



## **Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en entornos humanitarios:**

una mirada profunda a los servicios de planificación familiar

Diciembre de 2012



## Investigar. Replantear. Resolver.

La Comisión de Mujeres Refugiadas (Women's Refugee Commission, WRC) identifica necesidades, investiga soluciones y defiende el cambio a nivel mundial para mejorar las vidas de las mujeres y los niños afectados por situaciones de crisis. La WRC es parte legal del Comité Internacional de Rescate (International Rescue Committee, IRC), una organización sin fines de lucro que cumple con la sección 501(c)(3), pero no recibe apoyo financiero directo del IRC.

Save the Children es la principal organización independiente que se ocupa de los niños mediante programas en más de 120 países en todo el mundo. Nuestra misión es inspirar el gran avance en la forma en que el mundo trata a los niños y lograr el cambio inmediato y duradero en sus vidas.

### Reconocimientos

El presente informe fue investigado y narrado por Mihoko Tanabe y Jennifer Schlecht de la Comisión de Mujeres Refugiadas, y por Seema Manohar de Save the Children de los EE. UU. Los aportes importantes fueron realizados por Noreen Giga, Torianne Mason, Kadhambari Sridhar y Erin Stone. El informe fue revisado básicamente por Sandra Krause y los comentarios adicionales fueron aportados por Dale Buscher, Elizabeth Cafferty, Josh Chaffin, Kathryn Paik y Joan Timoney, todos integrantes de la WRC. Diana Quick, de la WRC, editó y diseñó el informe.

Como líderes principales del Grupo de trabajo secundario de salud sexual y reproductiva de adolescentes en situaciones de crisis del Grupo de trabajo entre organismos, Cecile Mazzacurati, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Population Fund, UNFPA), y Brad Kerner, de SC, fueron catalizadores al priorizar la documentación de las buenas prácticas en este campo y brindaron orientación técnica para este informe. Nadine Cornier y Ouahiba Sakani con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UN High Commissioner for Refugees, UNHCR) brindaron además supervisión y orientación para el proyecto.

La Comisión de Mujeres Refugiadas y Save the Children quisieran agradecer al personal de la Red de Salud Reproductiva de los Adolescentes en Mae Sot, Tailandia, la fundación Straight Talk Foundation en Kampala y Gulu, Uganda, y Profamilia en Colombia, por recibir al equipo que estará a cargo de la evaluación de sus programas. Phyllis Awor estuvo a cargo de las iniciativas de recopilación de datos en Gulu y Erika García en Colombia. En especial, el agradecimiento se extiende a: Andrés Quintero (Colombia), Daphne Lessard, Paw Khee Lar y Norda Prisingdat (Tailandia), y Susan Ajok y Pauline Kabagenyi (Uganda).

Esta investigación contó con el generoso apoyo de UNHCR y UNFPA.

Fotografías de © Women's Refugee Commission, a menos que se especifique lo contrario. Fotografía de la portada, niñas adolescentes de Mali, por Joshua Roberts, Save the Children.

© 2012 Women's Refugee Commission y Save the Children

ISBN: 1-58030-108-8

Women's Refugee Commission  
(Comisión de Mujeres Refugiadas)  
122 East 42nd Street  
New York, NY 10168-1289  
212.551.3115  
[info@wrcommission.org](mailto:info@wrcommission.org)  
[womensrefugeecommission.org](http://womensrefugeecommission.org)

Save the Children  
2000 L Street, NW, Suite 500  
Washington, DC 20036  
202.640.6600  
[www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org)

## Índice

Resumen ejecutivo.....	1
Hallazgos clave.....	1
Recomendaciones.....	3
Introducción.....	5
Antecedentes.....	5
Metodología.....	8
Hallazgos.....	9
Mapeo de los programas de ASRH existentes en entornos humanitarios.....	9
Estudios de casos que demuestran buenas prácticas.....	13
Red de Salud Reproductiva de los Adolescentes, Mae Sot, Tailandia.....	14
Proyecto RAISE Colombia.....	18
Centro Juvenil de Gulu, Distrito de Gulu, Uganda.....	22
Aprendiendo juntos.....	27
Conclusión.....	32
Anexos.....	33
Metodología detallada.....	34
Limitaciones.....	36
Lista de programas de ASRH que ofrecen al menos dos métodos de planificación familiar.....	37
Mapeo de los programas de ASRH: resumen de los hallazgos clave.....	38
Notas al pie de página.....	41

## Acrónimos y abreviaciones

A/MGF	Ablación/Mutilación Genital Femenina
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AE	Anticonceptivos de Emergencia
AES	Abuso y Explotación Sexual
ARC	American Refugee Committee (Comité Americano para los Refugiados)
DGE	Discusiones de Grupos de Enfoques
DIU	Dispositivo Intrauterino
FHOK	Family Health Options Kenya (Opciones de Salud Familiar de Kenia)
GBV	Violencia de género (Gender-based violence)
HAGN	Haiti Adolescent Girls Network (Red Haitiana de Niñas Adolescentes)
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité Permanente entre Organismos)
IAWG sobre SR en Crisis	Grupo de trabajo entre organismos sobre salud reproductiva en situaciones de crisis
IDP	Internally Displaced Person (Persona desplazada internamente)
IEC	Información, Educación y Comunicación
ITS	Infección de transmisión sexual
MELA	Método de Amenorrea de la Lactancia
OBC	Organización basada en la comunidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PPE	Profilaxis postexposición
RHRC	Reproductive Health Response in Crises Consortium (Consortio para la Respuesta a Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis)
STF	Fundación Straight Talk Foundation
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
WRC	Women's Refugee Commission (Comisión de Mujeres Refugiadas)



## Resumen ejecutivo

A nivel mundial, 16 millones de niñas adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y 2 millones de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. En las regiones con mayor pobreza del mundo, esto significa que alrededor de una de cada tres niñas tiene hijos antes de los 18 años. Las niñas adolescentes corren el mayor riesgo de mortalidad materna: el riesgo de muerte relacionada con el embarazo es dos veces mayor en las niñas de entre 15 y 19 años, y cinco veces mayor en el caso de las niñas de 10 a 14 años, en comparación con las mujeres entre 20 y 30 años. Además, las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades que las mujeres adultas de recurrir a las prácticas de aborto poco seguras. Cada año, se producen alrededor de tres millones de abortos poco seguros entre las niñas de 15 a 19 años de edad. En los entornos humanitarios, los riesgos de quedar embarazada son mayores para las adolescentes, debido a la mayor exposición al abuso sexual, al mayor riesgo que corren al recibir servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (ASRH) o debido a la menor disponibilidad de estos servicios y la susceptibilidad hacia ellos. Durante un conflicto o un desastre natural, la familia y las estructuras sociales generalmente se ven afectadas, y los servicios educativos y sociales se interrumpen. Los adolescentes pueden volverse sexualmente activos cuando cuentan con escasos servicios de protección y las niñas, especialmente, son vulnerables al abuso y la explotación sexual. Dichos riesgos aumentan su vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos poco seguros. Al mismo tiempo, los adolescentes en entornos de crisis tendrán necesidades y deseos similares de recibir servicios e información sobre salud sexual y reproductiva (SRH) que sus pares en entornos no críticos. Invertir en ASRH para adolescentes puede demorar el primer embarazo, reducir la mortalidad materna, mejorar los resultados de salud, contribuir a objetivos generales de desarrollo y reducir la pobreza.

Para abordar las necesidades de SRH específicas de los adolescentes en entornos humanitarios, el Grupo de trabajo entre organismos sobre salud reproductiva en situaciones de crisis ha desarrollado un capítulo sobre la ASRH dentro del *Manual de Trabajo entre Organismos sobre la Salud Reproductiva en Escenarios*

*Humanitarios* (Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, IAFM).<sup>1</sup> Save the Children y el Fondo de Población de las Naciones Unidas han desarrollado un *Conjunto de herramientas complementario sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes en entornos humanitarios*<sup>2</sup> para brindar orientación y herramientas para la implementación del programa.

Si bien la ASRH recibe una mayor atención en los contextos humanitarios y de desarrollo, existe poca documentación de avance hasta la fecha en los entornos humanitarios o de programas que integren de manera eficaz los servicios de SRH, incluso la planificación familiar, para esta población. Para abordar esta brecha, la Comisión de Mujeres Refugiadas y Save the Children llevaron a cabo un ejercicio de un año de duración para identificar los programas de ASRH existentes que se han implementado desde el año 2009 y documentar las buenas prácticas, a fin de informar la prestación de servicios de ASRH en entornos humanitarios. Esto se logró a través de una encuesta a profesionales, análisis de financiamiento para ayuda humanitaria, entrevistas a informantes clave y recopilación de estudios de casos de buenas prácticas.

## Hallazgos clave

La encuesta llegó a 1.200 personas a través de diversos servidores de listas relacionadas. En función de las más de 200 respuestas, solo 37 programas se centraron en las necesidades de SRH de adolescentes de 10 a 19 años en entornos afectados por la crisis desde 2009. Solo 21 de estos programas ofrecieron al menos dos métodos anticonceptivos y ninguno de ellos se implementó en entornos de emergencia de inicio brusco. Desde 2009, las propuestas para ASRH a través de los llamamientos<sup>3</sup> rápidos y consolidados han constituido menos del 3,5 % de todas las propuestas de salud y la mayoría de ellas no obtuvo financiamiento. Además, muy pocas evaluaciones de programas y estudios de investigación en entornos humanitarios han observado el impacto de las intervenciones de ASRH a nivel poblacional.

A pesar de esta falta de programación, existen prácticas notables para la ASRH en entornos de crisis. Entre los 21 programas, tres fueron identificados como “eficaces” en lo que respecta a la prestación de servicios de SRH, al demostrar una respuesta mejorada a los métodos anticonceptivos: Profamilia en Colombia, la Red de Salud Reproductiva de los Adolescentes en Tailandia y la Fundación Straight Talk Foundation en el norte de Uganda. Además, diversos programas demuestran enfoques prometedores; entre ellos, el uso de un modelo de consorcio para abordar las necesidades de esta población, la prestación de servicios de ASRH dentro de los programas escolares, el trabajo conjunto con las poblaciones urbanas desplazadas y la incorporación de ASRH en las actividades de reducción de riesgos de desastres.

Un examen más exhaustivo de los programas considerables encontró que:

- **Los programas exitosos han garantizado la participación de las partes interesadas para crear confianza comunitaria y garantizar el apoyo de las personas adultas.**
- **La participación y el compromiso de los adolescentes, más allá de la participación simbólica y de la aparición de una emergencia, es fundamental para crear la compra de los adolescentes y aumentar la demanda de servicios.**
- **Los programas exitosos de ASRH responden a las distintas necesidades de las subpoblaciones de adolescentes, incluso adolescentes casados y solteros; adolescentes escolarizados y no escolarizados, y adolescentes con discapacidades.**
- **El personal de ASRH calificado y dedicado, incluso el personal clínico, es fundamental para la adecuada prestación de servicios de calidad.** Los programas más sólidos ponen mucho énfasis en la identificación y la búsqueda de personal con antecedentes adecuados, así como la inversión en la concienciación del personal, la capacitación y el apoyo continuos.
- **La prestación de servicios de SRH integrales para los adolescentes en un único lugar puede aumentar el uso de los servicios. Los adolescentes se benefician más con las intervenciones que abordan diversas necesidades.** La integración

de los servicios de SRH, incluso la educación sexual, el desarrollo de habilidades para negociar prácticas sexuales seguras, la planificación familiar, el cuidado integral para los casos de abortos legales y VIH, mejora el uso en esta población crítica, para la cual la realización de derivaciones puede ser desafiante.

- **Los programas más sólidos tienen un enfoque holístico y multisectorial hacia la programación de ASRH, que va más allá de los servicios de salud basados en el centro médico y un enfoque de SRH aislado.** A través de modelos de red, mecanismos sólidos de derivación o programación integral, los programas de ASRH más sólidos ofrecen a los adolescentes más que simples servicios clínicos de SRH; entre ellos, protección, aptitudes personales, alfabetización, nociones elementales de cálculos aritméticos, capacitación vocacional y habilidades de subsistencia, entre otros servicios relevantes.
- **Los programas más sólidos ofrecen capacitaciones de actualización, supervisión estructurada, reconocimiento y tutoría continua para los educadores de pares, a fin de abordar la motivación y los desafíos de conservación.**
- **Las estrategias de alcance flexibles, así como también la inclusión de presupuestos de transporte, son necesarias para llegar a los adolescentes en entornos poco seguros y áreas de difícil acceso.**
- **Abordar la ASRH durante la preparación para emergencias puede ayudar a garantizar que las necesidades críticas de esta población no se pasen por alto al inicio de las emergencias.** Involucrar a los adolescentes en las iniciativas de preparación es un paso inicial importante. Además, la distribución previa de suministros; la información de fácil acceso, el material educativo y de comunicación, y los educadores de pares capacitados garantizarán mejor las necesidades de SRH de los adolescentes en las primeras etapas de una emergencia.

Al examinar el estado de la programación de ASRH en entornos humanitarios, es posible comprender mejor los logros alcanzados hasta la fecha, así como

también el crecimiento que aún se necesita dentro de este campo. La brecha en la cantidad de programas de ASRH, y los programas de ASRH definitivamente eficaces, hará que los adolescentes no puedan controlar su propia SRH. A pesar de las buenas prácticas, los desafíos y las brechas siguen existiendo, por ejemplo, los **escasos suministros para la SRH, en especial los anticonceptivos**, así como los **cambios influenciados por los donantes en lo que respecta a las prioridades de los programas**, lo que afecta la prestación de servicios de SRH vitales, como la planificación familiar. Los programas de estudios de casos demuestran claramente cómo influye el financiamiento y los cambios de los donantes en la respuesta de los servicios de planificación familiar para adolescentes.

## Recomendaciones

En función de estos hallazgos, se han desarrollado las siguientes recomendaciones para abordar y mitigar los riesgos de SRH para los adolescentes en situaciones de crisis.

Los **donantes y los gobiernos** deberían:

- **Financiar de manera urgente los programas que abordan la ASRH dentro del contexto del Paquete de servicios iniciales mínimos (Minimum Initial Service Package, MISP) para la salud reproductiva**, a fin de satisfacer las necesidades vitales en los casos de emergencias graves.
- **Aumentar el apoyo para la programación holística, integral y flexible de la ASRH** en las situaciones de crisis y recuperación prolongadas, teniendo en cuenta las buenas prácticas, la flexibilidad y la creatividad necesarias para resolver los problemas surgidos al cubrir las necesidades de esta población.
- **Comprometerse con un financiamiento multianual** para apoyar los procesos iterativos y reflexivos del desarrollo de programas que involucran a los adolescentes.
- **Acondicionar los programas de desarrollo para abordar las necesidades de SRH de los adolescentes en riesgo de desplazamiento durante la preparación y respuesta ante emergencias.**

El **grupo/sector de salud** en entornos de crisis debería:

- **Defender, priorizar y aprobar los proyectos que incluyen la ASRH en llamamiento de**

**financiamiento para ayuda humanitaria**, a fin de garantizar que la ASRH se aborde en la fase de respuesta ante emergencias.

- **Establecer la ASRH entre los grupos/sectores y los socios de salud para lograr una respuesta coordinada.**

Las **organizaciones humanitarias** que brindan servicios de SRH o servicios adecuados para los niños en entornos de crisis deberían:

- **Integrar la población diversa de adolescentes en la programación existente de SRH, protección y educación infantil a través de la adopción de enfoques y estrategias de alcance adecuados para adolescentes.** El personal de servicios de SRH, educación y protección infantil debe recibir capacitación en lo que respecta a la prestación de servicios adecuados para adolescentes, a fin de reducir los sesgos de los proveedores y desarrollar la confianza. Además, los programas deben adaptarse para que cubran las necesidades exclusivas de esta población diversa (adolescentes muy jóvenes, adolescentes escolarizados/no escolarizados, adolescentes casados/solteros y adolescentes con discapacidades, entre otros subgrupos marginados).
- **Controlar el uso de los servicios a través de la recopilación de datos desglosados por edad y sexo.** Este desglose debe incluir las siguientes edades: 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años.

Las **organizaciones de salud humanitarias** interesadas en prestar servicios de ASRH en entornos de crisis deberían:

- **Defender y adoptar objetivos relacionados con adolescentes para las respuestas de MISP en los casos de emergencias graves.** La inclusión de ASRH en las propuestas de emergencia para SRH, violencia de género, protección y educación infantil ampliaría el alcance de las posibilidades de programación y permitiría las iniciativas más integradas.
- **Prestar servicios de ASRH integrados conforme a la orientación existente**, como la descrita en el capítulo *Salud reproductiva de los adolescentes* del IAFM, y otras herramientas y pautas.
- **Involucrar a las partes interesadas pertinentes (padres, líderes de la comunidad, profesionales**

**de la salud y maestros), y a niños y niñas adolescentes como socios totales** en el diseño, la implementación, el control y la evaluación de los programas de ASRH. Los programas deben involucrar de manera significativa a los adolescentes más jóvenes, no solamente a los jóvenes mayores de entre 20 y 30 años.

- **Fortalecer los vínculos de los programas y las vías de derivación, y coordinar con los sectores relacionados,** incluso protección, educación y medios de subsistencia, para una respuesta integral y multisectorial.
- **Participar en iniciativas que evalúen y documenten la programación de ASRH.** Invertir en mediciones del impacto de las intervenciones a nivel poblacional, la evaluación de los resultados entre sectores y la programación de ASRH durante la ayuda para el continuo desarrollo (durante la crisis, después de la crisis y en la etapa de recuperación).

**Las organizaciones de desarrollo** que brindan servicios de SRH y trabajan en entornos propensos a las crisis deberían:

- **Desempeñar un papel más importante en las iniciativas de preparación ante emergencias,** a fin de responder a las necesidades de SRH **urgentes** de la población cuando se presenta una situación de crisis, incluso para los adolescentes.
- **Coordinar con las personas a cargo de la ayuda humanitaria** al inicio de una emergencia para ofrecer una respuesta multisectorial al adoptar buenas prácticas en la programación de ASRH en los entornos humanitarios.



## I. Introducción

El Grupo de trabajo secundario de salud sexual y reproductiva de adolescentes en situaciones de crisis (ASRH) del Grupo de trabajo entre organismos (IAWG) sobre la salud reproductiva identificó que si bien el término “servicios adecuados para adolescentes” ha sido bien definido, y que las listas de verificación y las herramientas (como el *Manual de Trabajo entre Organismos sobre la Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* (IAFM)<sup>4</sup> y el *Conjunto de herramientas complementario sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes* [conjunto de herramientas de ASRH]<sup>5</sup>) existen para guiar la implementación de los programas, ha habido poca documentación de la frecuencia con que se implementan los programas de ASRH, y en qué medida han resultado eficaces. Dicha documentación resulta útil para que los administradores de los programas y otros proveedores de servicios satisfagan de manera más adecuada las necesidades de SRH de los adolescentes. La Comisión de Mujeres Refugiadas y Save the Children (dos de los codirectores del grupo de trabajo secundario sobre ASRH de IAWG) se embarcaron en una iniciativa para identificar las prácticas efectivas<sup>6</sup> para la prestación de servicios de ASRH, que incluye los componentes de la planificación familiar. Este documento final está diseñado para destacar las brechas y las fortalezas existentes en la programación de ASRH dentro del marco de respuesta humanitaria para aquellos que trabajan en ASRH en situaciones de crisis. Además, su objetivo es servir como recurso para los administradores de SRH que consideran la ampliación de sus servicios para los adolescentes y buscan una mayor orientación para saber cómo implementarlos.

### I.I Antecedentes

“La adolescencia (10 a 19 años de edad) es una de las etapas más fascinante y compleja de la vida”.<sup>7</sup> Es un proceso de continuos cambios físicos, cognitivos, conductuales y psicológicos que se caracteriza por el aumento de los niveles de la autonomía individual, un mayor sentido de la identidad, la autoestima y la independencia progresiva de los adultos.<sup>8</sup> En un extremo del proceso, se encuentra la adolescencia temprana, que va de los 10 a los 14 años de edad, que se caracteriza por los cambios físicos iniciales y el desarrollo rápido del cerebro. Durante esta fase,

algunos adolescentes pueden estar física, cognitiva, emocional y conductualmente más cerca de los niños que de los adultos. La adolescencia intermedia, que va de los 15 a los 16 años, es una etapa en que se desarrolla la orientación sexual de manera progresiva y los pares se convierten en una fuente de influencia importante. En la adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años de edad, los adolescentes pueden verse y actuar como adultos, pero es posible que no hayan alcanzado la madurez cognitiva, conductual y emocional.<sup>9</sup>

**Invertir en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (ASRH) puede retrasar el primer embarazo, reducir la mortalidad materna, mejorar los resultados en materia de salud de las mujeres y sus niños, contribuir a objetivos generales de desarrollo y reducir la pobreza.**

Garantizar que los adolescentes puedan proteger su salud durante cada etapa del desarrollo es una prioridad fundamental de la salud pública global. Dichas inversiones pueden retrasar el primer embarazo, reducir la mortalidad materna, mejorar los resultados en materia de salud para las mujeres y sus niños, contribuir a los objetivos de desarrollo y reducir la pobreza.

A nivel mundial, las niñas adolescentes de entre 15 y 19 años de edad representan aproximadamente la quinta parte de todas las niñas y mujeres en edad reproductiva.<sup>10</sup> Alrededor de 16 millones de niñas de 15 a 19 años y 2 millones de niñas menores de 15 años dan a luz cada año.<sup>11</sup> En las regiones con mayor pobreza del mundo, esto significa que alrededor de una de cada tres niñas tiene hijos antes de los 18 años.<sup>12</sup> Estas adolescentes corren un mayor riesgo de muerte materna que cualquier otra subpoblación. El riesgo de muerte relacionada con el embarazo es dos veces mayor en las niñas de entre 15 y 19 años y cinco veces mayor en el caso de las niñas de 10 a 14 años, en comparación con las mujeres de entre 20 y 29 años.<sup>13</sup> En los países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y el parto son la causa principal de muerte entre las niñas de 15 a 19 años.<sup>14</sup> Las adolescentes embarazadas tienen más

probabilidades que las mujeres adultas de recurrir a las prácticas de aborto poco seguras. Cada año, se producen alrededor de tres millones de abortos poco seguros entre las niñas de 15 a 19 años de edad.<sup>15</sup> Las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años son responsables de menos de la mitad (40 %) de todos los abortos poco seguros en todo el mundo.<sup>16</sup> Los efectos adversos de tener hijos en la adolescencia se extienden a sus niños. Los niños nacidos muertos y las muertes de recién nacidos se producen un 50% más entre los bebés de madres adolescentes que entre los bebés de mujeres de entre 20 y 29 años.<sup>17</sup> Los hijos recién nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un bajo peso al nacer, con el riesgo de efectos a largo plazo.<sup>18</sup>

Un estudio realizado en 2006 por Magadi et al. sobre datos demográficos y encuestas sobre salud de 21 países de África subsahariana determinó que los servicios de salud materna por lo general no eran utilizados por las adolescentes de 15 a 19 años en comparación con las mujeres de 20 a 34 años y de 35 a 49 años. Las adolescentes con embarazos premaritales y no deseados tuvieron más probabilidades de recibir atención médica materna más deficiente, en especial en países con niveles relativamente altos de embarazos premaritales durante la adolescencia, como Cote d'Ivoire y Kenia, donde más de la tercera parte de todos los partos de adolescentes se produce fuera del matrimonio.<sup>19</sup>

El acceso a los servicios de planificación familiar para adolescentes podría reducir significativamente los casos de muerte materna y mejorar los resultados en materia de salud familiar. No obstante, las necesidades no cubiertas en relación con la planificación familiar son mayores entre los adolescentes de 15 a 19 años, tanto en adolescentes casados como solteros.<sup>20</sup> Un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) documenta que la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las adolescentes casadas (15 a 19 años) es solo del 22 % en los países en vías de desarrollo, e incluso más baja en el sur de Asia (15 %) y África subsahariana (16 %).<sup>21</sup> Las adolescentes solteras se enfrentan a barreras adicionales para acceder a los anticonceptivos. En la mayoría de las partes del mundo en desarrollo, las adolescentes solteras y sexualmente activas enfrentan

el estigma y la desaprobación social. El Informe Estado de la población mundial de 2012 (*2012 State of the World's Population Report*) observa que "las normas y prácticas sociales pueden limitar el acceso individual [a la planificación familiar]. La subordinación del ejercicio de los derechos de las personas jóvenes... puede limitar el acceso a la información... los servicios y la capacidad para actuar".<sup>22</sup> El informe también observa que a pesar de las brechas en el acceso, el inicio de las relaciones sexuales de las niñas adolescentes se produce cada vez más fuera del matrimonio.<sup>23</sup>

A medida que los adolescentes pasan de la niñez a la adultez, por lo general se benefician de las influencias de los modelos de conductas adultas, las estructuras sociales y los grupos comunitarios.<sup>24</sup> No obstante, durante un conflicto o un desastre natural, las estructuras familiares y sociales a menudo se ven afectadas y los servicios educativos y sociales se interrumpen.<sup>25</sup> En estas situaciones, los adolescentes pueden volverse sexualmente activos si hay pocos servicios de protección disponibles. Los adolescentes, en especial las niñas, son vulnerables al abuso y la explotación sexual.<sup>26</sup> Dichos riesgos aumentan su vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS), los embarazos no deseados y los abortos poco seguros. Al mismo tiempo, los adolescentes tienen necesidades y deseos similares de recibir servicios e información sobre SRH que sus pares en entornos no críticos.<sup>27</sup>

Aunque fueron escasos, algunos estudios han documentado las necesidades de SRH específicas de los adolescentes en entornos humanitarios. Un estudio realizado en 2003 sobre los embarazos en adolescentes en campamentos de refugiados congolese, en Tanzania, halló que casi el 30 % de todos los partos ocurrieron en niñas de entre 14 y 18 años.<sup>28</sup> Una encuesta realizada en el año 2000 por la organización no gubernamental colombiana Profamilia determinó que las niñas desplazadas de entre 13 y 19 años tuvieron mayores tasas de embarazo y maternidad que sus pares no desplazadas; esto se documentó en un 30 % frente al 19 %, respectivamente.<sup>29</sup> Una encuesta llevada a cabo en 2003 de refugiados adolescentes de Bután en Nepal reveló que un sorprendente 22 % de niños y un 46 % de niñas "no sabían nada" sobre contacto

sexual, mientras que solo el 41% de todos los encuestados sabía que el uso de preservativos evita las ITS.<sup>30</sup> Las evaluaciones cualitativas transversales implementadas por la WRC y sus asociados también han demostrado mayores riesgos de SRH para los adolescentes, en especial las niñas adolescentes, ya que se refieren al abuso y la explotación sexual (AES) en contextos como Kenia tras la violencia postelectoral<sup>31</sup> y Haití.<sup>32</sup>



*Niñas adolescentes en Haití después del terremoto*  
© Lauren Heller, WRC

En los entornos humanitarios, los riesgos de quedar embarazada son mayores para las adolescentes debido a la mayor exposición al abuso sexual y al mayor riesgo que corren al recibir servicios de ASRH o debido a la menor disponibilidad de estos servicios y la susceptibilidad hacia ellos. El grupo de trabajo secundario sobre ASRH de IAWG ha reconocido que hay poca documentación de los programas de ASRH eficaces en los entornos humanitarios. Dicha documentación sería de utilidad para los administradores de los programas y otros proveedores de servicios.

Se ha aprendido mucho sobre las prácticas efectivas para la programación de ASRH a nivel mundial. Por ejemplo, se acepta que los programas de ASRH que influyen de manera efectiva en el conocimiento y las actitudes entre los jóvenes no necesariamente conducen al cambio efectivo en el comportamiento.<sup>33 34</sup> El cambio de comportamiento, en especial en esta población, es más complicado y puede requerir intervenciones multifacéticas, adaptadas a los contextos locales y los grupos de edad específicos, según lo observado por Bearinger, et al. Como parte de la serie 2007 *Lancet* sobre ASRH, Bearinger, et al. concluyó que una combinación de servicios adecuados para los jóvenes (implementados por médicos capacitados para trabajar con esta población), así como también educación sexual y el desarrollo de

habilidades para negociar conductas sexuales, es fundamental para una programación de ASRH efectiva.<sup>35</sup> En lo que respecta a qué es lo que constituye enfoques adecuados hacia la ASRH, algunos proyectos han intentado evaluar diversos componentes de los programas de ASRH, incluso los enfoques relacionados con los centros juveniles,<sup>36</sup> las clínicas para jóvenes, los enfoques de educadores o alcances de pares y las brigadas móviles. La guía reciente de la OMS es más general. Un resumen de la política de 2012 de la OMS recomienda las siguientes acciones en relación con los programas, para mejorar el éxito de los programas:

- Involucrar a los adolescentes como socios totales en el diseño, la implementación y el control de los programas de planificación familiar.
- Determinar distintos puntos para su distribución.
- Incorporar métodos convencionales e innovadores de comunicación, para brindar información a niños y niñas.
- Vincular los servicios de planificación familiar con otros servicios de ASRH.
- Respaldar a los proveedores para que sean respetuosos y sensibles al ofrecer anticonceptivos a los adolescentes dentro y fuera del sindicato.<sup>37</sup>

Las inversiones en los programas de ASRH orientados hacia los adolescentes vulnerables ayudarán a las niñas a permanecer en la escuela, casarse en una etapa más tardía, retrasar el embarazo, tener hijos más sanos y obtener un mejor ingreso que beneficie a ellas, sus familias y sus comunidades.<sup>38</sup> Dichas inversiones deben incluir la planificación familiar para abordar los altos índices de mortalidad relacionados con el embarazo en esta población.

En los entornos humanitarios, las inversiones en ASRH desde el inicio de una emergencia pueden reducir las vulnerabilidades a los embarazos no deseados, los abortos poco seguros y las ITS/VIH que se producen por la falta de acceso a la información sobre la SRH, la alteración o la falta de acceso a los servicios de SRH, el mayor riesgo de abuso y explotación sexual, así como también las conductas sexuales altamente riesgosas.<sup>39</sup>

En los contextos humanitarios, los datos publicados sobre modelos eficaces orientados hacia los adolescentes prácticamente no existen. Las evaluaciones publicadas sobre los programas mencionan a los adolescentes como clientes; no

obstante, los datos no están disponibles ni desglosados para discernir específicamente el impacto de la SRH en los adolescentes.<sup>40</sup>



*Niñas adolescentes en Afganistán  
© Jeff Holt, Save the Children*

## II. Metodología

La WRC, en colaboración con Save the Children y con el apoyo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR), llevaron a cabo una revisión de los programas de ASRH actuales en los entornos humanitarios. Si bien el objetivo inicial del ejercicio era identificar y documentar las prácticas eficaces para la prestación de los servicios de SRH, que incluía la planificación familiar, las preguntas y subpreguntas de la investigación se extendieron en el proceso en respuesta a las brechas existentes en los programas disponibles. Debido a la ausencia general de la programación de ASRH en las emergencias graves, se llevó a cabo un examen más completo de los programas en los entornos humanitarios en general y se agregó una revisión de los flujos de financiamiento. La investigación que se realizó finalmente incluye: 1) un mapeo de los programas de ASRH en los entornos humanitarios, y 2) una recopilación de estudios de casos de buenas prácticas.

El mapeo de los programas de ASRH se llevó a cabo mediante:

- La difusión de una encuesta en línea en inglés y en francés para las redes profesionales que trabajan en programas para adolescentes en las comunidades de desarrollo y ayuda humanitaria. La encuesta estuvo disponible de marzo a agosto de 2012.

- La revisión de las apelaciones del Proceso de Llamamiento Consolidado (Consolidated Appeals Process, CAP) y Llamamiento Rápido desde 2009 hasta octubre de 2012 para identificar los proyectos de ASRH financiados y propuestos.

Los programas idóneos para el ejercicio de mapeo fueron aquellos que:

- Habían sido implementados en entornos afectados por situaciones de crisis en general, incluso situaciones posteriores a un conflicto.
  - Para los programas implementados en contextos posteriores a un conflicto o postergados, se aplicaron criterios adicionales. El programa debe haber incluido un componente de planificación familiar (que según lo definido, proporcionó al menos dos métodos modernos de anticoncepción) y este componente debe haber sido iniciado durante o inmediatamente después de la crisis, y el programa continúa existiendo.
- Tiene como objetivo el grupo de edad de 10 a 19 años.
- Si no es un programa de ASRH dedicado, se orienta hacia los adolescentes como parte de una programación de SRH más amplia.

Todos los programas que califican están enumerados en la matriz de mapeo de programas en el anexo 5 (<http://wrc.ms/12ns1Ep>). Se obtuvo autorización para enumerar a los contactos clave.

Para contextualizar el mapeo de programas, la WRC y Save the Children realizaron además 13 entrevistas a informantes clave con profesionales de SRH humanitarios para entender qué es lo que hace que los programas de ASRH sean exitosos.

De los programas de ASRH identificados, los estudios de casos se obtuvieron a partir de aquellos que ofrecieron al menos dos métodos anticonceptivos modernos. Se eligieron tres programas para ilustrar los modelos de prestación de servicios que demostraron eficacia en la comunicación con los adolescentes y la mejora de la respuesta a los anticonceptivos a través de sus enfoques de alcance, comunicaciones o prestación de servicios. La aceptación de anticonceptivos se utilizó como un marcador de

los programas de ASRH eficaces, dada la importancia de la prevención del embarazo en las vidas de las adolescentes. Las buenas prácticas se recopilaron entre julio y septiembre de 2012, y principalmente examinaron lo siguiente:

- ¿Cuáles son los modelos y las prácticas “eficaces” para la prestación de servicios de planificación familiar para adolescentes?
- ¿De qué manera los programas han llegado a los adolescentes con los servicios de planificación familiar, en especial los más vulnerables?
- ¿Los programas se orientaron específicamente hacia los adolescentes muy jóvenes y estas iniciativas fueron exitosas?
- ¿Qué estrategias de comunicación se emplearon?
- ¿Qué cambio perceptible se observó en la aceptación durante el transcurso del programa?
- ¿Qué sistemas se implementan para examinar, volver a examinar y adaptar los programas existentes?
- ¿Qué perspectivas tienen los adolescentes con respecto a estos servicios?

En el anexo 1, se explican más detalles de la metodología de estudio.

Para esta investigación, un entorno humanitario se definió como un entorno afectado por un conflicto o un desastre que alteró la capacidad interna existente de un país desde 2009. Se eligió el año 2009 de recorte en función de los ciclos de financiamiento conocidos durante las emergencias y la probabilidad de disponibilidad de la información.

### **III. Hallazgos**

#### **III.I Mapeo de los programas de ASRH existentes en entornos humanitarios**

De los aproximadamente 1,200 contactos iniciales obtenidos, se recomendaron 15 contactos adicionales y otros 12 se identificaron mediante el análisis de los llamamientos consolidados y rápidos. Se recibió un total de 185 respuestas de la encuesta y, finalmente, se incluyeron 37 programas en el mapeo de los programas de ASRH en entornos humanitarios (consulte el anexo 5). La mayoría de los programas que no reunieron los requisitos para la inclusión fue el resultado de su

orientación hacia los jóvenes mayores de 20 años o debido a su implementación en un contexto posterior a la crisis, donde su componente de planificación familiar no se inició durante los primeros días de la crisis anterior a 2009.

La mayoría de los programas elegibles (19 a 37) provino de África subsahariana y la cantidad más grande provino de la República Democrática del Congo (RDC). Si bien algunos programas de ASRH se identificaron de entornos donde se produjeron desastres naturales, fueron muchos menos programas de ASRH (8) en comparación con los programas de entornos de conflictos (29). Seis de ellos se implementaron en Asia, uno en Europa, siete en Oriente Medio y África del Norte, 19 en África subsahariana y cuatro en el continente americano.

Algunos programas estuvieron orientados hacia un amplio rango de edad con respecto a sus intervenciones de ASRH, más allá de la estricta definición de adolescentes de 10 a 19 años. Por ejemplo, el 78 % de los 37 programas incluyó adolescentes mayores de 20 años dentro de la población objetivo del programa. Como se podría esperar, los programas estuvieron más orientados hacia los adolescentes de 15 a 17 años y a aquellos de entre 18 y 19 años (el 86 % de los programas estuvieron orientados hacia los adolescentes de 15 a 17 años y el 89 % se orientó hacia aquellos de entre 18 y 19 años). Los programas se orientaron con menor frecuencia hacia los adolescentes muy jóvenes (10 a 14 años), aunque más de la mitad de los programas informaron que incluyeron este grupo de edad (62 %) en su programación de ASRH.

Los componentes de los programas variaron ampliamente. Todos, excepto dos, brindaron educación y concienciación en cuanto a las normas de salud, sexualidad, sexo y VIH para los adolescentes. Los elementos comunes de comunicación/alcance incluyeron comunicación de cambios en la comunicación/conducta (IEC/BCC), información y educación, pares, obras en centros juveniles, teatro y participación de los padres y líderes religiosos de la comunidad.

Los desafíos informados comúnmente con respecto a la prestación de los servicios de ASRH incluyeron el conocimiento de los adolescentes con respecto a



los servicios, actitudes de la comunidad, uso de los servicios por parte de los adolescentes, financiamiento, actitud y habilidades de los proveedores, disponibilidad de suministros y métodos, y nivel de inseguridad en el entorno.

### **Los programas de ASRH ofrecen al menos dos métodos anticonceptivos modernos**

Se realizó otro análisis para examinar la cantidad de programas que ofrecieron al menos dos métodos anticonceptivos modernos, dada la importancia de la prevención del embarazo en el grupo de adolescentes. Los hallazgos demostraron que alrededor del 57 % (n=21) de los programas incluidos en este mapeo ofrecieron al menos dos métodos anticonceptivos modernos. Estos programas se implementaron en respuesta a los conflictos en la República de África Central (RAC), Chad, RDC, Colombia y Sudán del Sur, así como también entre refugiados, personas desplazadas internamente u otras poblaciones afectadas por las crisis en Líbano (palestinos), Kenia (somalí), Pakistán (afganos), Ruanda (RDC), Sierra Leona (posterior al conflicto), Tailandia (birmanos), Túnez (afectados por la crisis), Uganda (posterior al conflicto) y Etiopía (somalí). También se implementaron en respuesta a las inundaciones en Albania y el terremoto ocurrido en Haití en 2010. Los anexos 3 y 4 resumen los hallazgos de estos programas.

Los 21 programas ofrecieron educación de salud general y diversos grados de educación sobre VIH, sexualidad y fertilidad. Catorce programas ofrecieron capacitación en aptitudes personales, seis ofrecieron capacitación vocacional y apoyo de subsistencia, y 12 ofrecieron iniciativas para facultar a los jóvenes. Siete programas se orientaron hacia las madres jóvenes y nueve de ellos abordaron la prevención del sexo transaccional.

Entre los 21 programas, las organizaciones ofrecieron un promedio de 4,4 métodos anticonceptivos modernos (los preservativos femeninos y masculinos se contabilizaron como un método en este cálculo). Las pastillas y los inyectables fueron métodos comúnmente disponibles y se ofrecieron en 20 y 18 programas respectivamente. La anticoncepción de emergencia y los preservativos femeninos fueron provistos por 15 programas. Los métodos de acción prolongada,

como los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes, estuvieron menos disponibles para los adolescentes: el DIU fue provisto por 11 programas y los implantes por 10 programas. La combinación de métodos adecuados (que se define aquí como al menos un método de planificación familiar de acción a corto plazo y acción prolongada) estuvo disponible en 13 de los 21 programas. La mayoría de los programas (n=18, 86 %) también proporcionó asesoramiento sobre planificación familiar en el lugar. Curiosamente, los métodos naturales parecieron ser provistos como parte de una amplia combinación de métodos dentro de los programas de planificación familiar más integrales, en lugar de ofrecerse como alternativa a los métodos de planificación familiar modernos. Todos los programas que ofrecieron métodos naturales (n=10) también ofrecieron métodos hormonales y todos, excepto dos programas, ofrecieron una combinación de métodos adecuados. Once programas ofrecieron planificación familiar luego de un aborto.



*Niños adolescentes bailando en el Centro Juvenil de Gulu de la fundación Straight Talk Foundation durante el conflicto en el norte de Uganda.*

Además, entre los 21 programas, todos, excepto dos, ofrecieron planificación familiar dentro de un servicio de salud más amplio para adolescentes, como atención médica y tratamiento de ITS, atención médica prenatal, durante el parto y el posparto. Doce programas ofrecieron atención médica y tratamiento para el VIH. Catorce programas ofrecieron tratamiento para lesiones posteriores a una violación mientras que 12 programas ofrecieron anticoncepción de emergencia en el contexto de atención médica posterior a las violaciones. Tres de los 12 programas ofrecieron anticoncepción de emergencia solo para este fin y no como un método anticonceptivo. No obstante, se pueden hacer pocas generalizaciones en relación con qué intervenciones de los programas

tuvieron una relación más estrecha con el aparente éxito de la aceptación de la planificación familiar.

### **Análisis de financiamiento para todos los llamamientos de salud de 2009 a 2012**

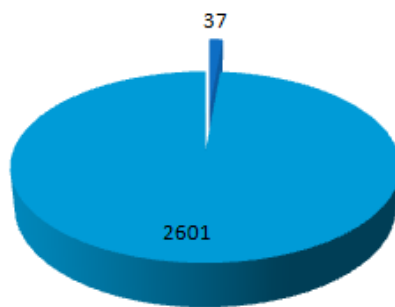
Entre los años 2009 y 2012, hubo un total de 2.638 propuestas de salud entre un total de 101 llamamientos. Treinta y siete incluyeron algún componente de ASRH. Si bien varias agencias parecieron postularse para el mismo proyecto mediante los llamamientos consolidados y rápidos,<sup>41</sup> el análisis no pudo tomar en cuenta las propuestas duplicadas, debido a las complicaciones en la verificación de los duplicados. Por consiguiente, de hecho existen menos de 37 propuestas de ASRH únicas en los cuatro años, pero también menos de 2.638 propuestas de salud únicas. Por lo tanto, se presume que, en general, menos del 3,5 % del total de propuestas de salud en cualquier año determinado incluyó un componente de ASRH. También es evidente que a pesar de la creciente concienciación en torno a la ASRH y la cantidad de situaciones de crisis en los años recientes, se observa una menor tendencia en la cantidad de propuestas de ASRH. El análisis

detallado de los llamamientos y la proporción de propuestas de ASRH entre todas las propuestas de salud se ilustran en la tabla 1 y la figura 1 (consulte la página 10). Los llamamientos se emitieron para entornos de desplazamiento interno y refugiados.

Para comprender mejor el contenido de las 37 propuestas, se dividieron en cinco categorías:

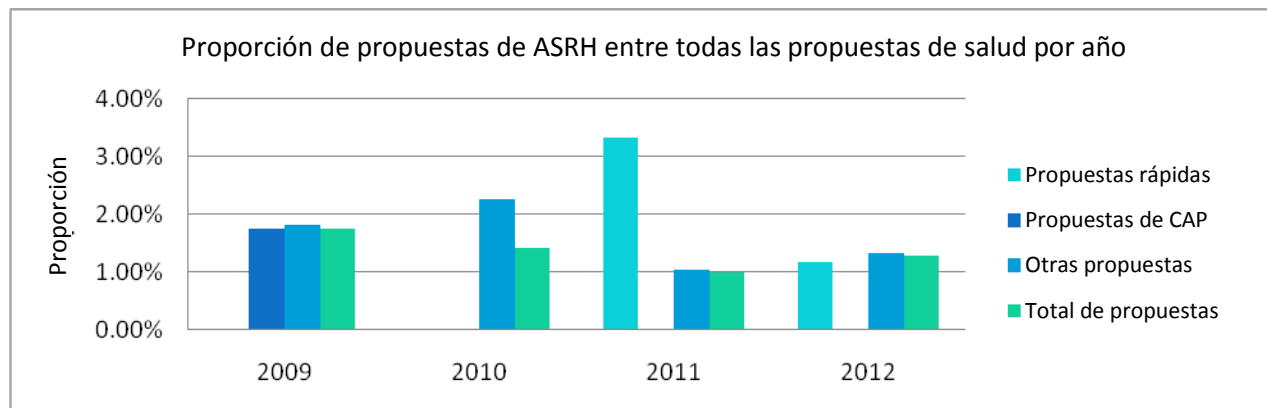
- A. Los programas que incluyen adolescentes en actividades del MISP o brindan servicios de planificación familiar (más que preservativos) dentro del marco de respuestas a largo plazo.
- B. Programas orientados específicamente hacia los adolescentes para la planificación familiar, pero sin métodos concretos.
- C. Programas orientados hacia los adolescentes (entre otros) para la provisión de preservativos, frecuentemente como parte de una intervención centrada en el VIH y el SIDA.
- D. Programas que mencionan a los adolescentes como una población dentro de los programas de SRH, pero en los cuales los datos no están claros.
- E. Programas orientados hacia los adolescentes con campañas de cambio de conductas, pero que no brindan servicios.

**Tabla 1: propuestas de ASRH entre todas las propuestas de salud, de 2009 a 2012**



Cantidad de emergencias que desencadenaron el proceso de llamamiento		Propuestas de salud y ASRH			
<b>2009</b>					
Llamamientos rápidos	8	Propuestas de salud rápidas	57	Propuestas de ASRH rápidas	1
Llamamientos consolidados	15	Propuestas de salud de CAP	715	Propuestas de ASRH de CAP	13
Otros llamamientos	4	Otras propuestas de salud	23	Otras propuestas de ASRH	0
<b>Total de llamamientos</b>	<b>27</b>	<b>Total de propuestas de salud</b>	<b>795</b>	<b>Total de propuestas de ASRH</b>	<b>14</b>
<b>2010</b>					
Llamamientos rápidos	4	Propuestas de salud rápidas	165	Propuestas de ASRH rápidas	0
Llamamientos consolidados	15	Propuestas de salud de CAP	441	Propuestas de ASRH de CAP	10
Otros llamamientos	6	Otras propuestas de salud	99	Otras propuestas de ASRH	0
<b>Total de llamamientos</b>	<b>25</b>	<b>Total de propuestas de salud</b>	<b>705</b>	<b>Total de propuestas de ASRH</b>	<b>10</b>
<b>2011</b>					
Llamamientos rápidos	6	Propuestas de salud rápidas	85	Propuestas de ASRH rápidas	0
Llamamientos consolidados	15	Propuestas de salud de CAP	483	Propuestas de ASRH de CAP	5
Otros llamamientos	3	Otras propuestas de salud	30	Otras propuestas de ASRH	1
<b>Total de llamamientos</b>	<b>24</b>	<b>Total de propuestas de salud</b>	<b>598</b>	<b>Total de propuestas de ASRH</b>	<b>6</b>
<b>2012</b>					
Llamamientos rápidos	1	Propuestas de salud rápidas	8	Propuestas de ASRH rápidas	0
Llamamientos consolidados	20	Propuestas de salud de CAP	447	Propuestas de ASRH de CAP	6
Otros llamamientos	4	Otras propuestas	85	Otras propuestas de ASRH	1
<b>Total de llamamientos</b>	<b>25</b>	<b>Total de propuestas de salud</b>	<b>540</b>	<b>Total de propuestas de ASRH</b>	<b>7</b>
<b>2009-2012</b>					
<b>Total de llamamientos</b>	<b>101</b>	<b>Total de propuestas de salud</b>	<b>2638</b>	<b>Total de propuestas de ASRH</b>	<b>37</b>

**Figura 1: propuestas de ASRH de 2009 a 2012**



Lamentablemente, los dos programas dentro de la categoría A (consulte la tabla 2), uno de RAC (2012) y uno de Zimbabwe (2010), nunca se financiaron. Entre las 37 propuestas, solo el 32 % no recibió financiamiento (n=12): siete programas fueron totalmente financiados y cinco fueron financiados de manera parcial. Entre los programas financiados de manera total o parcial, siete se pudieron verificar y, por lo tanto, fueron incluidos en el mapeo de programas.

**Tabla 2: categorías de financiamiento**

Categoría	Cantidad total de propuestas, de 2009 a 2012
A	2
B	6
C	7
D	13
E	9

### III.II Estudios de casos que demuestran buenas prácticas

Entre los 21 programas que ofrecieron planificación familiar, se identificaron tres como los que más cumplieron con los criterios de estudio de casos y pudieron ser visitados. Cuatro programas demostraron elementos prometedores. Los programas que no fueron seleccionados para los estudios de casos fueron limitados en lo que respecta a la recopilación de datos, la débil intervención de adolescentes para garantizar la atención centrada en los éxitos, la capacidad para mejorar la aceptación de anticonceptivos o las comunicaciones para recopilar más información.

Los tres programas visitados para los estudios de casos fueron: programa Profamilia en la costa del Pacífico en Colombia, Centro Juvenil de Gulu de la fundación Straight Talk Foundation en el norte de Uganda y Red de Salud Reproductiva de los Adolescentes (ARHN) en Mae Sot, Tailandia.

Los tres programas de estudios de casos tienen una presencia bien establecida y una reputación positiva en sus respectivos países. Profamilia es un proveedor de SRH establecido que ofrece servicios de ASRH en toda Colombia. En 1998, la organización amplió sus programas a las regiones afectadas por situaciones de crisis al adaptar de manera exitosa su modelo para satisfacer a este grupo vulnerable. La fundación Straight Talk Foundation comenzó a hacerse cargo de los

adolescentes afectados por las crisis en 2004 cuando un conflicto activo prevalecía en el norte de Uganda. La Fundación ha documentado su aprendizaje sobre cómo llegar de manera efectiva a los adolescentes afectados por las crisis a través de la publicación de Kintu et al en 2007.<sup>42</sup> La ARHN, también establecida para cubrir específicamente las necesidades de las comunidades extranjeras desplazadas de y dentro de Birmania (Myanmar), ha estado funcionando por casi 10 años. Al comparar cada programa con la lista de verificación del IAFM de los servicios adecuados para adolescentes, todos demuestran elementos de práctica recomendada (consulte la tabla 3). Los estudios de casos se presentan en detalle a continuación, para ofrecer la oportunidad de comprender mejor cada programa, los desafíos específicos y las soluciones intentadas.

**Tabla 3: lista de verificación adecuada para adolescentes**

	ARHN	Profamilia	STF
<b>Centro de salud</b>			
Horario conveniente	✓	✓	✓
Ubicación conveniente	✓	✓	✓
Espacio adecuado y privacidad suficiente	✓	✓	✓
Entornos cómodos	✓	✓	✓
<b>Proveedor</b>			
Respeto por los adolescentes	✓	✓	✓
Actitud libre de prejuicios	✓	✓	✓
Privacidad y confidencialidad respetadas	✓	✓	✓
Asesoramiento disponible para pares	✓	✓	✓
Proveedores del mismo sexo de ser posible	✓		asesores ✓
Estricta confidencialidad mantenida	✓	✓	✓
Personal capacitado en características de servicios de salud adecuados para los jóvenes	✓	✓	✓
<b>Administrativo</b>			
Participación de adolescentes	✓	✓	✓
Los niños y los hombres jóvenes son bienvenidos	✓	✓	✓
Derivaciones necesarias disponibles	✓	✓	✓
Tarifas asequibles	✓	✓	✓
Recepción de clientes sin cita previa	✓	✓	✓
Publicidad y reclutamiento que informa y reafirma la juventud		✓	✓

## Programa: Red de Salud Reproductiva de los Adolescentes (ARHN)

**Ubicación:** Mae Sot, Tailandia

**Tipo de programa:** centro juvenil operado por la red

**Grupo de edad objetivo:** 15 a 24 años

**Entorno:** entorno periurbano cerca de la frontera de Birmania, donde los clientes son principalmente trabajadores extranjeros.

**Crisis:** con detenciones e inseguridad frecuentes para los ciudadanos de Birmania indocumentados en Tailandia, el sitio es similar al entorno de conflictos para los clientes.



*Adolescentes de Birmania en Mae Sot*

### Antecedentes del programa

La ARHN, que se estableció en 2003 en Mae Sot, Tailandia, consiste en ocho organizaciones basadas en la comunidad (OBC) que colaboran para abordar las necesidades de SRH de los adolescentes extranjeros de comunidades étnicas en Birmania. Desde 2008, los miembros de la ARHN han operado en forma conjunta un centro juvenil, donde se realizan talleres para adolescentes para cubrir la anatomía reproductiva, los cambios físicos y emocionales durante la adolescencia, la planificación familiar, el sexo y el género, la transmisión y la prevención del VIH e ITS y las consecuencias de los abortos poco seguros.

Los métodos anticonceptivos solicitados más populares son los inyectables y las pastillas. La temporada de lluvias en los meses de verano afecta el flujo de clientes. Si no buscan un método, los clientes acuden al centro para mirar películas o participar en debates facilitados sobre temas que incluyen la concienciación sobre la fertilidad, el VIH y la planificación familiar.

### Modelo del programa

**Servicios provistos:** asesoramiento, métodos de planificación familiar a corto plazo y derivaciones para métodos permanentes y a largo plazo, actividades recreativas como karaoke, películas, bádminton y lectura, y debates grupales sobre género y sexo, toma de decisiones, VIH/ITS, planificación familiar y violencia de género. Además, el centro juvenil deriva clientes, según corresponda, para que reciban servicios de salud adicionales, protección, apoyo psicológico, sustentos, oportunidades de capacitación vocacional y educación.

**Horario del programa:** el centro juvenil está abierto de 10 a. m. a 6 p. m., los siete días de la semana. Las derivaciones del administrador del centro juvenil (quien reside en el lugar) están disponibles durante el horario nocturno (para los casos de emergencia) para la Clínica Mae Tao, un centro de salud integral dedicado a la comunidad birmana.

**Personal:** la ARHN emplea entre 7 y 10 educadores de pares voluntarios, uno o dos de cada organización basada en la comunidad. Los pares rotan mensualmente para brindar asistencia en el centro y facilitar los debates grupales. El coordinador de ARHN supervisa sus actividades. Los pares han recibido capacitación sobre asesoramiento, y habilidades de comunicación y facilitación, planificación familiar y adolescencia. La mayoría son mayores; no son adolescentes. Solo el administrador del centro juvenil y el coordinador de ARHN brindan inyecciones (Depo) a los clientes.

**Participación de los adolescentes:** el centro juvenil se estableció a través de una evaluación de necesidades de SRH que ARHN realizó entre los adolescentes extranjeros birmanos.



**Privacidad:** el centro juvenil está ubicado en un lugar tranquilo y accesible. Hay una sala de asesoramiento que ofrece privacidad, donde se brinda asesoramiento sobre planificación familiar.

*Queremos saber la opinión de otras personas, especialmente sobre la menstruación y cómo las niñas pueden quedar embarazadas. Además, cuándo las hormonas cambian y qué hacer con los granos. (DGE con niñas adolescentes)*

**Datos:** la ARHN recopila datos de rutina a través de un cuaderno y utiliza formularios de informes introducidos por la Clínica Mae Tao. La ARHN envía informes mensuales a la Clínica Mae Tao sobre las actividades realizadas y los anticonceptivos provistos.

### **Problemas enfrentados y soluciones desarrolladas**

**Inseguridad y distancia:** los pacientes indocumentados temen ser arrestados; aquellos que viven lejos también le temen a la policía. El transporte puede ser costoso para aquellos que viajan distancias largas.

- Si bien los arrestos de la policía continúan siendo un riesgo, el centro juvenil está ubicado en un lugar privado y seguro. Además, opera un fondo de emergencia para facilitar las derivaciones a la Clínica Mae Tao.

**Objeción de los adultos a la ASRH:** en un ambiente conservador, la ARHN experimentó inicialmente la objeción de los adultos y los miembros de la comunidad por su trabajo para promover actividades de ASRH.

- Actualmente, las escuelas para extranjeros solicitan programas de salud e información sobre la prevención del embarazo, ya que a los maestros les preocupa que los alumnos estén expuestos al sexo por Internet. Con el tiempo y tras ganar la confianza de las comunidades en lo que respecta a la capacidad de los pares para mantener la confidencialidad, el centro juvenil ha recibido solicitudes de adultos, comunidades e incluso otras organizaciones basadas en la comunidad para llevar a cabo capacitaciones sobre ASRH.

**Financiamiento limitado:** cuando en 2007 estuvieron disponibles más fondos, los pares pudieron trabajar en los asentamientos de las personas desplazadas internamente en Birmania para brindar información, preservativos, pastillas y anticonceptivos de emergencia. El alcance comunitario y la provisión de suministros para la higiene durante los períodos menstruales se restringieron debido a las limitaciones de financiamiento.

- La ARHN recibió recientemente financiamiento adicional para mejorar el trabajo del centro juvenil.

**Rotación de pares:** como los pares trabajan a tiempo parcial, el centro juvenil no es el enfoque exclusivo de cada organización miembro. No todas las organizaciones basadas en la comunidad pueden ofrecer dos pares. La retención de pares también ha sido desafiante, ya que todos tienen otros trabajos dentro de sus propias organizaciones.

- La ARHN aún está abordando este problema a través del establecimiento de un tiempo mínimo de trabajo de los pares en el centro y también está considerando los incentivos. Algunos pares superiores han trabajado con la ARHN desde sus comienzos y son experimentados, además de funcionar como mentores para los pares más jóvenes y nuevos.

**Agotamiento de los anticonceptivos de emergencia (AE):** el suministro de AE, como producto dedicado, ha sido escaso tanto para la ARHN como para la Clínica Mae Tao. La cadena de suministro de anticonceptivos del centro juvenil se obtiene a través de la Clínica Mae Tao.

- Recientemente, la ARHN contrató a un nuevo administrador y coordinador del centro juvenil, quienes están aprendiendo a proporcionar AE a través de la combinación de pastillas anticonceptivas por vía oral cuando no hay un producto dedicado.

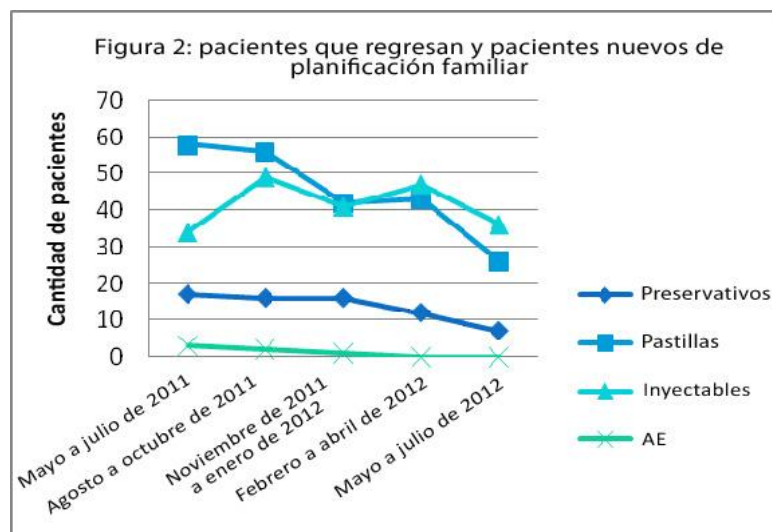
**Registro de los infractores:** si bien se han implementado sistemas de datos y los informes mensuales se envían a la Clínica Mae Tao, el centro no ha podido llevar un registro de los infractores de métodos de planificación familiar, a menos que los pacientes vengan para obtener métodos nuevos.

- Esta área aún tiene que abordarse. El registro de los infractores es particularmente desafiante debido al constante movimiento de los miembros de la comunidad. No obstante, se llevan registros de los pacientes que regresan, además de aquellos que cambian de métodos.

### Factores que conducen al éxito

**Fortalezas de una red:** como el centro juvenil es operado por una red de organizaciones basadas en la comunidad, puede derivar a los pacientes tanto interna como externamente para que obtengan apoyo integral. El centro juvenil es más que la suma de sus partes; juntas, las organizaciones miembro basadas en la comunidad sirven a una extensa comunidad de manera individual a través de sus propias actividades de agencia y, en forma conjunta, a través del centro juvenil. Por ejemplo, la Clínica Mae Tao brinda capacitación para maestros sobre la ASRH en las escuelas y Acción Social para Mujeres trabaja con trabajadores extranjeros en fábricas. La fortaleza de la ARHN parece estar basada en su modelo de red.

*La red es muy sólida y hace que el programa esté basado en la comunidad. Todas las personas conocen a alguien y todos encajan como en un rompecabezas. Esto contribuye a las derivaciones, para garantizar que los pacientes regresen. (Personal de la ARHN)*



### Espacio recreativo seguro para todas las edades:

la ARHN ofrece un espacio para que los adolescentes se relajen, lean libros, miren películas, canten karaoke, conversen o jueguen al tenis de mesa. Esto y el hecho de que el centro juvenil brinda servicios a una amplia variedad de edades, ha aumentado el anonimato y ha reducido los estigmas entre los adolescentes, quienes pueden temer que otros supongan que tienen un problema si visitan un centro de salud exclusivamente para adolescentes. Si bien muchos de sus

pacientes son mayores de 20 años, incluso los niños pequeños acuden para jugar o mirar películas, lo que hace que éste sea un ambiente adecuado para todos. El personal del centro juvenil siempre está presente cuando los pacientes se encuentran en el centro y participa con pacientes de todas las edades para garantizar que reciban el apoyo que necesitan.

**Discreto:** el centro juvenil está ubicado lejos de la autopista principal, lejos de donde la policía tailandesa generalmente arresta a los birmanos indocumentados. Dada la situación de seguridad precaria para los birmanos, la promoción visible del centro y las campañas masivas para captar la atención pública no pueden llevarse a cabo. Los miembros de la comunidad obtienen información sobre el centro juvenil de manera verbal y a través de su reputación. El personal considera las capacitaciones personalizadas como estrategias de alcance efectivas para transmitir información a los miembros de la comunidad.

**Pares mayores:** los educadores de pares de la ARHN son mayores y están más capacitados que los educadores de “pares” habituales. El personal destaca que su experiencia, confianza y conocimiento sobre los problemas de SRH han permitido el desarrollo de la confianza con los pacientes. Los pares están capacitados para abordar los problemas emocionales y físicos.

Como resultado del trabajo de la ARHN, una red similar también existe en Chiang Mai, Tailandia, para brindar servicios e información sobre la ASRH a los extranjeros. El trabajo de la Zona de Salud Reproductiva para Adolescentes (Adolescent Reproductive Health Zone, ARHZ) está basado en el modelo exitoso de la ARHN.



*Educadores de pares adolescentes más nuevos en el centro juvenil de ARHN*

### **\*\*Actividades de recopilación de datos**

Los datos de los estudios de casos (entrevistas al personal del programa, entrevistas de salida, observación del centro, discusión de grupos de enfoques (DGE) de trabajadores sociales, DGE de adolescentes) se recopilaron el 17 y 18 de julio de 2012 en Mae Sot. La DGE de trabajadores sociales estuvo compuesta por seis educadores de pares de sexo femenino y tres masculinos. Se realizaron DGE independientes de adolescentes entre 10 niños de 13 a 18 años, y 10 niñas de 12 a 17 años. Se solicitó el consentimiento informado de todos los participantes antes de la actividad de recopilación de datos. Los datos de DGE no son representativos, dado que no se buscó saturación para este ejercicio.

## Programa: proyecto RAISE Colombia

**Ubicación:** costa del Pacífico, Colombia

**Tipo de programa:** alcance móvil y educación de pares dirigida por jóvenes

**Grupo de edad objetivo:** 10 a 24 años

**Entorno:** región suburbana de la costa del Pacífico

**Crisis:** cuatro décadas de conflicto armado y abusos de los derechos humanos por parte de grupos armados han causado el desplazamiento interno masivo en Colombia. Con un cálculo aproximado de 2 a 5 millones de personas desplazadas internamente en Colombia, el país actualmente alberga una de las poblaciones más grandes del mundo de personas desplazadas internamente.

**Antecedentes del programa:** en Colombia, Profamilia ha trabajado por más de 25 años para brindar servicios integrales de SRH para todas las personas y, específicamente, para los jóvenes. Los programas dirigidos hacia las personas desplazadas internamente dentro de Colombia comenzaron en 1995 con la creación del gobierno nacional del *Programa Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia*. A fines de la década de 1990, Profamilia, junto con el apoyo de Reproductive Health Response in Crises Consortium (Consortio para la Respuesta a Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis) (que luego se llamó Reproductive Health for Refugees Consortium [Consortio de Salud Reproductiva para Refugiados]), lanzó programas dirigidos hacia la promoción de servicios de SRH entre las personas desplazadas internamente. A principios del año 2000, el programa de SRH comenzó a orientarse hacia los adolescentes y jóvenes desplazados internamente. Profamilia aunó los conocimientos de mejores prácticas de sus 22 años de experiencia de trabajo con este grupo de edad para desarrollar un alcance de salud y un modelo de educación de pares dirigido por jóvenes para esta región afectada por la crisis.

**Modelo del programa:** el programa Profamilia ofreció atención de SRH adecuada para los jóvenes y educación para los adolescentes afectados por la crisis a través de clínicas, brigadas de salud móviles y educación comunitaria.

**Clínicas:** seis clínicas de salud ubicadas dentro de la región costera más afectada por el conflicto y el desplazamiento recibieron apoyo para brindar servicios de SRH integrales: Buenaventura, Cali (incluso Aguablanca), Pasto, Quibdo, Popayán y Tumaco. Los servicios incluyeron, entre otros, planificación familiar, asesoramiento y tratamiento para las ITS, y atención prenatal y durante el parto. No fue necesario concertar citas para recibir atención y, en los casos en que resultó posible, se coordinó el servicio de transporte para trasladar a los pacientes desde y hacia la clínica para someterse a los procedimientos. El transporte se brindó a través de los servicios de Profamilia o las redes y los sistemas de apoyo de la comunidad desarrollados por Profamilia.

**Brigada de salud móvil:** cada clínica utilizó no más que una brigada de salud móvil que pudo ofrecer una amplia gama de servicios de SRH a todos los colombianos. El trabajador social, que fue contratado y capacitado por Profamilia dentro de las comunidades donde se ubicaron brigadas, identificó primero las necesidades de la comunidad y luego, coordinó con la clínica de Profamilia para brindar estos servicios. El trabajador social colaboró con la comunidad para identificar el espacio disponible para el uso del personal de salud: idealmente, una iglesia, una escuela o un centro de salud. La brigada de salud



móvil estuvo compuesta por un médico, un personal de enfermería y un trabajador social, quienes viajaron a las comunidades en transporte público, transporte provisto por la comunidad a la que se dirigían o mediante el alquiler de transporte. Además, las brigadas llevaron todos los materiales necesarios, incluso el equipo quirúrgico necesario para realizar las operaciones cuando se dona una unidad quirúrgica.

**Educación comunitaria:** los educadores de los jóvenes ofrecieron educación y sensibilización sobre ASRH a sus pares. Profamilia reclutó a jóvenes que ya estaban viviendo en las comunidades donde deseaban prestar servicios. Los padres y los jóvenes recibieron información sobre el contenido de la capacitación y los requisitos para los educadores de pares. Los adolescentes y los jóvenes de entre 13 y 25 años, a quienes se consideraron con capacidades de liderazgo, fueron reclutados de las escuelas y otros entornos comunitarios. Asistieron a una capacitación de 120 horas, que se dividió en sesiones de capacitación de tres horas por día durante el transcurso de dos meses. Las capacitaciones incluyeron contenido de SRH, desarrollo de las habilidades de presentación y facilitación a través de actividades recreativas y de teatro, y capacitación y supervisión de seguimiento. Los adolescentes participaron en el desarrollo del material de educación y capacitación. Tras completar su requisito de capacitación, los educadores de pares identificaron las oportunidades de alcance y educación dentro de sus comunidades. Profamilia ofreció a los adolescentes su propio conjunto de material educativo, que incluyó un paquete de folletos informativos que abarcaron una amplia gama de temas de ASRH. Si bien no se ofreció una compensación formal, los educadores de pares recibieron sombreros y camisetas de la organización.

**Horario del programa:** las clínicas estuvieron abiertas diariamente de 8 a. m. a 7 p. m. para garantizar los horarios extracurriculares. Las clínicas móviles y el alcance comunitario no habían establecido horarios ni programas, ya que el alcance fue determinado por las necesidades y los intereses de la comunidad.

**Control y evaluación:** los estándares nacionales y los protocolos institucionales de Profamilia se aplicaron a las clínicas, las unidades móviles y el alcance comunitario. Los datos iniciales se recopilaban al comienzo del programa y cada clínica había establecido comités que manejaron las evaluaciones y los comentarios mensuales. Las encuestas de evaluación anual fueron administradas por la oficina nacional en Bogotá.

### **Problemas enfrentados y soluciones desarrolladas**

**Retención de los educadores de pares:** los compromisos escolares, laborales y familiares impidieron que algunos educadores de pares continuaran participando en el programa de educación de pares.

- Las capacitaciones de educadores de pares se redujeron de cuatro horas por día a tres horas por día, para lograr una mejor concentración de los jóvenes y acomodarse a sus responsabilidades diarias. Un programa de alcance flexible permitió a los educadores de pares equilibrar sus actividades educativas con el trabajo, la escuela y la vida en el hogar. No se les exigió a los educadores de pares que completaran horas semanales o mensualmente, lo que les permitió identificar oportunidades y programar eventos basados en las necesidades de sus comunidades. Los educadores de pares dirigieron las actividades educativas ellos mismos o con otras personas, según las necesidades de la comunidad y la movilidad de los educadores de pares.

**Objeción de los adultos a la ASRH:** los adultos temían que con la introducción de conocimiento sobre SRH los adolescentes iniciarían sus relaciones sexuales a una edad más temprana.

- Profamilia estableció lazos con los líderes de la comunidad y las escuelas para educar a los adultos sobre la importancia de la educación sobre la planificación familiar para los adolescentes.



Los adultos reconocieron la necesidad de estos servicios en sus comunidades y demostraron poca resistencia a la implementación real de las actividades del programa.

**Imprevisibilidad del trabajo en zonas de conflicto activo:** los proveedores médicos y el personal de alcance se encontraron con problemas al comunicarse con la población objetivo, al hacer un seguimiento de los pacientes y continuar con sus actividades de alcance planificadas debido a la inseguridad.

- Las zonas neutrales, como las escuelas y los centros comunitarios, fueron identificadas para ofrecer seguridad para los adolescentes que viajaban entre las zonas de conflicto.
- Se utilizaron diversas estrategias de comunicación (educación de pares, difusión verbal, contacto con los líderes de la comunidad, anuncios en radio y folletos) para garantizar que la mayor parte de las personas estuviera informada sobre sus derechos.
- El personal comprendió la importancia de los planes de alcance nuevos y los implementó cuando se toparon con obstáculos, como encontrar una población nueva para brindar ayuda o servicios que no requerían el uso de electricidad.
- Los equipos del programa afirmaron que valoraron la flexibilidad al reclutar personal nuevo y expresaron lo siguiente: “Se debe tener la capacidad para adaptarse al implementar el programa”. Esto fue especialmente importante para los médicos a quienes se convocó para unirse al programa. En lugar de enfocarse en la estabilidad de la situación, se aseguraron de que sus equipos estuvieran cómodos con la falta de predictibilidad al realizar la implementación.
- La creación de lazos personales dentro de la comunidad permitió la realización de un proceso de seguimiento informal entre Profamilia y los clientes a quienes les brindaron servicios.

**Falta de personal médico:** las regiones afectadas por el conflicto con frecuencia lucharon con los desafíos de recursos humanos. En la región costera del Pacífico, las clínicas no siempre contaron con personal médico adecuado para abastecer de manera suficiente las unidades móviles.

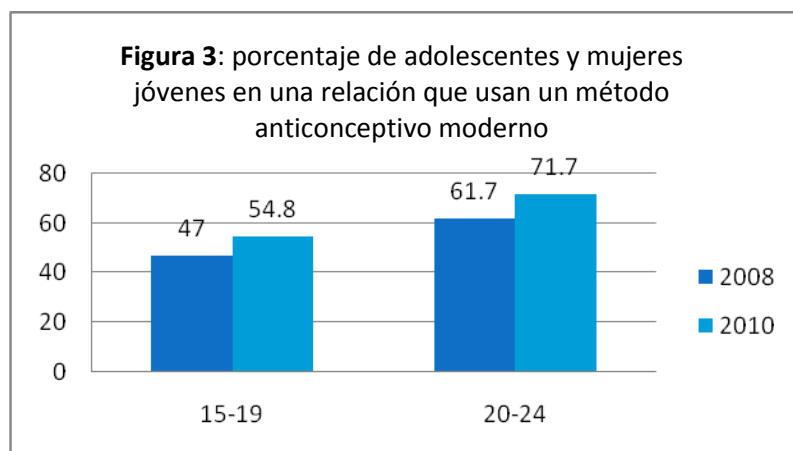
- Debido a que Profamilia es una organización de servicios de salud importante, se ha podido aprovechar el personal de sus otros centros cercanos para brindar apoyo a las clínicas y las unidades móviles.
- Profamilia proporcionó derivaciones a otros centros de salud comunitarios a los cuales acudían los miembros de la comunidad para recibir servicios especializados.
- Los vínculos establecidos con el transporte también facilitaron transporte a los pacientes desde y hacia la clínica de salud principal de Profamilia en el caso de que el personal médico no pudiera viajar hacia la comunidad.

**Las largas distancias exigen la consideración de presupuesto:** el compromiso presupuestario significativo puede ser necesario si un proyecto tiene como objetivo ofrecer transporte a los clientes y trabajadores sociales, con el fin de mejorar el acceso.

- Trabajar con las comunidades y crear vínculos con los socios ayuda a crear opciones de transporte local para los pacientes que viajan desde y hacia las clínicas de salud.
- Profamilia tuvo el cuidado de permitir y priorizar los costos de esta actividad. No obstante, reconoce que esta puede no ser una posibilidad para muchos programas.

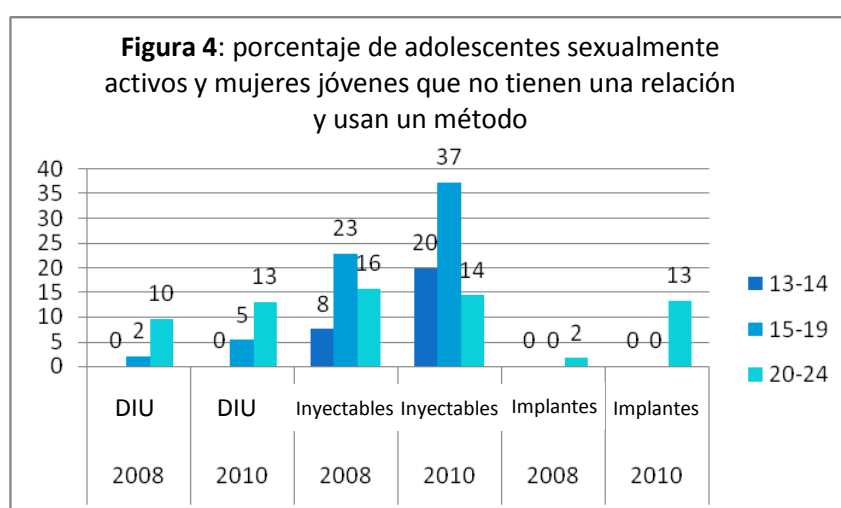
### **Factores que conducen al éxito**

**Sensibilidad y capacitación del personal:** Profamilia hizo una gran inversión en el reclutamiento y la capacitación de sensibilidad del personal, así como también en capacitaciones integrales de actualización anual e inicial para los educadores de pares. Se consideró que esta inversión fue un factor importante que contribuyó a la calidad, la adaptabilidad del personal y las sensibilidades de la comunidad.



**Confidencialidad:** las clínicas y las unidades móviles se promocionaron como prestadoras de medicina familiar general para reducir la ansiedad y el estigma para los jóvenes que desean recibir servicios de Profamilia. Los jóvenes, independientemente de su edad, no necesitaron el consentimiento de sus padres para los servicios de planificación familiar.

**Confianza de la comunidad:** con más de 25 años trabajando en el campo, Profamilia creó un nombre en el que las personas confían y respetan. Profamilia contrata a trabajadores sociales y capacita a los educadores de pares dentro de las comunidades en las que desean prestar servicios, lo que además refuerza su compromiso de representar y servir a los miembros de la comunidad. La escasa documentación y la autonomía



de los jóvenes para autorizar los servicios redujeron las barreras del acceso a la atención médica y permitieron a los clientes obtener fácilmente los servicios que deseaban recibir.

**Enfoque centrado en los adolescentes:** los adolescentes no son simplemente beneficiarios del programa, sino que contribuyeron al diseño y la implementación del mismo. Durante la capacitación de educación de pares, se consultó a los adolescentes acerca de qué lecciones y enfoques hacia la enseñanza parecían más útiles y sensatos para sus pares. Además, se reconocieron las diversas necesidades de los adolescentes por grupo de edad y otras subpoblaciones, y se realizaron intentos específicos de abordar sus diferentes necesidades.

**\*\*Actividades de recopilación de datos**

Se realizó un total de siete entrevistas exhaustivas con el personal del programa en Cali y Aguablanca (el director nacional, cuatro integrantes del personal del programa y dos pacientes). Se llevaron a cabo dos grupos de enfoque: uno con los educadores de pares y otro con pacientes que recibieron los servicios. Las entrevistas fueron realizadas por un consultor externo que también proporcionó observaciones directas del programa. Las entrevistas y las discusiones de grupos de enfoque tuvieron lugar entre el 19 de agosto y el 25 de septiembre de 2012.

## Programa: Centro Juvenil de Gulu (GYC)

**Ubicación:** Distrito de Gulu, Uganda

**Tipo de programa:** centro juvenil

**Grupo de edad objetivo:** 10 a 24 años

**Entorno:** entorno periurbano en Gulu, donde los clientes eran personas desplazadas internamente y en la actualidad, son principalmente repatriados.

**Crisis:** conflicto que acontece tras un entorno de disturbios.



Adolescentes en Gulu  
Fundación ©Straight Talk Foundation

### Antecedentes del programa

La fundación Straight Talk Foundation (STF), una organización no gubernamental nacional, estableció el GYC en 2004 para brindar información y servicios de SRH a los adolescentes que atraviesan un conflicto en el norte de Uganda. El GYC que se encuentra en la ciudad de Gulu recibe aproximadamente 70.000 pacientes al año, incluso las derivaciones de muchas organizaciones basadas en la comunidad e instituciones gubernamentales, como las prisiones de Gulu. Se llega a unos 50.000 pacientes a través de diálogos sobre salud y unos 20.000 reciben información sobre SRH y servicios; entre ellos, asesoramiento y pruebas de VIH (hematocritos), planificación familiar, diagnóstico y tratamiento de las ITS, circuncisión masculina, atención posterior a una violación y profilaxis posterior a la exposición (PPE) para el VIH. Si bien inicialmente, el grupo objetivo incluyó las edades de 10 a 24 años, los padres de adolescentes e hijos de adolescentes también obtienen servicios en el GYC.

### Modelo del programa

**Servicios provistos:** el GYC brinda servicios e información sobre SRH integrada a través de un enfoque de prevención integral que combina “Charlas + Servicios + Subsistencia”. Además de consultas en el centro juvenil, el GYC organiza charlas sobre salud a través del alcance comunitario para sitios selectos, visitas a las escuelas para ofrecer charlas sobre salud, visitas domiciliarias, grupos de apoyo; por ejemplo, para las madres jóvenes y los adolescentes que tienen VIH, clubes Straight Talk (dentro y fuera de la escuela); programas de radio e “infoentretenimiento/entretenimiento educativo” mediante películas y competencias deportivas sobre temas relacionados con la SRH. Además, la STF emite su propio periódico “Young Talk” (Charla joven) orientado a los niños de 10 a 14 años y “Straight Talk”, destinado a los adolescentes de entre 15 a 19 años. Estos periódicos están disponibles a través del GYC, así como también en las escuelas y otras ubicaciones donde el GYC amplía su alcance. Para los servicios que requieren experiencia especializada más allá de lo que el GYC puede ofrecer, las derivaciones se realizan a hospitales y centros de salud del gobierno, los Samaritanos Combonianos y la Organización de Ayuda a las personas con SIDA para la atención médica del VIH y el seguimiento del cumplimiento. La realización de derivaciones se observa en circunstancias de interés particular (parejas con diferentes condiciones de VIH o ITS recurrentes). En los casos de abuso sexual, el GYC hace derivaciones al hospital o la clínica privada para obtener atención médica adicional y atención posterior a un aborto, incluso apoyo psicológico adicional. El GYC también colabora con las organizaciones basadas en la comunidad, como el centro médico Flama para fines de derivación. En el Distrito de Gulu, el GYC ha

*Un adolescente varón regresó hace unos días después de haber recibido asesoramiento sobre presión de pares que experimentó para tener relaciones sexuales. El adolescente le dijo al trabajador social: “Gracias, usted me salvó la vida”. Ese comentario positivo es motivante. (Educador de pares de GYC)*

establecido relaciones prósperas con el gobierno local. El GYC es miembro de diferentes grupos de trabajo del distrito que se encargan de la salud y la educación dentro del distrito.

**Horario del programa:** el GYC permanece abierto de 8:30 a. m. a 5 p. m. durante la semana y también los sábados. Los sobrevivientes de abusos sexuales pueden obtener servicios de 8:30 a. m. a 5 p. m., los siete días de la semana. Se encuentra disponible una línea directa las 24 horas del día, los siete días de la semana.

**Personal:** el GYC es supervisado por un coordinador del centro. El personal está compuesto por personal clínico, de asesoramiento, laboratorio y finanzas/administración. Se proporciona apoyo de administración adicional a través de la oficina principal de la STF en Kampala. El GYC ofrece oportunidades de pasantía a los alumnos interesados en obtener experiencia en prestación de servicios para jóvenes. Todo el personal clínico y de asesoramiento ha recibido capacitación en prestación de servicios adecuados para adolescentes y prevención de violencia de género, incluso la administración clínica de sobrevivientes de abusos sexuales. El GYC también trabaja con aproximadamente 30 educadores de pares de la comunidad.

**Participación de los adolescentes:** los adolescentes informan que participan en el diseño del programa del GYC a través de competencias de obras de teatro, vóleibol y fútbol, y comparten ideas a través de foros.

**Privacidad:** el personal está capacitado para mantener la confidencialidad y el GYC está situado en una ubicación privada.

**Datos:** los datos de rutina sobre el asesoramiento y las pruebas de VIH, el material de IEC distribuido, la aceptación de la planificación familiar y los servicios de ITS están registrados por el médico, asesor o técnico de laboratorio en formularios designados. Luego, el administrador de datos transfiere la información a una base de datos para el análisis por parte de la STF en Kampala. Los informes mensuales se envían a las oficinas del distrito. La STF también utiliza los datos del GYC para informar las decisiones sobre la programación.

### **Problemas enfrentados y soluciones desarrolladas**

**Prioridades relacionadas con el financiamiento y los cambios de los donantes:** el GYC ha contado con el apoyo de los donantes con programas a corto plazo. Los cambios de los donantes han conducido a cambios en las prioridades, lo que afecta las actividades del GYC. La cantidad de clientes de planificación familiar aumentó en 2008 como resultado de un subsidio focalizado; el principal donante actual se centra en el VIH/SIDA.

- La STF aborda el problema de los cambios de donantes y las prioridades al acercarse a los fundadores que comparten los objetivos y la visión de la STF. Además, busca diversificar la base de donantes con aquellos que tienen intereses más amplios. Para brindar servicios incomparables, los servicios de planificación familiar están integrados en la programación del VIH. El GYC aborda la ASRH de manera integral.

**Seguridad de los suministros:** con frecuencia, el GYC se enfoca en el agotamiento de los suministros de salud reproductiva, ya que se utilizan canales de adquisición del gobierno. Los anticonceptivos de emergencia, los implantes, los inyectables y los preservativos femeninos generalmente escasean. Esto es decepcionante para los adolescentes y limita la aceptación. Los antibióticos para tratar las ITS, en especial la ciprofloxacina y el clotrimazol en óvulos, también han escaseado.

- Cuando los anticonceptivos de emergencia escasean, se utilizan dosis más altas de pastillas anticonceptivas orales combinadas. El GYC ha intentado obtener anticonceptivos de otros socios;

cuando otra organización suministró Implanon, la aceptación aumentó entre las adolescentes de 17 a 29 años en los meses de junio y julio de 2012.

**Resistencia de la comunidad a la ASRH:** cuando el GYC se inauguró en 2004, la demanda de servicios de SRH por parte de los adolescentes era elevada, ya que no existían puntos de servicios alternativos durante el conflicto. No obstante, el GYC experimentó la resistencia de la comunidad en general. Los adultos consideraron que el GYC estaba “enseñando a los jóvenes a tener relaciones sexuales” en lugar de ofrecer educación sexual para enseñarles a los adolescentes qué significa pasar a la adultez.

- Con el transcurso del tiempo, se desarrollaron actitudes positivas. El GYC se las arregló para obtener la aceptación de la comunidad a través de programas de radio y de la colaboración con líderes culturales y religiosos. Reunió a los adolescentes y los hizo participar en conversaciones para aportar sus criterios; las charlas atrajeron su atención y “Straight Talk” se convirtió en una marca de lo que significaba. El GYC continúa concientizando a los adolescentes dentro y fuera de la escuela, como así también a los padres.

**Cientela reducida en un entorno cambiante:** durante el conflicto, cuando los adolescentes vivían en campamentos, más acudieron al GYC. Acudió una menor cantidad cuando las personas desplazadas internamente regresaron a sus hogares. El seguimiento de los adolescentes que regresaron a sus hogares tras el conflicto ha sido igualmente difícil debido a los problemas para ubicarlos.

- Para continuar comunicándose con los adolescentes a pesar de los movimientos de la población, la STF organiza mini actividades de alcance para las diferentes divisiones de las áreas municipales y rurales. Además, realiza visitas domiciliarias para las personas con discapacidades, muchas de las cuales sufrieron lesiones durante el conflicto. La STF ha aprendido que la innovación es necesaria para centrarse en los adolescentes no escolarizados, los adolescentes con hijos o aquellos que se dedican al sexo con fines comerciales. El alcance fuera del horario normal del centro juvenil ha sido una estrategia útil. El alcance activo ha permitido al GYC mantener la aceptación de los anticonceptivos.

**Escasa asistencia femenina:** en un momento, el GYC experimentó una escasa asistencia femenina.

- La STF abordó el desequilibrio de géneros a través del inicio de charlas estructuradas para el género y otros enfoques adecuados para las niñas, como el uso de asesores de mujeres, a fin de satisfacer a las pacientes. Las charlas ofrecieron foros abiertos para que las niñas discutieran sobre sus inquietudes, especialmente relacionadas con el conflicto. Con el tiempo, dichos espacios presentaron oportunidades para los debates sobre SRH. Además, la STF se enfoca en los hombres y los niños para cambiar sus actitudes hacia las mujeres y las niñas al brindarles conocimiento sobre el papel importante que cumplen los hombres en el uso de anticonceptivos por parte de sus parejas. Además, se recomienda a las mujeres buscar servicios junto con sus parejas.

*Escuché anuncios en la radio que las personas jóvenes podían reunirse, jugar y obtener información en el GYC, así que decidí venir. (Paciente femenina adolescente)*

### **Factores que conducen al éxito**

**Combinar los enfoques de prevención:** el enfoque combinado de prevención dentro de los servicios gratuitos e integrales ha sido fundamental para el éxito del GYC. La adición de actividades de subsistencia, además del desarrollo de habilidades para la SRH, ha sido efectiva para educar a los adolescentes y crear comunidades unidas para los grupos vulnerables, como las madres jóvenes y las personas con VIH. El asesoramiento también está integrado para la planificación familiar y el VIH/SIDA.



Los proveedores del GYC se esfuerzan por no ser intimidantes, por no juzgar, ser amistosos y pacientes con los adolescentes, a fin de que se sientan cómodos al hablar sobre sus inquietudes.

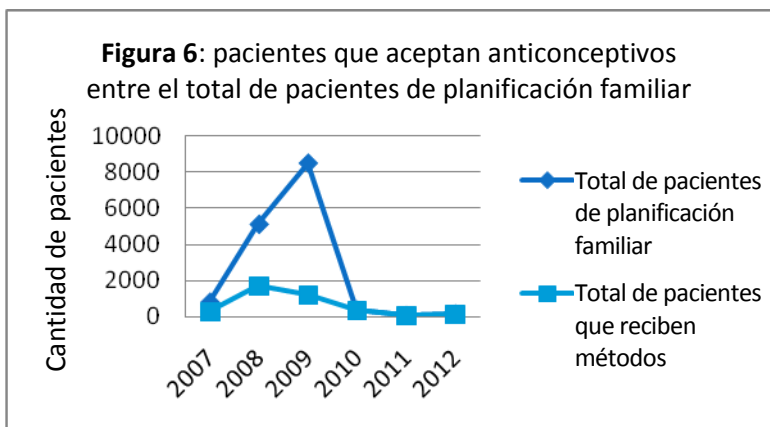
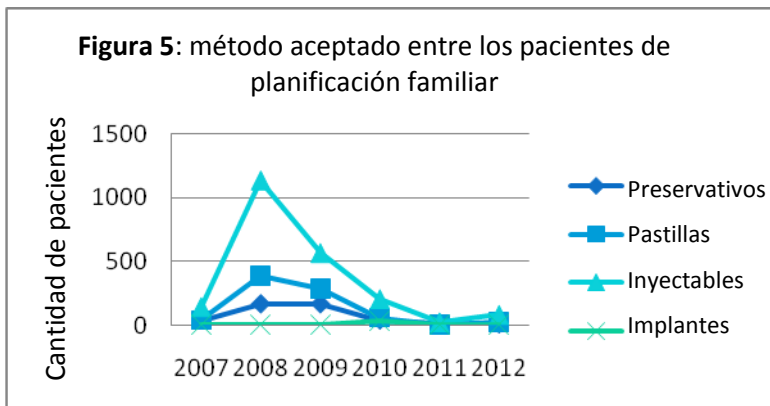
**Infoentretenimiento/entretenimiento educativo y alcance:** las actividades de infoentretenimiento/entretenimiento educativo del GYC son atractivas para los adolescentes. Además de debates facilitados a través de películas y entretenimiento, el GYC se embarca en iniciativas de comunicaciones más importantes, donde los mensajes impresos están disponibles en cuatro idiomas, la radio de la STF para adolescentes en 13 idiomas, la radio de la STF para los padres en nueve idiomas y servicios gratuitos de mensajes de texto para planificación familiar e información sobre SRH a través de una asociación con Google y una red local de teléfonos celulares.

Las comunicaciones personales, las interacciones con los pares y los clubes Straight Talk también ofrecen vías para el apoyo personal. Dicho alcance ha permitido incluso a los adolescentes más jóvenes (muchos de los cuales ríen y ríen tontamente cuando se habla sobre la planificación familiar) solicitar anticonceptivos. El GYC ha creado la demanda más allá de los preservativos, incluso los inyectables, entre los adolescentes más jóvenes y los implantes, entre los adolescentes mayores.

**Pares motivados:** si bien algunos pares informaron la falta de un salario confiable como un problema, los pares del GYC reciben un estipendio, tiempo de llamada por teléfono celular y fondos de movilización cuando facilitan actividades de campo, lo que, según se informa, los motiva en su trabajo. El GYC también hace que los pares se sientan importantes al reconocer y elogiar su trabajo en público. La STF ha aprendido que los educadores de pares pueden no ser tan efectivos en la mejora del conocimiento, las actitudes y las conductas a nivel comunitario si se invierte mucho tiempo en capacitaciones, si la retención se convierte en un problema o si los donantes establecen objetivos poco razonables. No obstante, los pares pueden ser eficaces si pueden mantener los programas y sirven como modelos de conducta en la comunidad. El GYC se esfuerza por abordar la motivación y brinda capacitaciones de actualización, supervisión estructurada y tutoría continua.

**Cubrir las diversas necesidades:** el GYC se centra en todas las categorías de adolescentes, incluso a aquellos escolarizados/no escolarizados, casados/solteros, discapacitados o con VIH.

**Fortalecimiento de la capacidad institucional:** de manera similar a su trabajo con los pares, la STF ofrece cursos de actualización para el personal y promociones en su centro. Además, cuenta con sistemas sólidos de finanzas y recursos humanos que permiten al personal del programa concentrarse en su trabajo. La STF ofrece movilidad ascendente por medio de la cual muchos integrantes del personal



habitual eran anteriormente educadores de pares. Dos integrantes del personal superior del GYC han trabajado en el centro desde sus comienzos; esto ha contribuido a la continuidad del programa y la memoria institucional.

Tras el establecimiento del GYC, la STF inauguró un centro juvenil similar en Kitgum en el año 2007, para ofrecer servicios de ASRH. Además, abrió una oficina en la región de Karamoja, donde el enfoque actual es el aumento de la concienciación.

**\*\*Actividades de recopilación de datos**

Los datos de estudios de casos (entrevistas del personal, entrevistas de salida, observación del centro, DGE de trabajadores sociales; DGE de adolescentes) se recopilaron el 19 de julio en Kampala y el 1 y 2 de agosto de 2012 en Gulu. La DGE de trabajadores sociales estuvo compuesta por un educador de par de sexo femenino y tres de sexo masculino de entre 22 y 26 años de edad. Las DGE de adolescentes independientes se realizaron entre 10 niños de 16 a 22 años (dos de ellos mayores de 19 años) y 10 niñas de 15 a 22 años (dos de ellas mayores de 19 años). Se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes antes de la actividad de recopilación de datos. Los datos de DGE no son representativos, dado que no se buscó saturación para este ejercicio.

## IV. Aprendiendo juntos

A pesar de la cantidad limitada de programas de ASRH existentes en los entornos humanitarios, los tres estudios de casos, así como otros programas que demuestran enfoques prometedores, ofrecen lecciones y estrategias innovadoras para abordar problemas generalmente similares para la ASRH en los entornos humanitarios.

En general, **los programas exitosos han garantizado la participación de las partes interesadas para crear confianza comunitaria y garantizar el apoyo de las personas adultas.** Los programas de los tres estudios de casos informaron objeción de los adultos o resistencia de la comunidad hacia la ASRH durante los primeros días de la programación. No obstante, al involucrar cuidadosamente a la comunidad, líderes religiosos, padres y otras partes que participaron en el diseño del programa, la implementación y el alcance, los programas obtuvieron gradualmente la confianza y el respeto de la comunidad. La contratación y la capacitación de trabajadores sociales y educadores de pares, en especial de los grupos vulnerables en la comunidad parecen contribuir al desarrollo de apoyo para los programas de ASRH. El programa escolar de ASRH del American Refugee Committee (Comité Americano para los Refugiados) en el campamento de refugiados de Gihembe en Ruanda además reclutó educadores de pares de asesores de confianza que ya participaban en su programa de VIH, lo que mejoró la comodidad y la aceptación de la comunidad del componente de ASRH. Trabajar en lo que la comunidad está lista para aceptar es un lugar oportuno para empezar.

**La participación y el compromiso de los adolescentes, más allá de la participación simbólica y de la aparición de una emergencia, es fundamental para crear la compra de los adolescentes y aumentar la demanda de servicios.** Muchas organizaciones informaron (a través de la encuesta de mapeo de programas de ASRH) las percepciones de los adolescentes como barreras hacia el mayor uso, o solo se involucró a jóvenes mayores de 20 años, en lugar del grupo de edad de 10 a 19 años. Profamilia y los programas de STF, en particular, han tenido éxito en involucrar activamente a los adolescentes en el diseño, la

**Punto destacado 1:** programación integral para abordar las necesidades de las niñas adolescentes en emergencias  
Haiti Adolescent Girls Network (Red Haitiana de Niñas Adolescentes)

### Programa

La Haiti Adolescent Girls Network (Red Haitiana de Niñas Adolescentes, HAGN) es un modelo innovador de programación integral para las niñas adolescentes en situaciones de emergencia. La red se compone de una cantidad de organizaciones no gubernamentales locales e internacionales que trabajan en la elaboración de programas para adolescentes sobre educación, protección, violencia de género y salud. Las agencias miembro decidieron unirse para abordar el aumento crítico en la vulnerabilidad de las niñas adolescentes de entre 10 y 19 años tras el terremoto que devastó a Haití en 2010, y continúa tratando y educando a las niñas que viven en los departamentos de Ouest, Nippes, Centro, Sudeste, Artibonito y Sur.

### Método de suministro de servicios

La HAGN creó espacios seguros solo para niñas, para alentar a las niñas adolescentes a tener acceso a un entorno que les permita aprender, comunicarse y establecer relaciones saludables con sus pares. Como muchas niñas enfrentaban la amenaza de violencia y el sexo transaccional debido a las malas condiciones de vida, la HAGN promovió un modelo de fortalecimiento económico para mejorar los resultados de salud. Esto incluyó aptitudes personales, alfabetización, nociones elementales de cálculos aritméticos y la capacitación vocacional para ofrecer a las niñas jóvenes oportunidades para obtener fuentes de ingreso alternativas. Además, se ofreció educación sexual integral para educar a las niñas adolescentes sobre la SRH adecuada para la edad y brindar información sobre violencia de género, y las derivaciones se realizaron para los servicios de salud adecuados para adolescentes provistos por la organización afiliada, *Profamilia*. Los adolescentes pudieron tener acceso a diversos servicios de SRH en *Profamilia*, incluso los servicios de anticoncepción, tratamiento y pruebas de ITS/VIH, atención prenatal, atención para el parto y posparto, y atención clínica para los sobrevivientes de abuso sexual. *Profamilia* también dependió de un modelo de educación de pares para el intercambio de información y asesoramiento, lo que alentó a los adolescentes a tener acceso al centro adecuado para los adolescentes.

### Puntos de aprendizaje

La colaboración y la coordinación efectivas de las agencias humanitarias pueden tener un enorme impacto en garantizar que la información y los servicios se proporcionen de manera integral a todas las personas afectadas en una emergencia, pero especialmente a las personas vulnerables, como los adolescentes. Los resultados de ASRH positivos pueden lograrse cuando sus diversas influencias, como la prevención y el tratamiento de la violencia de género, la reducción de las disparidades económicas y de género, y la promoción de la educación se reconocen y tratan, incluso en entornos frágiles. Además, durante una emergencia, los mecanismos de coordinación son reconocidos y valorados por las agencias donantes, las Naciones Unidas y el gobierno nacional como una fuente de información cohesiva y un sistema para maximizar los recursos limitados.

**Punto destacado 2:** usar las escuelas para maximizar el alcance y la retención de adolescentes dentro de los servicios de salud American Refugee Committee (Comité Americano para los Refugiados), campamento de Gihembe, Ruanda

#### **Programa**

El American Refugee Committee (Comité Americano para los Refugiados) ha trabajado en el campamento de Gihembe en Ruanda desde el año 1997, para abordar las necesidades de los refugiados del norte de Kivu, República Democrática del Congo (RDC). En 2006, el programa se expandió para llegar a los adolescentes a través de iniciativas escolares específicas. El objetivo era ir adonde estaban ubicados los jóvenes y ofrecer una experiencia de salud positiva a través del suministro de información y derivaciones para la planificación familiar, y el asesoramiento y las pruebas voluntarias de VIH (VCT) en el centro de salud. La proximidad del centro de salud con la escuela benefició este modelo, ya que estaba ubicado frente a la escuela.

#### **Método de suministro de servicios**

Una vez por semana, como mínimo, el *Programa de salud reproductiva* del ARC implementa una actividad en las escuelas primarias y secundarias en el campamento de Gihembe. Los educadores de salud dirigieron las actividades de sensibilización de ASRH con los adolescentes en cada clase. El personal se trasladó de manera sistemática por las aulas de las escuelas, cambiando el enfoque cada semana para asegurarse de que toda la escuela estuviera cubierta a fin de año. El programa incorpora personal de enfermería del centro de salud como un modo de involucrar a los adolescentes escolarizados en el sistema de atención médica. Luego, según las necesidades, los adolescentes son acompañados al centro de salud para recibir servicios de planificación familiar. Las derivaciones para VCT se producen en días específicos para pruebas y asesoramiento para jóvenes.

Si bien lo fundamental de esta intervención es un programa escolar, el programa del ARC ha abordado una de las críticas clave de los programas escolares al establecer un alcance móvil paralelo para los adolescentes no escolarizados. El ARC organiza programas de teatro con mensajes claros enfocados a este grupo y ayuda de manera similar con derivaciones para la planificación familiar, las consultas premaritales y los servicios de VCT en el centro de salud. El programa también estableció un equipo de educadores de pares para actividades de sensibilización y distribución de preservativos.

#### **Puntos de aprendizaje**

Abordar la SRH entre los adolescentes es un desafío en muchas comunidades y trabajar con los refugiados del norte de Kivu no es una excepción. Si bien estos estigmas permanecen en lo que respecta a la planificación familiar, la sensibilización fue un elemento fundamental del programa desde su inicio. Antes del programa, se reunió a los miembros de la comunidad, los líderes religiosos y los grupos de mujeres y jóvenes para actividades de educación relacionadas con el programa planificado. Las personas a cargo de la implementación del programa reconocen que el comienzo fue duro "porque incluso era un tabú hablar sobre la planificación familiar para jóvenes, incluso con los adultos". No obstante, aunque fue lento, se ha logrado un progreso. Notablemente, la sensibilización no fue una actividad a corto plazo.

Los educadores y los proveedores fueron elegidos de la comunidad de manera tal que se generó el apoyo para el programa. Los educadores de pares fueron seleccionados de diferentes poblaciones beneficiarias, lo que garantizó la representación de ambos géneros y de las poblaciones vulnerables a las cuales estuvo orientada esta intervención. Además, muchos de los proveedores de planificación familiar fueron identificados a través del programa de VCT, ya que habían estado trabajando anteriormente como asesores de VCT. La expansión de su función de asesorar a los adolescentes sobre la planificación familiar mejoró la comodidad y la aceptación del programa por parte de las comunidades. Trabajar a partir de lo que la comunidad estaba lista para aceptar fue uno de los puntos clave del aprendizaje de este programa.

implementación, el control y la evaluación de sus programas. Garantizar que las mejoras en el programa estén basadas en los comentarios de los adolescentes, incluso los de los adolescentes más jóvenes y otros subgrupos de adolescentes, parece ser un componente fundamental para los procesos iterativos que guían la programación de las buenas prácticas.

#### **Los programas exitosos de ASRH responden a las distintas necesidades de las subpoblaciones de adolescentes.**

A pesar de la falta informada de conocimiento de las necesidades únicas y las vulnerabilidades de los adolescentes en entornos humanitarios, los programas efectivos aceptan a los adolescentes como una población definida con necesidades específicas y comprenden la heterogeneidad de este grupo. El capítulo sobre ASRH del IAFM enumera una serie de grupos vulnerables entre los adolescentes. Entre ellos, se incluyen los adolescentes muy jóvenes de 10 a 14 años, las niñas que son madres, los niños huérfanos y vulnerables, los niños jefe de familia, las niñas jóvenes casadas, los adolescentes con VIH positivo, los niños soldados y otros niños asociados con las fuerzas de combate, los adolescentes involucrados en sexo transaccional, los adolescentes sobrevivientes de la violencia de género y los adolescentes que participan en relaciones sexuales con parejas del mismo sexo.<sup>43</sup> En efecto, la STF reúne a grupos de apoyo para los grupos particularmente vulnerables, como las madres jóvenes y los adolescentes con SIDA, y llega a aquellos escolarizados y no escolarizados, los casados y los solteros y aquellos con discapacidades. El reconocimiento de las necesidades únicas y definidas también permite a los programas identificar a aquellas personas que no están recibiendo servicios y fortalecer las áreas más débiles, como la asistencia limitada de las niñas o los adolescentes más jóvenes a las actividades de los programas.

**El personal de ASRH calificado y dedicado, incluso el personal clínico, es fundamental para la adecuada prestación de servicios de calidad.** Un problema informado con frecuencia para la programación de ASRH a través del ejercicio de mapeo fueron las actitudes de los proveedores no adecuadas para adolescentes y los prejuicios de los proveedores. No obstante, los programas más sólidos reconocen que los adolescentes tienen necesidades de salud específicas y requieren la atención médica de los proveedores que comprenden estas necesidades, pueden comunicarse efectivamente con este grupo de edad y pueden mantener la confidencialidad. Dichos programas ponen un gran énfasis en la identificación y el reclutamiento de personal con estos antecedentes, incluso los proveedores de sexo femenino, así como también en la inversión en la capacitación para la concienciación del personal, la capacitación continua y la provisión de apoyo adicional. El conjunto de herramientas de ASRH de Save the Children/UNFPA es una herramienta útil para la capacitación del personal en estos temas.

**La prestación de servicios de SRH integrales para los adolescentes en un único lugar puede aumentar el uso de los servicios.** Los programas de ASRH menos sólidos ofrecen componentes limitados de servicios de SRH, como la distribución de preservativos principalmente para fines de prevención del VIH en lugar de protección doble; o bien, brindan anticonceptivos sin asesoramiento ni educación sexual adecuada. Los programas más sólidos ofrecen múltiples puntos de entrada para los servicios de SRH para adolescentes. El modelo de la STF es un buen ejemplo, donde la agencia dispone de planificación familiar integrada y asesoramiento sobre el VIH.

### **Punto destacado 3:** comunicación con los refugiados y los jóvenes desplazados internamente en los centros urbanos Opciones de salud familiar, Kenia - Nairobi, Kenia

#### **Programa**

Opciones de Salud Familiar de Kenia (Family Health Options Kenya, FHOK), una asociación miembro de International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar) ha estado dirigiendo un centro juvenil en Eastleigh, Nairobi, desde el año 1986. Eastleigh, que se encuentra al Este de Nairobi, es un vecindario predominantemente somalí. Solo una parte de los residentes son reconocidos formalmente como refugiados o solicitantes de asilo, lo que significa que el acceso a los servicios de salud vitales está comprometido para muchas personas. El centro juvenil de FHOK se estableció para responder a las necesidades de SRH de los adolescentes en la comunidad marginada, a través de estrategias adecuadas para los jóvenes. Los adolescentes de la comunidad somalí, así como otras partes de la ciudad, utilizan abiertamente los servicios para jóvenes que se encuentran disponibles.

#### **Método de suministro de servicios**

El centro juvenil de FHOK brinda servicios a los adolescentes y los jóvenes de entre 10 y 24 años. El centro brinda servicios de SRH y de salud general, aptitudes personales, capacitación empresarial, habilidades para los negocios y capacitación vocacional (peluquería, moda y diseño) para casi 150 jóvenes cada día. El programa informa que actualmente no puede satisfacer la demanda de los jóvenes a los que brinda servicios. Los servicios de salud, que se encuentran disponibles en el lugar, son “no estigmatizantes” y los jóvenes del centro juvenil pueden tener acceso a ellos fácilmente. La clínica de salud ofrece una amplia variedad de métodos de anticoncepción a corto y a largo plazo, así como también otros servicios de SRH. Los adolescentes que acuden a la clínica reciben asesoramiento por parte de un personal de enfermería capacitado y se les brinda un método de planificación familiar adecuado, según sea necesario. La mayoría de los pacientes que recibe servicios de este programa son usuarios continuos de planificación familiar.

#### **Puntos de aprendizaje**

Este centro juvenil demuestra un proyecto que ha atraído exitosamente a los adolescentes a un centro de múltiples servicios. La programación de salud en los centros urbanos exige la prestación de servicios a las comunidades anfitrionas y migratorias. Los inmigrantes no viven aislados sino en comunidades diversas, y su estado de salud tiene un impacto en la comunidad en general. Al brindar servicios a una comunidad más amplia, la aceptación y la sostenibilidad a largo plazo de estos programas urbanos se ven mejoradas.

No obstante, FHOK señala que no ha sido tan exitosa como debería serlo. Si bien el centro ha aceptado esta estrategia y es ampliamente aceptada por la comunidad anfitriona, los servicios de planificación familiar no tienen éxito al llegar a los jóvenes inmigrantes y refugiados, a quienes el programa pretendía ayudar inicialmente. El director observa que el programa ha sido ampliamente exitoso como centro juvenil e incluso atrae a jóvenes de otras áreas de Nairobi. No obstante, las barreras culturales para la planificación familiar dentro de la comunidad somalí no se han superado de manera adecuada. Si hubiera más personal y financiamiento disponibles, la FHOK considera que podrían invertir en un mejor servicio para la población para la cual el programa se diseñó inicialmente. Si bien muchos jóvenes somalíes asisten al centro, casi ninguno ha aceptado la planificación familiar que ha sido desalentadora.



#### **Punto destacado 4:** preparación en ASRH para emergencias Consortio de Organismos Humanitarios de UNFPA, Filipinas

##### **Programa**

Este programa piloto, iniciado por UNFPA Filipinas, tiene el objetivo de capacitar y preparar a las agencias asociadas principales para responder a las inquietudes de SRH, violencia de género y ASRH en emergencias. El Consorcio Humanitario fue creado en julio de 2012 tras el tifón Washi (diciembre de 2011) como una plataforma para priorizar la SRH, la violencia de género y la ASRH en las emergencias siguientes y sensibilizar a las comunidades y a las autoridades del gobierno local, a fin de ayudar a mitigar estos riesgos.

##### **Método de suministro de servicios**

El Consorcio Humanitario se compone de organizaciones no gubernamentales locales e internacionales clave que trabajan en la programación de SRH, violencia de género y ASRH en Filipinas. Los socios de ASRH del Consorcio Humanitario incluyen la Organización de Planificación Familiar de Filipinas (Family Planning Organization of the Philippines, FPOP), Save the Children y la organización Zone One Tondo (ZOTO). Los integrantes del personal del programa identificado de estas organizaciones, que muchos de ellos trabajan en sitios propensos a desastres en el área metropolitana de Manila y Mindanao, asistieron a talleres de una capacitación de instructores sobre el MISP para salud productiva y el conjunto de herramientas de ASRH en los entornos humanitarios. A su vez, llevaron a cabo capacitaciones internas para sus equipos de salud y emergencia, y capacitaciones externas con representantes de las oficinas de salud de la ciudad y las organizaciones asociadas locales. Las actividades adicionales del consorcio incluyeron la distribución previa de conjuntos de salud reproductiva en Manila y Mindanao, la estandarización de materiales y mensajes de apoyo de comunicación de cambios en la comunicación/conducta (IEC/BCC), información y educación, la formación de comités juveniles y capacitación de educadores de pares sobre cómo llevar a cabo sesiones de información sobre salud culturalmente sensible y adecuada para la edad. Además, se ha realizado un esfuerzo coordinado para incluir preguntas específicas de ASRH en las herramientas de evaluación de emergencia, como una matriz de registro de desastres y una Evaluación multisectorial rápida (Multi-cluster Rapid Assessment, MIRA).

##### **Puntos de aprendizaje**

La ASRH sigue siendo un área de programación en gran parte ignorada en respuesta ante emergencias, ya que se discute que los temas sensibles de normas de género y prácticas sexuales no pueden ser abordados en medio de una crisis humanitaria. No obstante, en los estados débiles y los países propensos a emergencias, estos temas pueden ser abordados de manera proactiva a través del objetivo de preparación para emergencias y reducción de riesgos en caso de desastres. Los funcionarios del gobierno, los trabajadores de salud, los líderes religiosos, los padres y las comunidades pueden ser convencidos de los riesgos que los adolescentes enfrentan durante una emergencia, la importancia de contar con información esencial y tomar precauciones para mitigar estos riesgos. De manera simultánea, los adolescentes reciben información a la que generalmente no pueden acceder y se les informa sobre los servicios adecuados para los jóvenes que es posible que no conozcan. La distribución previa de suministros, disponer de materiales de IEC/BCC y un conjunto de educadores de pares capacitados impulsa la puesta en práctica de la programación de ASRH desde las etapas iniciales de la emergencia.

La integración de los servicios, incluso la educación sexual, el desarrollo de habilidades, la planificación familiar, el cuidado integral para los casos de abortos legales y VIH, mejora el uso en esta población crítica, para la cual la realización de derivaciones puede ser desafiante.

#### **Los programas de ASRH más sólidos tienen un enfoque holístico y multisectorial hacia la programación de ASRH, que va más allá de los servicios de salud basados en el centro médico y un enfoque de SRH aislado.**

A través de modelos de red, mecanismos sólidos de derivación o provisión de programación integral, los programas de ASRH más sólidos ofrecen a los adolescentes más que simples servicios clínicos de SRH. Se ha determinado que brindar servicios a la “persona como un todo” es un enfoque fundamental, en especial en los casos en que los programas tratan de aumentar la demanda de los servicios buscados con menor frecuencia, como la planificación familiar. El centro juvenil de ARHN ofrece servicios de protección contra la violencia de género para adolescentes, a través de miembros y socios, incluso el acceso a viviendas seguras y atención psicológica. La Red Haitiana de Niñas Adolescentes (Haiti Adolescent Girls Network, HAGN) desarrolla la demanda para los servicios de ASRH al ofrecer aptitudes personales, alfabetización y nociones elementales de cálculos aritméticos para el fortalecimiento económico (consulte la página 23). La STF, con su combinación novedosa de enfoques de prevención, “Charlas + Servicios + Subsistencia”, ha contribuido de manera importante a conferir y crear redes sociales entre los adolescentes vulnerables. Las Opciones de Salud Familiar de Kenia (Family Health Options Kenya, FHOK) ofrece habilidades para la vida y los negocios, y capacitación vocacional en su centro juvenil urbano en Eastleigh, Nairobi, un espacio seguro que también utiliza actividades recreativas, como obras de teatro, un



gimnasio, una sala con televisor y una cafetería con acceso a Internet para atraer a los adolescentes (consulte la página 25). Profamilia, en Colombia, ha hallado la inclusión de habilidades de liderazgo como un componente clave para facilitar la participación activa y significativa de los adolescentes en la sociedad. Además, al usar diversos modelos de programación de ASRH, los programas más sólidos ofrecen o adoptan enfoques holísticos e integrales.

**Los programas más sólidos ofrecen capacitaciones de actualización, supervisión estructurada, reconocimiento y tutoría continua para los educadores de pares, a fin de abordar la motivación y los desafíos de conservación.** Los tres programas de casos de estudio informaron la retención de adolescentes como un problema, dada la naturaleza del entorno afectada por la crisis y otros compromisos para los adolescentes. Profamilia abordó esto al reducir las horas de capacitación, permitir programas de alcance flexibles y no imponer límites en la cantidad de horas de trabajo. La STF apoya a los pares para que sirvan como modelo de conducta en sus comunidades, al reconocer y elogiar su trabajo en los lugares públicos. La ARHN permite que los pares experimentados sean mentores de los pares más jóvenes y nuevos. La provisión de supervisión y tutoría por parte del personal calificado a través de un sistema de comentarios constantes y orientación parece ser fundamental para abordar la retención de pares, mantener la calidad del programa y apoyar el desarrollo de los adolescentes.

**Las estrategias de alcance flexibles, así como también la inclusión de presupuestos de transporte, son necesarias para llegar a los adolescentes en entornos poco seguros y áreas de difícil acceso.** Si bien las diferentes circunstancias relacionadas con la crisis dan lugar a diversas estrategias de comunicación e iniciativas de visibilidad, aprender de los tres estudios de casos demuestra que las estrategias creativas y flexibles pueden, de hecho, mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de SRH. Profamilia envió brigadas de salud móviles que llevaron

servicios a las comunidades afectadas por la crisis y la organización aprovechó los lazos con las comunidades para permitir el seguimiento informal de los pacientes. La inclusión de apoyo para los viajes en los presupuestos del programa también parece ser imprescindible, especialmente, porque en los entornos humanitarios existe una escasez de recursos médicos y otros recursos humanos. La priorización consciente es necesaria si se va a mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios. Involucrar a los adolescentes como distribuidores comunitarios es una manera adicional de mejorar el acceso.

**Abordar la ASRH durante la preparación para emergencias puede ayudar a garantizar que las necesidades críticas de esta población no se pasen por alto al inicio de las emergencias.** Algunos de los ejemplos más prometedores de programas de ASRH que pueden implementar servicios en una emergencia fueron aquellos que existieron antes de la crisis. Estos programas han tenido el beneficio del tiempo en el país para desarrollar la confianza en la comunidad, como los ejemplos de Colombia y Uganda, donde un programa nacional se amplió para llegar a los adolescentes afectados por la crisis. UNFPA, en Filipinas, también ha intentado la preparación de emergencia en ASRH, donde la distribución previa de suministros, los materiales de IEC/ BCC de fácil acceso y los educadores de pares capacitados pueden garantizar mejor que las necesidades de SRH de los adolescentes se aborden en las primeras etapas de una emergencia (consulte la página 26).

No obstante, a pesar de las buenas prácticas en los entornos humanitarios, los problemas y las brechas aún persisten. **La seguridad limitada de los suministros eleva las expectativas, solo para producir decepción en los casos en que surge la demanda.** Si bien los programas más sólidos ofrecen anticoncepción de emergencia a través de la combinación de pastillas anticonceptivas por vía oral en los casos en que las pastillas dedicadas no se encuentran disponibles, la falta de suministros de SRH es problemática y sigue siendo un desafío continuo para las organizaciones.



Adolescentes en acción durante la respuesta ante el tifón WASHI (Sendong) en Cagayán de Oro, Mindanao, Filipinas.

© UNFPA Filipinas

Si bien la mayoría de los programas de ASRH identificados no recopiló suficiente información para el análisis profundo, incluso los ejemplos de estudios de casos demostraron fluctuaciones en la aceptación de los métodos anticonceptivos entre los adolescentes con el transcurso de los años. La causa de disminución comúnmente informada fue el **resultado de cambios en las prioridades de donantes y financiamiento**. Esto demuestra la sólida función que cumplen los donantes en la provisión y la aceptación de los servicios de ASRH.

Además, la falta de evaluaciones de los programas en general que miden el impacto a nivel poblacional, así como los intentos para desglosar los datos por edad y sexo en los casos en que se recopilan datos de SRH, establecen conclusiones definitivas en cuanto a la imposibilidad de la programación efectiva. Sería útil obtener más información para abordar las necesidades de las diversas subpoblaciones que están conformadas por adolescentes, así como también "cómo" implementar ciertos componentes para los resultados efectivos donde emergen las buenas prácticas. Estos incluyen el examen de:

- las necesidades únicas de SRH de los adolescentes muy jóvenes y sus preferencias por tener sus necesidades satisfechas;
- las necesidades únicas de SRH y las estrategias de alcance para los adolescentes solteros y casados;
- las necesidades únicas de SRH y las amenazas para los adolescentes de sexo masculino en entornos humanitarios;

- cómo hacer que los programas de educación de pares sean efectivos en los entornos humanitarios;
- cómo apoyar y brindar de manera efectiva métodos de planificación familiar a largo plazo para los adolescentes que viven en entornos humanitarios;
- modelos holísticos y multisectoriales para la salud, la protección, la educación y la subsistencia que impactan en los resultados de ASRH a nivel poblacional;
- modelos del programa de ASH durante la ayuda para el continuo desarrollo a partir de la crisis y después de esta hasta la etapa de recuperación.



Los adolescentes discapacitados también tienen necesidades de SRH que no se deben pasar por alto.

© T. Falise, UNHCR, Tailandia

## V. Conclusión

Si bien ASRH recibe una mayor atención tanto en el desarrollo como en los contextos humanitarios, existe una escasez de programas que aborden las necesidades de SRH de los adolescentes en entornos de crisis y los datos que demuestren su eficacia. La actividad de mapeo que WRC y Save the Children llevaron a cabo entre marzo y agosto de 2012 demuestra que los programas de ASRH en los entornos humanitarios siguen siendo poco frecuentes, con apenas 37 programas que abordan las necesidades de SRH de los adolescentes desde 2009. De 37 programas, 21 programas ofrecieron al menos dos métodos de planificación familiar.

No obstante, están emergiendo prácticas notables en lo que respecta a ASRH en entornos humanitarios, especialmente aquellas que han involucrado de manera exitosa a las partes interesadas para desarrollar la confianza en la comunidad y han desarrollado la participación y el compromiso de los adolescentes (incluso aquellos de subgrupos vulnerables) en la evaluación y el diseño, la implementación y el control del programa. Los programas más sólidos también parecen integrar los servicios de SRH clínicos y adoptar un enfoque holístico y multisectorial hacia la programación de ASRH, para ofrecer e incluir aptitudes personales, alfabetización, nociones elementales de cálculos aritméticos, capacitación vocacional y habilidades de subsistencia, entre otros servicios relevantes. Además, dichos programas también han desarrollado estrategias creativas para abordar los desafíos relacionados con la crisis, como la inseguridad y la escasez de personal.

A pesar de las buenas prácticas, los desafíos y las brechas siguen existiendo en lo que respecta a la seguridad limitada de los suministros y en los cambios de donantes en las prioridades de los

programas. Para ofrecer un mejor acceso a los servicios de ASRH a los adolescentes afectados por la crisis, los donantes, los gobiernos, las organizaciones humanitarias y las agencias de desarrollo deben abordar urgentemente la ASRH desde el inicio de una emergencia hasta situaciones de crisis y recuperación prolongadas. Las inversiones en los programas de ASRH orientados hacia los adolescentes vulnerables ayudarán a las niñas a permanecer en la escuela, casarse más tarde, retrasar los embarazos, tener hijos más sanos y obtener un mejor ingreso que beneficie a ellas, sus familias y sus comunidades.<sup>44</sup> Se espera que en los entornos humanitarios, las inversiones en ASRH desde el inicio de una emergencia mitiguen las vulnerabilidades complejas de los adolescentes al embarazo no deseado, los abortos poco seguros y las ITS/VIH que se producen por la falta de acceso a la información sobre SRH, el alto riesgo de involucrarse en relaciones sexuales, el mayor riesgo de sufrir AES y la alteración o la falta de acceso a los servicios de SRH tan necesarios.

## VI. Anexos

- Anexo 1: metodología
- Anexo 2: limitaciones
- Anexo 3: lista de programas de ASRH que ofrecen al menos dos métodos de planificación familiar
- Anexo 4: mapeo de los programas de ASRH: resumen de los hallazgos clave
- Anexo 5: mapeo de todos los programas de ASRH (en línea <http://wrc.ms/12ns1Ep>)
- Anexo 6: herramienta de encuestas en Internet (en línea <http://wrc.ms/14qFolN>)
- Anexo 7: herramientas de estudios de casos (en línea <http://wrc.ms/127sLNH>)

## Anexo 1: metodología detallada

La investigación realizada incluye un mapeo de los programas de ASRH y una recopilación de estudios de casos de buenas prácticas. Para esta investigación, un entorno humanitario se definió como un entorno afectado por un conflicto o un desastre que alteraron la capacidad interna existente de un país desde 2009.

### Mapeo de los programas de ASRH existentes

La WRC y Save the Children llevaron a cabo un mapeo de los programas existentes implementados desde 2009. Se eligió el año 2009 de recorte en función de los ciclos de financiamiento conocidos durante las emergencias y la probabilidad de disponibilidad de la información. El mapeo identificó y examinó los programas de ASRH a través de:

- la circulación de una encuesta en línea en inglés y en francés para las redes profesionales que trabajan en los programas para adolescentes en comunidades humanitarias y de desarrollo, y en la identificación de contactos clave a través de recursos de Internet y artículos publicados sobre programas de ASRH;
- la revisión de las apelaciones del Proceso de Llamamiento Consolidado (Consolidated Appeals Process, CAP) y Llamamiento Rápido para identificar los proyectos financiados y propuestos;
- la implementación de alcance para las derivaciones identificadas y las redes para captar los programas menos visibles.

### Encuesta en Internet para profesionales

Se desarrolló una encuesta en Internet para profesionales en SurveyMonkey, para alcanzar los programas disponibles y obtener información detallada sobre los programas identificados. Se administró un cuestionario piloto de 16 preguntas directas y 4 preguntas semiestructuradas y de final abierto, para cada encuestado por programa. Mediante el uso de un enfoque de muestreo por bola de nieve, se contactó a aproximadamente 1.200 miembros de IAWG que representan a unas 450 organizaciones no gubernamentales, agencias de las Naciones Unidas, instituciones académicas que forman el IAWG sobre salud reproductiva en el servidor de listas de crisis. Se realizó una actividad de alcance adicional a través del grupo de trabajo de

adolescentes dentro del grupo PRINCIPAL.<sup>45</sup> A todos los encuestados se les preguntó si conocían algunos de los programas de ASRH en entornos humanitarios y contactos posibles que pudieran tener más información. Si los encuestados indicaban que estaban dispuestos a hablar sobre un programa de ASRH, se formulaban preguntas relacionadas con el programa.

La mayoría de los participantes completó la encuesta en SurveyMonkey, aunque algunos de ellos compartieron las respuestas por escrito. La encuesta estuvo disponible desde marzo hasta agosto de 2012. Todos los programas pertinentes están enumerados en la matriz de mapeo de programas (consulte el anexo 5). Para enumerar los contactos clave, se solicitó autorización.

### Análisis sobre financiamiento

El llamamiento rápido es una herramienta para estructurar una respuesta humanitaria coordinada durante los primeros tres a seis meses de una emergencia, con el objetivo de brindar financiamiento para los servicios urgentes a fin de salvar vidas.<sup>46</sup> Si la emergencia persiste por más de seis meses, el llamamiento rápido puede desarrollarse en un llamamiento consolidado por 12 meses.<sup>47</sup> La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, OCHA) coordina el proceso de llamamientos y administra el Sistema de Registro Financiero (SRF), una base de datos global en tiempo real que registra todas las ayudas internacionales informadas de las agencias de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para casos de crisis, donde se han presentado llamamientos.<sup>48</sup> Todas las propuestas están acompañadas por una descripción narrativa de 1 a 2 páginas; por consiguiente, es posible revisar los llamamientos pertinentes para evaluar los compromisos con ASRH.

Los llamamientos para las emergencias nuevas que se realizaron entre 2009 y octubre de 2012 se incluyeron en el análisis. Todas las propuestas enumeradas en el sector de salud se examinaron para

obtener información sobre los programas relacionados con ASRH, mediante el uso de palabras clave como “juventud”, “joven” y “adolescente/adolescencia”; o bien, se especificó un rango de edad que incluyó las edades entre 10 y 19 años. Se evaluaron las propuestas para ver en qué medida estuvieron orientadas hacia los adolescentes y qué actividades relacionadas con la SRH se tuvieron en cuenta. De las propuestas identificadas, los programas pertinentes que al menos se financiaron parcialmente fueron contactados para garantizar la inclusión en el mapeo de programas. Los programas se excluían si no brindaban servicios directos a la población afectada.

### **Compilación del mapeo de programas**

Los siguientes elementos fueron criterios de inclusión para el mapeo de programas de ASRH:

- Habían sido implementados en entornos afectados por situaciones de crisis en general, incluso situaciones posteriores a un conflicto.
  - Para los programas implementados en contextos posteriores a un conflicto o postergados, se aplicaron criterios adicionales. El programa debe haber incluido un componente de planificación familiar (que según lo definido, proporcionó al menos dos métodos modernos de anticoncepción) y este componente debe haber sido iniciado durante o inmediatamente después de la crisis, y el programa continúa existiendo.
- Tiene como objetivo el grupo de edad de 10 a 19 años.
- Si no es un programa de ASRH dedicado, se orienta hacia los adolescentes como parte de una programación de SRH más amplia.

Para contextualizar el mapeo de programas, la WRC y Save the Children realizaron además 13 entrevistas a informantes clave con profesionales de SRH humanitarios para entender qué es lo que hace que los programas de ASRH sean exitosos.

### **Documentación de buenas prácticas a través de estudios de casos**

De los programas identificados a través del ejercicio de mapeo que ofrecieron al menos dos métodos modernos de anticoncepción, se seleccionaron tres programas para ilustrar los modelos de prestación

de servicios que demostraron eficacia en la comunicación con los adolescentes y la mejora de la aceptación de anticonceptivos a través de su enfoque de alcance, comunicaciones o prestación de servicios. La aceptación de anticonceptivos se utilizó como un marcador de los programas de ASRH eficaces, dada la importancia de la prevención del embarazo en las vidas de las adolescentes.

A través del examen profundo de los programas, el equipo de estudio apuntó a comprender lo siguiente:

- ¿Cuáles son los modelos y las prácticas “eficaces” para la prestación de servicios de planificación familiar para adolescentes?
- ¿De qué manera los programas han llegado a los adolescentes con los servicios de planificación familiar, en especial los más vulnerables?
- ¿Los programas se orientaron específicamente hacia los adolescentes muy jóvenes y estas iniciativas fueron exitosas?
- ¿Qué estrategias de comunicación se emplearon?
- ¿Qué cambio perceptible se observó en la aceptación durante el transcurso del programa?
- ¿Qué sistemas se implementan para examinar, volver a examinar y adaptar los programas existentes?
- ¿Qué perspectivas tienen los adolescentes con respecto a estos servicios?

Las actividades de recopilación de datos que se realizaron entre julio y septiembre de 2012, para cada estudio de casos, incluyeron:

- entrevistas a informantes clave entre el personal clínico y del programa, para obtener información sobre los procesos iterativos;
- entrevistas de salida con adolescentes que usan los servicios de ASRH, en especial servicios de planificación familiar, para obtener información sobre los aspectos positivos del programa;
- observación del centro para examinar el nivel de adecuación para adolescentes;
- discusiones de grupos de enfoques con los adolescentes de la comunidad y los trabajadores sociales para obtener sus perspectivas;
- análisis de los indicadores del programa para observar las tendencias sobre el uso de los servicios y la aceptación de anticonceptivos.

## Anexo 2: limitaciones

Esta evaluación del estado del campo en ASRH en los entornos humanitarios enfrentó diversas limitaciones. Una de las más importantes es la capacidad para reunir verdaderamente datos de cada programa de ASRH existentes desde 2009. El equipo del estudio espera que el enfoque de muestreo por bola de nieve (incluso el alcance para los organismos de coordinación regionales para ASRH) y el período extenso de recopilación de datos reduzcan la posibilidad de que el programa pase desapercibido. No obstante, el equipo reconoce que dicha supervisión es posible. Además, toda la información recopilada a través del ejercicio de mapeo fue autoinformada y, aunque se verifica con cada programa, la exclusión selectiva o la transmisión incorrecta de la información pueden resultar posibles.

Los programas en los que no se pudieron identificar contactos o en los que no se pudo establecer comunicación, se excluyeron de la matriz de mapeo final y del análisis. Una limitación similar se experimentó con respecto a los estudios de casos. Si bien cinco programas se identificaron inicialmente para servir como posibles estudios de casos, dos no pudieron visitarse debido a las comunicaciones limitadas con el programa u otras limitaciones.

La recopilación de información sobre estudios de casos fue limitada para el centro Profamilia en Colombia. Debido a los desafíos de financiamiento en 2011, este fue el único proyecto que no estaba funcionando en el momento de la visita. No obstante, dada la presencia prolongada en la región, los clientes, los trabajadores sociales, los proveedores médicos anteriores y otras personas estuvieron disponibles para reflexionar sobre el programa.



### Anexo 3: lista de programas de ASRH que ofrecen al menos dos métodos de planificación familiar

Región	N.º	País	Programa
<b>CONTINENTE AMERICANO</b>	1	Colombia	Servicios de salud para los desplazados y otros grupos vulnerables en la región del Pacífico colombiano
	2	Haití	Programa de ASRH Profamilia
<b>ASIA</b>	1	Pakistán	Oportunidades de vida y servicios de salud integral basados en la comunidad
	2	Tailandia	Atención médica primaria y creciente capacidad de violencia de género hacia los birmanos y refugiados de minorías étnicas en la frontera Thai-birmana
	3	Tailandia	Zona de salud reproductiva para adolescentes
	4	Tailandia	Programa de salud reproductiva para adolescentes
<b>EUROPA</b>	1	Albania	Programa de ASRH de UNFPA, Albania
<b>ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA</b>	1	Líbano	Programa de ARSH de Save the Children, Líbano
	2	Sudán del Sur	ASRH (PEARL)
	3	Túnez	Educación de pares jóvenes en entornos humanitarios, UNFPA
<b>ÁFRICA SUBSAHARIANA</b>	1	República Centroafricana	Programa de UNFPA para mujeres y niñas adolescentes
	2	Chad	Promoción de cambios en el comportamiento para prevenir el VIH/SIDA y mejorar la atención médica y psicosocial en la región de Dar Sila
	3	República Democrática del Congo	Proyecto Kivu del Sur de UNHCR 2011
	4	República Democrática del Congo	Ayuda humanitaria a poblaciones afectadas en la región Sud Ubangi durante el "conflicto de Enyele"/RDC
	5	República Democrática del Congo	Proyecto STAREC 2011, Cuerpo Médico Internacional (IMC) en la RDC
	6	Etiopía	Respuesta a la salud sexual reproductiva y la violencia de género en los campamentos de refugiados de Dollo Ado en la región Somalí de Etiopía
	7	Kenia	Centro Juvenil de opciones de salud familiar de Kenia, Centro Juvenil de Nairobi
	8	Ruanda	Prestación de servicios a múltiples sectores de refugiados congoleños en los campamentos de refugiados de Gihembe, Kiziba y Nyabiheke, Ruanda
	9	Sierra Leona	Salud reproductiva para jóvenes afectados por la guerra (Reproductive Health for War-Affected Youth, RH-WAY)
	10	Sierra Leona	Derechos de Salud de Reproducción Sexual e Igualdad de Género, y CPAP 2008-2010
	11	Uganda	Reducir los riesgos y la vulnerabilidad a los problemas de salud sexual y reproductiva entre los adolescentes

## Anexo 4: mapeo de los programas de ASRH: resumen de los hallazgos clave

Región ->	Continente americano		Asia				Europa	ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA			África subsahariana											
	1	2	1	2	3	4	1	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
<b>Componentes del desarrollo del programa</b>																						
Evaluación de las necesidades																						
Participación de la comunidad																						
Participación de los padres																						
Participación de los adolescentes																						
Herramientas o materiales de orientación disponibles																						
Capacitación																						
<b>Comunicación y alcance</b>																						
Trabajadores grupales																						
Juegos o teatro																						
*IEC/**BCC																						
Programas radiales																						
Programas televisivos																						
Mensajes de texto en el teléfono móvil																						
Línea de ayuda																						
Familiarización con la informática																						
Centros juveniles																						
Participación de los padres																						
Alcance de los líderes religiosos/de la comunidad																						
<b>Concienciación y otra educación</b>																						
Salud general																						
VIH																						
Sexualidad																						
Fertilidad																						
Normas de género																						
Capacitación de los proveedores de salud																						
Capacitación para padres																						
<b>Servicios de ASRH generales</b>																						
Apoyo escolar																						
Capacitación en aptitudes personales																						

Región ->	Continente americano		Asia				Europa	ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA			África subsahariana											
	1	2	1	2	3	4	1	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Número de serie ->																						
Capacitación vocacional/de subsistencia																						
Fortalecimiento juvenil																						
Programas para madres jóvenes																						
Prevención del sexo transaccional																						
Prestación de servicios de salud																						
Recolección de datos sobre la utilización del servicio																						
Centros juveniles																						
Ferias sobre salud/días sobre servicios de salud																						
Alcance móvil																						
<b>Servicios generales de salud para adolescentes</b>																						
Clínicas para adolescentes																						
Planificación familiar/prevención del embarazo																						
Atención médica y tratamiento de ITS																						
Atención médica prenatal																						
Centros de atención posnatal/parto																						
Salud mental y asesoramiento																						
<b>Servicios de SRH para adolescentes</b>																						
Tratamiento de fístulas																						
Atención médica posterior a un aborto																						
Anticonceptivos de emergencia posterior a una violación																						
Tratamiento de lesiones debido a una violación																						
Atención médica y tratamiento del VIH																						
<b>Servicios de planificación familiar</b>																						
Asesoramiento sobre planificación familiar																						
Preservativos masculinos																						
Preservativos femeninos																						
Pastillas																						
Anticonceptivos de Emergencia																						
Inyectables																						
Implante																						
DIU																						

Región ->	Continente americano		Asia				Europa	ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA			África subsahariana											
	1	2	1	2	3	4	1	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Número de serie ->																						
MELA																						
Retiro																						
Método de calendario/collar del ciclo																						
Planificación familiar posterior a un aborto																						
<b>Servicios de derivaciones</b>																						
Tratamiento de lesiones debido a una violación																						
Planificación familiar/prevención del embarazo																						
Atención médica y tratamiento de ITS																						
Atención médica prenatal																						
Tratamiento de fístulas																						
Atención médica posterior a un aborto																						
Atención médica y tratamiento del VIH																						
Centros de atención posnatal/parto																						
Salud mental y asesoramiento																						
Anticonceptivos de emergencia posterior a una violación																						
<b>Desafíos de implementación</b>																						
Uso de los servicios por la juventud																						
Conocimiento de estos servicios																						
Percepción de los adolescentes sobre estos servicios																						
Disponibilidad de suministros o método																						
Habilidades o actitudes de los proveedores																						
Nivel de seguridad en el entorno																						
Actitudes de la comunidad																						
Política																						
Financiación																						

---

## Notas al pie de página

- <sup>1</sup> IAWG sobre SR en Crisis, “Capítulo 4: salud reproductiva para adolescentes”, *Manual de Trabajo entre Organismos sobre la Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* (Nueva York. 2010).
- <sup>2</sup> Save the Children y UNFPA, *Conjunto de herramientas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes* (Nueva York. UNFPA, 2009).
- <sup>3</sup> Los llamamientos rápidos y consolidados son herramientas para estructurar una respuesta humanitaria coordinada en una emergencia.
- <sup>4</sup> IAWG en SH en Crisis, “Capítulo 4: salud reproductiva para adolescentes”, *Manual de Trabajo entre Organismos sobre la Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (IAFM)* (Nueva York. 2010).
- <sup>5</sup> Save the Children y UNFPA, *Conjunto de herramientas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en entornos de crisis* (Nueva York. UNFPA, 2009).
- <sup>6</sup> Los modelos efectivos incluirán el examen de: métodos de alcance, estrategias de comunicación y cambio en el comportamiento, según lo observado mediante la aceptación de la planificación familiar (uso de método o servicio).
- <sup>7</sup> IAWG en SH en Crisis, “Capítulo 4: salud reproductiva para adolescentes”, *IAFM*, 2010.
- <sup>8</sup> Más información disponible a través de Susan M. Sawyer et al. “Adolescence: a foundation for future health”. *The Lancet*. 28 de abril de 2012 (volumen 379, emisión 9826, páginas 1630-1640 DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5). Además, Save the Children y UNFPA, *Conjunto de herramientas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en entornos de crisis*.
- <sup>9</sup> *Ibíd.*
- <sup>10</sup> Guttmacher, *Fact sheet: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>.
- <sup>11</sup> OMS. Adolescent pregnancy. Fact sheet N°364, 2012, recuperado por última vez el 31 de octubre de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>.
- <sup>12</sup> UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* (Nueva York. 2011).
- <sup>13</sup> OMS, *Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes (Ginebra. 2007)*. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650_eng.pdf).
- <sup>14</sup> OMS, *Adolescent Pregnancy. Fact sheet N°364*, 2012.
- <sup>15</sup> *Ibíd.*
- <sup>16</sup> UNFPA, *State of the World Population 2012 By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights and Development* (Nueva York: UNFPA, 2012).
- <sup>17</sup> WHO, *Adolescent Pregnancy. Fact sheet N°364*, 2012.
- <sup>18</sup> WHO, *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries: what the evidence says*. WHO/FWC/MCA/12.0 (Ginebra, 2011). [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_FWC\\_MCA\\_12\\_02.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02.pdf).
- <sup>19</sup> Monica Akinyi Magadi, et al. “A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys (DHS),” *Social Science & Medicine* 64 (2006): 1311-1325.
- <sup>20</sup> UNFPA, *State of the World Population 2012*, 2012.
- <sup>21</sup> UNFPA, *Marrying too Young, End Child Marriage* (Nueva York. UNFPA, 2012).
- <sup>22</sup> UNFPA, *State of the World Population 2012*, 2012. Pág. 12.
- <sup>23</sup> McQuetion, Silverman y Glassman, 2012, según lo citado en UNFPA, *State of the World Population 2012*, 2012.
- <sup>24</sup> OMS, *Programming for adolescent health and development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF study group* (Nueva York. OMS, 1999).
- <sup>25</sup> IAWG en SR en Crisis, “Capítulo 4: salud reproductiva para adolescentes”, *IAFM*, 2010.
- <sup>26</sup> Julia Matthews y Sheri Ritsema, “Addressing the reproductive health needs of conflict-affected young people”, *Forced Migration Review* 19, 2004.
- <sup>27</sup> Save the Children y UNFPA, *Conjunto de herramientas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en entornos de crisis*, 2009.
- <sup>28</sup> Yayoi Takei, et al., “The Cases of Adolescent Pregnancy and its Impact in the Congolese Refugee Camps in Kigoma Region, Tanzania,” *Conference 2003: Reproductive Health from Disaster to Development*, Ed. Women’s Refugee Commission (Nueva York. Consorcio para la Respuesta a Salud Reproductiva en Situaciones de Conflictos, 2003).

- 
- <sup>29</sup> Profamilia, *Encuestas: Fecundidad y Salud General* (Bogotá, 2000), pág. 48.  
[http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/desplazados\\_2000/Resultados\\_generales\\_2000/capitulo\\_V\\_desplazados2000.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/desplazados_2000/Resultados_generales_2000/capitulo_V_desplazados2000.pdf).
- <sup>30</sup> Nirmal Rimal, et al., "A Study of the Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Related to HR/STI/HIV in Youths Residing in Bhutanese Refugee Camps of Eastern Nepal," *Conference 2003: Reproductive Health from Disaster to Development*, Ed. Women's Refugee Commission (Nueva York. Consorcio para la Respuesta a Salud Reproductiva en Situaciones de Conflictos, 2003).
- <sup>31</sup> Mihoko Tanabe y Sandra Krause, *Reproductive Health Coordination Gap, Services Ad hoc: Minimum Initial Service Package (MISP) Assessment in Kenya*, (Nueva York, WRC, 2008).
- <sup>32</sup> CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children y WRC, *Four Months On: A Snapshot of Priority Reproductive Health Activities in Haiti* (Nueva York. WRC, 2010).
- <sup>33</sup> Robert Magnani, et al., "Major Research Findings Emerging from FOCUS on Young Adults Program", final de la presentación del proyecto, sin fecha.  
<http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/embg3g3e23ejn2d3t4khmgfxtltaa4bbpo6ewtwif5f5rajduoivpde3fjfhdmvoxmkqfxdzapkg/MajorFindings.pdf>.
- <sup>34</sup> Ilene S. Speizer, Robert J. Magnani y Charlotte E. Colvin, "The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence," *Journal of Adolescent Health*, vol. 33, emisión 5 (2003): 324-348, DOI: 10.1016/S1054-139X(02)00535-9.
- <sup>35</sup> Linda Bearinger, et al., "Global Perspectives on Sexual and Reproductive Health of Adolescents: Patterns, Prevention and Potential", *The Lancet* 369 (9568), 2007.
- <sup>36</sup> Citado en Population Council, UNFPA, UNICEF y UNAIDS, *Investing When It Counts: Generating the evidence base for policies and programmes for very young adolescents, Guide and Toolkit* (Nueva York. UNFPA y Population Council, 2006).
- <sup>37</sup> OMS, *From Evidence to Policy: Expanding Access to Contraceptive Services for Adolescents*, (Resumen de la política del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones, 2012).
- <sup>38</sup> Laura Laski and Sylvia Wong, "Addressing diversity in adolescent sexual and reproductive health services". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 110, complemento (2010): S10-S12, DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.04.011.
- <sup>39</sup> Save the Children y UNFPA, *Conjunto de herramientas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en entornos de crisis*, 2009.
- <sup>40</sup> RAISE Initiative, *RH in Emergencies Conference 2008 Proceedings: Book of Abstracts* (Nueva York. Universidad de Columbia, 2008).
- <sup>41</sup> Los llamamientos rápidos pueden convertirse en llamamientos consolidados y estos llamamientos se renuevan anualmente según la magnitud de la crisis. Por lo tanto, es posible que existan duplicados.
- <sup>42</sup> Peter Kintu, et al., *HIV prevention among youth in Internally Displaced People's (IDP) camps: Experiences from Uganda*. (Kampala. Programa para el Desarrollo Humano y Holístico de Uganda (Uganda Program for Human and Holistic Development, UPHOLD) y la fundación Straight Talk Foundation, 2007).
- <sup>43</sup> IAWG en SR en Crisis. 2010."Capítulo 4: salud reproductiva para adolescentes". *IAFM*.
- <sup>44</sup> Laura Laski y Sylvia Wong, "Addressing diversity in adolescent sexual and reproductive health services." *IJGO*, S10-S12.
- <sup>45</sup> El grupo CORE, que se estableció en 1997, está compuesto por más de 50 socios y organizaciones miembro que trabajan juntos para mejorar y ampliar las prácticas de salud pública centradas en la comunidad para las poblaciones marginadas en todo el mundo, con un énfasis particular en las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de cinco años.
- <sup>46</sup> OMS, *Humanitarian Health Action, Summary of Definitions for IASC and Strategy documents for CAP*, consultado por última vez el 30 de noviembre de 2012.  
[http://www.who.int/hac/techguidance/tools/iasc\\_cap/en/index.html](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/iasc_cap/en/index.html).
- <sup>47</sup> UN OCHA, *What is a Flash Appeal?*, consultado por última vez el 30 de noviembre de 2012.  
<http://ocha.unog.ch/ets/Default.aspx?ContentType=FixedContent&ContentID=3>.
- <sup>48</sup> Servicio de Registro Financiero, consultado por última vez el 30 de noviembre de 2012. <http://fts.unocha.org/>.





**WOMEN'S  
REFUGEE  
COMMISSION**

122 East 42nd Street  
New York, NY 10168-1289  
212.551.3115  
info@wrcommission.org  
[womensrefugeecommission.org](http://womensrefugeecommission.org)



Save the Children  
2000 L Street, NW, Suite 500  
Washington DC 20036  
202. 640.6600  
[www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org)



ACNUR Ginebra  
Unidas  
Pública Sección de Salud y VIH,  
División de Apoyo y administración del programa  
94 Rue de Montbrillant  
1211 Ginebra, Suiza  
[www.acnur.org/t3/que-hace/asistencia/salud/](http://www.acnur.org/t3/que-hace/asistencia/salud/)  
[www.acnur.org/t3/que-hace/asistencia/salud/los-refugiados-y-el-vih/](http://www.acnur.org/t3/que-hace/asistencia/salud/los-refugiados-y-el-vih/)



Fondo de Población de las Naciones  
  
605 Third Avenue  
New York, NY 10158  
Estados Unidos de América  
[www.unfpa.org/emergencies](http://www.unfpa.org/emergencies)