



ORIGINAL

Investigación sobre el diseño y la evaluación de las campañas de prevención en salud sexual dirigidas a jóvenes en España desde 1987 a 2016



Ondina Vélez-Fraga ^{a,*} y José Jara-Rascón ^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Torrelodones. Facultad de Medicina, Universidad CEU-San Pablo, CEU Universities, Torrelodones, Madrid, España

^b Servicio de Urología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 15 de diciembre de 2019; aceptado el 17 de octubre de 2020

Disponible en Internet el 10 de febrero de 2022

PALABRAS CLAVE

Campañas;
Adolescencia;
VIH;
Salud sexual;
Evaluación

Resumen

Introducción: Los nuevos diagnósticos de VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud pública en España. Desde el inicio de la infección de VIH en nuestro país se vienen desarrollando campañas de prevención de salud sexual por el Ministerio de Sanidad (MS). Diversos autores alertan sobre la escasa evaluación de estas campañas.

Objetivo: Valorar las estrategias de diseño y evaluación de las campañas de salud sexual desarrolladas en España desde 1987 hasta 2016.

Métodos: Estudio epidemiológico observacional basado en una pormenorizada recogida retrospectiva de datos disponibles por el Plan Nacional del Sida, organismos oficiales y MS acerca del diseño y la evaluación de las campañas de salud sexual desarrolladas. El análisis estadístico se realizó utilizando el sistema de indicadores de ONUSIDA.

Resultados: Se han desarrollado 82 campañas desde el año 1987 hasta 2016, 27 de ellas dirigidas a jóvenes. De las 82 campañas, solo 24 (29%) contaron con informe de planificación previa. El número de informes disponibles de evaluación posterior de las campañas es menor del 15%. En el 100% de las campañas dirigidas a jóvenes se ha abordado información acerca de la infección por VIH y la promoción del preservativo; sin embargo, otros temas acerca del comportamiento sexual de riesgo no han sido tratados. La prevención del embarazo estuvo presente en menos del 25%.

Conclusión: Los datos enfatizan la necesidad de incrementar las acciones individualizadas, dirigidas a jóvenes sexualmente activos, planificadas y evaluadas siguiendo las recomendaciones internacionales de ONUSIDA.

© 2022 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ovelez@ceu.es (O. Vélez-Fraga).

KEYWORDS

Campaigns;
Adolescence;
HIV;
Sexual health;
Evaluation

Research on the design and evaluation of sexual health prevention campaigns aimed at young people in Spain from 1987 to 2016

Abstract

Introduction: New HIV diagnoses and sexually transmitted infections (STIs) continue to be a public health problem in Spain. Since the beginning of HIV infection in our country, prevention campaigns have been developed by the Health Services regarding sexual and reproductive health. Several authors warn about the poor evaluation of these campaigns.

Objective: To evaluate the design and evaluation strategies of the sexual health campaigns developed in Spain from 1987 to 2016.

Methods: Observational epidemiological study based on a detailed retrospective collection of data obtained from the National AIDS Plan, official agencies and Health Services about the design and evaluation of developed sexual health campaigns. Statistical analysis was performed using UNAIDS indicators system.

Results: 82 campaigns have been developed since 1987, 27 have been aimed at young people. In 100% of campaigns aimed at young people, general information about HIV infection and the promotion of condom use has been addressed; however, other issues about risky sexual behavior have virtually not been included. The prevention of pregnancy in young people is present in less than 25% of campaigns. The quantity of planning and evaluation reports of the available campaigns is very low.

Conclusion: The data indicate the need to improve actions aimed at sexually active young people, with more planned and evaluated actions for regarding UNAIDS criteria and efficacy indicators.

© 2022 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los nuevos diagnósticos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las distintas infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud pública en nuestro país. En el año 2018 se notificaron 3.244 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 8,65 por 100.000 habitantes. El porcentaje de diagnósticos tardíos en 2018 fue del 47,6%, y aunque se observa un leve descenso en este porcentaje, los datos de España son superiores a la media de los países de la Unión Europea y de Europa Occidental^{1,2}.

Las cifras de las otras ITS en los últimos años han manifestado un claro ascenso. En el año 2017 se notificaron 8.722 casos de infección gonocócica y 4.941 casos de sífilis. En el año 2001 la tasa fue de 2,04 y de 1,77 por 100.000 habitantes, respectivamente. Desde entonces se observa un incremento mantenido, hasta llegar en 2017 a la tasa de 18,74 y 10,61 por 100.000 habitantes, respectivamente³.

El número de embarazos no planificados que finalizan en interrupción voluntaria del embarazo (IVE), lejos de disminuir, está experimentando un incremento. En el grupo de mujeres menores de 24 años, las tasas de los últimos años se mantienen alrededor de 15 por 1.000 mujeres⁴. Sin embargo, un ajuste de estos datos a la incidencia de embarazo sí permite observar un progresivo incremento de las tasas de IVE⁵.

La preocupación por estos problemas de salud sexual y reproductiva ha sido una constante por parte del Ministerio de Sanidad (MS), que en colaboración con otras entidades

y con las distintas comunidades autónomas ha desarrollado campañas de prevención del VIH y de otras ITS y de prevención de embarazo no planificado en jóvenes desde los años ochenta. Tras la creación en 1987 de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida y su órgano permanente, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, las acciones de prevención se han planificado y realizado a través de los planes multisectoriales de prevención del VIH. Estos planes incluyen las acciones coordinadas a realizar en un periodo de tiempo por organismos públicos y privados. El primer plan tuvo lugar en el período 1997-2000, y posteriormente se activaron el Plan Multisectorial 2001-2005, el Plan Multisectorial 2008-2012 y el Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS 2013-2016⁶.

El hecho de que, a pesar de las campañas realizadas, los datos de las distintas ITS y de IVE aumentasen ha llevado a unos autores a cuestionar la eficacia de las campañas y su evaluación^{7,8}; a otros, el impacto de estas^{9,10}, y a otros, el mensaje y el contenido, todos ellos desde una perspectiva crítica¹¹.

La necesidad de evaluar las acciones dirigidas a la población y constatar su eficacia es una preocupación que surge ya a mediados de los años sesenta en Estados Unidos¹². Con esta finalidad surge la llamada investigación evaluativa, que responde a la necesidad de una salud pública basada en la evidencia, que pretende evaluar las acciones que se aplican en la población para implementar aquellas que sean realmente eficaces^{13,14}. En el contexto internacional, los programas y las campañas de prevención en materia de salud

sexual y reproductiva financiados con fondos públicos han sido objeto de evaluación^{15,16}. Estos estudios indican distintos factores que aumentan la eficacia de las campañas, como dirigir el mensaje a una población concreta y buscar no solo la sensibilización y el conocimiento del problema, sino el cambio en el comportamiento¹⁷.

La preocupación por desarrollar acciones eficaces y evaluables ha llevado a elaborar por parte de ONUSIDA¹⁸⁻²⁰ diversos informes aportando indicadores adecuados para cada grupo de riesgo que permiten evaluar una respuesta coordinada y global. Asimismo, el *Institute for Clinical System Improvement* (ICSI)²¹ y los *Task Force US Preventive Services* (USPSTF)²², organismos referenciales en actividades preventivas, han realizado recomendaciones sobre las intervenciones de asesoramiento conductual en adolescentes para prevenir la transmisión sexual de infecciones.

El objetivo de este estudio es valorar las estrategias de diseño y evaluación de las campañas desarrolladas en España, y para ello es necesario: 1) conocer cuántas campañas han tenido lugar; 2) a qué grupos de riesgo se han dirigido; 3) cuál ha sido la temática abordada, y 4) si contaron con informes de planificación y evaluación, especialmente en las campañas dirigidas a jóvenes.

Métodos

Desde septiembre de 2013 hasta junio de 2015 se realizó la recogida directa de los datos procedentes del Plan Nacional del Sida, del Consejo de la Juventud de España (CJE), del Instituto de la Juventud (Injuve) y del Servicio de Atención al Ciudadano del MS, servicio responsable en aquel momento de las campañas dirigidas a los ciudadanos. A dichos organismos se les envió una encuesta en la que se solicitaba de cada campaña los datos más relevantes (público objetivo, importe, medios utilizados y si hubo informe de planificación y evaluación).

En un segundo periodo se realizó un análisis exhaustivo de todas las campañas que figuran en la página web del MS y de los informes publicados acerca del diseño y la evaluación de los planes multisectoriales del Plan Nacional del Sida. Dichos informes se encuentran publicados desde diciembre de 1997 hasta diciembre de 2018²³.

En relación con los temas tratados en las campañas dirigidas a jóvenes, se han clasificado en tres grandes grupos: a) información acerca de la infección de VIH, que comprende tres áreas: promoción de la realización de la prueba diagnóstica, prevenir el rechazo de los infectados y otra información genérica que incluye el resto de la información aportada en cada campaña acerca de VIH; b) prevención del embarazo en jóvenes, y c) comportamiento sexual de riesgo, en el que se ha analizado la presencia de los principales temas definidos en los indicadores ONUSIDA¹⁹: no uso de preservativo, retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incremento del riesgo a mayor número de parejas e información acerca de las distintas vías de transmisión de las ITS.

Para el análisis de los datos se utilizó un sistema de indicadores similar al propuesto por ONUSIDA¹⁹ y a los utilizados desde el Plan Nacional del Sida para la evaluación de sus planes estratégicos²³; a título de ejemplo, uno de los indicadores utilizados ha sido el número de campañas de sensibilización dirigidas a la población general y a cada

Tabla 1 Número total de campañas según el público objetivo realizadas desde el año 1987 hasta el año 2016

PG	JOV	HSH	UDI	INM	EMB	PEP	Total
34	27	10	3	4	2	2	82

EMB: embarazadas; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; INM: inmigrantes; JOV: jóvenes; PEP: personas que ejercen la prostitución; PG: población general; UDI: usuarios drogas intravenosas.

grupo de riesgo en los distintos períodos de tiempo analizados (este indicador ha sido utilizado para la evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012²³).

La estadística descriptiva de los indicadores analizados se ha realizado a través de frecuencias absolutas y relativas. Los datos obtenidos se evaluaron mediante un procesamiento de estos a través del programa Excel y SPSS.

Resultados

Desde el año 1987 hasta el año 2016 se han desarrollado 82 campañas de prevención y promoción de salud sexual desde el MS. Estas campañas se dirigieron a distintos grupos de riesgo (público objetivo), como queda recogido en la **tabla 1**.

Las campañas dirigidas a la población general se han desarrollado a lo largo de todo el periodo estudiado. La frecuencia y la distribución de campañas dirigidas a otros grupos considerados de riesgo se han ido modificando. En los primeros años tuvieron lugar las campañas dirigidas a usuarios de drogas intravenosas, y a partir del año 2004 hasta el año 2010, las dirigidas a público inmigrante. La primera campaña dirigida a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) fue en el año 2006, a partir del cual se han sucedido todos los años, excepto en 2013 y 2016.

La primera campaña destinada a jóvenes, «Póntelo, pónselo», fue en el año 1990. Esta campaña tuvo una gran presencia mediática y social, a través de ONG coordinadas por el Injuve y el CJE, a lo largo del año 1990 y hasta finalizar 1991. En ese primer periodo, desde 1990 hasta 1998, la presencia de campañas fue irregular (no hubo campaña en los años 1991, 1994 y 1996).

Desde el año 1998 hasta el año 2010 la presencia de campañas fue constante. En el año 1998 se firmó un convenio desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida con el CJE para que, a partir de ese momento, las campañas dirigidas a jóvenes fuesen realizadas por el CJE. Entre 2004 y 2008 las campañas de jóvenes tuvieron un peso muy importante, ya que cada año se implementaron dos campañas. En el año 2011 no hubo ninguna. En el año 2012 se realizó la última campaña institucional dirigida a jóvenes en colaboración con el CJE. En los años posteriores (2013, 2014, 2015 y 2016) no hubo campañas destinadas a los jóvenes.

En la **figura 1** se recoge la relación porcentual entre las campañas según los tres principales grupos a los que se han destinado estas. Los períodos de tiempo que se han seleccionado han sido en función de los períodos de los planes multisectoriales de prevención del VIH. No hubo plan en los períodos que transcurrieron desde el año 1987 a 1996 y ni en los años 2006 y 2007.

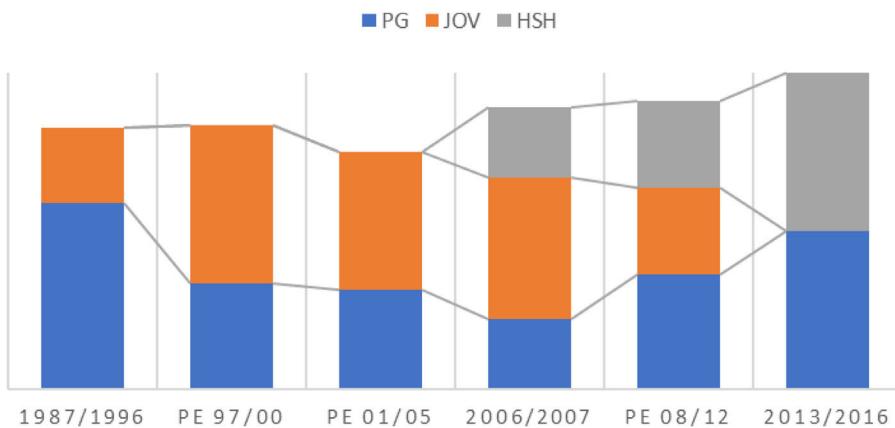


Figura 1 Evolución del porcentaje de campañas interperiodo de los tres grupos a los que se ha destinado un mayor número de campañas.

HS: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; JOV: jóvenes; PG: población general.

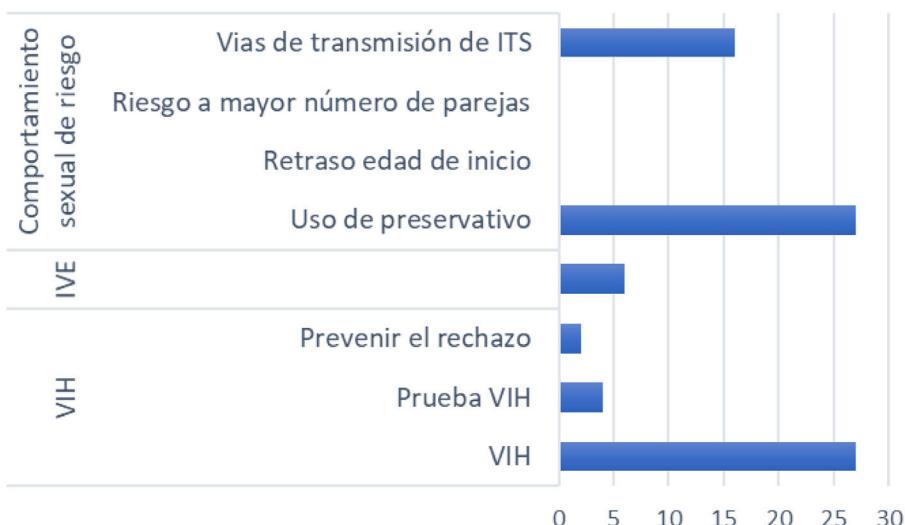


Figura 2 Número total de campañas dirigidas a jóvenes en función de la temática, 1987-2016.

Fuente: elaboración propia.

De las 27 campañas dirigidas a jóvenes, en todas se abordó algún aspecto general de la infección por VIH, 4 abordaron el tema de la realización de la prueba y 2 la cuestión de prevenir el rechazo a personas infectadas. El 100% de las campañas abordaron el comportamiento sexual de riesgo promocionando el uso del preservativo; 16 de estas campañas explicaron las vías de transmisión de las ITS y ninguna de las campañas informó acerca del riesgo asociado al mayor número de parejas y al inicio precoz de las relaciones sexuales. La prevención del embarazo y del aborto estuvo presente en 6 campañas (fig. 2).

Para poder contabilizar los informes de planificación y de evaluación de las campañas se solicitaron los datos oportunos directamente a la oficina de atención al ciudadano, a los responsables del CJE, y se realizó una búsqueda en las bases disponibles en el MS y en el CJE.

De las 82 campañas realizadas entre 1987 y 2016, 24 campañas contaron con informe de planificación, lo que supone el 29% del total de las campañas; 58 campañas no

contaron con informe de planificación, es decir, el 71% de las campañas. En el caso de las 27 campañas destinadas a jóvenes, 6 contaron con informe de planificación y 21 no contaron con él, lo que supone el 22 y el 78%, respectivamente.

El porcentaje de campañas que cuentan con informe de evaluación posterior es también muy escaso, menos del 15% del total, tanto en el total de las campañas como en las campañas dirigidas a jóvenes. De las 82 campañas realizadas entre 1987 y 2016, 12 contaron con informe de evaluación posterior y 70 no contaron con él. De las 12 campañas de las que consta informe de evaluación, 6 corresponden a las realizadas en el último plan estratégico 2013-2016²⁴. En el caso de las campañas destinadas a jóvenes, de las 27 campañas, 4 contaron con informe de planificación previa y 23 no contaron con él, lo que supone el 15 y el 85%, respectivamente.

En la figura 3 se reflejan los porcentajes tanto de las campañas generales como de las campañas de los jóvenes que contaron o no con informes de evaluación.

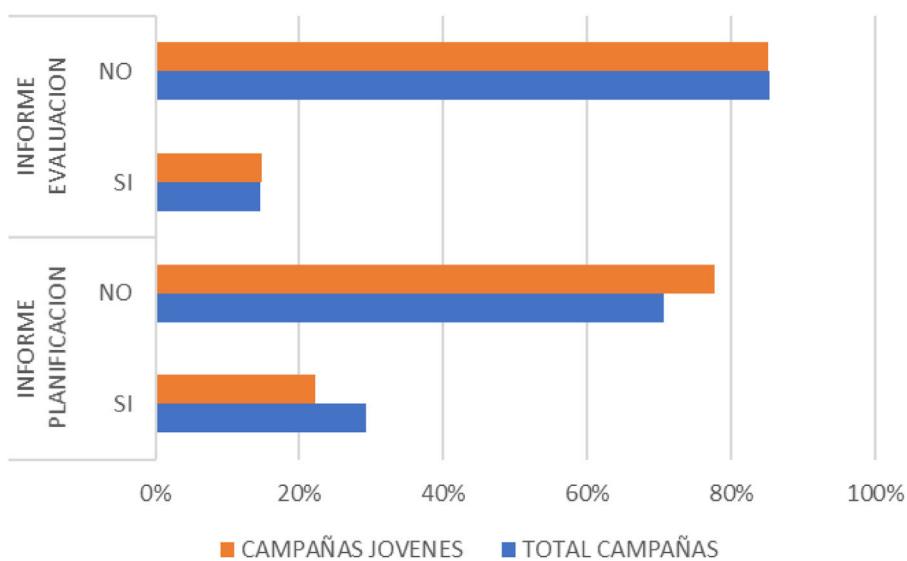


Figura 3 Porcentaje de campañas que cuentan con informe de planificación previa y de evaluación posterior: comparativa entre las campañas destinadas a jóvenes y el total de las campañas. España, 1987-2016.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El objetivo de este estudio ha sido valorar las estrategias de diseño y de evaluación de las campañas implementadas en España desde el año 1987 hasta el año 2016, y los resultados encontrados apuntan a una disminución del número total de campañas, un cambio en el público objetivo de las mismas, un mensaje incompleto y demasiado genérico y una evaluación insuficiente.

La trascendencia pública de la salud sexual ha llevado en las últimas décadas a las administraciones a desarrollar campañas y programas de prevención de ITS y embarazos no planificados, así como acerca de las conductas de mayor riesgo sexual. En este sentido, el estudio realizado por Goesling et al.¹⁵ efectúa la revisión de 88 programas desarrollados en Estados Unidos desde el año 1989 hasta el año 2011 y destaca aquellos que parecen ser más eficaces y que han conseguido los resultados buscados. En concreto, se ha encontrado una mayor eficacia en los que presentan diversos enfoques a la hora de elaborar mensajes dirigidos a los grupos de mayor y de menor riesgo de adquirir ITS.

Desde el año 1987 las campañas dirigidas a la población general y a los distintos grupos de riesgo han desempeñado en nuestro país un papel primordial en las acciones de prevención primaria y secundaria de la infección de VIH. Desde 2011 se ha visto una clara disminución en el número total de campañas y los jóvenes han dejado de ser considerados grupo específico al cual destinar acciones dirigidas concretamente. Los datos epidemiológicos justifican esta disminución del número total de campañas específicas a los jóvenes. Por ello, desde el año 2006, siguiendo las recomendaciones de ONUSIDA, las acciones se han destinado cada vez más al grupo de HSH, grupo que presenta el mayor porcentaje de nuevos diagnósticos de infección VIH y de diagnósticos tardíos de la misma y de otras ITS^{3,24,25}.

Respecto a la temática presente en las campañas dirigidas a jóvenes, esta parece demasiado general, sin aportar

información específica de prevención primaria destinada a distintos niveles de riesgo de adquirir una ITS o un embarazo no planificado^{26,27}. Las recomendaciones internacionales, desde una perspectiva epidemiológica, consideran indicadores clave, para medir una adecuada prevención en jóvenes, contemplar el retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales y la disminución del número de parejas¹⁹. Precisamente, los datos que aportan las encuestas acerca del comportamiento sexual de los jóvenes apuntan no solo a un menor uso de preservativo sino también a un mayor número de parejas y a un adelanto en el inicio de las relaciones sexuales²⁸, lo que debe tenerse en cuenta como posible factor coadyuvante del incremento observado en la adquisición de ITS en este grupo poblacional. Se plantea, por tanto, la necesidad de realizar campañas a jóvenes con un mensaje diferente, más amplio, de prevención de conductas de riesgo, lo que disminuiría también el número de posibles embarazos no planificados²⁹.

Con respecto a esto, el análisis de la evidencia reco-gido por los USPSTF en 2008²², y su actualización en 2014³⁰, considera que la evidencia disponible es adecuada para recomendar asesoramiento conductual de alta intensidad a los adolescentes sexualmente activos (recomendación grado B) y reafirma que, en cambio, «la evidencia es insuficiente para evaluar el equilibrio de beneficios y daños del asesoramiento conductual para prevenir las ITS en adolescentes no sexualmente activos». Por tanto, los USPSTF en su análisis recuerdan que pueden existir daños en el asesoramiento a los adolescentes no activos sexualmente, al no existir evidencia positiva en el asesoramiento indiscriminado, lo que desacredita su aplicación como recomendación poblacional uniforme a todos los adolescentes. Esto podría explicarse por el fenómeno de «compensación del riesgo»³¹ (la falsa percepción de que, con ciertas medidas de prevención, el riesgo no disminuye sino que desaparece, potenciándose una falsa confianza). Estas recomendaciones, por tanto, orientarían a que en los mensajes dirigidos a la

población joven debería diferenciarse entre adolescentes sexualmente activos y no activos. Se sugieren así mayores posibilidades de prevención eficaz si van dirigidas a poblaciones específicas de riesgo frente a mensajes globalmente indiscriminados a todos los adolescentes.

Además, los *Centers for Disease Control* (CDC) estadounidenses recomiendan que los profesionales sanitarios obtengan un historial sexual de sus pacientes y alienten la reducción del riesgo utilizando diversas estrategias de asesoramiento preventivo personalizado. En este sentido, las estrategias propuestas por los CDC³² para prevenir el embarazo adolescente insisten en que un aspecto importante será conocer la situación del adolescente *a priori* en materia de educación sexual, diferenciando entre jóvenes sexualmente activos y aquellos que no lo son. Asimismo, desde una adecuada perspectiva biopsicosocial es básico también conocer el grado de implicación de los progenitores y la existencia o no de transmisión de convicciones y valores familiares y/o culturales³³.

Retrasar el inicio de las relaciones sexuales y la disminución del número de parejas sexuales como un ítem más aparece incluido en todas estas guías de recomendaciones sobre estrategias de prevención revisadas y dirigidas a jóvenes. Retrasar el inicio de la actividad sexual se considera un factor epidemiológico de protección, ya que al disminuir el número total de intercambios sexuales y hacerlos coincidir con una etapa de mayor maduración afectiva y de control de los propios impulsos, las decisiones tomadas y las actitudes derivadas de esas decisiones pueden ser más conscientes y responsables.

Estas recomendaciones, recogidas en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria³⁴, proponen la necesidad de realizar prevención primaria y secundaria en los jóvenes para disminuir la transmisión de ITS y los embarazos. Es por ello la consulta de atención primaria uno de los lugares en los que este tipo de consejo se puede hacer de una manera primordial para poder desarrollar un consejo personalizado.

Adicionalmente, ONUSIDA considera que es preferible usar el término «relaciones sexuales más seguras» antes que el de «relaciones sexuales seguras», ya que este último se asocia únicamente al uso de preservativo y puede implicar una seguridad completa. Sin embargo, el término «relaciones sexuales más seguras» es un término más amplio que refleja cómo el riesgo varía en función de las estrategias empleadas. La seguridad es mayor cuando se favorece retrasar el inicio de las relaciones sexuales, mantener relaciones sexuales sin penetración, hacer un uso correcto y sistemático del preservativo masculino y femenino y reducir el número de parejas con las que se tienen relaciones sexuales³¹.

La evaluación de las acciones que se realizan en salud pública debe ser una pieza clave para una adecuada planificación de la prevención³⁵. Si bien los datos recogidos en esta investigación pueden ser menores a los datos reales, el número de informes de planificación y evaluación de las campañas que se han dirigido tanto a la población general como a los grupos considerados prioritarios se demuestra como claramente insuficiente. En los últimos años se observa un interés mayor en esta cuestión, figurando en los informes de evaluación realizados desde la Secretaría del Plan

Nacional sobre el Sida la adecuación de las campañas a los datos de la infección.

En conclusión, la educación de la salud sexual tiene una gran trascendencia no solo individual sino también en la salud pública; de ahí la necesidad del desarrollo de programas y campañas de prevención de la infección de VIH y del embarazo en jóvenes. Estas campañas precisan adecuados informes de planificación y de evaluación y deberían tener en cuenta la recomendación de los USPSTF sobre diferenciar adolescentes sexualmente activos de los no activos, potenciando los consejos individualizados, y necesitarían de un mensaje más amplio que intente disminuir los distintos aspectos del comportamiento sexual de riesgo en los más jóvenes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo (2018). Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación/Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid [consultado 10 Oct 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH.SIDA.2018_21112018.pdf.
2. Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación/Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid, noviembre de 2019 [consultado 30 Nov 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe.VIH.SIDA.2019_21112019.pdf.
3. Unidad de Vigilancia del VIH y Conductas de Riesgo (2019). Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2017. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación [consultado 15 Nov 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia.ITS_1995_2017.def.pdf.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2016. Dirección General de

- Salud Pública [consultado 15 Nov 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVEs_anteriores/IVE_2016.pdf.
5. Delgado M, Barrios L. El aborto en España en una perspectiva internacional. *Estud Geogr*. 2005;66:71-103, <http://dx.doi.org/10.3989/egeogr.2005.i258.156>.
 6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016 [consultado 30 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013.2016.pdf>.
 7. Calatrava M, López-del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:534-40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.07.020>.
 8. Jara-Rascón J, Alonso-Sandoica E. Ética y eficacia en las campañas de salud sexual. *Cuad Bioet (B. Aires)*. 2008;19:81-93.
 9. Bretón-López J, Buela-Casal G. Evaluación del efecto de las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA en adolescentes. *Psicothema*. 2005;17:590-6.
 10. Seoane Pascual L. Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:509-16.
 11. Ávila R, Gras P. «No sin él»: análisis crítico del discurso de las campañas de prevención del VIH dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres en España (2006-2011). *Discurso & Sociedad*. 2014;8:137-81.
 12. Ballart X. ¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso. Ministerio de Administraciones Públicas; 1992.
 13. Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Santos M, Javier F, Morilla Herrera JC. Salud pública basada en la evidencia: recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:05-20.
 14. López Alcalde J, Bonfill X. Sobre la salud pública basada en pruebas. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:1-4.
 15. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: A systematic review. *J Adolesc Health*. 2014;54:499-507, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.004>.
 16. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006-2013. *J Adolesc Health*. 2016;58:621-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.004>.
 17. Noar SM, Zimmerman RS, Palmgreen P, Cupp PK, Floyd BR, Mehrotra P. Development and implementation of mass media campaigns to delay sexual initiation among African American and White youth. *J Health Commun*. 2014;19:152-69, <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2013.811318>.
 18. ONUSIDA (2008). Equipo de trabajo interinstitucional relacionado con el VIH y los Jóvenes. Breves Guías Globales. Intervenciones relacionadas con el VIH para jóvenes UNFPA 2008. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child.adolescent/documents/cah_iatt_infonotes_2008_61_es.pdf?ua=1.
 19. ONUSIDA (2011). Informe mundial de avances en la lucha contra el sida: seguimiento de la declaración política sobre el VIH/sida de 2011: directrices para el desarrollo de indicadores básicos: informe 2012. ISBN 978 92 9173 907 3. Disponible en: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215.Global.AIDS.Response.Progress.Reporting_es.pdf.
 20. ONUSIDA (2016). Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Acción acelerada para acabar con el sida. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf.
 21. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, McKeon K, Milteer L, Owens J, Rothe P, Snellman L, Solberg L, Vincent P. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive Services for Children and Adolescents. Updated September 2013 [consultado 5 Dic 2019]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e05f/70e7f62cd55f475bb5f0-f7593384dfc73aff.pdf>.
 22. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2008;149:491-6, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-149-7-200810070-00010>.
 23. Consultado 25 Mar 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planesEstrat/home.htm>.
 24. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (2018). Evaluación Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH e ITS 2013-2016 [consultado 5 Nov 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planesEstrat/informeEvaluacion_VDweb-12Dicbre18.pdf.
 25. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report. Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses 2014. Stockholm: ECDC; 2015 [consultado 1 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sexually-transmitted-infections-including-hiv-and-blood-borne-viruses-annual>.
 26. Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, Green EC, Hearst N, Kirby D, et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet*. 2004;364:1913-5, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17487-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17487-4).
 27. The Cochrane CollaborationUnderhill K, Montgomery P, Operario D. Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries (Review). 2009, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007006>.
 28. Moreno C, Ramos P, García-Moya I, Moreno-Maldonado C, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, et al. Informe comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014 del Estudio HBSC en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 3 Dic 2019]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ComparativoHBSC2002_2006_2010_2014.pdf.
 29. Mueller T, Tevendale HD, Fuller TR, House LD, Romero LM, Brittain A, et al. Teen pregnancy prevention: Implementation of a multicomponent, community-wide approach. *J Adolesc Health*. 2017;60:S9-17, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.002>.
 30. LeFevre ML, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014;161:894-901, <http://dx.doi.org/10.7326/M14-1965>.
 31. Glosario de orientaciones terminológicas de ONU-SIDA (2011) [consultado 12 Nov 2019]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf.
 32. Consultado 20 Nov 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/young-teen-pregnancy/index.html>.
 33. Lederman RP, Mian TS. The parent-adolescent relationship education (PARE) program: A curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle school youth. *Behav Med*. 2003;29:33-41, <http://dx.doi.org/10.1080/08964280309596173>.

34. PAPPS. Programa de infancia y adolescencia. SEMFYC [consultado 15 Nov 2019]. Disponible em: <http://papps.es/upload/file/INFANCIA%20Y%20ADOLESCENCIA.pdf>.
35. Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Chovnick G. The past, present, and future of HIV prevention: integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:143–67, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153530>.