— que la reiteración del acceso a este servicio para solicitar la píldora postcoital por problemas con el preservativo masculino (rotura, deslizamiento, pérdida) o por haber mantenido relaciones sexuales sin protección se limita a un cada vez más reducido grupo de jóvenes o mujeres en sus sucesivas visitas.

Hay ciertamente un colectivo discreto de 67 chicas que reinciden en riesgo de embarazo hasta cuatro veces más tras una primera visita a la consulta. Más allá del que les otorga su temprana edad (son significativamente más jóvenes: 17,82 años, la mitad de ellas menores de edad), no presentan aparentemente una caracterización peculiar de *riesgo* —en relación a nivel de estudios, ocupación, residencia, nacionalidad— frente a de aquéllas visitantes que tras un primer accidente no vuelven a visitar la consulta por riesgo de embarazo.



## RECOMENDACIONES

### *Sobre cuestiones de género:*

- Habría que incidir en las diferencias de género que se encuentran tanto de manera explícita como implícita en los resultados de la encuesta, las chicas en general asignan con mayor frecuencia que los chicos un peso afectivo a las relaciones sexuales, además expresan con mayor frecuencia que el último año han tenido una única pareja sexual, mientras que en los chicos se manifiestan como más promiscuos, también las chicas verbalizan una mejor relación con sus madres para obtener información sobre sexualidad.
- Las relaciones de poder entre hombres y mujeres también se detectan en los resultados tanto de este trabajo que confirman otras investigaciones, en parte a través de la negación de los hombres de utilizar preservativo durante las relaciones sexuales como de exigirles e incluso forzarlas en determinadas ocasiones, como evidencian los datos de la consulta. Esta situación afecta más a las mujeres de sectores más desfavorecidos, y a las mujeres inmigrantes especialmente las procedentes de países con una cultura de desigualdad de género muy marcada
- Es necesario incorporar más activamente a los hombres, tanto dirigiendo específicamente a ellos determinados mensajes sobre salud sexual y reproductora, sobre su responsabilidad y la necesidad de que respeten las decisiones de las mujeres (de tener o no relaciones, de tenerlas protegidas), y además de que en su caso apoyen física y emocionalmente a las mujeres en las situaciones en las que decidan solicitar píldora postcoital ó IVE u otras circunstancias

### *Sobre Información y formación:*

- Algunos responsables políticos y miembros de algunos sectores sociales consideran que la información sobre sexualidad y reproducción anima a los adolescentes a iniciar antes las relaciones sexuales por lo que son muy reacios a proporcionar estos tipos de actividades. Eso determina en gran medida que las influencias a que se someten los adolescentes respecto a estas cuestiones, proceden de los medios audiovisuales, las series de televisó, revistas para jóvenes, comics etc., en la que se magnifica y banaliza en gran medida el sexo, ignoran-

do al mismo tiempo la complejidad de la sexualidad y su carga afectiva. Se ha comprobado sin embargo, que cuando existe información de calidad sobre sexualidad, adecuada para cada edad y colectivo, realizada por personas entrenadas, no solo no induce a ello, sino que previene.

### ***Sobre como llegar a los grupos de riesgo:***

- Los grupos de riesgo, especialmente adolescentes e inmigrantes, necesitan información y formación adecuada sobre salud sexual y reproductora, que además de cubrir las deficiencias sobre el conocimiento de la biología y fisiología de la reproducción, y de la información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, la recibieran sobre sexualidad como proceso natural del desarrollo humano, con un enfoque global y de género.
- Tratar la salud sexual, afectiva y reproductora de manera holística, en su aspecto de derecho recogido en los tratados internacionales, dando información tanto sobre la necesidad de prevenir los aspectos negativos para la salud cuando se realizan prácticas de riesgo, como los positivos relacionados con el bienestar y plenitud personal; incidiendo en este último aspecto sobre la necesidad de ser responsable, y plantearse si se tienen las habilidades emocionales, de conocimiento, etc., necesarias para hacer frente a estas situaciones. Reconocimiento de la importancia de la sexualidad y los derechos sexuales en las vidas de las personas. Reconocer que la sexualidad es más que una cuestión de salud y violencia,
- Hay mucha información circulando y poca formación; ambas son con frecuencia insuficientes, compartimentadas, malas y muy probablemente con mensajes que no están adecuadamente estructurados para la población joven, tal y como se desprende de las encuestas; además esta información se transmite a través de métodos y “fuentes” no siempre accesibles o poco creíbles para los adolescentes o en su caso, para los colectivos de inmigrantes. En resumen, habría que hacer un esfuerzo para adecuar el mensaje respecto a la estructura, al medio y al tipo de difusión.
- Es aconsejable hacer una labor de prevención específica dirigida a adolescentes con maduración sexual temprana, (antes de los 12 años de edad), ya que se ha evidenciado la maduración sexual temprana en sociedades tradicionales aumenta el riesgo de matrimonio y maternidades igualmente tempranas. Hoy en día esto se puede traducir en inicio más temprano de relaciones sexuales y mayor riesgo de embarazo no deseado con las consiguientes decisiones sobre mantener el embarazo, o pedir postcoital o IVE. El ritmo diferencial de crecimiento y maduración determina que, a igual edad cronológica, las chicas que han tenido su primera regla antes de los 12 años parezcan mayores y que sean percibidas como tales por el entorno masculino que les rodea, que se

relacionen en general con chicos mayores y, finalmente, que presenten un mayor riesgo de iniciar más tempranamente relaciones sexuales y de tener un embarazo no deseado debido a que tanto los conocimientos sobre sexualidad como la capacidad de decisión frente a una posible relación sexual, en la que desigualdad de género se magnifica por la diferencia de edad .

- Establecer acciones novedosas de información adecuada, que llegue a los jóvenes, por ejemplo a través de Internet, con una página de referencia desde la *Consulta Joven* y un chat, en la que los jóvenes planteen preguntas, dudas, cuenten experiencias, como las han resuelto, como las han vivido, expliquen como les hubiera gustado que fueran, etc. Habría que estudiar detalladamente quien supervisa y dirige la información, como se mantiene el anonimato cuando así se desee, y quizá pedir voluntarios (entre estudiantes, padres de las APAS, profesores y personal sanitario de centros clave de atención primaria o específica) para construir entre todos los que conforman el entorno vital de los jóvenes una información útil para la prevención y la mejora de la salud sexual y reproductora,
- Sería interesante también que las familias (padres y madres) se incorporaran al *chat*, o que se animara a los jóvenes a pedir información a sus padres ya que es sorprendente a partir del informe del CIMOP, (2005) y de esta misma investigación el contraste entre la fuente preferida que manifiestan los jóvenes para obtener información (padres y después sanitarios), y la fuente principal de la que realmente la obtienen: amistades, hermanos y hermanas.
- Algo semejante, pero con otros matices sería realizar acciones dirigidas a la población inmigrante, con un lenguaje comprensible para ellos (no solo respecto al idioma, sino a los giros idiomáticos muy diferentes entre la población de Ibero América), en la que se impliquen mediadores culturales, representantes de asociaciones, personal clínico especializado, docentes de los lugares donde aprenden el idioma etc.
- El factor multiplicativo de la formación de las mujeres y hombres inmigrantes es enorme, porque pueden actuar de manera importantísima como agentes de cambio e integración, no solo entre las comunidades de paisanos de su entorno, sino también en sus comunidades de origen, donde en general la salud sexual y reproductora, presenta unos indicadores desoladores.

### ***Sobre el acceso y utilización de los servicios de salud, con especial referencia a la prevención***

- **El acceso a los servicios de salud.** Es un complemento necesario a la información y formación. La mayoría de los chicos y chicas adolescentes de todo el mundo, solteros o casados son sexualmente activos antes de los 20 años, pero los servicios sanitarios están más centrados en reproducción que en sexualidad, tienen

poca información sobre anticoncepción, y lo más llamativo, muchas veces cuando existen son poco frecuentados por los jóvenes para fines preventivos, esto es un problema generalizado. Las causas están relacionadas con los horarios, el lugar más o menos visible del centro, o el precio. Muchas facilidades proporcionadas por los centros necesitan el consentimiento de los padres o de los maridos, y en ocasiones las actitudes de los profesionales determinan que los jóvenes no utilicen los servicios. Incluso cuando los centros reúnen condiciones ideales sobre todos estos aspectos, los jóvenes acuden más a resolver problemas que a recibir información previa sobre toma de decisiones responsables sobre su sexualidad. Deben estar preparados para atender las cuestiones específicas de prevención, y en su caso diagnóstico y tratamiento de problemas de salud sexual y reproductora.

- **Reforzar la prevención de embarazos no deseados.** El preservativo es el método más utilizado, pero habría que analizar porqué se utiliza inadecuadamente con bastante frecuencia, (se pone después de una primera penetración, se pone mal y se rompe..); también habría que valorar hasta que punto se esta desplazando el uso de preservativo al de píldora del día siguiente, como método principal y evaluar sus posibles riesgos, tanto por uso repetido del mismo (el % de las chicas han recurrido a él o mas veces) como porque no protege contra ETS
- **Reforzar prevención de ETS e infertilidad.** Registrar de manera sistemática las enfermedades de transmisión sexual, tanto respecto a consultas para diagnóstico y tratamiento, como respecto a resultados de análisis y seguimiento, tanto de la persona que ha hecho la consulta como de sus parejas. Las prioridades de acción: el embarazo no deseado, el aborto, las leyes y políticas relacionadas, la privacidad, las enfermedades de transmisión sexual prevención de relaciones forzadas.
- **Incidir en la reorganización de horarios y recursos humanos.** Aumentar los horarios, asignar mas personal especializado y mejorar la eficacia en la resolución de problemas (respecto a los dos últimos aspectos el grado de satisfacción por parte de las usuarias es grande) .

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Acevedo P. 2004.** *Las mujeres inmigrantes del Magreb y América Latina en la Comunidad de Madrid: características sociales y sanitarias.* Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Bernis C, Arias, S, Castro S, Díaz B, Fernández V, Montero P, Robles F, Varea C. 1995.** *Cambios globales en los estilos de vida y sus consecuencias sobre la salud reproductora.* Ediciones UAM, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Bernis C. 1999.** Health of women: changing lifestyles and reproductive health. *En Health Ecology. Health, Culture and Human- Environment Interaction:* 153-174, Horani M. Y Boleyn T. Eds. Routledge, London and New York.
- Bernis C. 2005a.** “Aspects biosociaux de l’immigration en Espagne: facteurs de variabilité du poids à la naissance”. *Antropo*, 11: 129-140.
- Bernis C. 2005b.** “Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes”. *Antropo*, 10: 61-73.
- Bernis C., Varea C. 2006.** “Comportamientos reproductores y peso al nacer: análisis en los colectivos marroquí y español”. En: Martínez-Almagro A. Ed. *Diversidad biológica y salud humana.* Ediciones Universidad Católica de Murcia: 279-288. Universidad Católica de Murcia.
- Bernis C., Montero P., Varea C. 2008.** *Estadísticas sobre mujeres y hombres de la Comunidad de Madrid con mirada de género.* Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (en prensa).
- Bernis C., López R., Montero P. (Eds.). 2008.** *Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el siglo XXI: mitos y realidades.* Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Castillo S., Gil A., Martínez ML., Mazarrasa L., Liácer A. 2004.** “Globalización, género e inmigración: la salud de las mujeres inmigrantes en España”. En *Globalización y salud.* FASPD.
- CIMOP 2006.** *Estudio sobre las IVE en jóvenes en España.* Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Conde F., 2004.** *La concepción de la salud de los jóvenes.* Informe 2004. Documentos Técnicos de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

**Endevin E., Soliva M., 2007.** *La salud en las mujeres inmigrantes.* Salud XVIII. Ministerio de Asuntos Sociales.

**Fathalla MF, Sinding SW, Rosenfield A, Fathalla MMF. 2006.** Sexual and reproductive health for all: a call for action. *The Lancet*, 368 (9.552): 2.095-2.100.

**Federación de Planificación Familiar de España 2007.** *Derechos sexuales y reproductores.* UN/FPFE.

**Gregorio C. 1999.** “Las relaciones de género dentro de los procesos migratorios: ¿reproducción o cambio?”. En: V. Maquieira y MJ. Vara Eds.: *Género, clase y etnia en los nuevos procesos de globalización.* Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Ediciones UAM.:163-182.Universidad Autónoma de Madrid.

**INE- 2005** Encuesta de migraciones, año 2003. [www.ine.es](http://www.ine.es)

**Jansá JM, García de Olalla P. 2004.** “Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos”. *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl): 207-213.

**Lete G, Martínez-Etayo M. 2004.** La salud reproductora: datos y reflexiones. *Gaceta sanitaria*: 18 (supl) 170-174.

**Llácer A, Morales C, Castillo S, Mazarrasa L, Martínez ML, 2006.** El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda de Madrid. *Index de Enfermería*, 55: 3-17.

**Ikkaracan P, Jolly S, 2007.** *Género y sexualidad. Informe General.* Bridge Development-Gender.

**Low N, Broutet N, Paz-Bailey G, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hawkes S. 2006.** Global control of sexually transmitted infections. *The Lancet*, 368 (9.551):.2.001-2.016.

**Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.** *La interrupción voluntaria del embarazo y métodos anticonceptivos en jóvenes.* <http://www.msc.es/campanas/campanas06/saludsexual1.htm>. Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Sanz B, Castillo S, Mazarrasa L. 2004.** “Uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid”. *Revista de Enfermería*, 7: 26-32.

**Ramírez A. 1999.** La inmigración marroquí: los procesos de cambio en las relaciones de género y el papel del islam. En: V. Maquieira y MJ. Vara Eds.: *Género, clase y etnia en los nuevos procesos de globalización.* Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Ediciones UAM.: 183-191. Universidad Autónoma de Madrid.

**UN 1995.** *Report of the International conference on Population and Development, Cairo 5-13 September.* UN, New York.

**WHO/UNDP/UNFPA 2006.** *Defining sexual and reproductive health. Report of a technical consultation on sexual health.*

**WHO 2008a.** *Sexual health. Working definitions.* [www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html) .

**WHO 2008b.** *Fact Sheet 2008.* [www.who.in](http://www.who.in).



Colección  
**Cuadernos Solidarios**  
Informes Técnicos y Estudios

1

Esta publicación se basa en el informe técnico *Valoración de los servicios sobre sexualidad y salud reproductora para jóvenes del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes (Madrid)* solicitada por la Concejalía de Salud de San Sebastián de los Reyes. El trabajo se realizó conjuntamente por la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), el Instituto de Estudios de la Mujer de la UAM y la Unidad Docente de Antropología Física de la Facultad de Ciencias de la UAM.

La efectividad de las políticas sanitarias no solamente depende de la decisión de identificar los problemas y reestructurar los recursos humanos y materiales sobre formación, información, prevención y atención para los jóvenes en materia de salud sexual y reproductora, sino que también requiere que la población implicada conozca cuál es la situación, las propuestas de actuaciones y recomendaciones en esta materia. Por eso, esta publicación esta pensada para ser distribuida entre las asociaciones de padres, los educadores, las asociaciones de inmigrantes y el personal sanitario con el ánimo de que sirva de ayuda en el empeño de mejorar la salud de los jóvenes del municipio de San Sebastián de los Reyes.