

Servicios de adolescentes

¿Qué se puede mejorar del programa que puede intensificar el efecto de las prácticas de planificación familiar de alto impacto?

Incorporar elementos de la provisión de servicios amigables a los adolescentes en los servicios de anticoncepción y de salud existentes.

Antecedentes

La mayor parte de las mujeres del mundo empieza a tener relaciones sexuales entre las edades de 15 y 19 años y

enfrentan dificultades importantes para obtener servicios e información para protegerse de embarazos no deseados y de infecciones transmitidas sexualmente, entre ellas, el VIH (Bankole y Singh, 2003; UNFPA, 2014; Wellings y otros, 2006). A medida que la población mundial de las personas de entre 15 y 19 años de edad continúa creciendo más allá de los 600 millones, los países tendrán que satisfacer una creciente demanda sobre información y servicios de anticoncepción que aborden sus necesidades específicas (PDNU, 2015).

Históricamente, los programas han apoyado o bien centros independientes para adolescentes que ofrecen servicios de anticoncepción, o bien servicios de anticoncepción adaptados a los adolescentes que se ofrecen en una sala separada o en una “esquina para adolescentes” en el interior de un centro de salud existente (Senderowitz, 1999). Estos programas demuestran tener efectos mixtos (Denno y otros, 2015; Tylee y otros, 2007). Además, la ampliación de estos programas ha sido un reto para muchos países debido a su complejidad y a que la necesidad de recursos amenaza su sostenibilidad a largo plazo (Hainsworth y otros, 2014).

Para contribuir a la siguiente generación de programas, se pidió a expertos en salud sexual y reproductiva de adolescentes que propusieran un enfoque simplificado, basado en lo que se conoce hasta la fecha, que sea tanto ampliable como sostenible.

Los servicios de anticoncepción amigables a los adolescentes y jóvenes (SAAJ o AFCS, por sus siglas en inglés) incorporan, dentro de los servicios existentes aquellos elementos adaptados a adolescentes que han demostrado su eficacia bien sea en el modelo de servicios independiente o el modelo de espacios separados. Estos elementos se pueden incorporar en una amplia gama de canales de provisión de servicios (por ej., centros de



© 2013 Arturo Sanabria, cortesía de Photoshare

El derecho de los adolescentes a la salud, incluyendo, el derecho a la información y servicios de anticonceptivos

De acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, los adolescentes tienen el derecho a la norma de salud más alta posible, incluyendo el acceso a información y servicios de anticonceptivos. Los adolescentes también se encuentran incluidos en los derechos reproductivos más amplios apoyados por una gama de tratados y convenciones de derechos humanos, los cuales han ratificado casi todos los países del mundo (Cook y Dickens, 2000; UNFPA, 2012; Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990).

salud, extensión móvil, distribución comunitaria, farmacias o droguerías). Aprovechando una variedad de revisiones de la literatura sobre el tema, se identificaron elementos comunes en los programas que pueden aumentar el uso de anticonceptivos entre los adolescentes (Bankole y Malarcher, 2010; Senderowitz, 1999).

Los elementos comunes de **provisión de servicios** son los siguientes:

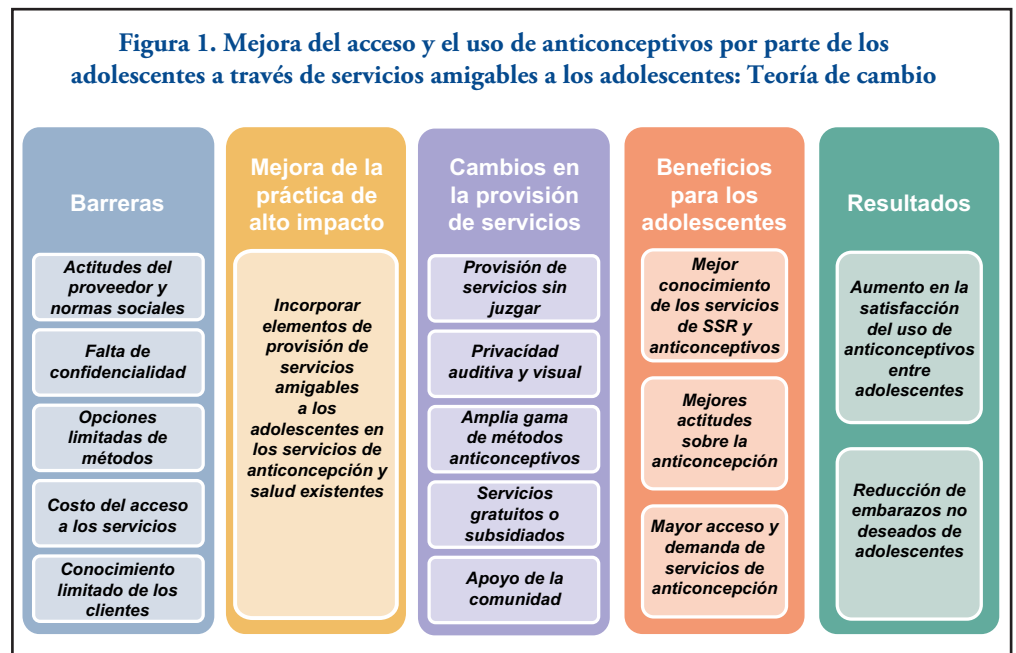
- **Capacitación** y apoyo a proveedores para ofrecer servicios sin juzgar a los adolescentes
- Hacer cumplir la **confidencialidad** y asegurar la **privacidad** tanto auditiva como visual
- Ofrecer una **amplia gama de métodos anticonceptivos**
- Proveer servicios **gratuitos o subsidiados**

Las inversiones que han contribuido a crear un **entorno facilitador hacia** los programas para adolescentes a menudo incluyen lo siguiente: asegurar **derechos legales, políticas y pautas** que respetan, protegen y satisfacen los derechos humanos de los adolescentes a información, productos y servicios de anticoncepción independientemente de edad, sexo, estado civil, o paridad; abordar las normas y fomentar **entre las comunidades** y los padres de familia el apoyo a los adolescentes para que tengan acceso a información y servicios de anticoncepción, y abordar las **normas de equidad de género**.

Conjuntamente, los siete elementos de servicios de anticoncepción amigables a los adolescentes, los aspectos que abarcan la provisión de servicios y el entorno facilitador, se tienen que considerar para aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes. Con base en las experiencias en la implementación de servicios amigables independientes o como espacios separados en servicios establecidos, incorporar estos elementos en los servicios de anticoncepción existentes tiene el potencial de ser tanto costo efectivo como ampliable, incrementando así el alcance de los programas existentes y mejorando el acceso de los adolescentes a servicios de anticoncepción de alta calidad (véase la Figura 1).

Este informe se concentra en los elementos de los SAAJ que se implementan normalmente dentro de un entorno de provisión de servicios. Describe la manera en que la integración generalizada de los SAAJ puede abordar desafíos clave para los programas de anticoncepción; menciona la evidencia existente sobre elementos amigables a los adolescentes; resume temas cruciales para la planificación e implementación e identifica los vacíos de conocimientos. Este informe no cubre totalmente los elementos que contribuyen a la creación del entorno facilitador para los programas de adolescentes, los cuales se abordan de forma más completa en otros informes de Prácticas de alto impacto (PAI), tales como los informes sobre **comunicación y políticas de salud**.

El grupo de asesoría técnica de las PAI ha identificado a los SAAJ como una **mejora** de las prácticas de alto impacto en la planificación familiar. Una “mejora” es una práctica que se puede implementar conjuntamente con las PAI a fin de intensificar su impacto. Aunque existen algunas experiencias iniciales sobre la implementación de SAAJ incorporados de forma generalizada en los servicios, se necesitan más estudios y documentación para entender mejor el potencial y las limitaciones de este enfoque. Para obtener mayor información sobre las PAI, véase la siguiente dirección: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/overview/>



¿Qué desafíos en los países pueden los SAAJ ayudar a abordar?

Los estudios muestran de forma congruente que los adolescentes que son activos sexualmente (casados o no) enfrentan muchas barreras para obtener servicios y productos anticonceptivos para evitar los embarazos, ya sea para retrasar, espaciar o limitarlos (Abdul-Rahman y otros, 2011; Bankole y Malarcher, 2010; Biddlecom y otros, 2007; Chandra-Mouli y otros, 2014; Decker y Constantine, 2011; Glinski y otros, 2014; Godia y otros, 2014; Sidze y otros, 2014; Tylee y otros, 2007). Abordar estas barreras dentro de los programas y políticas que probablemente mejoraría la calidad de los servicios para todas las personas que necesitan anticoncepción, es de importancia particular para los adolescentes. Estas barreras se encuentran bien documentadas y son las siguientes:

Sesgos del proveedor. Los proveedores que creen que los adolescentes no deben ser activos sexualmente o que la anticoncepción podría inhibir la fertilidad futura pueden negarse a atender a los jóvenes, o podrían restringir el acceso a ciertos métodos anticonceptivos (Warenius y otros, 2006; Wood y Jewkes, 2006). Por ejemplo, en una encuesta en la India, un tercio de los doctores, más de la mitad de los enfermeros y más de dos quintos de las parteras indicaron que negarían anticonceptivos orales con base en la edad, y casi la mitad de los médicos dijeron que negarían inyectables con base en la edad (Calhoun y otros, 2013). En Etiopía, casi la mitad de los proveedores encuestados informaron actitudes negativas sobre la provisión de anticonceptivos a adolescentes que no están casados (Tilahun y otros, 2012).

Falta de confidencialidad y privacidad. Estudios con adolescentes de una amplia variedad de países, entre ellos Mongolia, Vanuatu y Zimbabue indican que la confidencialidad y la privacidad son preocupaciones muy importantes con respecto al acceso a servicios de anticoncepción (Erulkar y otros, 2005; Kennedy y otros, 2013; Sovd y otros, 2006). En Malawi, en una muestra representativa de adolescentes sexualmente activos de 12 a 19 años de edad, más del 20% de las mujeres y el 10% de los hombres indicaron que no se respetaba su privacidad, lo cual ellos percibían como una barrera para tener acceso a los servicios (Biddlecom y otros, 2007).

Pocas opciones de anticonceptivos. Los programas para adolescentes a menudo se concentran en la provisión de métodos de barrera (fundamentalmente condones) y otros anticonceptivos de acción corta. Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP o LARC, por sus siglas en inglés) a menudo no se presentan como opciones para los adolescentes (Eke y Alabi-Isama, 2011). Esta restricción a menudo se debe al sesgo del proveedor o la falta de conocimientos de que la edad y la paridad no son contraindicaciones para ningún método, de acuerdo con los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Los usuarios de métodos de acción corta, especialmente los adolescentes de 15 a 19 años de edad, son más propensos a tener fallas con el método que los usuarios de ARAP (Blanc y otros, 2009).

Barreras financieras. Es poco probable que los adolescentes tengan control sobre los recursos financieros para pagar las tarifas de transporte y servicios para tener acceso a dichos servicios (Michaels-Igbokwe y otros, 2014). Los estudios con jóvenes de 15 a 24 años de edad en muchos países de ingresos bajos y medios, tales como Brasil, China, India, Kenia, Nigeria y Uganda, hallaron que el costo es una barrera para tener acceso a los servicios de salud, anticoncepción y salud reproductiva (Bankole y Malarcher, 2010; Santhya y otros, 2014; Warner y otros, 2013). Una encuesta de jóvenes del mismo grupo de edad en Myanmar encontró que menos de uno en cinco jóvenes podía pagar por los servicios de salud reproductiva (Thin Zaw y otros, 2012).

Barreras legales y de políticas. Varios estudios documentan las barreras legales y políticas, entre ellas leyes que no permiten la anticoncepción para los adolescentes y la falta de conocimientos entre los proveedores y los adolescentes mismos sobre los derechos legales que tendría la gente joven para obtener anticonceptivos (Apland, 2014; Cook y Dickens, 2000; IPPF, 2014; Jaruseviciene y otros, 2006; Jaruseviciene y otros, 2014; Levy y otros, 2001; UNESCO y otros, 2013). Por ejemplo, en un estudio en Uganda, el 38% de los proveedores públicos y privados manifestaron que exigían el consentimiento de uno de los padres, el cónyuge o ambos para los clientes menores de 18 años de edad que solicitaban anticonceptivos (Nalwadda y otros, 2011).

Normas de género. Las normas de género que promueven la ignorancia sexual por parte de las niñas por una parte y la destreza sexual de los niños por otra, se encuentran en todo el mundo y pueden impedir el acceso de la gente joven a la información y los servicios, y su capacidad de negociar relaciones sexuales (Gay y otros, 2012; Santhya y Jejeebhoy, 2015). A menudo los proveedores refuerzan estas normas desiguales relativas al género negándose a suministrar anticonceptivos a mujeres adolescentes que no están casadas, incluso cuando los solicitan (Chandra-Mouli y otros, 2014). Las jóvenes adolescentes casadas a menudo enfrentan diferentes barreras relacionadas con el género debido a su aislamiento social, falta de poder, limitada movilidad y presión para probar su fertilidad embarazándose a temprana edad y a menudo (Adams y otros, 2013; Greene y otros, 2014; Singh y otros, 2014). Como una forma de mantener estas normas sociales y de género, los proveedores podrían no suministrar anticonceptivos a mujeres adolescentes casadas o restringir los métodos de acción prolongada hasta que hayan tenido un hijo (Greene y otros, 2014; Speizer y otros, 2000). Se espera que los hombres jóvenes tengan conocimientos profundos sobre el sexo, lo que hace difícil que busquen información y también pueden enfrentar barreras estructurales al acceso a los servicios, los cuales normalmente se dirigen a las mujeres (Barker y otros, 2007; Kuene y otros, 2004; UNFPA, 2000).

En Tanzania, una iniciativa grande de mejora de provisión de servicios no demostró un impacto en el uso de anticonceptivos entre la gente joven debido a la falla en abordar asuntos tales como el menor estatus social de las mujeres, su dependencia económica y su limitada capacidad de acción, así como la existencia del sexo transaccional como un recurso económico importante para las niñas jóvenes y las normas sociales de masculinidad (Doyle y otros, 2011; Wight y otros, 2012).

¿Cuál es el impacto?

De seis estudios que evaluaron el uso de anticonceptivos entre adolescentes después de una intervención de los servicios amigables para adolescentes que se compararon con un grupo similar no expuesto o de control, cinco hallaron un aumento estadísticamente significativo en el uso de anticonceptivos entre las mujeres expuestas o en el grupo de intervención en comparación con las mujeres en el grupo no expuesto o de control (véase la Tabla 1). Todos estos programas se dirigieron tanto a hombres como mujeres, incluso a personas de 15 a 19 años de edad. Aunque todos los programas incluyeron algunos de los elementos de los SAAJ que se tratan en este informe, solo algunos incluyeron todos los elementos. (En algunos países, podría no haber la necesidad de abordar todos los siete elementos de los SAAJ, por ejemplo, si ciertos elementos ya estaban establecidos). El único estudio que no encontró un aumento estadísticamente significativo fue uno en Nicaragua entre una población generalizada de beneficiarios de vales. Sin embargo, en este estudio cuando en el grupo de intervención basado en las escuelas se desagregó a la población que recibió vales, esta tenía más del doble de probabilidad de informar que usó anticonceptivos que aquellos que no habían recibido vales (Meuwissen y otros, 2006). De los cinco estudios que informaron en forma separada el uso de anticonceptivos por parte de los hombres, solamente el programa en la China mostró un aumento significativo en anticoncepción masculina (Lou y otros, 2004).

Además de los programas que se muestran en la Tabla 1, evidencia de la India, Mozambique, Tanzania y Zimbabue demuestra un efecto positivo de los programas de SAAJ en el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes (Chandra-Mouli y otros, 2015; Chandra-Mouli y otros, 2013; Kanesathasan y otros, 2008; Kim y otros, 2001). Los hallazgos de estos estudios son congruentes con el análisis de otra literatura, que concluyen que los programas de adolescentes eficaces usualmente conllevan inversiones en servicios y en elementos facilitadores del entornos (Denno y otros, 2015; Ehlers, 2003; Gottschalk y Ortalyi, 2014; Hainsworth y otros, 2014; Hindin y Fatusi, 2014; Kesterton y de Mello, 2010; Williamson y otros, 2009).

Muchos de los informes del estudio incluyeron pocos detalles o ninguno sobre el grado de implementación o sobre los resultados intermedios. Por lo tanto, no está claro qué elementos contribuyeron específicamente a los aumentos observados en el uso de anticonceptivos. También es importante notar que la mitad de los estudios incluidos en la Tabla 1 se implementaron en pequeña escala y en la mayoría de los casos no fueron prolongados.

Tabla 1. Resultados de programas selectos que implementan una variedad de elementos de los SAAJ

País, entorno, población objetivo (Referencia)		Uso de anticonceptivos modernos pos intervención	
		No expuesto/Control	Expuesto/Experimental
China Mujeres y hombres periurbanos no casados, sexualmente activos de 15 a 24 años de edad (Lou y otros, 2004)	Mujeres	48%	90%**
	Hombres	42% ¹	88%** ¹
Etiopía Mujeres y hombres rurales casados de 12 a 24 años de edad (Erulkar y Tamrat, 2014)	Mujeres	57% ²	69% ³ 71% ⁴
	Hombres	NA ⁵	NA ⁵
Ghana Mujeres y hombres casados y no casados de 10 a 24 años de edad (Williams y otros, 2007) ⁵	Mujeres	42% ⁶	49%* ⁶
	Hombres	NSS ⁶	NSS ⁶
Nicaragua Hombres y mujeres urbanos de 12 a 20 años de edad (Meuwissen y otros, 2006)	No se observó diferencia en el uso de anticonceptivos entre los receptores de vales y los que no los recibieron		
Tanzania Mujeres y hombres casados y no casados de 10 a 24 años de edad (Williams y otros, 2007) ⁵	Mujeres	39% ⁶	64%* ⁶
	Hombres	NSS ⁶	NSS ⁶
Uganda Mujeres y hombres casados y no casados de 10-24 años de edad (Williams y otros, 2007) ⁵	Mujeres	42% ⁶	59%* ⁶
	Hombres	NSS ⁶	NSS ⁶

*Notificado como significativo estadísticamente sin valor p.

** p < .001.

NSS = no es significativo estadísticamente.

1 Usa anticonceptivos regularmente.

2 Algún uso de anticonceptivos.

3 Algún uso de anticonceptivos entre el grupo de intervención de solo esposas.

4 Algún uso de anticonceptivos entre el grupo de intervención de parejas.

5 Aunque el programa se dirigió tanto a mujeres como hombres, el uso de anticonceptivos se notificó solamente para las mujeres.

6 El uso de anticonceptivos modernos durante la última relación sexual, se notificó solamente para las mujeres casadas o recientemente casadas de 17-a 22-años de edad.

Intervenciones con evidencia insuficiente sobre el impacto en el uso de anticonceptivos por parte de adolescentes:

- **Los clubes de jóvenes y centros juveniles** que ofrecen servicios de anticoncepción podrían no ser efectivos con respecto al costo y no llegan a los grupos objetivos previstos (Chandra-Mouli y otros, 2015b; Denno y otros, 2015; Zuurmond y otros, 2012).
- Los beneficios de los programas de **educadores de pares** normalmente se encuentran limitados a quienes se han capacitado como educadores de pares (Chandra-Mouli y otros, 2015b; Harden y otros, 2001; Kim y Free, 2008; Tölli, 2012).

Cómo hacerlo: Consejos a partir de las experiencias de implementación

Realice una evaluación de necesidades para identificar los enfoques más eficaces para llegar con servicios de anticoncepción a los adolescentes sexualmente activos. La investigación formativa y los datos de vigilancia se deben desagregar para identificar las necesidades específicas y las preferencias de diferentes grupos de adolescentes. Tome en cuenta adónde van los adolescentes a obtener servicios y productos anticonceptivos actualmente y quiénes tienen necesidades insatisfechas en tal sentido. Las subpoblaciones podrían demostrar preferencias de canales específicos, tales como el sector público o el privado, centros de salud o farmacias.

Use modalidades de servicios múltiples para llegar a una gama de adolescentes más amplia. Tales enfoques pueden incluir instalaciones fijas (tanto públicas como privadas), distribución comunitaria, servicios de extensión móviles, farmacias y droguerías, entornos informales, escuelas o servicios instalados en el lugar de trabajo.

Capacite a los proveedores para ofrecer servicios amigables y adaptados a los adolescentes. Incluya elementos de los SAAJ en la etapa de formación de los proveedores previa a iniciar el servicio. Esto puede reducir la necesidad de capacitación durante el servicio a la vez que se asegura que los graduados recientes cuentan con las competencias básicas en salud de adolescentes y en materia de provisión de servicios de anticoncepción. Aunque la capacitación es un elemento central y necesario en los programas eficaces de SAAJ, no es suficiente por sí misma para cambiar el comportamiento de los proveedores (Denno y otros, 2015). La capacitación debe incluir la provisión de información y servicios sin juzgar a los clientes; información médica precisa sobre los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes; políticas legales y derechos de los adolescentes a recibir servicios e información; clarificación de valores sobre la sexualidad de los adolescentes y destrezas sobre la manera de comunicarse con clientes adolescentes.

Use un enfoque integral de capacitación de toda la institución de salud para entrenar sobre SAAJ. Este enfoque ayudará a garantizar que la atención adaptada a los adolescentes no se encuentra invertida en solo un proveedor y que los adolescentes no enfrenten resistencia del personal de apoyo, tales como de un enfermero o farmacéutico que los admite en el centro de salud.

Fortalezca la capacitación a través de la supervisión de apoyo, ayudas de trabajo y el tutelaje para cambiar las actitudes y comportamientos de los proveedores. Las herramientas de supervisión de apoyo y las ayudas de trabajo para el proveedor pueden ser útiles para hacer cumplir los programas basados en los derechos.

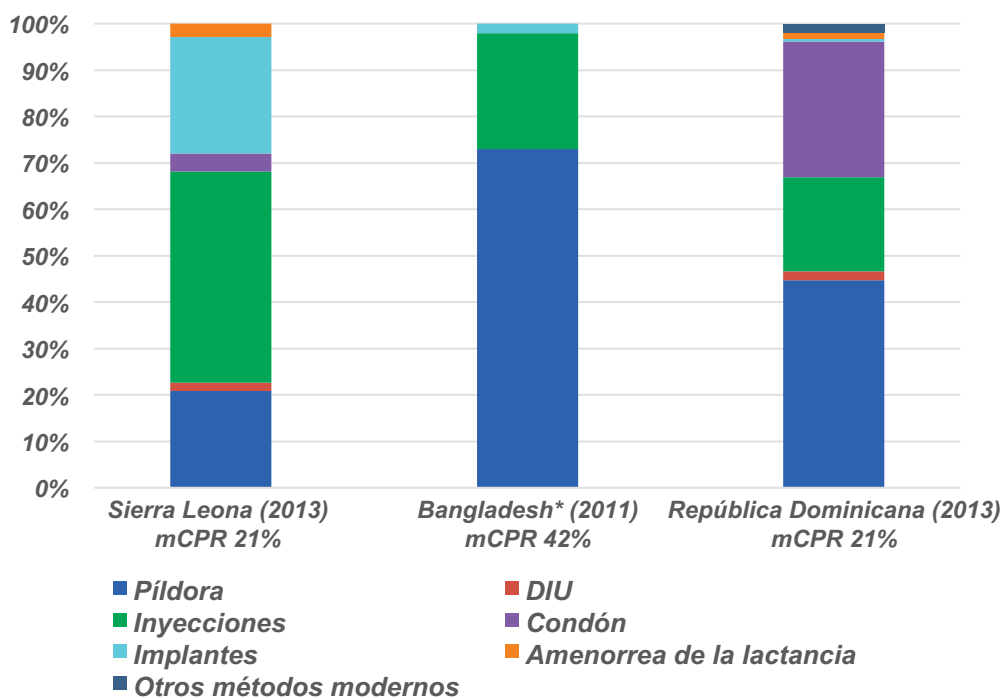
Haga cumplir la confidencialidad y garantice la privacidad auditiva y visual de los clientes. Tome varias medidas para aumentar la confidencialidad de los clientes, tales como: almacenar de manera segura los registros médicos de los clientes, no revelar la información de salud de los adolescentes sin su permiso; reducir al mínimo las interrupciones no esenciales por parte de otros empleados del centro de salud o clientes durante la provisión del servicio y reforzar la importancia de la confidencialidad del cliente como parte de la capacitación de SAAJ. Se pueden tomar varias medidas para ayudar a mantener la privacidad auditiva y visual, tales como usar una sala de asesoría privada, usar salas de consulta que tengan puertas y cortinas en las ventanas, separar las salas de espera de modo que los clientes adolescentes no se tengan que mezclar con los clientes adultos y no realizar la toma del historial y la selección en público.

Adapte la comunicación en salud a las necesidades e intereses de los adolescentes. Considere dónde y de quién obtienen información en materia de salud sexual y reproductiva. Haga participar a la gente joven en la creación de mensajes y en la identificación de canales de comunicación apropiados. (Véase también los informes de PAI [Comunicación de salud y mHealth](#)).

Ofrezca una gama completa de opciones de anticonceptivos. La Figura 2 muestra la mezcla de métodos entre mujeres de 15 a 19 años de edad en Bangladesh, República Dominicana y Sierra Leona. El uso de anticonceptivos modernos entre los adolescentes en estos tres países varía del 21% al 42%. Los datos ilustran que los adolescentes usarán una variedad de métodos, altamente eficaces, entre ellos ARAP, cuando se les ofrece una gama completa de métodos (AAP, 2014; Comité sobre la Atención de Salud del Adolescente, 2012; OMS, 2015).

Provea servicios sin costo alguno o subsidiados. Todos los programas deben tener opciones para proveer servicios y anticonceptivos gratuitamente o a precios altamente subsidiados. Los programas han usado una variedad de enfoques para lograrlo como por ejemplo servicios subsidiados como parte de un modelo de franquicia social, mercadeo social o vales, o como parte de un esquema de recuperación de costos (Denno y otros, 2015). Los programas que prevén llegar a los adolescentes deben desarrollar mercadeo dirigido y estrategias de distribución para esta población.

Figura 2. Mezcla de métodos anticonceptivos modernos para mujeres de 15–19 años de edad



*Los datos de Bangladesh son de solo las mujeres casadas.
Fuente de datos: STATcompiler (www.statcompiler.com/).

Provea un entorno facilitador garantizando derechos legales y políticas que apoyen la provisión de servicios de anticonceptivos para los adolescentes. Proveer pautas claras que apoyan a los profesionales de salud para suministrar servicios e información a los adolescentes es vital para ampliar el acceso de los adolescentes a los servicios. Para hacer operativos los derechos legales y las políticas de salud relacionadas con los adolescentes a nivel de los servicios, la institución de salud debe tener copias de las políticas y normas relevantes (por ej., normas sobre servicios amigables a los adolescentes si existen) y los proveedores deben estar bien orientados sobre su uso durante la capacitación en SAAJ o durante actualizaciones de personal. Además, las listas de verificación de supervisión deben reflejar las cláusulas clave de esas políticas y los supervisores deben reforzar su aplicación en el curso de sus visitas de supervisión (Greifinger y Ramsey, 2014; Senderowitz y otros, 2002).

Vincule las mejoras de la provisión de servicios con actividades que creen apoyo dentro de las comunidades. Las intervenciones dirigidas a influir los comportamientos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se mejoran significativamente en los casos que se tengan intervenciones complementarias para los padres, proveedores, líderes religiosos y otros adultos influyentes que pueden fomentar un entorno de apoyo en las instalaciones de salud, las escuelas, los lugares de culto religioso y en los hogares (Futures Group International, 2005; Gottschalk y Ortayli, 2014; Kesterton y de Mello, 2010). Las pautas de educación sobre la sexualidad eficaces (UNESCO, 2009a; UNESCO, 2009b) pueden garantizar el conocimiento adecuado por parte de los adolescentes para lograr acceso a los servicios (Todesco y Gay, a publicarse en 2015).

Ponga atención a las normas de género y sociales para asegurar que las inversiones en SAAJ sean exitosas. Las adolescentes buscarán acceso a la anticoncepción cuando haya un entorno favorable en el que se hayan transformado las normas de género para permitir que las niñas tengan conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y se sientan habilitadas para tener acceso a los servicios (McCleary-Sills y otros, 2012). Los adolescentes varones buscarán acceso a la anticoncepción cuando en su entorno sientan algún sentido de responsabilidad para planificar embarazos (Barker y otros, 2010).

Preguntas prioritarias de investigación:

1. ¿Integrar los SAAJ aumenta el uso de anticonceptivos entre la población objetivo de adolescentes?
2. ¿Cuál es el costo-beneficio de integrar los SAAJ?
3. ¿Los SAAJ integrados eficazmente se pueden ampliar y sostener?

Herramientas y recursos

Pensar afuera del espacio separado: Una herramienta para la toma de decisiones para diseñar servicios adaptados a los jóvenes ayuda a los diseñadores de programas a seleccionar y adaptar modelos apropiados de provisión de servicios amigables a los jóvenes. Disponible en la siguiente dirección: <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/thinking-outside-the-separate-space-yfs-tool.pdf>

Hacer que los servicios de salud sean adaptados a los adolescentes: Desarrollar normas nacionales de calidad para servicios de salud amigables a los adolescentes provee pautas paso por paso sobre el desarrollo de normas de calidad para proporcionar servicios de salud a los adolescentes. Disponible en la siguiente dirección: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/

Sendas comunitarias para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: Un marco conceptual e indicadores de resultados sugeridos presenta un marco que enlaza las intervenciones de participación de la comunidad con los resultados deseados de salud de los adolescentes. Disponible en la siguiente dirección: <http://www.unfpa.org/resources/community-pathways-improved-adolescent-sexual-and-reproductive-health>

Guía de evaluación de calidad: Una guía para evaluar los servicios de salud para clientes adolescentes contiene una guía de usuario, ocho instrumentos y un marco para analizar y notificar datos recolectados para analizar la calidad de los servicios de salud de adolescentes. Disponible en la siguiente dirección: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_9789241598859/en/

Puede encontrar una lista completa de las referencias que se usaron en la preparación de este informe en la siguiente dirección: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/servicios-de-anticoncepcion-adaptados-a-los-adolescentes/>

Para obtener mayor información sobre las PAI, sírvase poner en contacto con el equipo de PAI en la siguiente dirección: fphip@k4health.org.

Cita sugerida:

Prácticas de alto impacto en la planificación familiar (PAI). Servicios de anticoncepción adaptados a los adolescentes: Incorporando elementos amigables para adolescentes en los servicios de anticonceptivos existentes. Washington (DC): USAID; 2015. A disposición en la siguiente dirección: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/servicios-de-anticoncepcion-adaptados-a-los-adolescentes/>

Agradecimientos: Este documento fue redactado por Jill Gay, Gwyn Hainsworth, Karen Hardee y Shawn Malarcher. Michal Avni, Regina Benevides, Doortje Braeken, Jimmie Braley, Kimberly Cole, Maureen Corbett, Liz Creel, Laurette Cucuzza, Jen Drake, Ellen Eiseman, Sarah Fox, Kate Gilles, Rena Greifinger, Jim Griffin, Rachel Hampshire, Ann Hirschey, Laura Hoemeke, Laura Hurley, June Hutchings, Roy Jacobstein, Niranjala Kanesathasan, Rebecca Kohler, Joan Kraft, Cate Lane, Pauline Lee, Judy Manning, Erin Mielke, Stembile Mugore, Danielle Murphy, Constance Newman, Rachel Okun-Kozlowicki, Tanvi Pandit-Rajani, Leslie Patykewich, Anne Pitzer, Jen Pope, Shannon Pryor, James Shelton, Tabitha Sripipatana, Sara Stratton, Julie Taft, Caitlin Thistle, Mary Vandenbroucke, Gracey Vaughn, Chandra-Mouli Venkatraman, Defa Wane, Kelsey Wright y Sylvia Wong proporcionaron un examen crítico y comentarios útiles.

Este informe de PAI tiene el respaldo de: Abt Associates, la Fundación Bill & Melinda Gates, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, la Universidad de Georgetown/Instituto de Salud Reproductiva, la Federación de Planificación Familiar Internacional, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., el Centro de Programas de Comunicación de Johns Hopkins, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Palladium, PATH, Pathfinder International, la Planificación Familiar Global, el Consejo de Población, el Buró de Referencia de Población, Population Services International, el Instituto de Salud Pública, Save the Children, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE. UU. y University Research Co., LLC.

La Organización Mundial de la Salud/Departamento de Salud e Investigación Reproductiva ha contribuido a la elaboración del contenido técnico de los informes de PAI, que se consideran como un resumen de la evidencia y la experiencia en el campo. Se pretende que estos informes se usen conjuntamente con las Herramientas y pautas de planificación familiar de la OMS:

http://www.who.int/topics/family_planning/es/.

La traducción al español realizada por Fabio Castaño con el apoyo de K4Health

