

FOCUS on Young Adults
1201 Connecticut Avenue NW, Suite 501
Washington DC 20036
202-835-0818

Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud

Judith Senderowitz

Series de Investigación, Programas y Políticas
Febrero 1999

© FOCUS on Young Adults (FOCUS en Adultos Jóvenes), 1999

Este artículo fue escrito por Judith Senderowitz, consultora del programa FOCUS en Adultos Jóvenes. Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso del autor o del editor, siempre que el destinatario de ese material no copie, reproduzca, distribuya o adapte el material para fines comerciales y siempre que se dé el crédito al autor y a FOCUS en jóvenes adultos, como la fuente de esta información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones del material.

El Programa FOCUS en Adultos Jóvenes promueve el bienestar y la salud reproductiva de la gente joven. FOCUS es un programa de Pathfinder International en sociedad con The Futures Group International y la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane. FOCUS recibe fondos de USAID en base al Acuerdo de Cooperación # CCP-A-00-96-90002-00. Las opiniones expresadas aquí son las de la autora y no reflejan necesariamente la opinión de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional.

Traducción al español por María Teresa Moncada Sequeira
Por encargo del proyecto Promoción de la Salud Integral de la Mujer
Ministerio de Salud – GTZ, Nicaragua

Por favor envíe sus sugerencias o comentarios a:

FOCUS on Young Adults
Attn: Communications Advisor
1201 Connecticut Avenue NW Suite 501
Washington DC 20036, U.S.A.

Tel: 202-835-0818
Fax: 202-835-0282
Email <focus@pathfind.org>

Esta publicación y otras dirigidas a la salud reproductiva de los y las adolescentes pueden ser bajadas del sitio web: <<http://www.pathfind.org/focus.htm>>

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	1
I. DIMENSIONES DEL DESAFIO.....	4
A. ¿Por qué necesitan los y las adolescentes servicios especializados?	4
B. ¿Qué servicios necesitan los y las adolescentes?	5
C. ¿Cómo se llevan estos servicios a los y las adolescentes?	7
II. CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA LA JUVENTUD	9
A. ¿Por qué evitan los y las adolescentes los servicios existentes?.....	9
B. ¿Qué es lo que dicen los y las jóvenes sobre lo que quieren?	10
C. ¿Qué son servicios amigables a la juventud?	11
III. ESFUERZOS DEL PROGRAMA PARA INSTITUCIONALIZAR LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA LA JUVENTUD	19
A. Servicios de atención prenatal, post-parto y post-aborto	19
B. Servicios de prevención y promoción de la salud en las clínicas	21
C. Trabajo extramuros y enfoques comunitarios	27
IV. ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA HACER LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA LOS JÓVENES	33
A. Formas de superar las barreras para servicios amigables para la juventud	33
B. Herramientas de evaluación y planificación	36
C. Materiales de capacitación	39
V. NECESIDADES FUTURAS PARA MEJORAR LA PROGRAMACION	43
REFERENCIAS.....	45

GLOSARIO

AHI	Action Health Incorporated (Acción Incorporada de Salud) (Nigeria)
ARFH	Asociación para salud reproductiva y familiar (Nigeria)
AVSC	Access to Voluntary and Safe Contraception (Acceso a la anticoncepción voluntaria y segura)
CORA	<i>Centro de Orientación para Adolescentes</i> (México)
CPI	Client Provider Interaction (Interacción cliente – proveedor)
FHI	Family Health International (Salud Familiar Internacional)
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
HRC	High Risk Clinic (Clínica de alto riesgo) (Kenia)
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social
INPPARES	<i>Instituto Peruano de Paternidad Responsable</i>
INTRAH	International Training in Health (Capacitación Internacional de Salud)
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Paternidad Planificada)
IPPF/WHR	IPPF/Región del Hemisferio Occidental
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (Programa de la Universidad de Johns Hopkins para Capacitación Internacional en Ginecología y Obstetricia)
JHU/CCP	Universidad Johns Hopkins, Centro de Programas de Comunicación
JHU/PCS	Universidad Johns Hopkins, Servicios de Comunicación de la Población
ONG	Organización no-gubernamental
PATH	Program for Appropriate Technology in Health (Programa para la Tecnología Apropiaada en Salud)
PLA	participatory learning and action (aprendizaje participativo y acción)
PREA	Programa Educativo para Madres Adolescentes (México)
PRIME	Program for International Training in Health (Programa para capacitación internacional en salud)
PSFN	<i>Pro Superación Familiar Neolonesa</i> (México)
SR	Salud Reproductiva
ITS	Infecciones de transmisión sexual
TOT	Training of Trainers (Capacitación de entrenadores)
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Niñez
WAYI	Iniciativa Juvenil de Africa Occidental
WHO	Organización Mundial de la Salud (OMS)

RECONOCIMIENTOS

La autora está en deuda con muchas personas por su contribución y ayuda. Para Laurel MacLaren, Consejera para comunicación de FOCUS, mi particular aprecio por su apoyo permanente y ayuda, para los demás miembros del equipo de FOCUS, incluyendo a Sharon Epstein, Lindsay Stewart, Carolyn More, Lisa Weiss y Tijuana James-Traore, y Bob Magnani de las Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane. La autora también extiende su agradecimiento a Diana Diaz Granados, Fiona Duby (DFID), Lynne Gaffikin (JHPIEGO), Cristina Herdman (Advocates For Youth), Karusa Kiragu (JHU/CCP), Patricia Poppe (JHU/CCP), María Raguz, (Redess Jóvenes, Perú), Sharon Rudy (INTRAH), y O.J. Sykes (UNFPA). Finalmente mi agradecimiento sincero a Kathleen Dwyer, mi asistente administrativa, quien pacientemente preparó los borradores manuscritos.

RESUMEN EJECUTIVO

Existe un creciente reconocimiento entre los proveedores de salud reproductiva en todo el mundo, que se necesitan servicios “amigables” para la juventud, si se quieren proveer servicios de salud reproductiva adecuados a los jóvenes. Tales servicios son capaces de atraer efectivamente a la gente joven, atender sus necesidades cómoda y responsablemente, y retienen a los clientes jóvenes exitosamente para una atención continua. Independientemente si los servicios se brindan en clínicas de salud, en un centro de adolescentes, en el lugar de trabajo o extramuros en lugares informales, ciertas características “amigables” para la juventud son esenciales para lograr programas efectivos. Los componentes básicos incluyen proveedores especialmente capacitados, privacidad, confidencialidad y accesibilidad.

A medida que la etapa de la adolescencia se define y entiende mejor, están surgiendo esfuerzos para dar respuestas a las necesidades específicas de este grupo de edad, incluyendo los servicios de salud reproductiva – programas antes reservados para mujeres mayores, casadas. Si bien en el pasado a las mujeres jóvenes casadas se les permitía recibir este tipo de servicios, se prestaba poca atención a cualquier necesidad especial, causada por su desarrollo biológico y su madurez emocional. Las mujeres jóvenes, solteras y los hombres jóvenes eran efectivamente excluidos.

Hoy en día más gente joven necesita servicios de salud reproductiva, especialmente servicios preventivos. En muchos lugares, esta necesidad resulta de un período más largo de actividad sexual no marital, relacionado con una menarca más temprana, matrimonios tardíos, mayores oportunidades económicas para las mujeres, el incremento de la urbanización y actitudes liberalizadoras, influenciadas considerablemente por los medios modernos de comunicación. Además, esta actividad sexual está ocurriendo en medio de una pandemia del VIH, afectando desproporcionalmente a adolescentes y adultos jóvenes.

Como la gente joven tiende a no utilizar los servicios de salud reproductiva existentes, se necesita un abordaje especial para atraer, servir y retener a los clientes jóvenes. Desde el punto de vista de la gente joven, ellos/as se enfrentan a muchas barreras para utilizar los servicios, incluyendo leyes y políticas, que restringen su acceso a servicios económicamente razonables e información útil, vergüenza al ser vistos en las clínicas, miedo a que no haya confidencialidad, y preocupación que el personal pueda ser hostil y prejuiciado. Existen también barreras operativas, como horarios de atención inconvenientes, escasez de transporte, y un alto costo de los servicios.

Muchas de estas barreras se pueden remover por programas especiales para la gente joven. Tal vez la medida más importante, que cualquier programa de salud reproductiva para adultos jóvenes puede implementar, es la selección, capacitación y supervisión del equipo, que trabajará con los adolescentes, poniendo mayor énfasis en la actitud y el respeto hacia la gente joven, así como en el desarrollo de habilidades interpersonales para promover una buena comunicación proveedor-cliente. Otras características de los proveedores, que los programas deben tomar en cuenta, abarcan un énfasis en la privacidad y confidencialidad, el tiempo adecuado para la discusión y la disponibilidad de jóvenes capacitados como una opción de consejería.

Para la atención clínica, las características que los programas pueden establecer o adaptar incluyen espacios separados u horarios especiales sólo para clientes adoles-

centes, horas convenientes, ubicaciones accesibles, espacio adecuado con suficiente privacidad y entorno confortable. Un aspecto clave de cualquier diseño de un programa “amigable” para jóvenes es el involucramiento de gente joven, para que ayude a determinar los rasgos, que mejor se relacionen con sus necesidades y nivel de comodidad. Algunas de estas características de diseño se refieren a: atender a los clientes sin cita previa, reducir las aglomeraciones y tiempos de espera, establecer tablas de pago razonables, desarrollar actividades publicitarias y de captación, que informen efectivamente al público joven potencial, abordando a los hombres como compañeros y como clientes, y asegurar que la mayoría de los servicios necesarios estén disponibles en el sitio y que se tenga un buen sistema de referencia para los servicios que no se ofrecen. Se puede pensar en mucho más ajustes, aunque tal vez menos importantes, como la disponibilidad de material educativo útil, discusiones en grupo y opciones de consejería, posposición del examen pélvico, y alternativas de servicios extramuros.

Se han desarrollado diferentes modelos de programas a fin de incluir características “amigables” para jóvenes en la atención clínica. Anteriormente, los programas generalmente se dirigían a la atención prenatal y post-parto, en parte porque las adolescentes embarazadas se presentaban a solicitar servicios. Estos programas enfatizaban la utilización de personal especialmente capacitado para trabajar con mujeres jóvenes, con énfasis en mejorar la nutrición, fomentar la lactancia materna, y brindar anticonceptivos para posponer el próximo embarazo. Los hallazgos limitados de las evaluaciones muestran resultados y efectos que van desde un incremento de los controles prenatales, mayor duración de la lactancia materna, tasas más bajas de morbi-mortalidad infantil, y tasas más altas del uso de anticonceptivos después del parto. Los programas nutricionales especializados para las adolescentes embarazadas resultaron en el mejoramiento de los resultados del nacimiento. Se desarrollaron también programas de atención post-aborto para adolescentes, que mostraron un incremento del uso subsecuente de anticonceptivos y un decremento de las tasas de aborto.

Más desafiantes son los programas diseñados como preventivos, primero porque los proveedores dudan al atender a personas solteras y segundo porque la gente joven se tiene que informar sobre sus necesidades y convencerse que los servicios los tratarán responsable y respetuosamente. Algunos programas que intentaron organizar un paquete de características “amigables” para jóvenes, se establecieron como modelos y así se evaluaron. Los resultados son variados, aunque en su mayoría positivos, incluyendo un incremento en el número de clientes jóvenes y un mayor uso de anticonceptivos en este grupo.

Surgieron nuevos esfuerzos que llevan los servicios donde la gente joven está estudiando, trabajando y socializando. Las escuelas y fábricas se convirtieron en lugares informales para brindar algunos servicios, mientras los promotores, a menudo jóvenes, llevan el servicio al mercado, al campo de deporte y los lugares de reunión en las comunidades. Las farmacias y las actividades de mercadeo social están empezando a dirigirse a los adultos jóvenes, como consumidores de productos de salud reproductiva. Líneas de emergencia, medios masivos y otras formas de comunicación, ayudan a brindar información, motivación y referencias de lugares donde se brindan estos servicios.

Sin embargo, persisten muchos obstáculos para brindar servicios amigables a la juventud. Proveer a la gente joven con atención en salud reproductiva es todavía un asunto sensible en muchos lugares. A menudo la actitud de los proveedores refleja

esta preocupación social, y se pueden resistir a atender a la gente joven o, si los servicios están establecidos, se muestran insensibles a las necesidades de los adolescentes. Se requieren gastos y ajustes para volver los servicios atractivos y relevantes para adolescentes; algunas veces implica cambios y gastos más allá de la capacidad instalada. Finalmente, las leyes y las políticas siguen siendo restrictivas o ambiguas, dificultando protocolos claros de atención a la juventud. Sin embargo, aunque sea un desafío, muchos de estos obstáculos se pueden superar con un compromiso institucional fuerte, una selección y capacitación cuidadosas del equipo de atención y la reasignación de recursos.

Debido a la importancia de capacitar a los prestadores de servicios, hay mayor disponibilidad de material curricular y de actividades de capacitación. Se está poniendo mucho énfasis en la interacción proveedor-cliente, especialmente a través de mejorar las habilidades de consejería de aquéllos que trabajan con la gente joven. Este incremento en las actividades de capacitación es un buen augurio para el futuro, ya que se dirige a la variable clave para el abordaje de las necesidades de los clientes.

Mientras está creciendo la atención a las habilidades del proveedor y el abordaje, muchos otros aspectos de la atención clínica, que podrían hacerse más amigables a la juventud, se han mantenido sin cambios. En parte, porque se necesita más información sobre cómo varias características de los programas afectan la satisfacción del cliente y los resultados de la salud reproductiva. Al tener mayor disponibilidad de estas evaluaciones, los planificadores de programas pueden diseñar e implementar servicios más efectivos.

En el futuro la atención se debe dirigir al ambiente político, el cual se mantiene hostil o poco conducente a la accesibilidad de servicios para la juventud. Esto depende en parte de mejores campañas públicas de educación, para apoyar la reforma de políticas públicas sobre asuntos de la salud reproductiva de adolescentes. Educación pública, especialmente al nivel de la comunidad, conlleva un beneficio adicional – apoyo a los recién establecidos programas amigables para la juventud, que atraerán, servirán y retendrán mejor a los clientes jóvenes que necesitan sus servicios.

I. DIMENSIONES DEL DESAFIO

A. *¿Por qué los y las adolescentes necesitan servicios especializados?*

Ver a los y las adolescentes como un grupo específico con sus propias necesidades es una práctica relativamente nueva, especialmente en el mundo en vías de desarrollo. En el pasado no se esperaba que las personas jóvenes, solteras necesitaran servicios de salud reproductiva (SR). Si las mujeres jóvenes – no importa que tan jóvenes – se casaban, recibían el mismo servicio que las mujeres mayores, excepto que nadie asumía que la mujer joven necesitara prevención contra el embarazo. La mayoría de las sociedades de los países en desarrollo esperaban que las mujeres tuvieran sus hijos inmediatamente después del matrimonio.

Cambios sociales significativos, que en cierto grado afectan a la sociedad en su totalidad, motivaron a los planificadores de programas y administradores a pensar en servicios especializados para el grupo de edad de adolescentes o adultos/as jóvenes. Algunos de estos cambios se relacionan con la ampliación de oportunidades para mujeres, quienes asisten a la escuela por más tiempo y entran a la fuerza de trabajo en mayor número. La edad para casarse ha aumentado en la mayoría de los países. Combinado con una edad más temprana de la menarca, estos años crean un período de tiempo más largo en el que las mujeres jóvenes permanecen solteras y pueden embarazarse. La actividad sexual, durante este lapso de soltería, se ha incrementado, por influencia de otros cambios sociales, como la urbanización y los medios masivos de comunicación, creando así una mayor necesidad de atención en SR.

Otra razón para darle un énfasis prioritario a la SR de este grupo, es el incremento alarmante de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Los jóvenes están contrayendo ITS más allá de la desproporcionalmente. En particular, las mujeres jóvenes representan el grupo con el más rápido crecimiento de nuevas infecciones de VIH.¹

En muchos países, la adolescencia, o el tránsito a la edad adulta, se está convirtiendo en una etapa de desarrollo más definida. Al mismo tiempo existe un mayor entendimiento de las necesidades biológicas, psicológicas y de salud de este grupo de edad. Los aspectos biológicos específicos de la adolescencia se aplican de igual manera a jóvenes casados y solteros, especialmente en mujeres jóvenes. Por ejemplo, un crecimiento incompleto del cuerpo puede causar problemas durante el embarazo y el parto entre las adolescentes muy jóvenes.² Además, a causa de la inmadurez del sistema reproductivo e inmune, las mujeres jóvenes son más susceptibles a la transmisión del VIH.¹

El comportamiento adolescente, el ansia de experimentación y de correr riesgos, vuelve más vulnerables a las personas jóvenes al embarazo y a las ITS. Los jóvenes desean intentar nuevas cosas, incluyendo actividades sexuales, sintiéndose a menudo invulnerables a las consecuencias negativas. Otras razones psicosociales, especialmente para las adolescentes, las coloca en un riesgo más alto: desean complacer, tienen dificultad de rechazar los avances o propuestas y necesitan brindar favores sexuales para satisfacer otras necesidades variadas, como por ej. el dinero para la escuela. Finalmente, está surgiendo evidencia, que indica, que el abuso sexual es un problema mayor para adolescentes en todo el mundo, con efectos sobre la salud reproductiva y sexual de los y las jóvenes adultos/as.

Para adolescentes, preocupaciones por su sexualidad y SR son nuevas en sus vidas. De hecho, el aspecto biológico definitivo de la adolescencia es el proceso de alcanzar la madurez sexual y reproductiva. Debido al rechazo de la mayoría de las sociedades al abordaje directo del tema, no es sorprendente que la gente joven vea estos nuevos sentimientos y necesidades con alguna conmoción – y que se muestren recelosos acerca de dónde buscar las respuestas.

Además, generalmente adolescentes están sanos y no ven la salud como un asunto que requiera de una oferta de servicios.³ En muchos países en desarrollo en donde la salud curativa es la forma predominante, es común darle baja prioridad a la salud preventiva. Ultimamente la prevención del embarazo no deseado y de las ITS han ganado mayor interés – pero principalmente para personas mayores y casadas.

Los y las adolescentes se enfrentan al miedo, a preocupaciones y poca comprensión sobre sus propias necesidades. Por lo tanto, preguntar o buscar orientación y servicios es muy difícil, y ellos tienden a evitar la atención necesaria (ver la sección II.A., adelante). Cualquier programa, que espera servir a la gente joven, debe tener en cuenta estas múltiples realidades psicológicas y físicas. El programa debe diseñar servicios, que atraigan a gente joven, a la vez que se les asegura que serán bien tratados y que se abordarán sus necesidades. Este reto se ha vuelto prioritario, en vista de las dramáticas consecuencias que pueden tener las ITS y los embarazos no deseados en el futuro de los jóvenes.

B. ¿Cuáles son los servicios que necesitan los y las adolescentes?

Adolescentes en general experimentan una época relativamente saludable de sus vidas, habiendo sobrevivido las vulnerabilidades y enfermedades de la infancia y niñez. Por otro lado están atravesando una fase que conlleva dramáticos cambios físicos y emocionales, así como nuevos riesgos. El avance hacia mayor independencia y toma de decisiones junto con la experimentación de nuevos estilos de vida y actividades, crea una gama diferente de riesgos para la salud, más estrechamente relacionados con el comportamiento. Los accidentes se incrementan dramáticamente en este grupo de edad; el fumar y el uso de drogas se inician típicamente en la adolescencia y adultez temprana, aunque las consecuencias de este comportamiento para la salud se pueden manifestar más adelante.²⁴

Sin embargo, el evento definitivo de la adolescencia es la maduración reproductiva. La capacidad de reproducirse así como el interés y la actividad sexual que forman la base de esta función biológica, son universales en todas las sociedades, aunque las diferentes culturas y épocas han desarrollado diferentes formas de manejar la actividad sexual y encauzarla hacia un comportamiento socialmente aceptable. Este comportamiento usualmente significa abstinencia sexual hasta que los individuos entren en uniones socialmente aceptadas. Con el incremento de la actividad sexual entre jóvenes solteros y la emergencia de la pandemia del VIH/SIDA, los retos de salud se han incrementado. Al mismo tiempo se han desarrollado mejores sistemas de salud, se han mejorado los métodos para prevenir el embarazo y las ITS y se han mejorado los sistemas de comunicación para transmitir información vital. Sin embargo, a causa de la incomodidad social de aceptar la realidad de la actividad sexual en la adolescencia, hay una falta de voluntad para poner estos servicios a la disposición de la gente joven que la necesita.

Debido a los rápidos cambios, que experimentan los y las adolescentes, existe una necesidad de servicios de educación y consejería, especialmente relacionados con desarrollo y maduración, sobre relaciones de chicos – chicas, toma de decisiones sobre sexo, aspec-

tos de género, abuso y explotación sexual, negociación sobre sexo y anticoncepción, uso de métodos anticonceptivos y opciones en el embarazo al darse éste.

Los servicios de salud necesarios incluyen prevención, tratamiento y servicios de seguimiento. Aunque para la mayoría de las clínicas de los países en desarrollo es utópico ofrecer todos los siguientes servicios de SR, un conjunto integral debería incluir:

- consejería y educación sobre sexualidad y SR (como arriba mencionado)
- examen físico, incluyendo examen pélvico y del mamas para las mujeres y de los testículos para los hombres
- pesquiasaje del cáncer cérvico-uterino (ej.: análisis citológico Pap)
- pesquiasaje de ITS, consejería y tratamiento
- examen de VIH y consejería
- elección de un método de anticoncepción y seguimiento
- prueba de embarazo y consejería sobre las opciones
- servicio de aborto (donde sea legal) y atención post-aborto
- atención prenatal y de post-parto
- programa de niño sano
- servicios nutricionales¹⁷

En los países en vías de desarrollo, la mayoría de las clínicas o prestadores de servicios tienen que limitar la gama de servicios prestados. Por ello es importante para las clínicas valorar cuidadosamente el perfil de salud y las necesidades de su población meta específica, para determinar las prioridades del servicio. Además, debe acordarse un sistema de referencia y contrarreferencia para cubrir las necesidades que no se pueden incorporar en una clínica en particular.

Adicional a la definición de un paquete mínimo de atención, los prestadores deben reconocer las diferencias entre la gente joven (género, edad, cultura, etnia) y estar preparados para ajustar sus servicios de acuerdo a estas diferencias. Deben ser sensibles a los y las adolescentes con necesidades especiales, particularmente la juventud marginada y de difícil accesibilidad. Esta “sub-población” de gente joven tiende a desarrollar comportamientos, que la exponen a un mayor riesgo para el embarazo, ITS e infección por el VIH. Entre las sub-poblaciones están las siguientes:

- jóvenes que abandonaron el colegio
- jóvenes de la calle
- jóvenes en casas de adopción, en hogares y otras instituciones
- jóvenes drogadictos, alcohólicos o ambos
- jóvenes víctimas de abuso sexual
- jóvenes homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales
- trabajadores comerciales del sexo
- jóvenes con discapacidad mental y física¹⁷

Otro grupo, que a menudo se descuida y no se le prestan servicios especializados, son los jóvenes casados. Se asume, que los miembros de este grupo son adultos, aunque sus necesidades físicas y emocionales se asemejan más a la etapa de la adolescencia. Se supone con demasiada frecuencia, que ellos van directamente a la maternidad / paternidad, no importando que tan jóvenes o que tan preparados estén biológica o socioeconómicamente. Se ha reconocido la importancia del servicio especializado para retrasar el

primer embarazo y para responder a otras necesidades para este grupo, especialmente en las culturas donde el casamiento se da a edades tempranas.

C. ¿Cómo se pueden llevar servicios a los y las adolescentes?

Cuando se piensa en servicios de salud, usualmente, se piensa en ofrecerlos en un sitio fijo, adonde los clientes llegan para ser atendidos. Este modelo es todavía dominante en los hospitales, clínicas y centros de salud, en virtualmente todas partes del mundo y es típicamente la más desarrollada por el sector de salud pública. Debido a que esta infraestructura ya está disponible, existe una urgencia práctica de considerar cómo estos servicios se pueden adaptar para atraer y servir mejor a la clientela joven.

Sin embargo, un número cada vez mayor de canales y modalidades se han demostrado exitosos (real o potencialmente) en prestar servicios de SR a la juventud. Algunas modalidades parecieran lograr sus objetivos más exitosa y eficientemente, que los servicios en lugares fijos. En una comparación de servicios en sitios fijos y por trabajo extramuros por otros jóvenes (pares) en México, por ejemplo, una evaluación encontró, que el Programa Juvenil Comunitario de Pro-superación Familiar Neolonesa (PSFN), fue más efectivo en alcanzar sus objetivos, con menos costos, que los Centros Integrados de la Juventud. En el primero, PSFN trabajó con adultos jóvenes capacitados y consejeros comunitarios como promotores para brindar educación sexual, información sobre planificación familiar y referencias para anticonceptivos para los jóvenes. El Centro Integrado de la Juventud combinó la educación y los servicios de planificación familiar con consejería, tutoría académica y actividades recreativas en un ambiente fijo.⁴ Programas de promotores son creativos en identificar y captar jóvenes en una variedad de lugares, donde ellos se reúnen, incluyendo centros de compras, paradas de buses, “la calle”, sitios de recreo, eventos deportivos, comercios de comida rápida y otros lugares de comida y bebida.⁵

Las clínicas grandes, a veces, están localizadas en áreas inconvenientes para jóvenes. Un proyecto implementado por la Asociación de Salud Reproductiva y Familiar (ARFH) en Nigeria abordó ese problema estableciendo clínicas satélites en espacios donados por la comunidad en localidades, donde se encuentran grandes cantidades de estudiantes y jóvenes que abandonaron la escuela.⁶ Las clínicas ligadas a escuelas son otra forma de llevar los servicios a los lugares donde un gran número de jóvenes pasa el tiempo. Modelos en centros de trabajo se han hecho cada vez más comunes, desde que los empleadores entendieron los beneficios de una fuerza de trabajo saludable y de la posposición del embarazo en las empleadas jóvenes.⁵

Otros modelos para la captación de jóvenes incluyen el uso de una unidad móvil con la distribución comunitaria y el mercadeo social, el cual hace uso efectivo de los medios masivos y otras formas de comunicación, que ayudan a llegar a los jóvenes, con información y material motivador, junto con métodos (anticonceptivos) disponibles en ubicaciones convenientes, tales como bares, tiendas, kioskos, y centros comunitarios. Droguerías y farmacias pueden servir también como puntos de distribución para información y métodos, tanto como parte de una campaña de mercadeo social o individual y comercialmente. Líneas de emergencia, programas radiales con participación telefónica de la audiencia, dramas populares y otras estrategias de comunicación pueden ayudar a brindar información sobre aspectos de SR y los servicios disponibles.

Asociarse con agencias ya existentes, que atienden a la juventud, es una forma de captar un número significativo de jóvenes ya organizados en programas y actividades. En Africa,

un proyecto de educación para la vida familiar (aunque no ofrecía servicios) se implementó por la Asociación de Boy Scouts de la Región de África que opera en 29 países⁷. El programa, sin embargo, demostró ser más desafiante de lo pensado y se quedó corto en objetivos y actividades de expansión anticipadas.⁸ Un modelo aparentemente más exitoso se realizó por la Federación Internacional de Paternidad Planificada (IPPF) en seis países, Juventud para la Juventud, trabajó con una variedad de organizaciones no gubernamentales (ONG's) que llegaban a los jóvenes en villas miseria, prisiones, escuelas y en el ejército, y a aquellos que ya eran padres.^{9, 10, 11}

Todos estos enfoques pueden y deben considerar formas de prestar servicios más accesibles y amigables para sus clientes o participantes jóvenes. Aunque se tomaron en primer lugar de experiencias con servicios clínicos, debido a que la mayoría de las evaluaciones sobre prestación de servicios documenta este modelo, las características amigables para la juventud descritas en el próximo capítulo son aplicables a diseño y forma de atención de todos los proyectos de servicios para jóvenes. Las características clínicas son más detalladas y numerosas que las que adoptarían otros modelos, pero incluyen asuntos esenciales para todos los demás.

La tarea de dar capacitación especial a aquéllos, que interactúan con jóvenes es altamente relevante para cualquier enfoque. Esta preparación tiene que subrayar el papel esencial del proveedor en asegurar la confianza, privacidad y confidencialidad, aspectos críticos para la gente joven. Otro desafío importante es asegurar que el servicio sea accesible para jóvenes. Finalmente y universal para todos, está el desafío de identificar y responder a aquellas necesidades, que los y las adolescentes tienen de servicios de SR, de manera, que la oferta – por cualquiera de estas estrategias – sea relevante, sensitiva e importante para sus vidas. Incluir a la juventud directamente en la determinación y oferta de servicios, ayudará a asegurar, que se alcancen estos objetivos.

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA LA JUVENTUD

A. ¿Por qué los y las adolescentes evitan los servicios existentes?

Los y las adolescentes evitan usar los servicios de salud reproductiva existentes por una variedad de razones, incluyendo restricciones políticas, barreras operacionales, escasez de información y sentimientos de incomodidad. Los principales impedimentos para el acceso y uso de los servicios por adolescentes son los siguientes:

Restricciones políticas

Las leyes en muchos países restringen el acceso a cierto tipo de servicios de salud (incluyendo el acceso a productos específicos) de acuerdo a la edad, estado civil, o ambos.¹² Los servicios de SR a menudo discriminan a los jóvenes, al exigir a veces una edad mínima o el consentimiento de los padres. Aún cuando la ley no especifica restricciones, los servicios de salud, el personal de salud y otros proveedores (ej. farmacias) a veces establecen sus propias políticas, que impide o disminuye el acceso de los adolescentes. Estas situaciones se dan más frecuentemente cuando las leyes o las políticas no son claras o no se aplican por igual.

Barreras operacionales

Aún cuando las clínicas u otros programas de servicio no intentan excluir a los clientes adolescentes de sus servicios, las políticas operacionales o las características de la clínica pueden inadvertidamente contribuir a reducir el acceso. Algunas barreras son:

- Horas de atención inconvenientes^{12, 13, 14, 15, 16, 17}
- Escasez de medios de transporte convenientes^{12, 13, 16, 17, 18, 19}
- Altos costos del servicio^{12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}

Escasez de información

Los jóvenes están en proceso de aprender nueva información sobre su emergente sexualidad y desarrollo. A menudo sus amigos son las fuentes de información. Estos jóvenes tienden a ser poco informados – o aun desinformados – sobre estos temas. Las situaciones típicas que ocasionan barreras adicionales a los servicios, son por ejemplo:

- Un pobre entendimiento de los cambios de su cuerpo y sus necesidades²⁴
- Insuficiente consciencia sobre el riesgo de embarazo e ITS^{17, 25}
- Poco conocimiento sobre los servicios disponibles^{3, 20, 26, 27}
- Escasa información sobre la ubicación de los servicios de SR^{16, 24}

Sentimiento de incomodidad

Tal vez la explicación más frecuente sobre la razón, por qué los jóvenes evitan las clínicas y proveedores de servicios, es su incomodidad con las condiciones de la clínica o las actitudes del personal, reales o percibidas. Esta percepción puede resultar de su propia experiencia, información de segunda mano de sus amigos, o la reputación general de los servicios. A continuación se enumeran preocupaciones mencionadas por jóvenes como razones por las cuales no buscan la ayuda de los servicios de SR:

- La creencia, que los servicios no están dirigidos a ellos^{23, 26, 28}
- La preocupación que el personal será hostil y prejuicioso^{12, 13, 14, 15, 16, 21, 24, 25, 28}
- Miedo a los procedimientos médicos y métodos anticonceptivos, incluyendo los efectos colaterales^{12, 17, 18, 20}
- Preocupación sobre la poca privacidad y confidencialidad^{12, 17, 18, 20, 23, 25, 28,29}
- Miedo que sus padres puedan enterarse de su visita^{17, 18, 23, 25, 30}
- Vergüenza por necesitar o desear servicios de SR^{13, 16, 17, 20, 23, 28, 29}
- Vergüenza, especialmente si la visita se da a consecuencia de coerción o abuso³¹

B. ¿Qué es lo que los y las jóvenes dicen sobre lo que quieren?

Las características preferidas de la prestación de servicios de SR por los y las jóvenes pueden depender del tipo de cliente o de la naturaleza de la visita. Por ejemplo, los jóvenes dan importancia variada³² al hecho de tener un horario especial para adolescentes o una ubicación aparte. Pero aun donde no se prioriza el horario especial en la elección de una clínica, como se vio en un estudio realizado en EEUU, adolescentes vírgenes o que estaban a menos de dos meses de haber tenido su primera relación, preferían inscribirse en una clínica con horario especial para jóvenes.³² En Jamaica se encontró, que una clínica nocturna especial para jóvenes atraía muchos clientes, que acudían por primera vez.³³ Se recomienda este servicio separado como necesario, especialmente para jóvenes en riesgo, a fin de superar su resistencia a usar los servicios tradicionales del sistema de salud.³⁴

En vista de las diferencias culturales y de otra índole entre jóvenes, es importante preguntar específicamente al grupo meta escogido sobre sus preferencias de servicio. Abajo hay ejemplos de lo que expresaron grupos seleccionados de jóvenes en diferentes ambientes, sobre sus preferencias en cuanto a las características de los servicios:

- En un estudio caribeño, los jóvenes propusieron como ideal un centro donde se ofrezcan muchos servicios, que esté abierto por las tardes y noches, con consejeros confiables, con empatía y conocimientos, y que no “parezcan clínicas”.²⁹
- En un Centro de Información para la Juventud, como parte de un proyecto piloto de la Asociación de Paternidad Planificada de Sudáfrica, los jóvenes identificaron como los factores más importantes para elegir una clínica, la actitud del personal (95%); el ambiente (características como ubicación, decorado y atmósfera) (89%); métodos anticonceptivos (85%); y horario de atención (81%).³⁵
- De acuerdo a un estudio sobre el acceso de adolescentes a información y servicios de SR en Nicaragua y Kenia, los investigadores reportaron, que los jóvenes desean servicios confidenciales (preferiblemente fuera de su localidad); buen trato humano (incluyendo confiabilidad, prestadores no punitivos, que se especialicen en tratar con jóvenes); y consejería vinculada a servicios y centros especializados para jóvenes.²⁵
- De acuerdo a investigaciones con adolescentes en Africa, Asia, Latinoamérica y el Caribe, El Centro Internacional de Investigación de la Mujer recomienda que los servi-

cios de SR sean privados, confidenciales, razonables en costos y accesibles. Estas clínicas deben contar con un personal sensible.³⁶

- En un estudio en EEUU sobre la percepción de los adolescentes acerca de su decisión de buscar atención médica en general, catorce de los quince primeros criterios correspondieron al prestador. Seis de éstos se relacionaban con factores interpersonales como honestidad, respeto y confidencialidad. Cuatro de las primeras características se refirieron al control de infecciones (mostrando la preocupación de los adolescentes sobre la transmisión del VIH).³⁷
- En una clínica para jóvenes en EEUU, la razón más importante reportada por los jóvenes para su primera visita fue, que la clínica era sólo para jóvenes y que el servicio era gratis. Otro factor importante era el horario y la ubicación convenientes, un personal amistoso, una clínica usada por sus pares, y la confidencialidad.³⁸

C. ¿Qué son servicios amigables para la juventud?

En pocas palabras, servicios son amigables para la juventud, si tienen políticas y atributos que atraen a la juventud al servicio o a los programas, si tienen un ambiente cómodo y apropiado para dar servicio a jóvenes, si satisface sus necesidades y son capaces de retener su clientela para seguimiento y futuras visitas. Algunas de las adaptaciones y complementos necesarios para hacer los servicios amigables a la juventud se han identificado por los adolescentes mismos. Otras características se agregaron por profesionales, incluyendo algunas, que se implementaron y evaluaron como parte de un esfuerzo general de brindar un servicio efectivo en SR para la juventud.

Aunque la mayoría de las siguientes características están basadas en un ambiente clínico, muchas de ellas se pueden aplicar de igual manera a programas, que ayudan a los jóvenes en cualquier ambiente y con cualquier enfoque. Los servicios de salud en particular que esperan atraer, servir y retener a clientes adolescentes, deben considerar una serie de ajustes y complementos. Esto se refiere a las características de los proveedores, de los servicios y del diseño. Algunas adaptaciones son menores y otras más extensas. Además, algunos cambios, pueden variar en importancia según el público meta, lo que subraya la importancia de hacer una evaluación de las necesidades antes de seleccionar los cambios. Lo ideal es mantener a los jóvenes involucrados, ya que las sugerencias para cambios continuos son importantes durante la toda evolución del proyecto.

Características del proveedor

Personal especialmente capacitado

Tener un equipo especialmente capacitado para trabajar competente y sensitivamente con jóvenes, se considera a menudo la condición más importante para establecer servicios amigables para la juventud.^{20, 26, 39 40 41 42} Las habilidades adquiridas deben incluir familiaridad con la fisiología y el desarrollo del/la adolescente, así como opciones médicas apropiadas de acuerdo a la edad y madurez.⁴³ Al menos tan importante es la habilidad de establecer relaciones interpersonales, de manera que los jóvenes se sientan bien y puedan comunicar cómodamente sus necesidades y preocupaciones.^{12, 18, 23, 28, 30, 41} A veces este objetivo se alcanza cuando el proveedor tiene una edad aproximada y/o es del mismo sexo que el cliente. La habilidad de comunicarse fluidamente en el lenguaje que habla la gente joven que llega a una clínica en particular, es también importante.⁴⁴ Además del personal médico y de consejería para adolescentes, los demás miembros del personal deben ser positivos hacia estos clientes y mostrar interés por las preocupaciones especiales de los jóvenes. Particularmente importante son la actitud y el desempeño de la recepcionista, quien es típicamente el primer punto de contacto para la persona joven.^{41, 42} Se deben ofrecer cursos de refrescamiento para mantener al personal informado y actualizados en sus habilidades.⁴²

Respeto a los jóvenes

Aunque el respeto se puede promover en un ejercicio de capacitación, algunos proveedores arrastran prejuicios profundamente arraigados en contra de la actividad sexual de los y las adolescentes o encuentran difícil relacionarse con ellos de una manera respetuosa. En vista de esta realidad, los administradores de las clínicas deben considerar estas actitudes cuidadosamente, a la hora de seleccionar al personal a capacitarse o a aquéllos que trabajan – o supervisan al personal que trabaja – con jóvenes.^{18, 22, 41, 42, 45}

Privacidad y confidencialidad

La privacidad y confidencialidad califican extremadamente alto entre jóvenes.^{13, 20, 23, 37, 46, 47 48} Las sesiones de consejería y los exámenes se deben dar en privado; los jóvenes deben sentirse confiados, que sus preocupaciones importantes y sensibles no se cuenten a otras personas. Un temor común de los y las jóvenes es, que la enfermera le contará a sus madres, que llegaron a la clínica para recibir atención de SR.²⁵

Tiempo adecuado para la interacción entre el proveedor y el cliente

Gente joven tiende a necesitar más tiempo que los adultos para abrirse y revelar preocupaciones muy personales.²³ Normalmente llegan a las clínicas con un temor considerable, a menudo con la preocupación de estar embarazadas, y requieren que se les tranquilice y se les anime activamente a hablar libremente.^{12, 46} Se necesita tiempo para sacar a flote los mitos (por ej. que las muchachas no pueden quedar embarazadas en la primera relación sexual), para discutir y disiparlos.⁴⁴ En la medida posible, médicos y consejeros deben de reservar desde un inicio más tiempo para los clientes jóvenes que para los adultos.²⁰ Además de responder a las preocupaciones, los proveedores deben ser capaces de responder preguntas sobre la imagen del cuerpo y su desarrollo, sexo, relaciones, negociación sobre sexo y el uso del condón, así como explicar claramente las opciones de métodos anticonceptivos, sus posibles efectos colaterales y su administración; esta discu-

sión es crucial para que los clientes adolescentes utilicen los anticonceptivos correcta y continuamente.⁴⁹

Consejería a través de jóvenes (pares)

Las evidencias muestran que muchos jóvenes prefieren hablar con sus iguales (pares) sobre ciertos aspectos sensibles^{50 51} (aunque también tienden a creer que los profesionales de la salud *saben más* sobre los aspectos técnicos). Por lo tanto es productivo, tener consejeros jóvenes como alternativa o complemento de algunos aspectos de consejería.⁴² Un estudio en EEUU mostró en un ambiente clínico que consejeros jóvenes capacitados (edades 17-18) promovieron el uso correcto de anticonceptivos entre jóvenes con experiencia sexual con más éxito, que las enfermeras jóvenes (edades 26-29) en sus esfuerzos de consejería.⁵²

Características de los servicios de salud

Espacio separado y horario especial

El espacio separado, el horario especial o ambos parece más importante para ciertos clientes como adolescentes jóvenes, usuarios por primera vez, clientes sexualmente inactivos y jóvenes marginados, que desconfían de los servicios oficiales de salud.^{12, 18, 30, 33, 34, 38, 41} Un servicio separado puede también facilitarle al proveedor la implementación exitosa de características amigables para la juventud.^{18, 11, 41} Antes de considerar un ajuste especial de este tipo, debe realizarse una evaluación profunda de las necesidades en un grupo diverso de clientes potenciales.

Horario conveniente

Es fundamental para la captación efectiva, tener la clínica abierta a horas en que los y las jóvenes pueden asistir sin problemas.^{13, 24, 27, 29, 40, 48, 53} Este horario comprende el final de la tarde (después del colegio o trabajo), las noches y fines de semana.^{42, 54} Mientras los jóvenes, que necesitan el servicio con urgencia, puedan estar dispuestos a dejar el colegio o el trabajo para asistir a la clínica, aquéllos que necesitan servicios preventivos, pero no están conscientes de cuan importantes son, están menos dispuestos a pedir permiso y ausentarse del colegio o trabajo.

Ubicación conveniente

Los servicios existentes no pueden cambiar esta variable, pero los nuevos proyectos pueden considerar la ubicación, al determinar el lugar del servicio.^{13, 18, 11, 48, 55} Los jóvenes a veces expresan el deseo de salir de sus vecindarios, para evitar que sus familiares y vecinos se den cuenta.^{13, 25, 42} Al mismo tiempo los jóvenes no quieren o no pueden viajar lejos para llegar al lugar del servicio. En cualquier caso, la ubicación debe estar en un lugar seguro e, idealmente, debe ser accesible en transporte público.⁴¹

Espacio adecuado y privacidad suficiente

El espacio adecuado es necesario para asegurar que la consejería y el examen pueden llevarse a cabo en privacidad.⁴² Esta necesidad requiere cuartos separados, cerrados con puertas, y políticas que no permiten interrupciones e intrusiones. Un estudio proveedor-cliente joven en Zimbabwe mostró que, aunque la consejería se realizaba en un cuarto separado, en la mayoría de las clínicas (92%), la gente podía escuchar el 23% de la sesión y podía ver lo que sucedía en el 32% de las sesiones. Más de un tercio (36%) de las sesiones fueron interrumpidas por otros miembros del personal.⁴⁶

Entorno agradable

El ambiente del servicio puede variar en importancia y detalles con la población meta específica a atender. En general la gente joven prefiere un ambiente cómodo, que tenga afiches o una decoración, que se relacione con sus gustos o intereses, y no presente un ambiente ultra sanitario.^{30, 41} En Chile, los planificadores de un programa convirtieron un grupo de viviendas en clínicas. Para mantener un ambiente “no – médico” en la clínica, los proveedores de los servicios de salud vestían con ropa de calle, en vez del blanco de los médicos.⁵⁶

Características del Diseño del Programa

Involucramiento de los y las jóvenes en el diseño y retroalimentación continua

Un principio fundamental en el diseño de servicios amigables a la juventud es asegurar la participación de los jóvenes en identificar sus necesidades y preferencias para satisfacer estas necesidades.^{22, 23, 42, 57, 58} Algunas características como privacidad, confidencialidad y trato respetuoso, son casi siempre de primera prioridad. Otros rasgos como la separación de las clínicas de otros servicios y la importancia de la consejería a través de pares, pueden variar de acuerdo a la cultura dominante o las normas específicas de la población meta. Además de crear un ambiente más adecuado para satisfacer sus necesidades, involucrar a los jóvenes en el diseño del programa y la retroalimentación continua realizará su espíritu de “apropiación” del programa. Esta sensación de apropiación motivará a los jóvenes a captar a sus amigos/as y a recomendar los ajustes necesarios.^{17, 59}

Buena acogida a clientes espontáneos y entrega rápida de citas

Debido a que los y las adolescentes viven el presente y raramente planean por adelantado, la posibilidad de recibir el servicio sin cita previa puede incrementar su acceso.^{17, 22, 24, 41, 50, 53, 60} Si se rechaza a un/una adolescente y se le pide regresar en otro momento, o si el/la adolescente debe esperar varias semanas para la cita, se incrementa significativamente la probabilidad que el cliente potencial no regrese. Con gente joven es preciso “aprovechar la oportunidad”, cuando muestran interés de recibir servicios de SR. Un programa en Estados Unidos basó su éxito en el servicio a jóvenes, recortando drásticamente el tiempo de espera para las citas. El abordaje “Tú Primero” da prioridad a los y las jóvenes en planificación familiar, garantizando una cita dentro de las próximas 48 horas.⁶¹

Sin amontonamiento de gente y con tiempos cortos de espera

Tener que esperar mucho tiempo para ser atendido en una clínica, particularmente con la posibilidad que algún conocido lo puede ver allí, es poco atractivo para el cliente adoles-

cente.^{17, 29, 41} Jóvenes pueden decidir en contra de la espera desde un inicio, pero si la soportan, esta situación será una barrera para que regresen. Esta experiencia muy probablemente se cuenta a los amigos – clientes potenciales – y da una mala reputación al servicio, alejando a futuros clientes.

Precios accesibles

Los costos pueden ser una barrera significativa para el/la cliente adolescente potencial. Debe diseñarse una tabla de precios, de manera que los servicios sean gratis o accesibles. Se puede establecer una escala gradual, incluyendo, posiblemente, opciones de crédito y pagos flexibles.^{17, 22, 27 11, 38, 41} Algunos estudios han demostrado que adolescentes desean pagar *algo* por los servicios, de lo contrario no valorarán lo que se les provee.^{12, 25}

Publicidad y captación informativa y atractiva para la gente joven

Los adolescentes no sólo deben saber que existen las clínicas y otros programas y donde están localizados, deben saber también qué servicios se ofrecen.^{13, 19, 24, 34} Es importante que se les afirme, que ellos son bienvenidos y que serán atendidos respetuosa y confidencialmente.^{13, 17, 19} Esta información se puede dar a conocer como parte del trabajo comunitario o como una campaña de movilización. En este esfuerzo, los programas explican sus servicios a la juventud local y a otros grupos, que después pueden brindar apoyo y referencia.^{38, 40, 41, 43, 54, 61} El trabajo extramuros en la comunidad es particularmente importante para captar a jóvenes que ya no estudian.⁵⁰ La captación a menudo se realiza mejor por los mismos jóvenes, tanto formalmente (por ej. por distribución de información impresa o haciendo presentaciones) como informalmente (de forma oral).¹⁷ Normalmente los clientes satisfechos son la mejor recomendación para el uso de un servicio en particular.^{13, 38, 42, 43}

Bienvenida y atención a muchachos y hombres jóvenes

Aunque no es posible en todas las sociedades, invitar a los novios / compañeros puede ser beneficioso, donde es factible. Para una mujer joven, estar acompañada de su novio en la clínica, puede ser un elemento importante en la decisión de buscar servicios.¹⁷ Este apoyo no se debe desalentar por la incomodidad del joven.⁴¹ Se abren más oportunidades de fomentar la responsabilidad compartida en decisiones importantes y anticoncepción con la presencia de los hombres, además de satisfacer la necesidad masculina de información, consejería y servicios de SR.^{17, 19, 40, 41, 62} Puede ser necesario desarrollar programas clínicos, diseñados específicamente para hombres jóvenes, que sean sensibles a los valores, motivaciones y sentimientos masculinos y las influencias culturales, a la vez que se anima a desarrollar relaciones equitativas entre hombre y mujer.^{17, 41, 63} Otros programas de trabajo extramuros han demostrado éxito al dirigirse a los hombres, especialmente aquellos que incluyen la distribución de condones y la prevención de ITS/VIH.

Amplia gama de servicios disponibles

Entre más necesidades de salud de los y las jóvenes se puedan satisfacer en el mismo servicio o programa, más grande la seguridad que los clientes reciban la atención que necesitan. Siempre que sea necesario enviar a los jóvenes a otra clínica para un servicio, se incrementa el riesgo que se pierdan. Aunque no siempre es posible, debe hacerse el intento de identificar y proveer la mayoría de los servicios de SR necesarios, como “comprar en una sola tienda”. Este servicio debe incluir consejería sexual y de SR, consejería y suministro de anticonceptivos (incluyendo anticoncepción de emergencia), prevención de ITS y VIH, diagnóstico y tratamiento de las ITS, servicio nutricional, consejería sobre abuso sexual, atención prenatal y de post-parto, servicios de aborto (donde es legal), y atención post-aborto.^{12, 17, 20, 22, 34, 48, 56, 63, 64}

Posibilidad de las referencias necesarias

Es deseable, pero casi nunca posible, proveer servicios, que satisfagan todas las necesidades de los y las adolescentes, incluyendo algún tipo de atención especializada de salud y los servicios sociales relacionados.^{27, 65} Por lo tanto, se vuelve muy importante para abordar todas las necesidades de los adolescentes, tener la posibilidad de referirlos a agencias responsables.^{12, 40} Debe establecerse un trabajo efectivo de coordinación para asegurar que los jóvenes recibirán el servicio, al que fueron referidos y asegurar, que los lugares de referencia proveen un tratamiento apropiado y amigable para jóvenes.

Otras características

Material educativo en el lugar y para llevar

Algunos jóvenes prefieren aprender por su propia cuenta sobre aspectos sensibles, utilizando material escrito o audiovisual, pues su nivel de incomodidad puede ser demasiado alto para retener información durante una sesión cara a cara. Este material se puede utilizar mientras los clientes esperan a ser atendidos, como el programa de educación en salud innovador y computarizado, utilizado por los clientes en una clínica peruana.⁴⁵ Debe haber algunos materiales para llevarse a casa; porque así los jóvenes pueden estudiarlos más tarde, particularmente si los temas son complicados (como por ej. los síntomas de las ITS).

Oferta de discusiones en grupos

Aunque no todos los y las jóvenes se sientan cómodos en una discusión con sus pares, este tipo de intercambio puede ser muy productivo. Ayuda a los adolescentes a darse cuenta, que ellos no son los únicos que tienen miedos, y puede proveer apoyo de parte de sus pares para obtener la atención necesaria o para buscar solución a sus problemas.^{19, 38, 48, 45}

Posibilidad de postergar el examen pélvico y el examen de sangre

Algunas mujeres jóvenes tienen un miedo considerable al examen pélvico, al examen de sangre, o a ambos. Se supone, que este miedo detiene a muchas mujeres jóvenes de ir a la clínica y obtener métodos anticonceptivos, cuando los necesitan por primera vez.¹⁷ En un programa experimental en EEUU llamado “Un buen inicio”, un incrementado número

de adolescentes llegó a la clínica, cuando tenía la opción de postergar el requisito del examen pélvico por seis meses, mientras podían recibir anticonceptivos orales u otros anticonceptivos sin prescripción.⁶⁶ Postergar el examen pélvico puede animar a las mujeres jóvenes a regresar para recibir servicios de planificación familiar.⁴³

Formas alternativas de obtener información, consejería y servicios

En vista del desafío de atraer jóvenes a las clínicas fijas, las clínicas pueden incrementar su alcance por otros medios de contacto con los clientes. Las líneas telefónicas de emergencia, por ejemplo, se pueden operar por consejeros/as capacitados desde la clínica, pero los clientes no necesitan llegar para recibir información o consejería.^{22, 30} Otra forma es que los consejeros (jóvenes o adultos) y promotores (incluyendo agentes de distribución comunitaria), vayan a la comunidad a prestar servicios. Para algunos clientes jóvenes, uno de estos modelos de servicio servirá como una aproximación intermedia al uso de la clínica fija, hasta que se sientan más cómodos, o la situación sea más urgente.⁵ Las clínicas pueden también poner a funcionar sucursales más pequeñas o clínicas satélites, cerca de donde se reúnen los jóvenes⁶, o ligadas a escuelas.

Estudio con clientes fingidos descubre la actitud de proveedores ante los jóvenes¹⁴

Como parte de un estudio para medir el acceso a la educación para la planificación familiar y los servicios para adultos jóvenes en Senegal, el *Comité d'Etude sur les Femmes, la Famille et l'Environnement en Afrique* (CEFFEVA), en colaboración con Salud Familiar Internacional, utilizó un componente de clientes fingidos en su evaluación. Los clientes fingidos consistían en 10 mujeres y dos hombres jóvenes, quienes previamente habían asistido a la *Association Senegalaise pour le Bien Etre Familial* (ASBEF), la afiliada local de IPPF, para solicitar información sobre proyectos relacionados a las escuelas. Los clientes fingidos habían participado en grupos focales de discusión (como parte del estudio mayor de investigación) y se habían ofrecido como voluntarios para la tarea del cliente fingido.

Antes de iniciar su investigación, los participantes jóvenes obtuvieron permiso de sus padres. En la preparación se capacitaron sobre métodos anticonceptivos y sobre el propósito de la actividad para aclarar sus roles. Se les enseñó cómo llenar un cuestionario, que resumía las impresiones de su visita. Se cubrieron los siguientes puntos: accesibilidad de los servicios, recepción, actitud de los proveedores, consejería y satisfacción del cliente.

Los clientes fingidos visitaron siete clínicas en Dakar (clínicas en hospitales, policlínicas y clínicas de planificación familiar); se hicieron entre dos y cuatro visitas a cada clínica, siempre por una persona diferente. Cada cliente hizo dos o tres visitas, con diferentes explicaciones del propósito de su visita. En estos se incluían la necesidad de recibir información sobre planificación familiar para otra persona, obtener información para una tarea del colegio y recibir un método de planificación familiar.

Después de cada visita, el cliente fingido completó el cuestionario fuera de la clínica y lo entregó al equipo de investigación con un resumen oral breve de la visita. Durante la discusión, el equipo de investigación revisó los detalles de la visita, aclaró la información en los cuestionarios y recibió las impresiones del cliente fingido.

LOS HALLAZGOS DEL ESTUDIO INCLUYEN LO SIGUIENTE:

Los servicios de planificación familiar no estaban bien señalizados y eran difíciles de encontrar dentro de una instalación mayor; para los clientes era incómodo preguntar por la dirección, especialmente si se les trataba rudamente.

No había claridad sobre los servicios disponibles; los clientes fingidos no estaban seguros, cuáles servicios anticonceptivos estaban disponibles o si esos servicios estaban restringidos a las parejas casadas.

A los y las jóvenes se les transmitió sentimientos negativos, cuando los miembros del equipo trataban de enviarlos a otras clínicas o les advertían que debían “concentrarse en sus estudios”, ellos también percibieron sentimientos negativos de otros adultos en la clínica y sentían que estos clientes estaban predispuestos en contra de ellos.

Se transmitieron actitudes prejuiciosas acerca de la información sobre los métodos anticonceptivos; cuando se brindaba la información, ésta terminaba típicamente con consejos o advertencias sobre moral, tales como “debe abstenerse hasta casarse” o “los métodos no son buenos para la salud.”

Los clientes tenían dificultades para obtener anticonceptivos; seis clientes fingidos solicitaron anticonceptivos para su propio uso, pero a ninguno se le dio.

III. EXPERIENCIAS DE PROGRAMAS EN LA INTRODUCCION DE SERVICIOS AMIGABLES PARA LA JUVENTUD

Los proyectos de hacer los servicios más amigables para la juventud se hacen más numerosos y reflejan el esfuerzo de incrementar su uso por adolescentes así como de mejorar la conveniencia y efectividad de los servicios brindados. En general, estos servicios se pueden dividir en dos categorías: Atención prenatal, de post-parto y de aborto por un lado, y servicios de prevención y promoción de la salud. A pesar del incremento de estos proyectos, la evaluación es todavía muy limitada, sobre que tan efectivos son esos proyectos - o qué tanto podrían llegar a ser. Además, la mayoría de las actividades de demostración se han dirigido a los efectos globales del diseño del programa y por ello, no se pueden atribuir resultados a los componentes específicos amigables para la juventud. Aun en esta etapa de desarrollo de los programas, mucho se puede aprender de experiencias pasadas, resultados de evaluaciones, y los esfuerzos actuales para salir adelante en este campo.

A. Atención prenatal, de post-parto y de post-aborto

Estos servicios generalmente adaptan los servicios existentes para atraer más clientes jóvenes y para servirles mejor, de acuerdo a sus necesidades especiales. Estos servicios crean un ambiente clínico cómodo para clientes jóvenes y utilizan un enfoque dirigido a las áreas, que requieren apoyo adicional para las jóvenes embarazadas y madres. Por ejemplo, se pone especial énfasis en promover la buena nutrición, fomentar la lactancia materna y brindar métodos anticonceptivos apropiados para postergar el próximo embarazo.

A causa de las necesidades inmediatas y aparentes de la mujer joven, embarazada, los programas de atención especial para este grupo se desarrollaron antes de los programas para jóvenes no embarazadas o para jóvenes en búsqueda de atención preventiva. Muchos de estos esfuerzos se implementaron como proyectos de demostración o modelos, y por ello, incluyeron evaluaciones.

Programas prenatales y de post-parto

- En México, un programa hospitalario implementado por la Asociación Mexicana de Educación Sexual, brindaba información sobre planificación familiar y consejería en las sesiones prenatales y de post-parto a mujeres menores de 20 años, que habían dado a luz a sus hijos en un hospital público. Se ofrecía educación y servicios a través de una clínica especial para adolescentes en el hospital. Se implementaron cambios en el abordaje, después que una evaluación encontró, que las sesiones de educación y consejería no eran efectivas durante el período inmediato de post-parto. Una segunda evaluación de este proyecto mostró que las jóvenes, que habían asistido a una sesión educativa, recibían un mayor número de chequeos prenatales y espaciaban sus embarazos más que las clientes que no habían asistido (86% vrs. 64%).^{67, 68}
- En otro programa hospitalario en México, el Programa Educativo para Madres Adolescentes (PREA), conducido por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), las participantes asistieron a una sesión post-parto y una o más reuniones subsecuentes sobre planificación familiar. Una evaluación mostró que las participantes de

PREA amamantaron por más tiempo y tuvieron una tasa más alta de uso de anticonceptivos que el grupo control.⁶⁹

- En Chile, equipos multidisciplinarios trabajaron para mejorar los resultados del embarazo y las prácticas post-parto en mujeres jóvenes de alto riesgo en hospitales y clínicas. Los registros médicos mostraron diversos resultados positivos, incluyendo tasas más bajas de mortalidad infantil, tasas más altas de amamantamiento continuo, y tasas reducidas de segundos embarazos.⁷⁰
- En **Estados Unidos**, se realizó un estudio de un programa integral para mujeres embarazadas menores de 18 años en una universidad médica, utilizando enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, obstetras y un psiquiatra. El manejo del número de casos se hizo por enfermeras obstetras. Los evaluadores llegaron a la conclusión que esta estrategia puede resultar en una incidencia significativamente más baja de bebés con bajo peso al nacer, aun entre una población de adolescentes social y económicamente de alto riesgo.⁷¹

Programas de intervención para la nutrición prenatal

- En **Nigeria**, un programa experimental proveyó a las adolescentes embarazadas con medicamentos antimaláricos, así como suplementos de hierro y ácido fólico en la segunda mitad del embarazo. Una encuesta sobre los resultados de los nacimientos mostró una incidencia reducida de la desproporción céfalo-pélvica entre las adolescentes participantes en comparación con las que no participaron.⁷²
- En **Estados Unidos**, un grupo de adolescentes embarazadas recibió suplementos de calorías, proteínas, vitaminas y minerales. El grupo experimental dio a luz a infantes con un peso medio significativamente más alto, que el grupo que no recibió suplementos; se observó un efecto mayor en las adolescentes menores de 16 años.⁷³

Programas de post-parto y post-aborto

- En un programa hospitalario para adolescentes en post-parto y post-aborto, en **Brasil**, se ofrecieron servicios ambulatorios a horas específicas que incluían consejería, educación y suministro de métodos anticonceptivos. Los resultados de la evaluación mostraron que un 50% de las mujeres jóvenes, pacientes del hospital, que recibieron los servicios o charlas educativas, regresaban a consulta externa para seguimiento. Además, la relación de abortos y nacimientos en un hospital participante declinó del 18% al 13% después de 5 años de operación del proyecto.⁷⁴
- En **Kenia**, la Clínica de Alto Riesgo (HRC) se estableció para atender la urgente necesidad de SR en mujeres jóvenes (menores de 25 años), ingresadas al Hospital Nacional de Kenia, con complicaciones relacionadas con aborto incompleto o séptico. La población meta se amplió para incluir a mujeres jóvenes en post-parto y, en menor proporción, a mujeres jóvenes no embarazadas. Esta clínica especializada separada brinda servicios de consejería y anticoncepción para mujeres jóvenes en “una atmósfera libre del miedo de ser vistas por parientes y otras personas mayores”. Se ofrece el servicio de una línea telefónica de emergencia, para personas que buscan mayor anonimidad. Una evaluación de los servicios de HRC mostró un incremento en la aceptación de métodos anticonceptivos después de una visita a la clínica; el 54% de

las clientes que primero hicieron una visita a la clínica, aceptaron métodos de planificación familiar, comparado con el 44% entre las que alguna vez los usaron, según encuesta antes de la visita a la clínica. Aquellas clientes que habían tenido un embarazo o aborto, aceptaban un método anticonceptivo con una probabilidad significativamente mayor, que aquéllas que no habían concebido.³⁰

- En **Ghana**, IPAS, una organización con base en EEUU, que trabaja brindando SR y servicios de post-aborto, apadrinó un programa que entrenó a parteras ghanesas en cuidados de post-aborto. Estas parteras vivían y trabajaban en la comunidad, donde practicaban sobretodo en casas de maternidad privadas o centros de salud comunales. Una característica importante de las parteras en la comunidad es que las mujeres, de todas las edades, están familiarizadas con ellas y su trabajo. Los servicios descentralizados de post-aborto con parteras capacitadas en la comunidad pueden reducir el retraso en la búsqueda, acceso y atención de salud apropiados, especialmente para mujeres jóvenes, que por falta de dinero y conformidad con un sistema médico burocrático llegan tarde a los servicios. Aunque el proyecto de investigación operativa no estudiaba específicamente el acceso de las adolescentes, información informal a través del proyecto sugiere que el acceso a la atención post-aborto de alta calidad para mujeres jóvenes mejoró. Historias de casos obtenidas de las parteras incluyen varios ejemplos de servicios confidenciales y sensitivos a mujeres vulnerables, especialmente adolescentes.⁷⁵
- En **Brasil**, IPAS ha trabajado con una ONG, ECOS, para satisfacer mejor las necesidades de tratamiento de las complicaciones del aborto en adolescentes. ECOS desarrolló un módulo curricular para los prestadores de servicios de salud, con el fin de sensibilizarlos para las necesidades de desarrollo, sexualidad y anticoncepción en adolescentes. Este currículum se puso a la disposición de las instituciones que sirven como centros de capacitación para atención post-aborto en 12 estados del Brasil. La capacitación especializada está actualmente en curso o planificada; por lo que la información cómo podrían haber cambiado los cuidados post-aborto para las adolescentes, aún no está disponible. Se está realizando un estudio complementario sobre las necesidades de adolescentes en las unidades que tratan a este grupo por complicaciones del aborto. Este estudio se diseñó de tal manera que los resultados ayuden a los prestadores del servicio a entender las circunstancias que llevan al aborto inseguro, y cuáles modificaciones o mejoras desearían las adolescentes.⁷⁶

B. Servicios de prevención y promoción de la salud en las clínicas

Estos servicios típicamente se dirigen a los y las jóvenes antes de enfrentarse al embarazo y las ITS, y tienden a poner énfasis en la prevención de consecuencias indeseables. Debido a que este grupo meta no percibe como inmediata la necesidad de servicios, como aquellos/as jóvenes, que ya han enfrentado un embarazo, el reto de atraer a esta clientela es más desafiante. Las adaptaciones de programas existentes para lograr servir a más jóvenes varían considerablemente entre un énfasis en la capacitación de los miembros del equipo a ser más sensitivos frente a las necesidades de la juventud, hasta el diseño completo del programa, que incluye capacitación de los miembros del equipo, cambios en las políticas clínicas y en el marco institucional.

Algunos proyectos de servicio a la juventud surgieron con el tiempo en respuesta al incremento de la demanda de clientes jóvenes existentes y potenciales. Otros proyectos de servicio se implementaron como modelos o demostraciones, con evaluaciones de varios

tipos, para evaluar los efectos de los cambios introducidos, considerados más amigables para la juventud. Los resúmenes de modelos que siguen, están agrupados de acuerdo a diseño y evaluación. Los resúmenes comienzan con modelos desarrollados como diseños experimentales con evaluaciones rigurosas y resultados de efectos, seguido de modelos con evaluaciones del proceso y después descripciones de proyectos no evaluados o todavía sin evaluar. Algunos estudios en EEUU que trataron de evaluar los efectos de implementar servicios especializados para jóvenes en el mejoramiento del uso de anticonceptivos y en el retraso de embarazos, llegaron a conclusiones mixtas. Los programas en los países en vías de desarrollo se han incrementado recientemente, y la mayoría no ha completado su evaluación todavía.

Programas de prevención y promoción de la salud reproductiva

- En un estudio en **EEUU**, se implementó un protocolo especial para adolescentes, que hacía énfasis en los problemas psicológicos y sociales en seis clínicas de planificación familiar no metropolitanas. El diseño incluía los siguientes elementos: consejería individual, postergación del examen pélvico, capacitación especial del equipo, consejeros adolescentes entrenados, participación del compañero, fomento del involucramiento de los padres, tiempo adicional para discusión, visitas de seguimiento más frecuentes, y otros refinamientos. Esta intervención resultó en una mayor continuación del uso de anticonceptivos y de tasas de embarazo más bajas (en el lapso de un año) entre clientes del grupo experimental, comparadas con un grupo de control.⁷⁷
- Un estudio ambicioso de los **EEUU** en Filadelfia buscó los efectos de los servicios de planificación familiar ampliada, dirigida a adolescentes en sus áreas circundantes. Entre las estrategias adicionales se encontraban ampliación de horarios en las tardes y noches, horas de atención sin cita, menos tiempo de espera y esfuerzos de trabajo extramuros dirigidos a adolescentes y sus padres. Se encontró que el proyecto tenía efectos inconmensurables en el comportamiento reproductivo, actitudes y conocimientos en la población meta. Estos hallazgos implican que, mientras los de una clínica podrían ser bien atendidos, mejorando e incrementando la disponibilidad de los servicios no necesariamente incrementa la demanda de servicios o afecta la SR de la población amplia, que vive en los alrededores.⁷⁸
- Un modelo en **Estados Unidos**, los Pares Proveedores de Servicios de SR, se implementó para mejorar las estrategias de satisfacer las necesidades de SR de adolescentes. Los pares proveedores se capacitaron y certificaron como personal regular de clínicas de planificación familiar, y prestaban servicios a los clientes adolescentes durante las horas de clínica para adolescentes, así como durante las horas regulares para adultos. Otras características de este modelo incluyen un componente fuerte de trabajo extramuros, que brinda educación de salud individual o en grupo en ambientes de escuelas y comunitarios, una línea telefónica para adolescentes, llamadas telefónicas de seguimiento trimestrales, énfasis en servicios a varones, y un Comité Asesor de Adolescentes, que da aportes para la operación del programa. Una evaluación encontró un incremento en el uso correcto de anticonceptivos en clientes adolescentes (un incremento del 27% en el porcentaje de clientes femeninos que siempre habían usado contracepción y en un 17% en el porcentaje de las clientes, que usaron anticonceptivos en su última relación sexual), un incremento en el uso de un método anticonceptivo efectivo en la última relación sexual (81%), un menor intervalo entre el inicio sexual y la adopción de métodos anticonceptivos; se incrementó el número de adolescentes no sexualmente activos captados por la clínica, y una indicación que en-

tre más tiempo de exposición a la clínica de pares proveedores, mayor es la probabilidad de disminuir las tasas de embarazo y de ITS. A la vez, el trabajo extramuros en las escuelas y la comunidad pareciera ser una fuente clave de referencia y fue especialmente efectiva para incrementar el número de clientes varones.³⁸

- En **Zambia**, un proyecto de expansión y apoyo técnico de John Snow, Inc. (JSI/SEATS), el proyecto de Servicios de Salud Amigables a la Juventud de Lusaka, colaboró con el Equipo de Administración de Salud del Distrito de Lusaka para mejorar y promover el acceso y uso de servicios de SR de calidad, para jóvenes en las edades de 10 a 24 años. Antes de establecer el programa, se realizó un ejercicio participativo de aprendizaje y acción para crear conciencia e identificar las necesidades. Un descubrimiento importante de este ejercicio fue, que padres y madres son demasiado tímidos para discutir aspectos de SR con sus hijos/as, una tarea, que anteriormente era responsabilidad de los abuelos/as y tías. De esta manera se planteó a la comunidad poner los servicios de salud en el papel de los abuelos – manteniendo informados a los padres. Un elemento clave de diseño para atraer y atender a la juventud son educadores de pares en dos clínicas; los educadores de pares también realizan trabajo extramuros en la comunidad. Siete centros de salud ofrecen educación sobre anticonceptivos y cuidados prenatales diariamente. Se suministran condones y tabletas de espuma gratuitamente; se hacen referencias a otros servicios. La evaluación de la utilización por los jóvenes indicó que el número de usuarios/as se duplicó en comparación con los datos de línea base, incluyendo un incremento significativo de la participación de adolescentes no embarazadas, en búsqueda de consejería y servicios preventivos.^{79, 80}
- El Proyecto Para la Promoción de la Responsabilidad Juvenil realizado por el Consejo Nacional de Planificación Familiar de **Zimbabwe**, con el apoyo técnico del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, buscaba incrementar el uso de los servicios por los jóvenes. A fin de alcanzar esta meta, se utilizaron dos estrategias principales: Una campaña multimedia para educar a los jóvenes y animarlos a buscar cuidados de SR y capacitación de proveedores en comunicación interpersonal. De acuerdo a la encuesta de seguimiento, el 28% de los jóvenes en los sitios de la campaña reportaron haber visitado un centro de salud en comparación con sólo el 10% de los lugares sin campaña. El programa hizo mayor efecto en los grupos que se pensaron menos inclinados a buscar servicios: varones, gente soltera y aquéllos sin experiencia sexual. A mayor intensidad de exposición a las actividades de la campaña, mayores fueron los efectos resultantes; por ejemplo, el 40% con exposición intensa al programa visitaron un centro de salud, comparado con el 14% con exposición limitada.⁸¹
- En una ciudad grande de **EEUU** un servicio de salud pública estableció la Clínica para Adolescentes para atender a una comunidad de bajos ingresos en alto riesgo de embarazos en adolescentes. Las características del programa incluyeron servicios gratuitos, ampliación del horario de funcionamiento, discusiones en grupo y actividades extramuros para dar publicidad al servicio especial. Una evaluación mostró que el registro de pacientes nuevos se incrementó en un 82% comparado con la admisión antes de que iniciara el programa. Este incremento se compara favorablemente con dos servicios de salud pública vecinos, sin un programa especializado para jóvenes, que experimentaron en un caso un incremento pequeño (4%), y en el otro un decrecimiento modesto (17%) durante el mismo período de tiempo. Es importante señalar, que el incremento en el uso de los servicios fue logrado básicamente sin costos finan-

cieros para la administración de la clínica, debido primeramente al escalonamiento del horario del personal.³⁸

- La Asociación de Paternidad Planificada de Sudáfrica puso en funcionamiento el Proyecto Piloto del Centro de Información para Jóvenes, a fin de proveer servicios clínicos de SR exclusivamente para adolescentes y crear un modelo reproducible para una adopción amplia. Una estrategia clave de planificación fue el involucramiento de jóvenes en el diseño del programa; ellos están involucrados también en el monitoreo y la administración. Los siete centros pilotos son administrados por profesionales jóvenes y ofrecen servicios de anticoncepción, tratamiento de ITS, consejería y exámenes de embarazo en un ambiente amigable a la juventud. Parte de lo “amigable” fue definido como la no-utilización del término “clínica” y no decorar el centro de forma médica. Los centros ofrecen algunas formas de entretenimiento, tales como videos recreativos y educativos y literatura de salud. La privacidad está asegurada. Se hacen referencias a servicios de salud y sociales, que no se ofrecen en el centro. Aunque todavía no se ha hecho una evaluación completa, en seguimiento al estudio inicial de línea base, la información sobre la atención muestra, que los clientes se han incrementado desde el inicio del programa. Los miembros del personal reportan un mejoramiento en la actitud frente al uso del condón.³⁵
- En **Brasil**, un proyecto del sector público para fortalecer las políticas de SR para adolescentes, capacitación y servicios, se diseñó para establecer una vinculación efectiva entre escuelas y clínicas de salud. Sobre la base de algunos esfuerzos anteriores, de incorporar educación sexual en los programas curriculares de secundaria, y en el consecuente incremento del uso de las clínicas por adolescentes para recibir servicios de planificación familiar, el proyecto enfatizó la preparación de los prestadores de servicios de salud para trabajar con adolescentes. Adicionalmente, los componentes del proyecto incluyeron un enfoque conjunto para la revisión de políticas, capacitación de estudiantes educadores, y el establecimiento de un sistema de referencias cruzadas. El propósito de este proyecto piloto de demostración era identificar un modelo reproducible para referencias entre clínicas de salud y escuelas secundarias cercanas, que mejoraría la SR de los y las adolescentes, que asisten a esas escuelas. Una evaluación multimetódica (incluyendo encuestas de línea base y seguimiento) mostró, que significativamente más estudiantes citaron al personal de los centros de salud como fuentes potenciales de información sobre SR y sexualidad, después de un año académico de intervención; en el seguimiento significativamente más estudiantes que en la línea base usaban los puestos de salud además para obtener información sobre prevención de un embarazo.^{82, 83, 84}
- En **Nigeria**, la ARFH observó, que muy pocos clientes jóvenes estaban asistiendo a la clínica situada en la oficina principal de la ARFH, porque esta ubicación no era conveniente, transporte muy poco accesible y tenía un horario de atención, que entraba en conflicto con la rutina diaria de los clientes. En respuesta, y consistente con las preferencias de ubicación identificadas por los jóvenes, ARFH estableció tres clínicas satélites en ubicaciones estratégicas, accesibles para una mayor población de jóvenes, que vivían o trabajaban cerca. Una clínica está junto a una escuela involucrada en el proyecto y compartiendo el local con un taller de mecánica automotriz, otra clínica se encuentra en una comunidad de distribuidores de repuestos para vehículos y el tercer sitio está dentro de un gran complejo comercial, que también queda cerca de los lugares de trabajo de un número significativo de jóvenes. Los servicios en estas clínicas dependen en parte de las necesidades individuales de cada lugar, pero generalmente

incluyen servicios de consejería por profesionales especialmente capacitados, diseminación de información por educadores de pares capacitados, y en dos lugares, suministro de anticonceptivos, que no necesitan prescripción médica. El sitio en el complejo comercial incluye también juegos, entretenimiento y charlas de salud en grupo. La privacidad y comodidad están aseguradas, y las clínicas tienen afiches educativos, que los jóvenes encuentran útiles y atractivos. El horario de atención está establecido a la conveniencia del cliente. Los medicamentos, especialmente para el tratamiento de ITS, se venden a un precio subsidiado, al crédito o ambos. De acuerdo a ARFH, con el establecimiento de las clínicas satélites se ha registrado un incremento significativo en la asistencia de jóvenes y una mayor distribución de condones y tabletas de espumas vaginales. A nivel anecdótico hay evidencia de una mayor conciencia del peligro, que representa el sexo sin protección en la comunidad y entre adolescentes. Los directores de las escuelas participantes reportan una incidencia más baja de embarazos no deseados y deserciones entre las muchachas.⁸⁵

- En **Perú**, el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) inició el programa computarizado de instrucción “Isabel: Tu consejero electrónico.” El Servicio de Comunicación de la Población, de la Universidad de Johns Hopkins, diseñó el CD-ROM para incrementar el conocimiento sobre sexo, sexualidad, embarazo no planificado, anticoncepción y género, para promover la adopción de métodos de planificación familiar y evitar el comportamiento riesgoso entre adolescentes y adultos jóvenes. La información, presentada por medio de videos, dibujos animados, texto y audio, es suministrada anónimamente al usuario de la computadora, una gran ventaja cuando se está transmitiendo material sensible. La computadora de pantalla de tacto está colocada en la sala de espera de la clínica; una animadora de la clínica invita y dirige a los jóvenes y a las parejas a utilizarla. La evaluación, conducida por el Consejo de Población en Perú, junto con INPPARES y JHU/PCS, encontró que el usuario típico era una mujer (67%) entre las edades de 13 y 24 años (42.9%). Los tópicos más frecuentemente consultados fueron los beneficios de la planificación familiar, la primera relación sexual, machismo, higiene y prevención del aborto. En una encuesta a los usuarios/as, los clientes mencionaron que les gustaba el programa y que les ayudaba a evitar la pena de tener que preguntar a extraños sobre aspectos de sexo y sexualidad.⁸⁶
- En **Perú**, el FOCUS en el Proyecto de Adultos Jóvenes, brindó capacitación y apoyo al programa del Ministerio de Salud para escuelas y adolescentes. Este programa ofrece servicios de salud integrados, que enfocan la salud física, reproductiva y mental, con énfasis en consejería. La estrategia incluía validar los materiales de FOCUS, talleres de capacitación a capacitadores (TOT), y conducir talleres regionales. Participantes en los talleres regionales fueron principalmente parteras y enfermeras con una proporción más pequeña de médicos. Los resultados de una evaluación temprana – del taller TOT – mostraron un incremento en conocimientos del 162%, con la repetición del taller se mostró un incremento del 73%. La evaluación más amplia, ahora en camino, está diseñada para conocer los efectos de la capacitación en mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud pública para adolescentes en tres regiones del país, incluyendo cómo los y las adolescentes perciben los servicios prestados por los proveedores especialmente capacitados.⁸⁷
- En las **Filipinas**, en respuesta a una iniciativa del Departamento de Salud, el Programa de Johns Hopkins para la Educación Internacional en Ginecología y Obstetricia (JHPIEGO) apoyó un esfuerzo por mejorar los servicios de SR en colaboración con la

Asociación de las Escuelas Filipinas de Obstetricia, la Asociación de Decanos de las Escuelas Filipinas de Enfermería y la Fundación para el Desarrollo Adolescente. El proyecto tenía como objetivo fortalecer los servicios de SR para adolescentes en una red de 27 clínicas docentes de SR y mejorar la capacitación en SR adolescente para docentes de las escuelas de obstetricia y de enfermería. Las acciones incluían la capacitación para la valoración de necesidades, el desarrollo de material didáctico (especialmente enfocado en el mejoramiento de la consejería), desarrollo de planes de acción para fortalecer la consejería de pares y el sistema de referencia en las escuelas y universidades, y visitas de seguimiento a las clínicas para valorar la calidad de los servicios para adolescentes. De acuerdo al posttest de capacitación, se cambiaron positivamente las actitudes de los docentes y el personal del proyecto. Además, reportes de las clínicas y visitas de seguimiento mostraron ajustes en diferentes clínicas, que mejoraron el servicio prestado a adolescentes. Estos ajustes incluyeron la introducción o el mejoramiento de la consejería para adolescentes, la organización de espacios separados para dar consejería a adolescentes, la reservación de horarios especiales para adolescentes, el establecimiento de trabajo extramuros y sistemas de referencia, y la capacitación de consejeros de pares.^{88, 89, 90}

- El Instituto **Mexicano** de Seguridad Social (IMSS), a través de su programa para adolescentes, es responsable de brindar servicios de salud y social, incluyendo información sobre sexualidad y cuidados de SR a los jóvenes. A sabiendas que los jóvenes han incrementado la demanda de educación y servicios, pero son reacios a asistir a las clínicas del IMSS u otros servicios médicos, cuando se sienten bien, el IMSS lanzó una estrategia para atender mejor a los y las adolescentes en México. Sobre la base de investigaciones y visitas de observación y en colaboración con JHU/PCS, el IMSS estableció un modelo institucional para atender a jóvenes integrando sus centros médicos, de deportes y cultura, como un abordaje más amigable al usuario. Se definió un curriculum de capacitación y una estrategia para sensibilizar a los proveedores de las necesidades y realidades de adolescentes, y se desarrolló un plan de información, educación y comunicación para adolescentes, sus padres y profesores. Para ayudar a los y las adolescentes a entender lo que podrían esperar de las clínicas y a sentirse cómodo cuando visitan una clínica, jóvenes promotores, médicos y paramédicos visitan escuelas y realizan “tours guiados” a los servicios cercanos. Como resultado de los proyectos pilotos en tres ciudades, el IMSS ha establecido un programa nacional permanente para atender a adolescentes en colaboración con varias organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. A causa de la fuerte voluntad política de sus líderes y proveedores de servicios, el IMSS dio respuesta al difícil desafío de brindar servicios amigables para la juventud en el contexto de un ambiente médico.³
- En **Malí**, en respuesta a un estudio sobre embarazo entre adolescentes solteras, el Hospital Materno de Hamdallaye en Bamako rediseñó sus mensajes y servicios para satisfacer las necesidades de las adolescentes. Se puso énfasis en la comunicación de información práctica a las clientes sobre el período de fertilidad, anticoncepción, y protección contra ITS y el VIH, así como el suministro de métodos anticonceptivos. Sobre todo la forma de recibir las clientes se mejoró y adaptó para dar tranquilidad a las jóvenes y animarlas a llegar más a menudo. Específicamente, se amplió el horario de la clínica hasta la noche, el personal de la clínica trato de crear una atmósfera no prejuiciada (particularmente en relación al suministro de anticonceptivos), se adaptaron las tablas de pago para permitir servicios gratuitos cuando fuera necesario.⁹¹

- En **Ghana**, el Programa para Capacitación Internacional en Salud (PRIME)/ Capacitación Internacional en Salud (INTRAH) está trabajando con la Asociación de Parteras Registradas de Ghana para fortalecer el comportamiento positivo hacia adolescentes y para valorar el potencial de clientes adolescentes como un nicho de mercado. En vista la naturaleza empresarial de la práctica privada de las parteras, el proyecto está enfatizando la identificación de factores que permitan a adolescentes a convertirse en un segmento de mercado viable. Esta actividad se basa en un enfoque de aprendizaje auto-dirigido, para mejorar la calidad y acceso a los servicios de SR, y es un módulo de un proyecto más amplio para mejorar la interacción cliente-proveedor.⁹²
- También en **Ghana**, los socios de PRIME, el Programa para la Tecnología Apropriada de en Salud (PATH) e INTRAH, en colaboración con la Fundación para el Desarrollo de la Juventud y la Asociación de la Paternidad Planificada de Ghana, están planificando un proyecto para trabajar con los proveedores de servicios de seis clínicas en Kumasi para expandir el acceso de adolescentes a información y servicios de SR amigables para la juventud. Este plan se logrará mejorando la comprensión y respuesta de los proveedores hacia aspectos y necesidades de la SR adolescente y fortaleciendo sus habilidades y competencia para dirigirse hacia estas necesidades – mientras abogando por el mejoramiento de los servicios de SR para adolescentes. Los materiales de capacitación y educativos serán adaptados para el uso y se implementarán los servicios amigables para la juventud, incluyendo un sistema de referencia. Se realizará una evaluación en colaboración con FOCUS, dirigida, en parte, a la interacción dinámica de grupos juveniles con el sistema médico.⁹²
- En **Colombia** la afiliada de IPPF, *Profamilia*, brinda servicios amigables a los jóvenes en 36 clínicas, con tres abordajes diferentes. Primero, se establecieron centros juveniles en tres ciudades grandes, en respuesta a la gran demanda de servicios por jóvenes. En vista de los altos costos y la dificultad de mantener estos centros, fue necesario implementar otros abordajes. Estos otros dos enfoques incluían la creación de espacios físicos exclusivos para jóvenes en clínicas existentes con un personal exclusivo para jóvenes, y “Servicios de adolescentes”, que se brindan a jóvenes en clínicas regulares. Profamilia enfatizó el despliegue de profesionales jóvenes, que tuvieran capacidad de empatía y actitudes positivas hacia sus clientes jóvenes. Otras características amigables para la juventud incluyen un horario conveniente, charlas de grupo sobre aspectos de sexualidad, disponibilidad de materiales audiovisuales para el uso de gente joven en la clínica.⁴⁵

C. Trabajo extramuros y enfoques comunitarios

En vista del desafío de atraer a jóvenes a las clínicas, surgieron nuevos esfuerzos para la captación de clientes o como actividades extramuros, llevando los servicios a los locales donde los jóvenes pasan el tiempo. Algunos de estos, como las líneas telefónicas y los programas de promoción por medio de pares, pueden ser un componente del programa básico de la clínica, brindando información, consejería y referencia a los servicios de la clínica en caso de necesidad. Otros, incluyendo programas ligados a lugares de trabajo y colegios, han recreado versiones pequeñas de la clínica – usualmente con servicios más limitados – en lugares con un número considerable de jóvenes.

Estos modelos más nuevos son bastante prometedores para atender a los jóvenes, porque se dirigen al reto fundamental de la captación; en vez de requerir clientes que lleguen a las clínicas, estos programas extramuros llevan el servicio a los clientes. Muchos de

estos programas de trabajo extramuros son relativamente nuevos y aún no han sido evaluados. Además, algunos están limitados en el diseño o la práctica a brindar información, consejería y referencia y no entregan – o no han sido exitosos en entregar – servicios de salud de importancia (como distribución de anticonceptivos o tratamiento de ITS). A continuación se presentan diversos modelos prometedores de trabajo extramuros o basados en la comunidad con ejemplos de cada uno.

Trabajo extramuros en escuelas

Hasta recientemente, las escuelas se limitaron básicamente a facilitar SR para adolescentes a través de presentaciones externas sobre aspectos de SR y la ubicación de servicios; a la presencia de educadores de pares, quienes brindan educación, alguna consejería y referencias; y a referencias directas de profesores, consejeros guías o enfermeras. Si bien clínicas en un ambiente escolar, incluyendo servicios de SR, se han hecho más comunes en EEUU⁹³, este modelo es prácticamente inexistente en el mundo en vías de desarrollo. Esta situación cambiará indudablemente, como lo sugiere la aparición de nuevos proyectos, como por ej. la vinculación clínica-escuela en Brasil (ver pág. 24) y el ejemplo abajo.

- En **Nigeria**, Acción de Salud Incorporada (AHI) empezó a organizar clínicas móviles en escuelas interesadas de un distrito escolar local. En base a la información que muchos jóvenes necesitan servicios amigables para adolescentes, que sean costeables y accesibles, este abordaje se diseñó para incrementar el número de jóvenes que toman decisiones informadas sobre su sexualidad, incrementar el número de jóvenes que practican el sexo seguro y responsable y brindar servicios de salud generales y para adolescentes en su propio ambiente. La clínica móvil provee, sin cita previa, consejería, exámenes de laboratorio, tratamiento y referencia por asuntos de salud. Las consultas y los servicios de consejería son gratuitos, con realización de exámenes y suministro de medicamentos a bajo precio. Aunque no se suministran anticonceptivos a los clientes en la escuela, los y las estudiantes se refieren para ello (y otros servicios no disponibles en la clínica móvil) al Centro Juvenil del AHI, el cual brinda una amplia gama de servicios incluyendo aquellos relacionados con salud en general, salud sexual, contracepción, infecciones del tracto reproductivo, violencia sexual y abuso de drogas. Parte del enfoque de la clínica son las características especiales amigables para la juventud, tales como una cálida bienvenida en la sala de espera, disponibilidad de películas y material impreso para el uso de los clientes, visita sin cita previa, privacidad, respeto y confidencialidad. Los administradores del programa concluyen que los pacientes están altamente satisfechos, según los resultados reflejados en los cuestionarios llenados al salir, ya que los amigos (probablemente usuarios anteriores) se mencionan como la fuente más importante de referencia.⁹⁴

Programas en lugares de trabajo

El lugar de trabajo es otro lugar donde se puede abordar un número importante de jóvenes, especialmente en industrias particulares y en ciertos países, tales como haciendas de té y producción de ropa en Asia. En Sri Lanka, por ejemplo, existen programas en las Zonas Francas y en las haciendas de té, dirigidos a mejorar las condiciones para las mujeres trabajadoras, incluyendo educación sobre vida familiar y salud y servicios de planificación familiar.⁸ Mientras que las ventajas están claras para los empleados, los empleadores reconocen cada vez más los beneficios de una fuerza de trabajo saludable, incluyendo la retención de empleadas, que pueden evitar un embarazo no deseado. Aunque los pro-

gramas son todavía escasos, es probable, que este abordaje se haga más común. Algunas fábricas, como en Tanzania, han empezado a incluir servicios de SR en sus áreas de salud. Menos común es un programa multifacético para el lugar de trabajo con un alcance más allá de la fuerza de trabajo hacia la comunidad, como se resume a continuación.

- En la **India**, la Compañía de Hierro y Acero Tata, a través de su Centro para Iniciativas Familiares (CFI), busca establecer un modelo de acción corporativa para ayudar a los jóvenes a informarse sobre asuntos de salud sexual y reproductiva. Se dirige a adolescentes en las edades de 14 a 18 años, solteros o recién casados, que viven en repartos y áreas marginadas cercanos, así como a aquéllos, cuyos padres trabajan en la compañía. Los objetivos específicos para su educación y el programa de servicios de salud son la prevención/reducción de casamientos entre niños, sexo premarital, embarazos de mujeres solteras y la muerte de madres jóvenes. El financiamiento para el programa se genera por medio de presentaciones del grupo de drama del CFI, compuesto por jóvenes desempleados.⁹⁵

Programas relacionados con la recreación y el deporte

La estrategia de combinar educación y servicios de SR con programas existentes u otras actividades para jóvenes, ha sido intentada de varias formas en los últimos años. Los centros juveniles, por ejemplo, se desarrollaron a finales de los años setenta y en los años ochenta en Latinoamérica, como una forma de brindar SR en un ambiente que satisface necesidades más amplias de los y las adolescentes, tales como tutorías, consejería para empleo, desarrollo de habilidades, actividades culturales, servicios de consejería y salud. Las actividades recreativas fueron, típicamente, aspectos claves de estos centros.⁵ Mientras que los proyectos en Guatemala y México mostraron algunos éxitos, las evaluaciones indicaron también, que un abordaje con múltiples servicios era costoso y no atraía el número de clientes esperado.^{96, 97} El uso de promotores de pares, que brindaban información y referencias al centro juvenil en Guatemala, incrementó significativamente la distribución de condones del centro.⁹⁷ Una evaluación reciente en Kenya confirmó la capacidad de centros juveniles de atraer varones, como lo hicieron los de Latinoamérica, pero también reportaron una baja asistencia y uso limitado de los servicios de SR.⁹⁸

- En un barrio pobre de Nairobi, **Kenya**, la Asociación Juvenil Deportiva Mathare, se inició como un esfuerzo de promover deportes y actividades de saneamiento ambiental entre los muchachos del vecindario. Se expandió para incluir deportes para muchachas y educación sobre SR, especialmente, para que tomaran conciencia sobre el SIDA. Se convirtió también, en un modelo, para empoderar a los jóvenes a administrar su propia organización, así como para desarrollar el autoestima y habilidades para beneficiarse a sí mismos y a su comunidad. Aunque el programa no incluye la oferta de servicios de SR, contribuyó a la creación de conciencia y a brindar información sobre estos aspectos, así como la promoción de mayores habilidades en los jóvenes para manejar sus vidas. No se ha realizado una evaluación de impacto, pero los datos del programa revelan, que aproximadamente 10,000 jóvenes recibieron educación sobre el SIDA.³⁵

Trabajo extramuros dirigido a los recién casados

En los países con una alta prevalencia de casamientos precoces, la tradición social usualmente fomenta también la procreación temprana de hijos. Muchas novias jóvenes en estos países, a pesar de la edad legal para el casamiento, son adolescentes jóvenes, que enfrentan los mismos riesgos de salud de los embarazos y partos tempranos como sus contrapartes solteras. Así programas, que intentan retrasar el primer nacimiento entre los recién casados, mientras se enfrentan a considerables desafíos, pueden contribuir significativamente a mejorar la salud de las madres y sus niños. El siguiente programa ha sido pionero en una estrategia exitosa.

- En **Bangladesh**, Pathfinder International ha trabajado con ONGs por más de una década para llevar, a las parejas jóvenes con baja paridad, información y servicios de SR antes de que empiecen a procrear. En la mayoría de las parejas, la esposa recién casada es menor de 19 años. Todas las parejas recién casadas son registradas por un trabajador de campo de la Asistencia para el Bienestar Familiar, durante una visita al hogar, la cual establece una relación con la pareja y sus suegros, mientras les brinda información sobre planificación familiar. El trabajador/a de campo, si es apropiado, presta servicios de planificación familiar y referencias para atención materno-infantil. También se realizan reuniones de orientación. A raíz de los cambios recientes en el sistema de distribución de anticonceptivos en Bangladesh, las mujeres ahora reciben los servicios de anticoncepción (junto con otros servicios de salud generales y de SR) en las clínicas de salud. Sin embargo, todavía se hacen algunas visitas a los hogares, pero por las recién creadas “tenedoras de depósitos para anticonceptivos”, quienes venden los anticonceptivos por una pequeña comisión sobre la venta. Una ventaja grande del programa es la confianza que las mujeres jóvenes tienen en las agentes de distribución comunitaria de anticonceptivos, que son mujeres de la comunidad bien conocidas. Los resultados del programa indican, que el uso de anticonceptivos en general se ha incrementado: la prevalencia contraceptiva de adolescentes recién casados (edades entre 15-19), en las áreas de acción, se incrementó del 19% en 1993 al 39% en 1997.⁹⁹

Programas de trabajo extramuros con pares

Los programas de trabajo extramuros con pares, a menudo se implementaron como un componente educativo y de referencia para las clínicas amigables para la juventud y los centros juveniles. Sin embargo, estas actividades son cada vez más independientes, al ofrecer algunos servicios (típicamente suministro de condones y de tabletas de espuma) y referencia a una variedad de agencias comunales para que satisfagan las necesidades, que ellos no pueden atender. Los jóvenes capacitados tienden a ser educadores efectivos, accesibles para sus pares y capaces de referirse a las preocupaciones específicas de su edad y cultura. Según las evaluaciones disponibles, sin embargo, los promotores de pares parecen ser más efectivos en la disseminación de información que en la consejería, y parecen ser aun menos efectivos en la distribución de anticonceptivos.⁵ Mientras que se necesitan más evaluaciones para guiar a los planificadores de programas en aspectos como capacitación, recompensa, apoyo y retención de promotores de pares, se han documentado algunos programas prometedores, como el que se resume abajo.

- La Iniciativa de la Juventud de Africa del Oeste (WAYI), que opera en **Nigeria** y **Ghana**, es una colaboración de ONGs con base en EEUU y una ONG de Nigeria, que trabaja con grupos pequeños en ambos países para desarrollar proyectos piloto como

base para la reproducción y expansión. La mayoría de abordajes enfoca actividades de los promotores de pares. Una evaluación de WAYI mostró un incremento en los conocimientos y el uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población meta. La población meta también tuvo una puntuación significativamente más alta que el grupo control, en una escala de auto-eficacia, que mide los sentimientos de confianza al decir “no” al sexo, al proponer al compañero el uso del condón y al comprar condones.¹⁰⁰

Mercadeo Social

Las campañas de mercadeo social tienen un gran potencial para llegar a los grupos meta de jóvenes, porque estas actividades combinan el uso de medios masivos, una estrategia bien adecuada para alcanzar a jóvenes con la colocación de productos en ambientes amigables para la juventud. La preocupación por el VIH/SIDA hizo esta estrategia particularmente atractiva, porque la evidencia muestra, que los condones se pueden comercializar exitosamente con este enfoque – aunque hasta la fecha la experiencia ha sido primeramente con adultos. También existe evidencia de que los jóvenes prefieren obtener los condones del sector privado, y no del sector público, aun a un costo un poco mayor.¹⁰¹ Actividades dirigidas a adultos jóvenes, aunque modestas en número y dirigidas primeramente a la prevención del VIH, están encaminadas en Jamaica y Kenya, así como el programa realizado y evaluado en Botswana, que se resume a continuación.

- En **Botswana**, el Programa Tsa Banana (“para la juventud”) fue diseñado para ayudar a persuadir a los jóvenes, que los servicios de SR están pensados tanto para adolescentes como para adultos. Las actividades incluyen una campaña de comunicación; mercadeo social de condones orientado a la juventud; trabajo comunitario, incluyendo ventas por educadores de pares; y desarrollo de puntos de venta amigables para la juventud. Los puntos de venta participantes en el programa, estuvieron de acuerdo en poner un rótulo de Tsa Banana (identificándolos como amigables para la juventud) y representantes de estos puestos de ventas asistieron a un taller sobre consejería de SR para ofrecer mejores consejos a los jóvenes y recomendar una visita a la clínica de Tsa Banana. Una evaluación de los grupos de intervención y control encontró que, aunque ocurrieron más cambios deseados en el grupo de intervención, había resultados mixtos así como diferencias entre varones y mujeres. Un resultado positivo exclusivo en el lugar de intervención fue un incremento en la creencia que la gente usa el condón para evitar riesgos sexuales. Por el otro lado, las mujeres eran más tímidas al comprar condones después de la intervención.¹⁰² Grupos focales mostraron que ambos, hombres y mujeres, reaccionan tímidamente al obtener condones en público, aunque los hombres reciben condones de amigos.¹⁰¹

Líneas telefónicas de emergencia

Las líneas telefónicas, aunque no brindan servicios directos de salud, pueden ayudar a los jóvenes a aclarar sus necesidades e identificar lugares de servicios apropiados. A menudo, las líneas telefónicas forman parte de un programa mayor de educación, consejería y servicios. Por ejemplo en las Filipinas, una campaña multimedia para jóvenes, desarrollada por la Fundación Centro de Población, en colaboración con JHU/PCS, presentó canciones populares para animar a los jóvenes a retrasar el inicio de la actividad sexual. Se invitó a los jóvenes a llamar a “Llama-a-un-amigo”, una línea telefónica atendida por consejeros capacitados.¹⁰³ Las líneas se usan típicamente por las clínicas para brindar una oportunidad de consejería anónima, y que pueden referir a los clientes a las clínicas para

recibir servicios, si es necesario. Las dos líneas exitosas, presentadas a continuación, son operadas ambas por una asociación de planificación familiar.

- La asociación de Planificación Familiar de **Japón** empezó su línea telefónica para adolescentes, junto con servicios clínicos, en 1982. Durante los primeros siete años de operación, las llamadas a la línea excedieron en número a las visitas a la clínica, nueve veces.¹⁰⁴ La asociación de planificación familiar de **Líbano** también puso en funcionamiento un servicio de consejería vía telefónica, especialmente dedicada a jóvenes. Su propósito es diseminar información correcta sobre salud sexual y reproductiva, brindar consejería y ayudar a encontrar soluciones apropiadas a problemas sexuales.¹⁰⁵

IV. ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA HACER SERVICIOS AMIGABLES PARA LA JUVENTUD

A medida que crece el interés y la actividad en el área de los servicios amigables para la juventud, un conjunto correspondiente de experiencias y herramientas prácticas puede ayudar a los planificadores de programas. Las tres áreas prácticas de asistencia para la planificación y el incremento de servicios amigables para la juventud incluyen sugerencias de cómo superar las barreras y la resistencia; sugerencias para evaluación y herramientas de planificación; e información sobre material didáctico.

A. Formas de superar las barreras para establecer servicios amigables a la juventud

Como se indicó anteriormente, los y las jóvenes tienden a evitar la búsqueda de servicios de SR, especialmente en clínicas y centros de salud. Algunos profesionales citan esta realidad como una razón para no establecer servicios especializados, en otras palabras ¿Para qué molestarse en ofrecerlos, si esos servicios no se usarán? Este razonamiento circular resulta en mantener las cosas igual – servicios no amigables para jóvenes y pocos jóvenes asistiendo a las clínicas. Al mismo tiempo debe hacerse una evaluación sobre cuál es la mejor forma para brindar los servicios de SR – en un ambiente fijo o como trabajo extramuros o en asociación, involucrando otras actividades.

Sin embargo, siendo realista, cualquiera que sea el modelo que se escoja, existen algunos desafíos y barreras claras para brindar servicios amigables para la juventud, los que se deben reconocer y a los cuales hay que dirigirse. Muchas de estas barreras se pueden superar por ajustes en las operaciones, con la selección y preparación del personal y aun más importante, con el compromiso de un nuevo abordaje. Pero esto involucra costos – financieros y otros -, sobre los que el administrador del programa debe estar consciente y los debe considerar al hacer sus planes. Algunas de las principales barreras, con algunas estrategias para superarlas, se describen a continuación.

Brindar servicios de SR a jóvenes es un asunto público sensible

Además de ser una nueva área de servicio, brindar servicios de SR a jóvenes, a menudo se considera sensible o controversial. Este punto de vista deriva de la incomodidad tradicional en muchas sociedades de dirigirse públicamente a asuntos sexuales, y particularmente cuando involucran a jóvenes solteros/as. Aunque no se ha comprobado con evidencias, una preocupación común se relaciona con el miedo que prestar servicios animará a los jóvenes a la actividad sexual.¹⁰⁶ Esta preocupación afectó la toma de decisiones en Indonesia, donde las circunstancias políticas y sociales se consideraron demasiado hostiles para atender a jóvenes. Así, cuando los miembros del equipo de una afiliada de la asociación de planificación familiar, querían permitir a jóvenes “comunes y corrientes” recibir anticonceptivos y atención de ITS (lo que ya estaban recibiendo las trabajadoras del sexo), la junta rechazó la idea por ser demasiado controversial.¹⁰⁷

A pesar de este fuerte desafío, los prestadores de servicios reconocen cada vez más alguna obligación de atender a las personas sexualmente activas con servicios preventivos y curativos de SR, aunque se trate de jóvenes, solteros o ambos. Donde se han desarrollado exitosamente iniciativas de programas, requirieron de una planificación cuidadosa y esfuerzos concertados para trabajar con la comunidad y ganar el apoyo de ésta. Un punto

de partida fundamental es la recolección de estadísticas y de hallazgos de investigaciones, para establecer un argumento, porqué estos servicios son necesarios. Se puede acumular evidencia sobre cómo otros programas han desarrollado los servicios y donde sea posible, estas experiencias se pueden utilizar para demostrar los beneficios de los servicios y la ausencia de consecuencias negativas. Finalmente, una buena investigación y preparación involucra la identificación, por adelantado, de probables críticas y la preparación de respuestas fuertes, si es necesario.

Los programas pueden ayudar a fomentar el apoyo, al identificar cuidadosamente a los líderes de la comunidad, que apoyan la prestación de servicios de SR a adolescentes. Estos aliados deben tener el respeto de la comunidad y deben representar a grupos claves de personas creadoras de opinión, tales como del sector religioso, escuelas, organizaciones juveniles y del sector salud. Cuando se presente la información y las explicaciones de los servicios propuestos a la comunidad, estos líderes pueden ayudar a presentar la causa.

La razón de una clínica debe tener sentido para la comunidad, al engranarla con sus valores y conectándola a sus prácticas y tradiciones. Así, a como se citó anteriormente, un proyecto en Zambia colocó a su equipo del servicio de salud en el lugar de “abuelos”, el grupo al que tradicionalmente se le había encomendado la tarea de discutir sobre sexo y reproducción con la juventud.⁷⁹

Las actitudes del personal sobre la prestación de servicios de SR a jóvenes pueden ser negativas o ambivalentes

Las actitudes negativas del personal, a menudo se consideran como la razón principal porqué los jóvenes evitan buscar los servicios clínicos. De manera que, aun cuando la administración decida prestar servicios a jóvenes, los miembros del personal pueden resistirse a este esfuerzo – o reaccionar insensiblemente si son asignados al servicio de SR para adolescentes. Cuando se considera cómo enfrentar este reto, es importante notar, que los prestadores de servicios son productos de su cultura y que, en la mayoría de las sociedades, el sexo entre personas solteras es tabú. Esta actitud profundamente arraigada puede transformarse en desaprobación u hostilidad.¹⁰⁸ En Antigua, por ejemplo, las enfermeras asignadas a trabajar con jóvenes indicaron que cuando ellas se enteraban, que los clientes jóvenes eran sexualmente activos, ellas los animaban a cambiar su manera y a realizar deportes u otros pasatiempos, en vez de sexo.¹⁵ Un estudio de un programa de mercadeo social de Botswana reveló, que los y las jóvenes – especialmente las muchachas –temían la actitud de los proveedores de condones en clínicas, farmacias y tiendas.¹⁰¹

Para ayudar a superar esta resistencia o comportamiento inapropiado, los proyectos tienen que seleccionar personal que apoye la prestación de servicios de SR a jóvenes y asegurar su capacitación. En nuevos proyectos, se puede seleccionar el personal de acuerdo a su actitud, interés y voluntad para capacitarse. En los proyectos en marcha, sin embargo, debe ponerse cuidado al seleccionar entre los miembros del personal existente, a aquéllos que son los más indicados para estas tareas. Además, todo el personal de la clínica – desde la recepcionista hasta la afanadora – debe estar orientado sobre las necesidades y sensibilidades de los jóvenes, con los que van a, o podrían, interactuar. En algunos casos, los médicos pueden representar un reto especial, ya que a menudo ellos son los más poderosos entre el personal de la clínica y no pueden ser reemplazados fácilmente por personal alterno. Si ellos mantienen actitudes negativas, la implementación

puede detenerse – o ellos podrían no atender a clientes jóvenes. El proyecto Lentera (parte de la Asociación de Paternidad Planificada de Indonesia), solucionó este problema parcialmente, contratando médicos residentes jóvenes, que estaban buscando experiencia médica relacionada con ITS en pacientes femeninas (debido a que la mayoría de los pacientes de ITS en los hospitales son hombres).¹⁰⁹ Una colocación similar de médicos jóvenes o estudiantes consejeros puede ayudar a resolver el problema del personal resistente; los miembros jóvenes del personal también tienen el beneficio de estar más cercanos en edad a sus clientes. Este tipo de arreglo puede ser más efectivo, si se satisfacen las necesidades de experiencia o de práctica de los nuevos profesionales. En Perú, por ejemplo, la afiliada de IPPF, INPPARES, tiene menos rotación entre sus consejeros de pares que los demás programas, porque INPPARES contrata estudiantes universitarios de psicología o trabajo social, quienes valoran la experiencia como relevante para sus carreras.¹¹⁰

La organización de servicios de SR amigables para jóvenes requiere más capacitación, tiempo del personal y costos

Algunos recursos adicionales serán necesarios para introducir o hacer servicios amigables para jóvenes. La selección del personal y la capacitación son, sin duda, las acciones más importantes y tal vez más costosas. La programación de más tiempo del personal por cliente, resulta en mayores costos de operación.

Los ajustes en las características del servicio, dependiendo de cuan extensos son, pueden requerir desembolsos financieros, particularmente si se debe crear un espacio separado o mejorar la privacidad. El subsidio de los pagos de los clientes requerirá, que se asignen recursos adicionales al programa juvenil.

Este reto podría ser sustancial para la mayoría de los programas, ya sea que dependen de financiamiento público, de donaciones o de los pagos de los clientes. Algunos programas encontraron, que un componente juvenil tiene tantos beneficios – especialmente en el futuro lejano- que atraer fondos es algo más fácil que para otros programas. Además, al menos un par de programas han sido capaces de hacer ajustes amigables para los jóvenes con costos mínimos. En Chile, centros especializados con atención integral forman parte del Programa de Salud de Adolescentes. Aunque el Ministerio de Salud provee algunos fondos adicionales, el programa se basa principalmente en una reubicación de recursos usados previamente para programas tradicionales, incluyendo infraestructura, equipamiento y personal.⁵⁸ En Estados Unidos, una clínica para adolescentes reportó un 82% de incremento en los registros de adolescentes para planificación familiar, que siguió la implementación de servicios especiales, de los cuales, la mayoría fue incluida con pequeños o ningún costo financiero. Este incremento se logró principalmente por la selección cuidadosa de personal apropiado, escalonando el horario para acomodarlo a las horas preferidas por los adolescentes, y por otras acciones con bajos costos directos, tales como trabajo extramuros, captación, desarrollo de redes y establecimiento de sistemas de referencia.³⁸

Las leyes y políticas a menudo no son claras o son ambiguas sobre la prestación de servicios de SR a jóvenes

La prestación de servicios de SR para los jóvenes debe estar dentro del marco legal relevante de un país, pero a veces las leyes no son claras, sobre cuáles servicios se pueden brindar, bajo qué circunstancias, y a quién. Cuando existen ambigüedades, los pres-

tadores de servicios pueden tener inseguridad sobre acciones particulares, tales como suministrar anticonceptivos a clientes jóvenes solteros.

Mientras que las clínicas no pueden, necesariamente, tener efecto sobre las leyes, los administradores pueden explicar las leyes existentes lo más claro posible, y aun más importante, pueden desarrollar políticas, que les permitan a atender a los jóvenes en toda la extensión de la ley. De esta manera, los protocolos se pueden definir claramente para el equipo, eliminando la necesidad de interpretación personal, que puede ser restrictiva y entrar en conflicto con otras actividades de la clínica. Por ejemplo en Kenya, los proveedores sin un mandato claro de atender a este grupo, tendieron a interpretar las políticas ambiguas del gobierno estrechamente.⁸

B. Herramientas de evaluación y planificación

Las herramientas, para ayudar a los planificadores y administradores de programas a evaluar lo “amigable para jóvenes” de los servicios existentes, y para identificar cuáles políticas y cuáles características operacionales se necesitan establecer, están disponibles. Los planificadores pueden utilizar estas herramientas también como una guía para poner en funcionamiento nuevos servicios. Una breve lista de chequeo, que resume las características amigables para los jóvenes, descritas en este documento, aparece en la página 42. Las herramientas descritas a continuación, están disponibles a como se indica.

Las herramientas de evaluación ponen un mayor énfasis en las respuestas de los y las jóvenes, de manera que los servicios satisfagan mejor sus necesidades. No importa qué enfoque se utilice para el mejoramiento del plan o para establecer servicios para jóvenes, parte del proceso debe incluir, descubrir qué es lo que los y las jóvenes necesitan y desean y cuál es la mejor forma de brindar este servicio. Esta recolección de información puede realizarse a través de las siguientes metodologías o por otra clase de evaluación de necesidades de la población meta identificada.

1. Módulo de auto-evaluación: Programas de SR y Sexual para la juventud

Federación Internacional para la Paternidad Planificada/Región del Hemisferio Oeste, Nueva York, 1998

Esta herramienta de evaluación está diseñada para ayudar a las agencias a mejorar la planificación, implementación y evaluación de los programas juveniles. Se enfoca en los componentes de actividades, que más comúnmente forman parte de los programas juveniles de ONGs en los países en desarrollo o de aquellos que carecen de un conjunto de información programática y práctica. Las áreas cubiertas incluyen la capacidad institucional general, educación sexual y servicios clínicos o distribución comunitaria. Aunque se diseñó para ONGs con programas juveniles en marcha, esta herramienta de evaluación se puede aplicar a programas gubernamentales y en las organizaciones que estén planificando un nuevo programa. Este módulo se ha validado en pruebas de campo con cuatro afiliadas de IPPF y dos ONGs en Latinoamérica. Los resultados muestran, que el módulo es útil para identificar debilidades organizacionales y áreas que necesitan atención. Por ejemplo, en el área de servicios clínicos, las pruebas de campo mostraron una necesidad de fortalecer la vinculación entre programas educativos y servicios clínicos, fortalecer los protocolos para los servicios clínicos para jóvenes y fortalecer estrategias para atender a jóvenes en clínicas corrientes.¹¹¹

La metodología de auto-evaluación utilizada en esta herramienta es un proceso participativo, que consiste en responder a las preguntas suministradas y después discutir preguntas seleccionadas en un taller de análisis, en el cual los participantes identifican problemas y buscan soluciones. El producto final es un plan de acción. Todo el proceso se puede realizar en una semana. El módulo incluye instrucciones claras para conducir la evaluación, así como cuestionarios y formularios para tabulación y desarrollo del plan de acción. Incluye también una buena revisión de elementos claves y estrategias para brindar los servicios a jóvenes y una sección con recursos complementarios.

Información para hacer pedido:

IPPF/WHR, Inc.

Sharda Kalloe, Evaluation Department

120 Wall Street, 9th Floor

New York, NY 10005-3902

212-248-6400 (phone) 212-248-4221 (fax)

e-mail: <skalloe@ippfwhr.org> o <info@ippfwhr.org>

Costo: US\$8

2. Desarrollando Servicios Clínicos de SR amigables para la juventud: un protocolo para evaluación y planificación

FOCUS on Young Adults, Washington, D.C. (Disponible Abril, 1999)

Esta herramienta de evaluación, diseñada para administradores de clínicas de SR y planificadores y administradores de programas de SR para adultos jóvenes, ayudará a los usuarios a determinar el nivel de acceso a los servicios de SR entre los jóvenes en un ambiente dado y la calidad de estos servicios. Un mayor enfoque en la evaluación de la calidad de los servicios, se dirige a lo “amigable para jóvenes”.

La herramienta consiste en preguntas claves y diferentes metodologías, presentadas en un orden lógico, para guiar a los que conducen la evaluación.

Información para hacer pedidos:

FOCUS on Young Adults

Communications Coordinator

1201 Connecticut Avenue, NW, Suite 501

Washington, DC 20036

202-835-0818 (phone) 202-835-0282 (fax)

e-mail: <focus@pathfind.org>

URL: www.pathfind.org/focus.htm

Costo: Una copia gratis a aquellos que lo soliciten, mientras que haya copias; se puede bajar de la página web de FOCUS

3. Mejorando el acceso de adolescentes a anticonceptivos (Vol. IV de La comunidad responde al desafío de la prevención del embarazo en adolescentes)

Advocates for Youth, Washington, D.C. 1998

Aunque está basado en las condiciones y experiencias en Estados Unidos, este recurso para planificadores de programas, prestadores de servicios, líderes comunales y representantes de la causa juvenil, suministra información práctica y guía, que es aplicable para muchos ambientes en los países en desarrollo. El documento brinda considerable información de trasfondo sobre la importancia de los programas para acceso a los anticonceptivos, los obstáculos para el acceso de adolescentes, los factores que contribuyen al uso de anticonceptivos por parte de adolescentes (incluyendo una revisión de modelos de comportamientos de salud), las estrategias para servicios de planificación familiar amigables para adolescentes y una revisión de opciones de anticoncepción para adolescentes. Se incluyen informaciones relevantes y ejemplos programáticos.

La selección práctica se enfoca en la planificación de los servicios amigables para adolescentes. Se incluyen preguntas para realizar una evaluación de necesidades; sugerencias para iniciar; e ideas para trabajar con adolescentes, desarrollo de metas y objetivos, considerando al equipo humano y necesidades de capacitación, el desarrollo de una estrategia de financiamiento, cómo abordar las controversias y la planificación para la evaluación.

Información para pedidos:

Advocates for Youth
1025 Vermont Avenue, NW, Suite 200
Washington, DC 20005
202-347-5700 (phone) 202-347-2263 (fax)
e-mail: <info@advocatesforyouth.org>

Costos:

US\$25 por volumen; US\$115 por un juego completo de cinco volúmenes*
(más 15% de su orden total para correo y tramitación)

C. Materiales de capacitación

En respuesta a la variable clave en hacer las clínicas más amigables a la juventud, las agencias internacionales, nacionales y locales han incrementado sus esfuerzos de capacitar a los prestadores de servicios para que atiendan mejor a los jóvenes. Este nuevo énfasis ha dado como resultado materiales curriculares, nuevos y probados, así como mayores experiencias con los programas.** El siguiente material o está disponible ahora o está en proceso y pronto estará disponible. Se brinda información para establecer contactos.

1. Consejería y Salud Reproductiva de la Juventud de Zimbabwe: Un manual para capacitadores

Consejo Nacional de Planificación Familiar de Zimbabwe, Harare (actualmente en desarrollo; planificado para el primer semestre de 1999)

Este manual lo desarrolló el Consejo Nacional de Planificación Familiar de Zimbabwe y JHU/PCS para preparar mejor a los prestadores de servicios a fin de trabajar con jóvenes. Está dividido en dos módulos: "Desafíos que enfrenta la juventud hoy día" y "Comunicación interpersonal con jóvenes." El primer módulo se enfoca en los jóvenes mismos y contiene sesiones sobre desarrollo físico, sexualidad y patrones de comportamiento sexual, ITS y anticoncepción para jóvenes, abuso de drogas, relaciones, y autoestima y estrés. El segundo módulo tiene nueve sesiones, que se dirigen a los valores del consejero, la comunicación y el proceso de consejería, cómo hablar sobre sexualidad, ayudando a los y las jóvenes a resolver problemas y tomar decisiones, charlas en grupo y ayudas visuales, y momentos de reto en la consejería. Cada sesión incluye información para la capacitador sobre la preparación y los materiales necesarios y hace sugerencias sobre contenidos y métodos a utilizarse. Donde es necesario, el manual incluye papel impreso, ejemplos de

* La serie completa incluye Volumen I – Mobilizing for Action; Volumen II – Building Strong Foundations, Ensuring the Future; Volumen III – Designing Effective Family Life Education Programs; Volumen IV – Improving Contraceptive Access for Teens; Volumen V – Linking Pregnancy Prevention to Youth Development

** FOCUS actualiza su "Bibliografía anotada de curricula de capacitación para programas de salud reproductiva para adultos jóvenes" semestralmente. Para recibir la información más actualizada, entre a la bibliografía en la página web de FOCUS www.pathfind.org/focus.htm o póngase en contacto con FOCUS para recibir una copia.

transparencias y hojas con información para copiar y entregar a los participantes. La duración recomendada del curso de consejería es de cuatro semanas, pero una versión de dos semanas también está trazada. También se incluyen los formatos de evaluación del taller.

Contactos:

Mr. Godfrey Tinarwo, Executive Director
Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC)
Harare Hospital Grounds, P.O. Box ST 220
Harare, Zimbabwe
263-4-620-281/5 (phone) 263-4-620-280 (fax)
e-mail: <znfpc@harare.iafrica.com>

o

Peter W. Roberts/Jane Brown
Johns Hopkins Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
410-659-6300 (phone) 410-659-6266 (fax)
e-mail: <proberts@jhuccp.org> o <jbrown@jhuccp.org>

2. Programa de orientación sobre Salud Adolescente para Prestadores de Servicios de Salud

OMS/UNICEF/Asociación Médica del Commonwealth (actualmente en desarrollo; producción programada para finales de 1999)

Un programa de orientación para prestadores de servicios de salud que atienden adolescentes, se está desarrollando conjuntamente con la Organización Mundial de La Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF), y la Asociación Médica del Commonwealth. El público meta está compuesto por prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras y oficiales clínicos) en Africa, Asia, Europa Central y del Este y América Central y del Sur. La orientación se dirige a prácticas clínicas para satisfacer las necesidades especiales de adolescentes. Una estrategia para alcanzar este objetivo es que los participantes entiendan mejor la perspectiva de los y las adolescentes.

Las sesiones utilizarán un amplio rango de métodos de enseñanza y aprendizaje, brindan nueva información, estimulan la reflexión en un ambiente "seguro", y animan al intercambio de experiencias. La orientación será estructurada flexiblemente, de manera que pueda impartirse sola o se puede integrar en otros programas; se puede impartir en una sola sesión o en entregas en un período de tiempo más largo. La SR, como otros aspectos de salud relevantes para los y las adolescentes (como desórdenes nutricionales y el abuso de sustancias), se pueden seleccionar para incluirlos en el programa.

Un taller participativo de desarrollo se realizó en Uganda, resultando en un documento refinado, que se validó luego en un segundo taller en Zambia y en un tercer taller en Malasia. Un cuarto y final taller participativo está planificado para el Caribe, posiblemente a inicios de 1999.¹¹²

Contacto:

Departamento de Salud Infantil y Adolescente y Desarrollo
OMS, Ginebra, Suiza
791-33-69 (teléfono) 791-07-46 (fax)

3. Interacción Cliente Prestador (de Servicio) (ICP) Prototipo de Currículum para Adaptación y Uso Global

PRIME (actualmente en desarrollo)

De acuerdo a su mandato de incrementar el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar y SR, PRIME (PATH e INTRAH) está desarrollando un prototipo de un currículum para la capacitación ICP y comunicación interpersonal y consejería. Este prototipo es una respuesta a un vacío identificado en los recursos de capacitación, que se dirigen a la comprensión, atracción y satisfacción del cliente con los servicios. El currículum consistirá de una serie de módulos que apuntan a las áreas más desafiantes de los cambios de comportamiento. Uno de estos módulos será sobre SR del adolescente, delineando el trabajo efectivo con adolescentes, tanto en la consejería personal como en el trabajo extramuros. PRIME hará un pre-test del conjunto de módulos en países en desarrollo en por lo menos dos continentes. El prototipo estará disponible en el primer semestre de 1999.⁹²

Contactos:

Elaine Murphy (PATH) <emurphy@path-dc.org>

Sharon Rudy (INTRAH) <srudy@intrah.org>

**LISTA DE CHEQUEO:
CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA LA JUVENTUD**

Características del Proveedor
<input type="checkbox"/> Personal especialmente capacitado
<input type="checkbox"/> Respeto para los jóvenes
<input type="checkbox"/> Privacidad y confidencialidad para los/las clientes jóvenes
<input type="checkbox"/> Tiempo adecuado para la interacción cliente - proveedor
<input type="checkbox"/> Disponibilidad de consejeros de pares (jóvenes consejeros)
Características del Servicio de Salud
<input type="checkbox"/> Espacio separado y horario especial
<input type="checkbox"/> Horario conveniente
<input type="checkbox"/> Ubicación conveniente
<input type="checkbox"/> Espacio adecuado y privacidad suficiente
<input type="checkbox"/> Entorno cómodo
Características del Diseño del Programa
<input type="checkbox"/> Involucramiento de jóvenes en el diseño y retroalimentación continua
<input type="checkbox"/> Atención sin cita y citas rápidas
<input type="checkbox"/> Espera sin amontonamiento y tiempo corto de espera
<input type="checkbox"/> Precios accesibles
<input type="checkbox"/> Publicidad y captación informativas y reafirmativas para los jóvenes
<input type="checkbox"/> Invitación y atención a los chicos y hombres jóvenes
<input type="checkbox"/> Amplio rango de servicios
<input type="checkbox"/> Posibilidad de las referencias necesarias
Otras características posibles
<input type="checkbox"/> Material educativo disponible en el lugar y para llevar
<input type="checkbox"/> Discusiones de grupo
<input type="checkbox"/> Posibilidad de retraso del examen pélvico y examen de sangre
<input type="checkbox"/> Formas alternativas de obtener información, consejería y servicios

V. NECESIDADES FUTURAS PARA MEJORAR LA PROGRAMACION

Los planificadores de programas y los administradores están cada vez más conscientes de la necesidad de brindar a los jóvenes servicios de SR. Más recientemente, se hizo un número limitado de esfuerzos para hacer los servicios atractivos, relevantes y suficientemente amigables, de manera que los jóvenes se sientan cómodos de asistir y regresar a los servicios. Los programas de capacitación preparan cada vez mejor a los prestadores de servicios para satisfacer las necesidades de los clientes jóvenes. Ahora existen recursos y herramientas, para evaluar si los servicios existentes son amigables a los jóvenes y cómo adaptarlos (o iniciar nuevos servicios) para incluir las características preferidas por los jóvenes.

No obstante, subsisten desafíos y obstáculos. En primer lugar está la escasez de datos convincentes y resultados de evaluaciones para guiar a los planificadores en el establecimiento de servicios amigables para los jóvenes o para demostrar a los políticos y al público, que estos esfuerzos son ventajosos. Algunos de estos desafíos se pueden abordar colectivamente por aquéllos que realizan actividades en el campo de la SR para adolescentes. Otras acciones se tienen que desarrollar en los niveles nacionales y locales y especialmente en las comunidades locales, donde operarán las clínicas y otros programas. Abajo se describen algunas acciones claves, que pudieran fomentar beneficios substanciales en el establecimiento de servicios efectivos para la juventud.

Realización de evaluaciones y diseminación de los resultados acerca de servicios amigables para jóvenes

A como se evidencia en esta revisión, sólo resultados limitados de evaluaciones están disponibles para ayudar a los planificadores de programa en el diseño de programas efectivos. Los programas que capacitan a los prestadores de servicios para atender a adolescentes o para ajustar las operaciones del servicio para acomodar mejor sus necesidades, desde un inicio debieran incorporar un componente de evaluación en sus planes. Es también importante que se hagan esfuerzos aun mayores para buscar ajustes específicos o componentes en el nuevo diseño. Entre otros factores, el campo necesita conocer lo siguiente:

- ¿Cómo se selecciona mejor al equipo para trabajar con adolescentes? ¿Cuáles criterios se pueden utilizar?
- ¿Qué son componentes de capacitación efectivos para preparar al equipo para la atención de adolescentes en los servicios de SR? ¿Existe buen material para abordar los aspectos claves de actitud, confidencialidad y respeto?
- ¿Cuáles elementos del servicio tienden a ser más importantes para atender a adultos/as jóvenes – atención sin cita, horario de operación, clínicas separadas, costos, ambiente físico, componentes de trabajo extramuros?
- ¿Qué servicios debe abarcar un paquete mínimo de servicios de SR para adolescentes, dependiendo de los recursos disponibles o que probablemente estarán disponibles?
- ¿Qué servicios se deben de incluir en el sistema de referencia?

- ¿Cómo se puede conectar mejor a los servicios con las escuelas, grupos comunitarios y otras agencias profesionales? ¿Se pueden ubicar los servicios dentro de las escuelas como parte de su oferta de salud?
- ¿Cómo se pueden vincular los esfuerzos de consejería (como líneas telefónicas de emergencia) más efectivamente a los servicios?
- ¿Cómo pueden los servicios llegar mejor a los y las jóvenes sub-atendidos, no afiliados (por ejemplo, desertores de las escuelas)?
- ¿Qué tan importante es el involucramiento de los y las jóvenes en la planificación, implementación y evaluación de los servicios amigables para jóvenes?

Fomentar el apoyo político y el trabajo en redes a fin de establecer servicios amigables para jóvenes

En vista que las restricciones políticas (o la falta de políticas claras) comprometen los esfuerzos para establecer y brindar servicios para jóvenes, a menudo es necesario hacer esfuerzos para fomentar políticas positivas. El éxito de tales iniciativas estará basado, en parte, en los resultados de evaluaciones, que indican los beneficios de establecer servicios amigables para jóvenes. Otro factor facilitador es la colaboración de grupos juveniles, organizaciones de salud y de otros servicios, y agencias de gobierno, en la búsqueda de una agenda común. La cooperación intersectorial entre diversos ministerios del Perú, por ejemplo, dio como resultado un cambio clave en la ley relacionada con el permiso de las jóvenes embarazadas de permanecer en la escuela.¹¹³ Los esfuerzos de forjar redes no gubernamentales tendrán efectos en las políticas resultantes, y pueden ayudar a generar el apoyo comunitario necesario – y referencias – para los servicios clínicos que se establezcan.

Conducir campañas públicas de educación para ganar apoyo

La prestación de servicios de SR a jóvenes puede ser un aspecto sensible, especialmente en comunidades, donde estos programas representan algo nuevo y no se comprenden bien. Ayudar a la comunidad a ver el papel positivo de estos servicios – como lo hizo el proyecto de Zambia, descrito arriba – puede ayudar a asegurar el éxito, pero requiere una campaña organizada de educación pública. La comunidad, por supuesto, es diversa, y requiere comunicación apropiada para diferentes interesados, tales como líderes religiosos, prestadores de servicios sociales, educadores y otros. Los padres y otros miembros adultos de las familias son un grupo clave, cuyo apoyo determina la participación de los hijos. Las discusiones y el trabajo con estos grupos requieren a menudo más intercambio personal y oportunidades para familiarizarlos con los objetivos y operaciones de las clínicas. Si se maneja bien, los padres pueden pasar de detractores a aliados, a veces solicitando una actividad del programa para ayudarlos a estar mejor informados – y preparados – para trabajar más cómodamente con sus hijos.

Referencias

- ¹ Cates, W., and M. McPheeters. 1997. "Adolescents and Sexually Transmitted Diseases: Current Risks and Future Consequences." (Paper prepared for the Workshop on Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Developing Countries: Trends and Interventions, National Research Council, March, Washington, D.C.)
- ² Senanayake, P. 1990. "Adolescent Fertility." In *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, edited by H.M. Wallace and K. Giri. Oakland, CA: Third Party Publishing.
- ³ Johns Hopkins University/Center for Communication Programs (JHU/CCP). 1998. "Sex and Reproductive Health Services for Youth. Mexican Institute of Social Security." (Unpublished paper).
- ³ Johns Hopkins University/Center for Communication Programs (JHU/CCP). 1998. "Sex and Reproductive Health Services for Youth. Mexican Institute of Social Security." (Unpublished paper).
- ⁴ Townsend, J. W., et al. 1987. Sex education and family planning services for young adults: Urban strategies in Mexico. *Studies in Family Planning* 18(2): 103-8.
- ⁵ Senderowitz, J. 1997. *Reproductive Health Outreach Programs for Young Adults*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.
- ⁶ Duby, F. Personal communication. November 1998.
- ⁷ Paxman, J. M. 1993. "Clothing the Emperor—Seeing and Meeting the Reproductive Health Needs of Youth. Lessons from Pathfinder's Adolescent Fertility Programs." (Unpublished paper prepared for the Rockefeller Foundation).
- ⁸ Senderowitz, J. 1997. "Thematic Evaluation of Adolescent Reproductive Health Programmes." *Evaluation Report No. 13*. New York, NY: UNFPA.
- ⁹ International Planned Parenthood Federation. 1993. *Youth for Youth: Promotion of Adolescent Reproductive Health Through NGO Collaboration*. London: International Planned Parenthood Federation.
- ¹⁰ Senanayake, P. 1992. *Youth for Youth—Focus on Adolescent Reproductive Health*. London: The International Health Exchange.
- ¹¹ International Planned Parenthood Federation. 1994. *Understanding Adolescents. An IPPF Report on Young People's Sexual and Reproductive Health Needs*. London: International Planned Parenthood Federation.
- ¹² Family Health International. 1997. "Reproductive Health of Young Adults: Contraception, Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases." *Contraceptive Technology Update Series*. Research Triangle Park, N.C.: Family Health International in collaboration with FOCUS on Young Adults.
- ¹³ Pearson, S., D. Cornah, I. Diamond, et al. November 1996. "Promoting Young People's Sexual Health Services." (Report commissioned by the Health Education Authority and Brook Advisory Centres.)
- ¹⁴ Nare, C., K. Katz and E. Tolley. 1996. *Measuring Access to Family Planning Education and Services for Young Adults in Dakar, Senegal*. Dakar, Senegal: CEFFEVA.
- ¹⁵ Senderowitz, J. 1995. *Thematic Evaluation: Reproductive Health/Family Planning IEC and Services for Adolescents* (Unpublished case study on Jamaica and Antigua prepared for the United Nations Fund for Population Assistance / UNFPA).
- ¹⁶ Aylor, B.A. 1998. "Teens Speak Out II: Communication, Sexual Information, and Sexual Behavior of Teenagers Visiting Planned Parenthood of Southern Arizona." (Report for Planned Parenthood of Southern Arizona.)
- ¹⁷ Brindis, C., and L. Davis. 1998. "Improving Contraceptive Access for Teens." In *Communities Responding to the Challenge of Adolescent Pregnancy Prevention*. Vol. 4. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

-
- ¹⁸ McHarney-Brown, C., and A. Kaufman. 1991. Comparison of adolescent health care provided at a school-based clinic and at a hospital-based pediatric clinic. *Southern Medical Journal* 84(11):1340–2.
- ¹⁹ Urban and Rural Systems Associates. June 1976. “Improving Family Planning Services for Teenagers.” (Report submitted to the office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health, Education, and Welfare).
- ²⁰ Brabin, L. 1995. “Preventative and Curative Care for Adolescents: The Role of the Health Sector.” (Excerpts of a report prepared for the WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health, 28 November–4 December.)
- ²¹ Ferrando, D., C. Meikle and J. Benavente. 1995. “Adolescent Health Services Project Evaluation at the Fundación San Gabriel (NCA/BOL 017-3) in La Paz, Bolivia.” (Draft report prepared for Pathfinder International).
- ²² Meredith, P. 1988. “Adolescent Fertility and FPA Service Provision in the IPPF/ESEAO Region.” (Report of a joint meeting of the International Programme Committee and Programme Committee of the East and Southeast Asia and Oceania Region, International Planned Parenthood Federation, February, Bangkok, Thailand.)
- ²³ Kols, A. May 30, 1996. “Literature Review: Zimbabwe Youth Issues.” (Unpublished report).
- ²⁴ Senderowitz, J. 1995. “Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood.” *World Bank Discussion Papers* (272). Washington DC: World Bank.
- ²⁵ Marie Stopes International. 1995. “A Cross-Cultural Study of Adolescents’ Access to Family Planning and Reproductive Health Education and Services.” (A final report to the World Bank.)
- ²⁶ World Health Organization. 1995. “Provision of Adolescent Reproductive Health Services to Adolescents in Indonesia, Nigeria, and the Philippines.” (Unpublished draft report of the World Health Organization).
- ²⁷ United Nations Children’s Fund. 1996. “Youth Health- For a Change. A UNICEF Notebook on Programming for Young People’s Health and Development.” (Working Draft).
- ²⁸ Görgen, R., B. Maier and H. J. Diesfeld. 1993. Problems related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning* 24(5): 283-94.
- ²⁹ Kurz, K. M., C. Johnson-Welch, E. LeFranc, et al. 1995. *Adolescent Fertility and Reproductive Health: A Needs Assessment in the English-Speaking Caribbean for the Pew Charitable Trusts*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- ³⁰ Mati, J. K. G. July 1997. *Evaluation of Reproductive Health Services: High Risk Young Adults Clinic, Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya*. Nairobi, Kenya: Pathfinder International, Africa Regional Office.
- ³¹ Senderowitz, J. 1997. *Health Facility Programs on Reproductive Health for Young Adults*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.
- ³² Zabin, L. S., and S. D. Clark. 1983. Institutional factors affecting teenagers’ choice and reasons for delay in attending a family planning clinic. *Family Planning Perspectives* 15(1): 25-29.
- ³³ Vadies, E., and J. Clark. 1988. Comprehensive adolescent fertility project in Jamaica. *PAHO Bulletin* 22(3): 240-249.
- ³⁴ Barker, G. 1994. “Iniciativa de Evaluación de Programas de Salud Reproductiva de Adolescentes: Confrontando Nuevos Desafíos para el Siglo 21.” (Documento de discusión preparado para la reunión de planeamiento en la Ciudad de Mexico. 20–21 Marzo.)
- ³⁵ Trangsrud, R. 1998. *Adolescent Reproductive Health in East and Southern Africa: Building Experience, Four Case Studies: A Report prepared for the Regional Adolescent Reproductive Health Network, US-AID, REDSO/ESA*. Nairobi, Kenya: Family Care International.

-
- ³⁶ Weiss, E., D. Whalen and G. R. Gupta. 1996. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- ³⁷ Ginsburg, K. R., G. G. Slap, A. Cnann, et al. 1995. Adolescents' perceptions of factors affecting their decisions to seek health care. *JAMA* 273(24):1913-1918.
- ³⁸ Herz, E. J., L. M. Olson and J. S. Reis. 1988. Family planning for teens: Strategies for improving outreach and service delivery in public health settings. *Public Health Reports* 103(4): 422-430.
- ³⁹ Abdool, K. Q., K. S. Abdool and E. Preston-White. 1992. Teenagers seeking condoms at family planning services. Part II: A provider's perspective. *South African Medical Journal* 82:360-3.
- ⁴⁰ McCauley, A. P., and C. Salter. October 1995. Meeting the needs of young adults. *Population Reports*. Series J, No. 41. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program.
- ⁴¹ James-Traore, T. A., and L. N. Kaluzynski. 1998. "Technical Assistance Kit: Practical Approaches to Clinical Services for Teens." In *First Things First*. Washington, D.C.: Planned Parenthood Federation of America, Inc.
- ⁴² Erulkar, A. S., and B. S. Mensch. October 1997. *Youth Centres in Kenya: Evaluation of the Family Planning Association of Kenya Programme*. Nairobi, Kenya: Population Council, Inc.
- ⁴³ Lane, C., and J. Kemp. 1984. Family planning needs of adolescents. *JOGN Nursing* (suppl., March/April): 61s-65s.
- ⁴⁴ Herdman, C. Personal communication. 1998.
- ⁴⁵ Profamilia. 1998. "El Centro Para Jovenes de Profamilia." (Unpublished manuscript, Profamilia, Colombia.)
- ⁴⁶ Kim, Y. M., C. Marangwanda and A. Kols. 1997. Quality of counselling of young clients in Zimbabwe. *East African Medical Journal* 74(8):514-8.
- ⁴⁷ Waszak, C. S. 1993. Quality contraceptive services for adolescents: Focus on interpersonal aspects of client care. *Fertility Control Reviews* 2(3): 3-6.
- ⁴⁸ Hogue, C. J., and S. L. Baden. 1996. "Teen-friendly Family Planning Clinics: Strategies for clinic administrators and clinicians to serve more adolescents and serve them better." (Unpublished paper prepared for the Georgia Campaign for Adolescent Pregnancy Prevention, Summer [GCAPP], Atlanta, Ga.)
- ⁴⁹ Haider, S. J., S. N. Saleh, N. Kamal and A. Gray. June 1997. "Study of Adolescents: Dynamics of Perception, Attitude, Knowledge and Use of Reproductive Health Care." (A collaborative project between Population Council and Research Evaluation Associates for Development [READ].)
- ⁵⁰ Center for Reproductive Health Policy Research, Institute for Health Policy Studies. 1998, October. "Peer Providers of Reproductive Health Services Evaluation." (Unpublished Executive Summary of Annual Report submitted to the California Family Health Council and the California Wellness Foundation by the Center for Reproductive Health Policy Research, Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco.)
- ⁵¹ Flanagan, D., C. Williams and H. Mahler. 1996. *Peer Education in Projects Supported by AIDSCAP: A Study of 21 Projects in Africa, Asia, and Latin America*. Arlington, VA: AIDS Control and Prevention Project (AIDSCAP), Family Health International.
- ⁵² Jay, M. S., R. H. Durant, T. Shoffitt, et al. 1984. Effect of peer counselors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. *Pediatrics* 73(2): 126-131.
- ⁵³ Wardle, S. A., and P. J. Wright. 1993. Family planning services—The needs of young people: A report from Mid-Staffordshire. *British Journal of Family Planning* 19:158-60.
- ⁵⁴ Kisker, E. E. 1984. The effectiveness of family planning clinics in serving adolescents. *Family Planning Perspectives* 16(5):212-8.

-
- ⁵⁵ Koontz, S. L., and S. R. Conly. 1994. "Youth at Risk: Meeting the Sexual Health Needs of Adolescents." *Population Policy Information Kit #9*. Washington, D.C.: Population Action International.
- ⁵⁶ Blaney, C.L. 1993. Chilean clinic serves more than medical needs. *Network* 12(2):26-7.
- ⁵⁷ Kim, Y.M., C. Marangwanda, R. Nyakauru and P. Chibatamoto. September 1998. "Impact of the Promotion of Youth Responsibility Project Campaign on Reproductive Health in Zimbabwe, 1997-1998." (Draft Evaluation Report, Zimbabwe National Family Planning Council and JHU/CCP).
- ⁵⁸ Maddaleno, M., and C. Gattini. October 1995. "Programming for Adolescent Health: National Adolescent Health Program in Chile Case Study." (Unpublished paper).
- ⁵⁹ Senderowitz, J. 1998, September. *Involving Youth in Reproductive Health Projects*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.
- ⁶⁰ Bryce, J., A. Vernon, A. R. Brathwaite, et al. 1994. Quality of sexually transmitted disease services in Jamaica: Evaluation of a clinic-based approach. *Bulletin of the World Health Organization* 72(2):239-47.
- ⁶¹ Luke, J., and K. Neville. 1996. "Teenage Pregnancy Prevention: A Case Study of the Tillamook County Experience. Multiple Strategies by Multiple Agencies Over Many Years." (Unpublished report).
- ⁶² Kabatesi, D. 1996. Young people and STDs: A prescription for change. *AIDS Scapions* 3(1): 21-23.
- ⁶³ Harris, F. 1998. "Reaching Young Men with Reproductive Health Services: Lessons Learned from Zambia." (Informal assessment of youth project in Zambia, Margaret Sanger Center International.)
- ⁶⁴ International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region. 1995. "Responding to the Challenge: Preventing Unwanted Teenage Pregnancy in Latin America and the Caribbean." (An unpublished project paper on five years of funding from the William and Flora Hewlett Foundation.)
- ⁶⁵ Barker, G., and M. Fontes. 1996. "Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth." (Unpublished report for the Government of Colombia, The World Bank.)
- ⁶⁶ Armstrong, K. A., and M. A. Stover. 1994. Smart Start: An option for adolescents to delay the pelvic examination and blood work in family planning clinics. *Journal of Adolescent Health* 15(5):389-95.
- ⁶⁷ Corona, E., J. N. Gribble, N. Ehrenfeld, et al. 1988. *A Study to Evaluate the Quality of Care in a Comprehensive Model of Service Delivery to Adolescent Mothers in a Mexico City Hospital*. Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES). (Final Technical Report).
- ⁶⁸ Pathfinder International, Evaluation Unit. 1995. "Adolescent Project Evaluation." (Unpublished draft).
- ⁶⁹ Martin, A., P. Schenkel, R. Vernon, et al. 1992. "A Sustainable Educational Program for Postpartum Adolescent Mothers, Mexico." (Paper presented at the 19th annual NCIH International Health Conference, 14-17 June, Arlington, Va.)
- ⁷⁰ Maddaleno, M. 1994. "Promoting Comprehensive Health Services for Adolescents in East Metropolitan Santiago de Chile." (Final Report, Department of Pediatrics and Psychiatry, University of Chile.)
- ⁷¹ Piechnik, S., and M. A. Corbett. 1985. Reducing low birth weight among socioeconomically high-risk adolescent pregnancies." *Journal of Nurse-Midwifery* 30(2): 88-98.
- ⁷² Harrison, K. A., A. F. Fleming, N. D. Briggs, et al. 1985. Growth during pregnancy in Nigerian teenage primigravidae. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 5(suppl.):32-9.
- ⁷³ Rosso, P., and S. A. Lederman. 1982. "Nutrition in the Pregnant Adolescent," In *Adolescent Nutrition*, edited by M. Winick. New York: John Wiley & Sons.
- ⁷⁴ Shepard, B. L., J. García-Núñez, J. T. Miller, et al. 1989. "Adolescent Program Approaches in Latin America and the Caribbean: An Overview of Implementation and Evaluation Issues." (Discussion draft prepared for the International Conference in Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean, November, Oaxaca, Mexico.)
- ⁷⁵ Baird, T. 1998. (Unpublished memo) 6 November.

-
- ⁷⁶ Healy, J. 1998. (Unpublished memo) 9 November.
- ⁷⁷ Winter, L., and L. C. Breckenmaker. 1991. Tailoring family planning services to the special needs of adolescents. *Family Planning Perspectives* 23(1): 24-30.
- ⁷⁸ Hughes, M. E., F. F. Furstenberg and J. D. Teitler. 1995. The impact of an increase in family planning services on the teenage population of Philadelphia. *Family Planning Perspectives* 27(2): 60-65 & 78.
- ⁷⁹ Chirwa, A. 1998. "Community Mobilisation in Support of SEATS Lusaka Urban Youth Friendly Services." (Unpublished document prepared for John Snow Inc./SEATS Zambia).
- ⁸⁰ Zeko, H., and L. Weiss. 1998, August. "Young Adult Reproductive Health in Zambia: A Review of Studies and Programs." (Draft Report prepared for USAID/Zambia and partners.) Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults Program.
- ⁸¹ Kim, Y. M., C. Marangwanda, R. Nyakauru and P. Chibatamoto. September 1998. "Impact of the Promotion of Youth Responsibility Project Campaign on Reproductive Health in Zimbabwe." (Draft Evaluation Report; Zimbabwe National Family Planning Council and JHU/CCP.)
- ⁸² Gaffikin, L., et al. 1998. "Combining Sex Education and Provider Training in Adolescent Services: An Innovative Project in Bahia, Brazil." (Presentation at APHA Annual Meeting, November, Washington, D.C.)
- ⁸³ Gaffikin, L., et al. September 1998. "Strengthening Public Sector Adolescent Reproductive Health Policy, Training, and Services: Evaluation Findings from Bahia, Brazil." (Draft, Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics [JHPIEGO]).
- ⁸⁴ Gaffikin, L. Personal communication. 1998.
- ⁸⁵ Association for Reproductive and Family Health. 1998. *ARFH and Youth Friendly Services: The Satellite Experience*. Ibadan, Nigeria: Association for Reproductive and Family Health.
- ⁸⁶ Johns Hopkins University/Center for Communication Programs. 1998. *Isabel: Your Electronic Counselor Makes Sex Education Accessible to Young People in Peru*. Baltimore, MD: JHU/PCS.
- ⁸⁷ Vereau, D. 1998. "FOCUS/Peru Training Activities." (Presentation at FOCUS on Young Adults Program, Washington, D.C.)
- ⁸⁸ Agbayani, A. R. October 1997. "Follow-Up Site Visit for Adolescent Reproductive Health: A Summary Report." (Unpublished document prepared for the Association of Deans of Philippine Colleges of Nursing, Association for Philippine Schools of Midwifery, JHPIEGO).
- ⁸⁹ Dean, T. 1998, September. "Adolescent Reproductive Health Training and Service Delivery Improve in the Philippines." (Unpublished memo, JHPIEGO).
- ⁹⁰ Dean, T. Personal communication. October 27, 1998.
- ⁹¹ Diallo, F. S. D. 1998. The Commune IV District of Bamako, Mali, strives to meet the needs of unmarried adolescents. *Francophone Africa MAQ Bulletin* 3(February):1-2. Baltimore, MD: JHPIEGO.
- ⁹² Rudy, S. Personal communication, 1998; Kiplinger, N. Personal communication. 1998.
- ⁹³ Advocates for Youth. 1995. *School-based and school-linked health center: The facts*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- ⁹⁴ Action Health Incorporated. 1998 "Mobile Clinic Goes to Schools." *Growing Up*. March, 1998. Vol. 6, No. 1; "The Youth Clinic." *Growing Up*. June 1998. Vol. 6, No. 2.
- ⁹⁵ World Health Organization (WHO). In press. *Programming for Adolescent Health: Technical Report of the WHO/UNFPA/UNICEF Study Group*. Geneva: World Health Organization.
- ⁹⁶ Monroy, A., et al. 1988. "Prospective Cost-Effectiveness Study to Determine a Strategy of Expansion of Services to Young Adults in Mexico City." (Final Technical Report, Centro de Orientacion para Adolescentes.)

-
- ⁹⁷ Andrade, S.J. 1985. "Sex Education and Family Planning Services for Adolescents in Latin America: The Example of El Camino in Guatemala." *Working Papers, The Pathfinder Fund, No. 2.*
- ⁹⁸ Erulkar, A. and B.S. Mensch. October 1997. *Youth Centres in Kenya: Evaluation of the Family Planning Association of Kenya Programme.* New York: Population Council.
- ⁹⁹ Bond, K. and L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to the NIPHP Partners, Bangladesh." (Unpublished report written by FOCUS on Young Adults for USAID Bangladesh.)
- ¹⁰⁰ Lane, C. 1997. "Peer Education: Hopes and Realities/The West African Youth Initiative." (Presented at a Johns Hopkins University/CEDPA Symposium, "The Young and the Restless," Washington, D.C., April 1997.)
- ¹⁰¹ Meekers, D., G. Ahmed, and M.T. Molatlhegi. 1997. *Understanding Constraints to Adolescent Condom Procurement: The Case of Urban Botswana.* Population Services International Research Division, Working Paper 12. Washington, D.C.: Population Services International.
- ¹⁰² Meekers, D., G. Stallworthy, and J. Harris. 1997. *Changing Adolescents' Beliefs about Protective Sexual Behavior: The Botswana Tsa Banana Program.* Population Services International Research Division, Working Paper No. 3. Washington, D.C.: Population Services International.
- ¹⁰³ Johns Hopkins Center for Communication Programs. October 1995. *Reaching Young People Worldwide: Lessons Learned from Communication Projects, 1986-1995.* Working Paper No. 2, Johns Hopkins Center for Communication Programs/Population Communication Services/Population Information Program, Baltimore, Maryland.
- ¹⁰⁴ Kitamura, K. N.d. Telephone counselling for adolescents. *Integration*: 15-18.
- ¹⁰⁵ Lebanon Family Planning Association. n.d. "Youth Benefit from Hotline Service."
- ¹⁰⁶ Baldo, M., P. Aggleton and G. Slutkin. n.d. *Sex Education Does Not Lead to Earlier or Increased Sexual Activity in Youth.* Geneva, Switzerland: World Health Organization Global Programme on AIDS.
- ¹⁰⁷ MacLaren, L. Unpublished memo. September 1998.
- ¹⁰⁸ Stewart, L. Unpublished memo. November 1998.
- ¹⁰⁹ MacLaren, L. Unpublished memo. October, 1998.
- ¹¹⁰ Bartling, H., et al. 1996. "Assessing the Evaluation Process: Adolescent Peer Counseling in Latin America." (Report prepared for IPPF/WHO and the Applied Workshop in Economic and Political Development of the School of International and Public Affairs, Columbia University.)
- ¹¹¹ Cohen, S., and V. Ward. 1998. "A Self-Assessment Methodology to Strengthen Adolescent Reproductive Health Programs." (Presentation at APHA Annual Meeting, November, Washington, D.C.)
- ¹¹² Mouli, C. 1998. "Development of an Orientation Programme on Adolescent Health for Health Care Providers." (Unpublished memorandum prepared for the World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development.)
- ¹¹³ Raguz, M. Personal communication. 1998.