

ESTÁNDARES DE CALIDAD: SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Diagnóstico de situación de la implementación



© UNFPA, 2014

Autora: Diva Janneth Moreno López
MD. Especialista en Epidemiología
Candidata a Magister. Maestría en SSR.
Universidad El Bosque. Bogotá Colombia

Revisión Técnica: Alma Virginia Camacho

Edición y diseño: Family Care International

Fotos: Joey O'Loughlin

Nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible este trabajo a través de sus valiosos aportes.

El presente documento fue elaborado como parte de una consultoría realizada para la Oficina Regional para América Latina del Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) y Family Care International (FCI), en el marco del plan anual de trabajo 2014 entre UNFPA/LACRO y FCI bajo el proyecto RLAC7101 *“Incremento de la capacidad nacional para integrar servicios de salud sexual y reproductiva”*.

Las opiniones aquí expresadas no reflejan necesariamente las políticas oficiales de estas organizaciones, siendo de responsabilidad de la autora. Se permite la reproducción total o parcial del documento siempre que se otorguen los créditos correspondientes

La autora desea agradecer a Diego Alejandro Quiroga Díaz por sus aportes al documento.

Descripción breve

El presente documento recopila información de la situación actual en el tema de implementación de estándares regionales de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, a partir de la revisión de documentos programáticos, resultados de diligenciamiento de encuesta y presentaciones realizadas en la reunión de expertos para el desarrollo de estándares regionales (Panamá, Diciembre 9 al 11 de 2014).

**Responsables de programas de adolescentes de los países participantes en
la elaboración del documento:**

Brasil

Thereza de Lamare Franco
Ministerio de Salud

El Salvador

Mario Soriano
Ministerio de Salud

Panamá

Max Ramírez
Ministerio de Salud

Chile

Lorena Ramírez Concha
Ministerio de Salud

Guatemala

Maira E. Sandoval Rosa
**Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social**

Paraguay

Fanny Corrales Ríos
Karen Díaz
**Dirección de Salud Sexual y
Reproductiva**

Colombia

Diva Moreno
Diego Alejandro Quiroga Díaz
**Ministerio de Salud y
Protección Social**

Guyana

Ertenisa Hamilton
Ministerio de Salud

Perú

María Calle Davila de
Saavedra
Ministerio de Salud

Costa Rica

Rosibel Méndez
Ministerio de Salud

Honduras

Iris Soveida Padilla D.
**Dirección General de
Normalización**

República Dominicana

Yudelka A. Lerebours Mateo
Ministerio de Salud

Cuba

Francisca Ruiz Sánchez
Ministerio de Salud

Jamaica

Joyce Chambers
Ministerio de Salud

Trinidad y Tobago

Angelina García
Ministerio de Salud

Venezuela

Iván Paravisini
Ministerio de Salud

México

Rufino Luna Gordillo
Ministerio de Salud

Uruguay

Susana L. Grunbaum F.
Ministerio de Salud

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES.

Alma Virginia Camacho
Asesora Regional de Salud Sexual y Reproductiva
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Ariadna Capasso
Oficial Superior de Programas
Family Care International

Valentina Baltag.
Oficial Técnico, Salud Adolescente
Organización Mundial de la Salud

Ashley Rowe Ambrose
Oficial Técnico, Salud Adolescente
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud

Krishna Bose
Consultora UNFPA LACRO-FCI

Anna Cuhna
UNFPA Brasil

Mariela Cortés
UNFPA Chile

Martha Lucía Rubio
UNFPA Colombia

Rosa Margarita Alvarado
UNFPA El Salvador

Hilda Rivas
UNFPA Guatemala

Javier Domínguez
UNFPA México

Melissa McNeil- Barrett
UNFPA Jamaica

Ivy Talavera
OPS Nicaragua

Edilma Berrio
UNFPA Panamá

Pedro Marchena
UNFPA Perú

Aurora Noguera
UNFPA Trinidad y Tobago

Valeria Ramos
UNFPA Uruguay

Tabla de Contenido

Lista de Acrónimos.....	8
Introducción.....	9
1. Situación mundial y regional de la salud sexual y reproductiva de adolescentes.....	11
2. Situación de Salud Sexual y Reproductiva en Latinoamérica y el Caribe.....	15
3. Revisión de estándares globales de calidad para los servicios de salud para adolescentes.	19
4. Necesidades de los y las adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe.....	22
4.1. Metodología.....	23
4.2. Resultados.....	24
5. Diagnóstico de los estándares de calidad para los servicios de Salud sexual y reproductiva para adolescentes en Latinoamérica y el Caribe.....	29
5.1. Metodología.....	29
5.2. Resultados.....	31
5.2.1. Países con estándares de calidad identificados.....	31
5.2.1.1. Colombia.....	32
5.2.1.2. Costa Rica.....	35
5.2.1.3. Ecuador.....	37
5.2.1.4. El Salvador.....	40
5.2.1.5. Jamaica.....	43

5.2.1.6. México.....	45
5.2.1.7. Perú.....	47
5.2.1.8. Uruguay.....	49
5.2.2. Países sin estándares identificados.....	51
6. Desafíos y barreras de acceso a servicios.....	53
7. Referencias.....	57
Anexos.....	60

ACRÓNIMOS

ASIS:	Análisis local de la situación de salud del adolescente
EA:	Espacios amigables
EBAIS:	Equipos básicos de atención
ECSSA:	Estándares de calidad para los servicios de salud de adolescentes
FCI:	Family Care International
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
LAC:	Latinoamérica y el Caribe
LACRO	Oficina Regional para América Latina y el Caribe
MAISSRA	Modelo Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva
NEET:	Not in education, employment, or training,
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
POA:	Plan Operativo Anual
RIISS:	Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud
SSRA:	Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes
SSSR:	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
SSAAJ:	Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
TGF:	Tasa General de Fecundidad.
UNFPA:	Fondo de Población de Naciones Unidas
UCSF:	Unidades Comunitarias de Salud Familiar
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
VPH:	Virus del Papiloma Humano.

Introducción

El presente documento contiene un diagnóstico del nivel de aplicación de los estándares de calidad para los servicios de salud sexual y reproductiva implementados por los países de Latinoamérica y el Caribe. Se espera que la información compilada junto con las recomendaciones que emanan de ella, permitan fortalecer las capacidades de los países de la región para implementar programas de atención integral de calidad para adolescentes.

Los estándares internacionales de derechos humanos reconocen el derecho al más alto nivel de salud para todos y todas, derecho que a menudo es violado cuando se presentan cuadros de embarazo adolescente y matrimonio temprano. En las constituciones políticas de algunos países de la región de Latinoamérica, se reconoce expresamente el derecho a la salud sexual y reproductiva (con diferentes alcances), entre ellos podemos nombrar los casos de Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y la República Bolivariana de Venezuela; este no es el caso para los países del Caribe¹.

Muchos países de Latinoamérica y el Caribe han implementado políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva para adolescentes. Estas políticas y programas han logrado ampliar el acceso a la atención integral de salud de calidad para adolescentes. La mayoría de éstos están centrados en la promoción, prevención, fortalecimiento de capacidades y el apoyo a las trayectorias juveniles; algunos de estos programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, contemplan en su intervención aspectos como la participación juvenil, la entrega de información a adolescentes y jóvenes, extensión de las acciones a la comunidad, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y diferentes niveles de seguimiento y evaluación.

Los dos aspectos en los que hay menor evidencia de legislación son el reconocimiento expreso de la confidencialidad y privacidad de información y servicios para niños, niñas y adolescentes así como el reconocimiento expreso del acceso a servicios de salud sin consentimiento parental (autonomía progresiva).

Los avances, por lo tanto, no son iguales y muchas naciones siguen rezagadas, incluso en los países con políticas más progresistas, hay una gran cantidad de adolescentes que no pueden acceder a los servicios.

¹ Morlachetti Alejandro; Análisis legislativo comparado sobre embarazo adolescente y matrimonio temprano. Consultoría para UNFPA LACRO.

Con El Consenso de Montevideo del 2014 se abre una ventana de oportunidad ya que en los capítulos B (Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas y adolescentes), D (Acceso Universal a los servicios de salud sexual y reproductiva) y E (Igualdad de Género), se establecen acciones que contribuyen a avanzar la formulación de políticas y programas que propenden por la creación de condiciones para que los y las adolescentes desarrollen todas sus capacidades, para que puedan ejercerlas con libertad, así como para el reconocimiento y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos y acceso a servicios de calidad para adolescentes.

Por otra parte, la OMS está en el proceso de desarrollo de estándares globales para la atención médica de calidad para adolescentes. Estos estándares están basados en un análisis reciente realizado por la OMS de los servicios de atención de la salud de los adolescentes en 25 países así como como en una revisión sistemática de la literatura existente sobre el tema. Por medio de la evidencia se identificaron un total de ocho estándares que se utilizan en más del 50% de los países.

En este contexto surge la necesidad de desarrollar estándares regionales de salud sexual y reproductiva basados en: las políticas integrales de salud sexual y reproductiva de adolescentes existentes en los países de la región y las normas de salud globales. Estas normas ayudarán a establecer las bases para la mejora de los servicios en todos los países y la adopción de medidas para garantizar la igualdad de acceso a la salud sexual y reproductiva a todos los adolescentes.

Para facilitar la lectura, hemos dividido el presente análisis en los siguientes componentes: 1.) Situación mundial y regional de la salud sexual y reproductiva de adolescentes, 2.) Estándares de calidad para los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes. OMS, 3.) Evidencia científica: recomendaciones para los servicios de salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe, 4) Diagnóstico de los estándares de calidad para los servicios de salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe, 5) Desafíos y barreras de acceso a servicios y próximos pasos.

Al final del documento, se encontrarán como anexos cuadros comparativos de la situación encontrada en los países y las referencias bibliográficas, algunas con sus respectivos hipervínculos, entre los que se incluyen las herramientas de análisis de información epidemiológica.



1. Situación mundial de la salud sexual y reproductiva de adolescentes

Según el informe del estado de la población mundial en el 2014, actualmente, la población estimada de jóvenes se acerca a los 1.800 millones en una población mundial de 7.300 millones de personas (1). De cumplirse la proyección de «fecundidad media», el número de personas de entre 10 y 24 años alcanzará los 2.000 millones a mediados de este siglo (1,2).

Gráfica No 1. Estimación de proporción mundial de jóvenes para el año 2015.



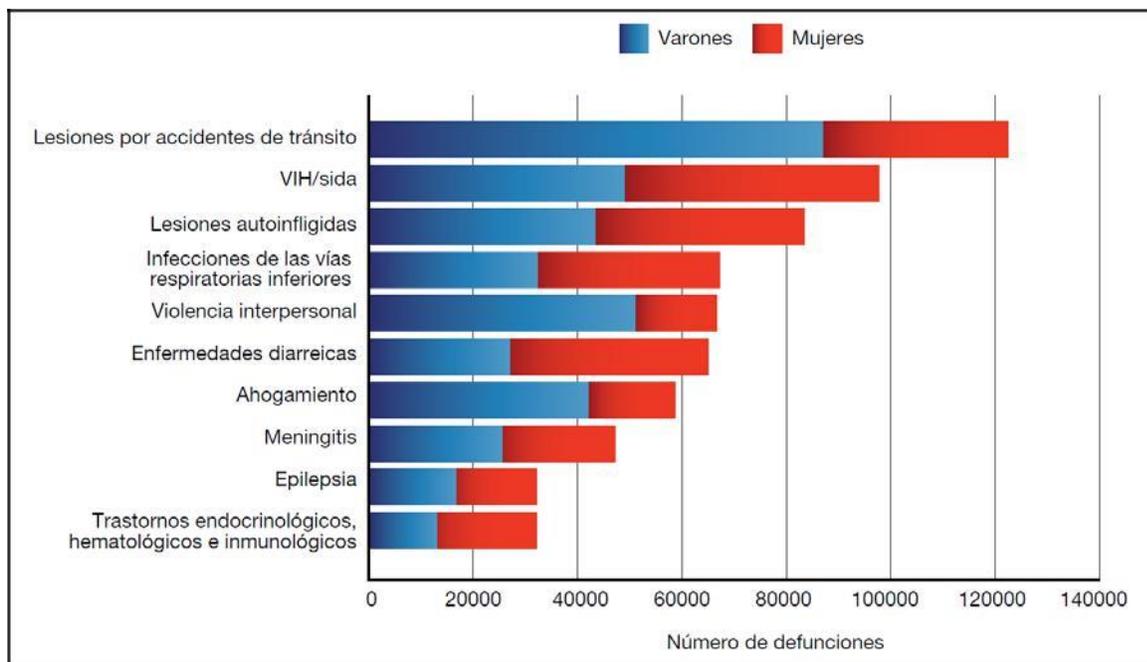
Fuente: UNFPA. Estado de la población mundial 2014.

No obstante, y a pesar de las estimaciones de crecimiento poblacional para jóvenes y adolescentes, otras cifras y estudios vaticinan un impacto negativo sobre la población actual y futura de este grupo.

Según el informe de la OMS “*Salud para los adolescentes del mundo*”, se presentaron aproximadamente 1,3 millones de muertes en adolescentes durante el año 2012, la mayoría por causas que podrían haberse evitado o tratado. De cada 100 muertes de adolescentes en todo el mundo durante el 2012, 70 se produjeron en sólo dos regiones, 43 en la región de África y 27 en la región de Asia Sudoriental, con tasas de mortalidad general para el grupo de 10 a 19 años de 282 y 102 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Las tasas más bajas se encuentran en países de altos ingresos: 31 por cada 100.000 habitantes.

Entre las principales causas de mortalidad para el grupo de hombres de 10 a 19 años, se encuentran las lesiones por accidentes de tránsito y la violencia interpersonal, por otro lado en el grupo de mujeres adolescentes de 10 a 19 años, las principales causas de mortalidad son el VIH/Sida, las lesiones autoinfligidas y la enfermedad diarreica aguda. (Ver grafica No 2).

Gráfico No 2: Las 10 causas principales de muerte en adolescentes, por sexo a nivel Mundial. 2012.

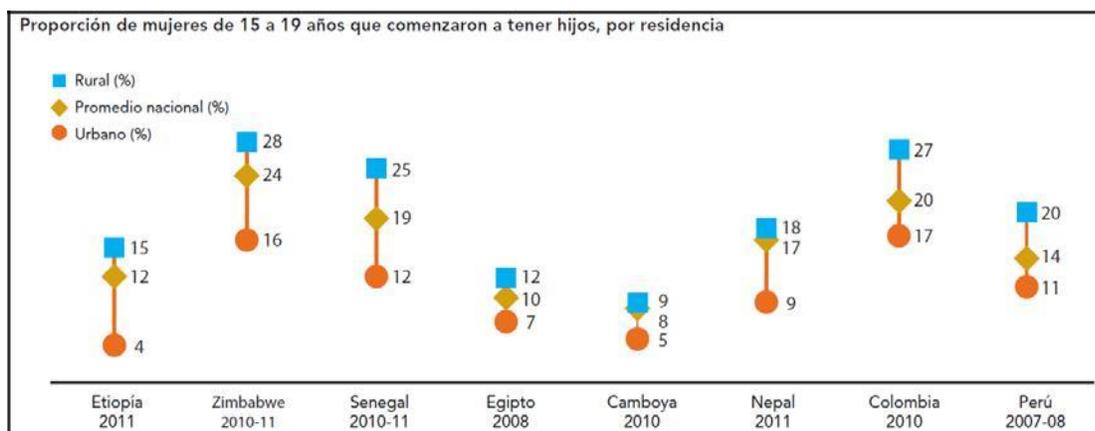


Fuente: OMS. Salud para los adolescentes del mundo. 2014.

De acuerdo con este informe la mortalidad es mayor en niños que en niñas y en adolescentes mayores (15 a 19 años) que en el grupo más joven (10 a 14 años). Por otra parte dentro de los avances reportados por la OMS en “*Salud para los adolescentes del mundo*”, se destaca la reducción en la mortalidad, particularmente en las regiones donde las tasas de mortalidad materna eran más altas: Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y regiones de África han visto descensos del 57%, 50% y 37%, respectivamente. Sin embargo, la mortalidad materna ocupa hoy el segundo lugar entre las causas de muerte de adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo, superada sólo por el suicidio (3).

En todo el mundo, muchas mujeres de 15 a 19 años están actualmente embarazadas o ya han dado a luz. Esta situación ocurre especialmente en áreas rurales donde las niñas se casan jóvenes y se les presiona para que empiecen a tener hijos de inmediato, en Zimbabue, Senegal y Colombia, más de una de cada cinco adolescentes de áreas rurales son madres. Las adolescentes provenientes de hogares pobres tienen más probabilidades de quedar embarazadas o dar a luz que aquellas que pertenecen a hogares más ricos. En Zimbabue, Senegal, Colombia y Perú, más de un cuarto de las adolescentes de entre 15 a 19 años pertenecientes al 20% de los hogares más pobres ya comenzaron a tener hijos (4, 5).

Gráfica No 3. Proporción de mujeres de 15-19 años que comenzaron a tener hijos, por residencia.



Fuente: The World's Youth. 2013 data sheet.

Casi la mitad de las mujeres de 20 a 24 años de Asia Centromeridional y África Occidental se casaron al cumplir los 18 años, lo que las pone en mayor riesgo de un embarazo precoz y de discapacidad y muerte materna, a su vez que limita el acceso a la educación y el empleo. Si bien la prevalencia del matrimonio infantil es menor en otras regiones, como el Sudeste Asiático y Asia Occidental, casi una de cada cinco adolescentes de estas regiones se casó al cumplir los 18 años de edad. En las

regiones más pobres del mundo, particularmente en África Oriental, África Occidental y Asia Centromeridional, más de una en cada 10 niñas se casó al cumplir los 15 años (4).

A este panorama, se suma el VIH/Sida, como segunda causa global de muerte en adolescentes, con un incremento de los casos principalmente en África (3). Otro de los aspectos a tener en cuenta y que inciden en las proyecciones poblacionales son los comportamientos y las condiciones relacionadas con la salud, que subyacen a las principales enfermedades no transmisibles, los cuales suelen comenzar o se refuerzan durante la segunda década; tales como: el consumo de tabaco y alcohol, dieta y patrones de ejercicio, el sobrepeso y la obesidad. Estos comportamientos y condiciones no tienen un mayor impacto en la salud y el desarrollo de los adolescentes de hoy en día, pero tienen efectos devastadores en la salud como adultos en el futuro.

Dentro de los determinantes sociales que impactan negativamente la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, se encuentra la situación de las personas jóvenes que no tienen acceso a educación, empleo o capacitación (Not in education, employment, or training, NEET). Si bien los jóvenes desempleados que asisten a escuelas o reciben alguna capacitación están invirtiendo en futuras oportunidades laborales, los NEET están desempleados y no participan en actividades educativas. Cuando las personas jóvenes no están en contacto con el sistema educativo o con el mercado laboral, no pueden desarrollar las habilidades fundamentales para obtener un empleo significativo. En los países para los que hay datos disponibles, son más las mujeres jóvenes que los hombres jóvenes quienes se clasifican como NEET, situación que es particularmente notable en países como Níger y Pakistán, donde más de dos en cada tres mujeres jóvenes se consideran NEET (6).



2. Situación de salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe

En el 2014, se estimó que la población de 10 a 24 años de edad que residía en Latinoamérica y el Caribe correspondía al 27% de la población total de esta región, actualmente la población de adolescentes y jóvenes en dicha región, se encuentra por encima de los 165 millones de personas (1).

Al respecto de la población de adolescentes, la violencia se ubica como la primera causa de mortalidad entre los adolescentes de 15 a 19 años. Una de cada tres muertes en este grupo ocurre a causa de la violencia interpersonal (2), según estimaciones de la OMS, la tasa de mortalidad por violencia interpersonal, en el año 2012, para el grupo de adolescentes varones de 15 a 19 años de edad en la región de las Américas² fue de 70.9 muertes por cada 100.000 adolescentes. Para el grupo de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, la estimación fue de 7.44 muertes por cada 100.000 adolescentes. (Ver grafica No 4).

²Países de la Región de las Américas de la OMS: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

Si bien es cierto que la tasa de mortalidad por violencia es menor en el grupo de adolescentes mujeres, es necesario reconocer el contexto social, hegemónico y machista que reproduce dicha violencia contra las adolescentes y sus formas de abordaje³.

Grafica No 4. Tasas de mortalidad en adolescentes en la región de las Américas. OMS. 2012.

	Adolescentes varones			Adolescentes Mujeres		
	Grupos de edad (años)					
	10-14	15-19	10-19	10-14	15-19	10-19
Lesiones por Accidentes de tránsito	5.98	29.45	17.51	3.42	8.33	5.84
Violencia Interpersonal	5.498	70.05	37.21	1.933	7.44	4.66
Lesiones autoinflingidas	1.626	8.37	4.94	1.559	4.72	3.12
Condiciones Maternas				0.1900	4.33	2.24
VIH/Sida	1.44	1.94	1.69	1.41	1.79	1.60

Fuente: Global Health Estimates. World Health Organization. Tasas de mortalidad por cada 100.000 habitantes del mismo grupo etareo.

Por otra parte, a pesar del descenso a nivel global y regional de la mortalidad materna adolescente, que podría interpretarse como una mejora de la atención en salud, Latinoamérica y el Caribe, ha sido la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron; situación que demanda mayores acciones que permitan la protección de las niñas, el empoderamiento de las adolescentes, y el acceso efectivo a métodos de anticoncepción e interrupción del embarazo en un marco de derechos (7).

Los métodos anticonceptivos, como los preservativos masculinos y femeninos, previenen el embarazo y las infecciones de transmisión sexual a la vez que eliminan muchos de los riesgos para la salud asociados con las relaciones sexuales. Sin embargo, un gran número de adolescentes siguen sin tener acceso a métodos anticonceptivos, información y servicios de salud sexual y reproductiva con calidad, a pesar de los compromisos internacionales para eliminar las barreras en la planificación familiar (7). Es evidente que en la mayoría de los países de la región las tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, no superan el 70%.(Ver Gráfico 5).

³ Global Health Estimates. World Health Organization. Available : <http://bit.ly/1jr1LAW>

Grafica No 5. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años de edad. América Latina y El Caribe.

País	Año	Dato
Estado Plurinacional de Bolivia	2008	40.9
Colombia	2010	60.5
Cuba	2010	55
El Salvador	2008	54.8
Guatemala	2008	14.6
Guyana	2009	29.8
Jamaica	2008	68.4
Paraguay	2008	35.4
Perú	2012	66.6

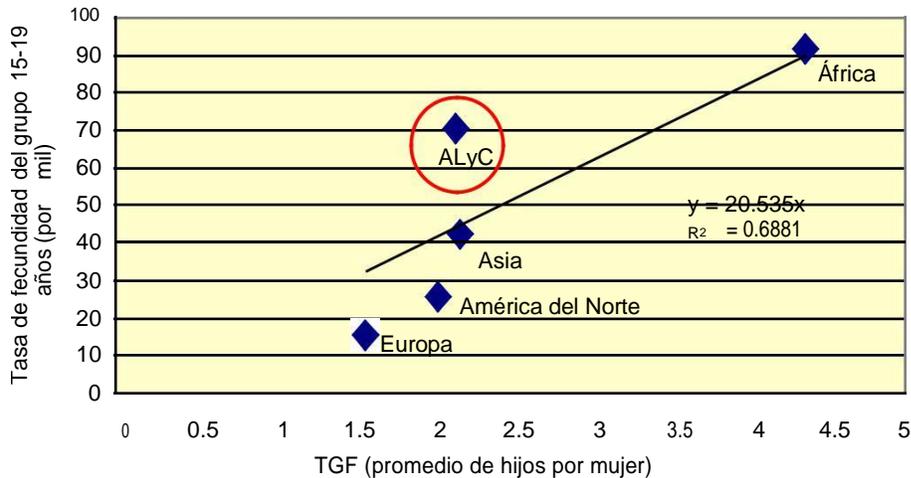
Fuente: UN.Data. World Health Organization. Last update in UNdata: Jul 2014⁴

La persistencia de altos niveles de fecundidad adolescente en Latinoamérica y el Caribe no apoya la hipótesis optimista de que la fecundidad adolescente se reducirá como ha sucedido en otras regiones del mundo. En ese sentido, resulta paradójico como la tasa de fecundidad adolescente es más alta que la tasa de fecundidad global. La División de Población de Naciones Unidas, parece haber tenido esto en cuenta en sus últimas proyecciones, mediante la predicción de que la tasa de fecundidad adolescente en Latinoamérica será tal vez la más alta del mundo, y se mantendrá prácticamente estable durante el período 2020-2100. Estas proyecciones se basan en las tendencias regionales de fecundidad adolescente de los últimos 30 años (8). (Ver gráfico 6).

Teniendo en cuenta la situación mundial y regional de la salud de los adolescentes, sin lugar a duda se requiere de una atención inmediata con calidad, la cual implica el esfuerzo y compromiso de los sectores públicos y privados (salud, educación, justicia, protección y trabajo, entre otros). Para eliminar las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, se requiere desarrollar mecanismos de participación alrededor de los servicios ofrecidos para así disponer de una oferta de servicios acorde a las necesidades de los y las adolescentes, y de igual manera promover la demanda a los servicios de salud.

⁴ http://data.un.org/Data.aspx?q=girls&d=WHO&f=MEASURE_CODE%3AMDG_0000000005_AGE1519

Grafica No 6. Prevalencia mundial del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años de edad. 2010.



Fuente; Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2010 Revision, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>, tomado de Jorge Rodríguez V. CELADE

Surge por lo tanto la necesidad de identificar las brechas en la calidad de la atención en salud para los y las adolescentes e implementar de manera planificada los procesos para solucionar dichos vacíos en la atención en salud, de acuerdo a los estándares de calidad para los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes.



3. Revisión de estándares de calidad para los servicios de salud de adolescentes. OMS

En noviembre del 2014 la OMS lanza los estándares de calidad para los servicios de salud para adolescentes (ECSSA), los cuales están basados en el análisis de las normas de calidad de servicios de salud para adolescentes en 25 países del mundo, así como en la revisión de la literatura de la evidencia científica disponible al respecto.

El objetivo de estos estándares es ayudar a los responsables políticos y a los planificadores de servicios de salud a mejorar la calidad de sus servicios, de manera que a los y las adolescentes les resulte más fácil obtener servicios de salud que respondan a sus necesidades.

Se entiende por estándar de calidad “una declaración de un determinado nivel de calidad en la prestación de los servicios que se requieren para satisfacer las necesidades de los beneficiarios”, a su vez un estándar define las expectativas de desempeño, estructuras, o procesos necesarios para que una organización proporcione servicios seguros, equitativos, aceptables, accesibles, eficaces y apropiados.

Cada estándar a su vez consta de criterios que son elementos medibles de un estándar que define una característica necesaria del servicio (criterio de entrada) o aplicado (criterio de proceso) con el fin de alcanzar el estándar definido (criterio de salida) (9).

Gráfica No 3: Estándares mundiales para la atención en salud de adolescentes

1. Los adolescentes están bien informados sobre su propia salud y saben dónde y cuándo obtener los servicios de salud.
2. Los padres, tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias reconocen el valor de la prestación de servicios de salud a los adolescentes. Apoyan dicha disposición y la utilización de los servicios por los adolescentes.
3. El centro de salud ofrece un paquete de servicios de información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención que satisfagan las necesidades de todos los adolescentes. Los servicios se ofrecen en el centro, a través de vínculos de referencia.
4. Los proveedores de salud demuestran la competencia técnica necesaria para proporcionar servicios de salud eficaces para adolescentes. Tanto los proveedores de salud y personal de apoyo respetan y protegen los derechos de los adolescentes a la información, la privacidad y la confidencialidad, y mantienen una actitud respetuosa y libre de prejuicios.
5. El centro de salud cuenta con un ambiente acogedor y limpio, y mantiene la privacidad y la confidencialidad. Tiene los equipos, medicamentos, insumos y la tecnología necesarios para garantizar la prestación eficaz de servicios a los adolescentes.
6. La instalación de salud proporciona servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, escolaridad, origen étnico, orientación sexual u otras características.
7. El establecimiento de salud recopila, analiza y utiliza datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención desglosados por edad y sexo para apoyar y mejorar la calidad. El personal del establecimiento participa en la mejora continua de la calidad.
8. Los adolescentes están involucrados en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud, en las decisiones sobre su propio cuidado, así como en ciertos aspectos apropiados de prestación de servicios.

Fuente: OMS. Global Standards for Quality Health Care Services to Adolescents. Disponible en http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section/section_6/level6_11.php

Las herramientas de monitoreo que acompañan a los estándares proporcionan orientación sobre la identificación de las medidas que se deben tomar para mejorar la implementación de dichos estándares, de igual manera, permiten evaluar el

cumplimiento de los estándares. El fin último de la aplicación de los estándares es incrementar el acceso y cobertura a los servicios por parte de los y las adolescentes, y así contribuir a mejorar los resultados de salud.

A partir de la formulación de los ECSSA realizada por la OMS, se plantea la necesidad de definir estándares de calidad para los servicios de salud sexual y reproductiva en en Latinoamérica y el Caribe. Lo anterior deviene de las siguientes consideraciones:

- a. Se conoce que en la región algunos países ya cuentan con estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- b. Los avances en la implementación de estándares para servicios de SSRA no son equiparables en la región.
- c. Existen países que a pesar de no contar con estándares específicos en calidad de servicios SSRA, comparten aspectos para evaluar la calidad en la atención.
- d. A pesar de que los países cuentan con programas o políticas que propenden por la calidad de los servicios, aún siguen existiendo barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con calidad por parte de los adolescentes.

Contar con estándares de calidad para los servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe, se constituye como uno de los principales logros para eliminar las disparidades en salud sexual y reproductiva para adolescentes.



4. Necesidades de los y las adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe

Las necesidades de los y las adolescentes trascienden las cuestiones meramente biológicas, lo cual implica que los proveedores de servicios de salud deben ajustar su oferta de servicios, partiendo inclusive de su enfoque y abordaje. Se ha demostrado por ejemplo, que los servicios de salud sexual y reproductiva se orientan hacia la atención de aspectos biológicos, especialmente ligados al ejercicio reproductivo dirigido a mujeres; poco se indaga acerca de violencia de pareja, abuso sexual, o sobre placer e inicio de relaciones sexuales⁵; olvidando que para los y las adolescentes resulta mucho más importante el abordaje de los aspectos sociales o mentales, relacionados con la salud sexual y reproductiva⁶.

Es claro que la implementación de un **enfoque de derechos**, para atender a los y las adolescentes provee herramientas para comprender de manera integral la sexualidad, ayudando a eliminar aquellas barreras que perpetúan el estigma y la discriminación. Así mismo, la **participación efectiva** de los y las adolescentes en los servicios de

⁵Pablo Montoya, Eliane Barreto et al, Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá 2011. Disponible en <http://www.unfpa.org.co/?portfolio=embarazo-adolescente-en-bogota-construir-nuevos-sentidos>

⁶Doortje Braeken, Ilka Rondinelli, Sexual and reproductive health needs of young people: Matching needs with systems. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119 (2012) S60–S63.

salud sexual y reproductiva, asegura que las necesidades de este grupo sean conocidas y abordadas.

La OMS y la Universidad de Washington, evaluaron la eficacia de las iniciativas para mejorar el acceso de los adolescentes y la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR) en países de bajos y medianos ingresos (10).

Los resultados reportados coinciden con lo siguiente:

- a. Hay evidencia limitada para apoyar la eficacia de las iniciativas que se limitan a capacitar a los trabajadores de salud en la atención amigable para los adolescentes.
- b. Hay evidencia más sustantiva para apoyar la eficacia de las iniciativas que utilizan una combinación de enfoques, tales como: capacitación a los trabajadores de la salud, mejoras a las instalaciones de los servicios de salud para adolescentes y amplia difusión de la información a través de la comunidad y las escuelas.
- c. De acuerdo con lo anterior, las estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud para adolescentes, entre otras, deben integrar capacitación, instalaciones adecuadas y acordes a las necesidades de los y las adolescentes así como difusión de la prestación de los servicios con calidad en la comunidad.

La evidencia disponible también recomienda integrar la participación de los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva (11).

Para ampliar el conocimiento de aspectos concernientes a la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (SSSRA) en Latinoamérica y el Caribe, realizamos una revisión de la literatura sobre las necesidades que se presentan en SSSRA, a partir de la oferta disponible y de la calidad en la prestación de los mismos.

4.1. Metodología

Se procedió a realizar una revisión de la literatura en las bases de datos de Pubmed y Scielo, utilizando las siguientes palabras claves en inglés: ***adolescents, sexual and reproductive health services, quality healthcare***. La revisión incluyó artículos publicados a partir del 1 de Enero de 2005 hasta el 31 de Diciembre de 2014.

En la base de datos **Pubmed** encontramos 1709 artículos con las palabras de búsqueda mencionadas, de éstos, nos concentramos en la identificación y revisión de las investigaciones realizadas en los países de Latinoamérica y el Caribe.

Para la búsqueda en la base de datos de **Scielo**, se excluyeron las palabras claves **quality healthcare**, ya que limitaba los hallazgos a solo tres artículos. Se decidió revisar a partir de las palabras de búsqueda restantes, los artículos que incluyeran recomendaciones al respecto de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes.

De igual manera, incorporamos en esta revisión otras publicaciones en las bases de datos mencionadas, tales como análisis de la jurisprudencia que dan cuenta de aspectos de la atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes, realizadas en países de Latinoamérica y el Caribe.

4.2. Resultados

En la evaluación de la percepción de la calidad en los servicios de salud, algunos estudios han documentado como la confianza surge como criterio fundamental para definir la calidad de los servicios de salud, sobre todo destacando que el profesional no genere barreras de acceso con el joven, especialmente por el lenguaje utilizado. Cuando el joven solicita un servicio y es bien atendido, con cortesía y sin juicios ni regaños, su distancia con el servicio de salud cede⁷. Por otra parte dentro de las razones identificadas por las que los y las adolescentes no buscan atención en salud sexual y reproductiva se encuentran: la no necesidad, la vergüenza de consultar, la falta de información sobre la disponibilidad de atención⁸, rechazo y estigmatización por el ejercicio de la sexualidad, negación de la información en anticoncepción o interrupción voluntaria del embarazo (especialmente a las adolescentes de 10 a 14 años), exigencia de acompañante y falta de privacidad⁹.

De acuerdo con lo anterior, para brindar atención en salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes se requieren servicios de salud amigables que integren el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, esto requiere que los profesionales de la salud aborden de manera integral aspectos de la sexualidad que son ignorados en la asistencia médica y que eliminen aspectos de la atención que pueden ser percibidos por los usuarios de los servicios como estigmatizantes y discriminatorios. De igual manera, el enfoque de derechos permite predecir situaciones de riesgo y de

⁷ Nancy E. Gallo R. Baseline of the sexual and reproductive health project for adolescents in Medellín: the qualitative component. Rev.Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 282-290.

⁸ M. Ximena Luengo Charath et al. Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. Rev Chil Pediatr 2012; 83 (6): 540-551

⁹ Clara Inés Vargas Rojas, Carol Pavajeau Delgado Et al; Significados y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá 2011. Disponible en <http://www.unfpa.org.co/?portfolio=embarazo-adolescente-en-bogota-construir-nuevos-sentidos>

vulnerabilidad en los y las adolescentes a partir de la identificación de sus necesidades. Se ha demostrado, por ejemplo, la asociación entre embarazo no deseado y violencia de pareja¹⁰, así como un incremento en el número de abortos asociado a la violencia de pareja¹¹, el embarazo y no haber recibido educación en planificación familiar por parte del personal docente, o de salud u otro diferente a los padres¹²; lo que hace, que se necesite de profesionales de la salud y servicios con los que se puedan identificar estas situaciones en un marco de derechos sexuales y reproductivos.

Otra asociación perceptible en salud de los adolescentes, se presenta con los eventos de embarazo adolescente y suicidio. En Jamaica, por ejemplo se ha documentado un incremento en el suicidio y los comportamientos suicidas en las adolescentes con embarazos no deseados, estimándose una prevalencia del 23.1% para los intentos suicidas, en las niñas de 13 a 15 años para el año 2010. Dentro de los factores que influyen en dicha situación, se encuentran: la habilidad para tomar decisiones, la capacidad de recuperación, el apoyo social, el sistema de apoyo de la comunidad, la angustia, y la percepción del servicio de salud. En este último factor, se revela el impacto positivo de los servicios con atención diferencial a las adolescentes¹³.

Otra de las particularidades que merece gran atención, y que incrementa la vulnerabilidad en entornos y contextos sociales definidos, es el conocimiento acerca del VIH/Sida. Entre las necesidades de los y las adolescentes se encuentran: la falta de información sobre los métodos para prevenir el VIH/Sida, la falta de apoyo y habilidades para hacer frente a su sexualidad. En los casos de adolescentes VIH/Sida positivos, se requieren servicios que aborden situaciones complejas de la sexualidad y la reproducción ante dicha infección y también que ofrezcan tratamiento en salud integrales para las otras afecciones que puede provocar dicha infección.

Si bien es cierto que los proveedores de servicios de salud, deben concientizarse y enfocarse en brindar servicios de salud amigables para adolescentes, dicho enfoque deberá extenderse más allá de los centros de atención primaria, es necesario que la escuela, la comunidad y los padres, sean parte de las cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, facilitando el acceso a los servicios de

¹⁰ Ana Carolina da C. Azevêdo et al. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(12):2394-2404, dez, 2013

¹¹ Mira Johri et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City. Guatemala: cross-sectional study. Johri et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011, 11:49

¹² Yessica Alexandra Sánchez Valencia, Luis Alfonso Mendoza Tascón et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá Colombia. *Revista Chil Obstet Ginecol*; 2013; 78(4):269-281

¹³ Karline Wilson-Mitchell et al. Psychological Health and Life Experiences of Pregnant Adolescent Mothers in Jamaica. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11, 4729-4744; doi:10.3390/ijerph110504729

salud sexual y reproductiva. Para garantizar el éxito de estas medidas, se requieren esfuerzos multisectoriales¹⁴.

Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud también requiere que los gobiernos garanticen el acceso a servicios de calidad a toda la población adolescente, dando prioridad a las personas en mayor contexto de vulnerabilidad (mujeres adolescentes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, habitantes de calle, población desplazada, población indígena y grupos étnicos minoritarios, entre otros). Es manifiesta la necesidad de una mayor inversión en servicios de salud sexual y reproductiva en las zonas más pobres, así como acciones de promoción dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad^{15, 16}.

La calidad en los servicios de salud, debe ir de la mano con el desarrollo de políticas que propendan por los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.

Países como Perú, han reconocido la necesidad de reformar su legislación, al percibir que las decisiones en materia normativa implementadas no consideraban los marcos legales internacionales que reconocen y protegen los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Las transformaciones jurídicas efectivas son un primer paso para poder implementar y mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, con acciones de promoción de la salud, protección y prevención de todas las formas de violencia contra los y las adolescentes¹⁷.

Si bien el marco legislativo es crucial, también lo es la disponibilidad de recursos humanos capacitados. En tal sentido, es necesario que los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, dispongan de un paquete integral de servicios, y conozcan los determinantes sociales alrededor de los eventos en salud de los y las adolescentes. De igual manera, es necesario que conozcan la situación en salud de los y las adolescentes en su país, lo que podría ayudar a dirigir las intervenciones en servicios de salud. En Jamaica, por ejemplo se ha podido identificar cómo la prevalencia del Virus del Papiloma Humano (VPH), es más alta entre las mujeres jóvenes (16 a 19 años) 71.9% con respecto al grupo de mujeres de mayor edad (40 a 49 años) 42.6%.

¹⁴ Lina Jaruseviciene et al. Primary healthcare providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. *Glob Health Action* 2013, 6: 20444 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.20444>

¹⁵ Stella Regina Taquette et al. The AIDS epidemic in adolescents between the ages of 13 and 19 in the city of Rio de Janeiro, Brazil: space-time description. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 44(4):467-470, jul-ago, 2011

¹⁶ Iván F. Muñoz-Echeverri et al, Morbidity and risk behavior regarding street-children in Medellin, Colombia, 2008. *Rev. salud pública.* 13 (2): 207-218, 2011

¹⁷ Rossina Guerrero. The criminalization of sexual relations between or with adolescents and its impact on the exercise of their sexual and reproductive rights. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013;30(3):500-5.

Esta situación demanda intervenciones y políticas enfocadas a estos grupos de adolescentes más vulnerables al VPH, entre ellas, facilitar el acceso a la vacunación contra el VPH¹⁸.

Igualmente, en Brasil se ha evidenciado cómo los embarazos y abortos, que son más frecuentes en las estudiantes de las escuelas estatales, en comparación con las estudiantes de las escuelas privadas y federales, podrían ser consecuencia de la menor demanda o al acceso insuficiente a los servicios ginecológicos. Esta inequidad, que priva a un grupo poblacional de la atención necesaria para asegurar la salud sexual y reproductiva, pone de manifiesto la necesidad de políticas públicas que promuevan y faciliten el acceso a la atención ginecológica preventiva de rutina por parte de las adolescentes de bajos ingresos¹⁹.

Si bien, en Colombia la interrupción voluntaria del embarazo fue despenalizada bajo tres condiciones en 2006, dicha modificación normativa aún no ha logrado garantizar el acceso a los servicios, especialmente a las adolescentes. Por el contrario, son más numerosas las atenciones del cuidado postaborto (dilatación y curetaje), que las atenciones por servicios de aborto inducido (aspiración manual endouterina). En ese sentido, se ha demostrado que probablemente la ausencia de tecnologías modernas (aspiración manual endouterina) en los servicios de salud para realizar aborto inducido, sea una de las falencias por las que las instituciones opten por la asistencia del cuidado postaborto. Por lo tanto, es indispensable facilitar y disponer en los servicios de salud sexual y reproductiva de tecnologías modernas para el aborto legal, lo que implica compromiso por parte de los las autoridades a todo nivel y de los gerentes de los establecimientos de salud para contar con los insumos necesarios²⁰.

Es necesario que los gobiernos evalúen periódicamente la eficacia y la calidad de las intervenciones realizadas sobre la población adolescente, y revisen éstas intervenciones a partir de las múltiples formas eficaces de abordar la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Es importante que los gobiernos propendan por políticas, programas y servicios que garanticen la participación efectiva de los y las adolescentes en las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. De igual manera es imperativo que los servicios de salud tengan espacios para que los y las

¹⁸ Karen Lewis-Bell et al. Genital human papillomaviruses among women of reproductive age in Jamaica. *Rev Panam Salud Publica* 33(3), 2013

¹⁹Sandra M. Pereira et al. Study of the Sexuality and Demand for Gynecologic Services by High School Students in the City of Rio de Janeiro. S.M. Pereira et al. / *J Pediatr Adolesc Gynecol* 26 (2013) 323e326

²⁰Blair G. Darneya et al. Post-abortion and induced abortion services in two public hospitals in Colombia. B.G. Darney et al. / *Contraception* 90 (2014) 36–41

adolescentes así como grupos y organizaciones comunitarias, participen de forma activa en los servicios de salud y evalúen la calidad en la prestación de los servicios²¹.

²¹ Peter Decat et al. Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention. Decat et al. BMC Public Health 2013, 13:31



5. Diagnóstico de los estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes en Latinoamérica y el Caribe.

5.1 Metodología

En los países de América Latina y el Caribe, se vienen implementando programas de atención integral a adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, los cuales están centrados en promoción, prevención, fortalecimiento de capacidades y el apoyo a las trayectorias juveniles. Estos programas contemplan en su intervención aspectos como la participación juvenil, entrega de información a adolescentes y jóvenes, extensión de las acciones a la comunidad, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y diferentes niveles de seguimiento y evaluación²².

Si bien se han realizado análisis de programas de salud sexual y reproductiva de adolescentes en la región, en los que se identifican aspectos que pueden ser considerados estándares de calidad, no se cuenta con un diagnóstico de la situación actual de la aplicación de estos estándares.

Tomando como base el documento de estándares de calidad para los servicios de salud para adolescentes (ECSSA) de la OMS, se realizó una revisión documental, de los sistemas de salud de cada país, documentos de programas de adolescentes, páginas web oficiales de los ministerios de salud, páginas de UNFPA y páginas de

²² Krauskopf D, Donoso A, López C, y Col, Revisión Sistemática de Programas que abordan el comportamiento de riesgo de la juventud en Latinoamérica y el Caribe, Diciembre 2013,

OPS, esto con el objetivo de realizar un diagnóstico de la situación en los países seleccionados, así como para hacer una comparación de los desarrollos de los países en relación con los estándares propuestos y las necesidades nacionales más relevantes o apremiantes.

Adicionalmente se realizó una validación de fuente primaria, a través de la aplicación en línea de una encuesta virtual²³ en la que se incluyeron preguntas claves para responsables de programas de adolescentes de los 21 países seleccionados. Con esta encuesta pretendíamos establecer el nivel de apropiación de los estándares identificados, así como la presentación de responsables y delegados de programas de adolescentes de países asistentes a la consulta de expertos (Panamá, 9-11 de Diciembre de 2014) y entrevistas telefónicas a responsables seleccionados.

En total se revisaron 192 documentos programáticos y 46 documentos indexados.

Los países priorizados para este diagnóstico fueron: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

Se tuvieron en cuenta principalmente los siguientes aspectos:

- ✓ Existencia o no de programas de adolescentes.
- ✓ Existencia o no de servicios diferenciados.
- ✓ Modalidades de atención.
- ✓ Enfoque de los servicios.
- ✓ Existencia o no de estándares de calidad.
- ✓ Áreas de medición.
- ✓ Atributos de calidad.
- ✓ Paquete de servicios prestados.
- ✓ Integración de los estándares en los planes de trabajo y presupuestos nacionales, regionales y locales.
- ✓ Formación del recurso humano.
- ✓ Medición o seguimiento de los estándares de calidad.
- ✓ Resultados obtenidos posterior a la medición de los estándares.

²³ Disponible en https://docs.google.com/forms/d/19SUpQsYYr-Sg_yuYFwEassv9ENVzSQcVJ2clwpcGrV8/edit
versión español https://docs.google.com/forms/d/15yUu_7Sqs212mfP_Yp0yvfiJMu2Lyq8WXCWJAoL-vU2Q/edit versión inglés.

Los principales hallazgos obtenidos posteriores a la revisión de documentos programáticos de los países seleccionados, el diligenciamiento de la encuesta y las presentaciones realizadas por los y las delegadas de países a la consulta de expertos fueron los siguientes:

- Todos los países cuentan con documentos programáticos que establecen lineamientos para garantizar servicios de atención integral a adolescentes; éstos incluyen: programas, planes, protocolos, modelos, normas técnicas, manuales de procedimientos y guías técnicas.
- Los desarrollos normativos y niveles de implementación de estos programas son diferentes en cada país. Algunos, como Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay, han adoptado los programas mediante resoluciones o decretos ministeriales, con aplicabilidad en todo el territorio nacional.
- Con la excepción de Paraguay, todos los países cuentan con alguna modalidad de servicios diferenciados para la atención de salud a adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.

En general, los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en la región tienen enfoques de derechos, derechos sexuales y reproductivos, género, diversidad, étnico, interculturalidad, participación juvenil, intergeneracional, curso de vida, determinantes sociales de salud y un país incluye en el enfoque de los servicios la abstinencia.

5.2 Resultados

5.2.1. Países con estándares de calidad identificados

Los países que a la fecha cuentan con estándares de calidad de servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes son: Colombia, Costa Rica, Jamaica y México. Ecuador, Perú y Uruguay; tienen estándares de calidad para programas de adolescentes, no específicos para salud sexual y reproductiva. El Salvador por su parte, tiene estándares globales de atención en salud que aplican para la atención de la población adolescente. Los estándares identificados en la región, guardan relación con los estándares globales propuestos por la OMS (ver Sección 2), especialmente en lo relacionado con el recurso humano, paquete de servicios, ambientes que garanticen confidencialidad y participación juvenil. Los criterios de entrada, proceso y salida difieren en cada país.

A continuación se realizará una descripción de los hallazgos en los países que cuentan con estándares:

5.2.1.1. Colombia

En Colombia, los estándares identificados en el modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes (12) son:

- a. Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación de servicios: accesibilidad geográfica, identificación del servicio, ambiente, horarios adecuados y programación de citas, habilitación de servicios y reconocimiento del servicio.
- b. Profesionales y personal de los servicios de salud: capacitación en servicios amigables, actitud hacia el servicio amigable, interdisciplinariedad, especificidad.
- c. Procedimientos administrativos y de gestión: políticas institucionales, costos del servicio, procedimientos para la atención, registro y seguimiento.
- d. Disponibilidad de una gama de servicios: oferta de servicios individuales, colectivos, integrales y de extensión.
- e. Participación juvenil: participación juvenil, de población adulta, integración del servicio a la comunidad y coordinación intersectorial e interinstitucional.

La medición de los estándares de calidad se realiza a partir de dos instrumentos:

- 1) Anexo A-4. Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), evalúa el grado de implementación del Modelo de SSAAJ en alto, medio, bajo o incipiente; consta de 89 criterios y se realiza mediante autoevaluación por parte de los prestadores de servicios de salud y evaluación externa por las autoridades sanitarias regionales y locales.
- 2) Anexo A-11: Encuesta autoadministrada para adolescentes y jóvenes, la cual se aplica a usuarios y usuarias de atenciones individuales dentro de los SSAAJ, que involucra los siguientes aspectos: 1. Accesibilidad 2. Talento Humano 3. Acceso a servicios 4. Participación y Movilización Social. Consta de 37 criterios y mide la percepción de los y las adolescentes de la atención recibida en los SSAAJ.

El seguimiento de los estándares, se miden a nivel local, regional y nacional, al menos una vez al año, mediante autogestión directamente por los prestadores de servicios amigables y en algunas regiones se realiza medición externa por parte de

las autoridades locales o regionales; sin embargo el seguimiento a estos estándares no se realiza con datos del sistema de información nacional.

Entre las principales razones para la creación de estos estándares se encuentran: mejoramiento del acceso a servicios, convertir los derechos en hechos, brindar orientación para el ejercicio responsable de la salud sexual y reproductiva, influir y ayudar a los y las adolescentes a mejorar su salud, comprender su sexualidad, tomar decisiones informadas; disminuir los costos de atención por eventos asociados a la salud sexual y reproductiva; contribuir a la disminución de adopción de comportamientos de riesgo; y fomentar la participación ciudadana adolescente.

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son: la garantía de confidencialidad, el reconocimiento de la autonomía del adolescente en la toma de decisiones, la oportunidad en la atención, la gratuidad, y la atención sin necesidad de acompañamiento a adolescentes mayores de 14 años.

Se oferta un paquete de servicios integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva, que incluye la entrega sin costo de anticonceptivos modernos (entre ellos la anticoncepción de emergencia y el implante subdérmico de levonorgestrel), la atención en casos de abuso y violencia sexual y la atención integral a jóvenes viviendo con VIH/Sida.

En Colombia, se han integrado los estándares de calidad de los servicios para adolescentes en los planes de trabajo y presupuestos del programa nacional a través de normas vigentes (Resolución 425/2008 y Resolución 0780 de 2014), y se han implementado herramientas de creación de capacidades a nivel nacional, regional y local, mediante procesos de formación no formal (talleres de formación de 32 horas para la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes) y formal (diplomado de derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes, 120 horas presenciales y 40 virtuales por la Universidad Javeriana de Cali).

La entrega de información a otros miembros de la comunidad sobre los estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes se realiza, entre otros, a través de la implementación del modelo de veeduría social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes²⁴. Ésta es una herramienta para profesionales y equipos del sector salud y de las entidades encargadas para hacer control y seguimiento en el ámbito de lo público y los diversos sectores que tienen la responsabilidad en la garantía de los derechos

²⁴ Disponible

<https://www.dropbox.com/sh/eqfld2cc7nr8db5/AAAqQ7v4jV61RSrvyv17sbM8a/COLOMBIA/Modelo%20de%20Veedur%C3%ADa%20Social%20de%20J%C3%B3venes%20a%20los%20SAAJ%20ISBN%20978%20958%208838%2071%207.pdf?dl=0>

sexuales y reproductivos para adolescentes. Estos instrumentos buscan la construcción colectiva del desarrollo y potenciación de capacidades para el ejercicio, seguimiento, acompañamiento y control social de los servicios, pero también sirven como un referente para la vida individual y colectiva de los y las adolescentes. (13)

Además de los instrumentos de medición de estándares de calidad en Colombia, el Ministerio de Salud ha financiado la realización de dos evaluaciones externas y la sistematización de una experiencia de implementación de SSAAJ, como se describe a continuación:

- a. Evaluación sumativa de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en Colombia²⁵, que parte de los instrumentos de medición descritos y visita de campo a algunos servicios, realizada en 2010 (14).
- b. Sistematización de experiencia de implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en el departamento del Huila (15).
- c. Estudio cuasi-experimental en el que se realizó una evaluación de operaciones y resultados para determinar si el modelo de SSAAJ es eficaz y pertinente en el logro de sus objetivos, de conformidad con los componentes que lo definen (16).

Los principales resultados y recomendaciones de estas evaluaciones son los siguientes:

Resultados:

- 1) Los servicios amigables son accesibles, el personal de salud utiliza lenguaje claro y fácil de entender, respeta la confidencialidad, y asegura la privacidad.
- 2) Se garantiza un paquete amplio de servicios, con menor percepción de acceso para la anticoncepción de emergencia.
- 3) Los y las adolescentes perciben que pueden participar en los SSAAJ y recomendarían a otros los servicios.
- 4) Los SSAAJ son eficaces en la generación de capacidades en usuarios y usuarias adolescentes (especialmente en las mujeres), se consideran multiplicadores de los servicios, fomentan el conocimiento sobre derechos, tienen influencia en la toma de decisiones sobre sexualidad, en las relaciones de pareja y en el cuidado de la salud.
- 5) Los SSAAJ son de calidad y eficientes y, en general, el funcionamiento y operación del modelo es adecuado y pertinente especialmente a adolescentes que tienen percepción del riesgo (hacen uso de métodos

²⁵ Disponible en http://sipro.unfpa.org.co/documentos/monitoreo_evap/Evaluacion_SSAAJ_Informe_Final.pdf

- anticonceptivos, reportan actividad sexual penetrativa, tienen pareja y tienen actitudes positivas frente al uso de métodos anticonceptivos).
- 6) Es importante realizar procesos de asistencia técnica, acompañamiento y capacitación a diferentes actores para apoyar la implementación y seguimiento de los SSAAJ.
 - 7) El alcance de la implementación de los SSAAJ es mayor cuando se genera coordinación intersectorial desde el inicio del proceso.

5.2.1.2. Costa Rica

En Costa Rica, en la Norma Nacional de atención integral en salud de las personas adolescentes, adoptada en 2014, en el componente de salud sexual y reproductiva, que rige para instituciones públicas y privadas se identifican once estándares de calidad y consta de cuarenta y seis criterios. Los estándares son:²⁶

- a. Características de los servicios de los establecimientos sede de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) que garantizan una atención diferenciada a la población adolescente que se ajuste a sus particularidades y que garantice la privacidad, confidencialidad, calidad y calidez (condiciones físicas para la privacidad y confidencialidad, horarios diferenciados, personal sensibilizado y capacitado).
- b. Duración y concentración de consultas de atención integral individual de adolescentes (consulta de dos cupos; al menos 3 consultas integrales a lo largo de la adolescencia; consultas adicionales para seguimiento de adolescentes en situación de riesgo).
- c. Evaluación del riesgo en la población adolescente atendida y plan de intervención.
- d. Seguimiento a adolescentes (particularmente a aquellos en mayor situación de riesgo).
- e. Puesta en marcha de procesos de referencia y contra referencia, según el tipo de riesgo identificado (a otro servicio, a otro nivel, a otra institución).
- f. Desarrollo de la asesoría y la prescripción de métodos anticonceptivos y de protección sexual.
- g. Desarrollo de consejerías en salud sexual y reproductiva para adolescentes identificadas(os) en situaciones particulares de riesgo.
- h. Desarrollo de una actividad grupal complementaria.

²⁶ Documento compartido vía correo electrónico por la coordinadora de Programa de Adolescentes. Ministerio de Salud Costa Rica, para esta consultoría.

- i. Registro de las distintas intervenciones y acciones.
- j. Desarrollo de actividades de educación prenatal y atención posparto (en conjunto con el control del recién nacido) en forma diferenciada.
- k. Desarrollo de actividades de supervisión a EBASIS en algunas áreas selectas de salud.

La medición de los estándares de calidad se realiza a partir de los siguientes instrumentos:

- 1) Entrevista grupal de entrada inicial.
- 2) Observación.
- 3) Verificación documental.
- 4) Revisión de expedientes.
- 5) Análisis de incidente crítico.

El seguimiento de los estándares se realiza con datos del sistema de información nacional.

Entre las principales razones para la creación de estándares se encuentran: el marco jurídico y político nacional, la medicalización de la atención primaria, el embarazo en la adolescencia, existencia de violencia e inequidades en las relaciones que se traducen en riesgos en salud, uso limitado de métodos anticonceptivos y de protección en las relaciones sexuales por adolescentes, la falta de garantía y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a la población adolescente y baja cobertura en actividades preventivas.

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son calidad, calidez, accesibilidad, aceptabilidad (amigables, apropiados, efectivos y eficaces, y basados en la evidencia científica).

Se oferta un paquete de servicios integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva, que incluye la asesoría en salud sexual y reproductiva, prevención de VIH/Sida, promoción de estilos de vida saludables, consejería en proyecto de vida, valoración o consulta médica, y valoración social y seguimiento.

Se han integrado los estándares de calidad de los servicios para adolescentes en los planes de trabajo y presupuestos del programa, y se han implementado herramientas de creación de capacidades a nivel nacional, regional y local.

Si bien se entrega información a otros miembros de la comunidad sobre los estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para

adolescentes, al momento de esta publicación, los servicios no han comenzado a implementar actividades basadas en los estándares; sin embargo, se comenzará la implementación a comienzos del 2015 y se están generando las condiciones para monitorear y evaluar la norma a su vez que se realizará una evaluación de impacto del resultado de las modalidades de servicios para adolescentes que se están implementando, incluida la norma misma.

Los servicios para adolescentes garantizan ampliación de cobertura a través de la atención integral en salud en tres momentos de la adolescencia (consulta, actividades grupales en caso de riesgo se realiza consejería).

5.2.1.3. Ecuador

En Ecuador, se cuenta con un documento de normas y procedimientos de atención integral de salud a adolescentes, que establece estándares para el proceso de atención integral e integrada de los y las adolescentes y rige para instituciones públicas y privadas, en estos documento se identifican ocho estándares de calidad globales (no existen estándares específicos para salud sexual y reproductiva) y diez criterios. Los estándares son:

Estándares de entrada:

- a. Todo el personal de salud de la unidad operativa, de escuelas y colegios de su área de influencia, involucrado en la atención a adolescentes, estará capacitado en las normas y protocolos vigentes de atención integral de salud a adolescentes.
- b. Toda unidad operativa con atención amigable o diferenciada a adolescentes contará con un plan operativo anual, como parte de la red institucional intra y extra sectorial conformada para la atención integral a adolescentes. Se desarrollarán actividades de educación prenatal y atención posparto (en conjunto con el control del recién nacido) en forma diferenciada.

Estándares de proceso:

Atención preventiva

- a. En todo/a adolescente atendido/a por consulta de prevención (atención integral de salud de adolescentes) en la unidad operativa, se registrarán todos los datos de la anamnesis en la historia clínica (formulario # 056).
- b. A todo/a adolescente atendido/a por consulta de prevención (atención integral de salud de adolescentes) en la unidad operativa, se le aplicará y registrará en la historia clínica (formulario # 056) todas las actividades del examen físico.
- c. A todo/a adolescente atendido/a por consulta de prevención (atención integral de salud de adolescentes) en la unidad operativa, debe llenarse correctamente los gráficos para seguimiento individual de crecimiento y desarrollo puberal (formulario # 056 A 056 B - 2009).

Estándares de salida:

- a. A todos/as los/as adolescentes que se encuentren matriculados y cursando desde sexto a décimo de básica de todas las escuelas y colegios de influencia de la unidad operativa se les realizará al menos un control de salud anual y en el periodo de primero a tercero de bachillerato al menos un control.
- b. Todo/a adolescente atendido/a en la unidad operativa, recibirá consejería según su propia necesidad y obligatoriamente de salud sexual y reproductiva. Todo/a adolescente atendido en la unidad operativa estará satisfecho/a con la atención recibida.

Las áreas de medición de estos estándares son:

- 1) Unidad operativa con atención amigable o diferenciada a adolescentes
- 2) Personal de salud de la unidad operativa capacitado en las normas y protocolos vigentes de atención integral de salud a adolescentes
- 3) Calidad de la atención de adolescentes en las unidades operativas
- 4) Asesoría en salud sexual y reproductiva.

La medición de los estándares de calidad se realiza a partir de los siguientes instrumentos:

- 1) Entrevistas a recursos humanos o informantes claves de la unidad operativa y rectores, directores o informantes claves de escuelas y colegios
- 2) Listas de chequeo de atención y cobertura de los estándares 1 al 6

- 3) Encuestas a adolescentes para verificar si recibieron consejería en salud sexual y reproductiva y de percepción de satisfacción de la atención recibida.²⁷

El seguimiento de los estándares se realiza con datos del sistema de información nacional.

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son:

- a. Su derecho a la privacidad y confidencialidad.
- b. Su derecho a ser escuchado y tomado en cuenta (consentimiento).
- c. Su derecho a no ser discriminado y a recibir una atención libre de prejuicios.
- d. Su derecho a recibir información veraz y oportuna.
- e. Su derecho a acudir a la consulta solo, o decidir si quiere que alguien le acompañe y quién debe hacerlo.
- f. Su derecho a ser respetado en la evolución de sus facultades: cada adolescente tiene el derecho a decidir, sin necesidad de la presencia o autorización de padres, madres o representantes legales, lo que se conoce como autonomía progresiva, que se traduce en la posibilidad de formar un juicio propio, poder decidir por sí mismo y asumir las consecuencias de su decisión.

Se oferta un paquete de servicios integral que incluye: examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado, exploración médica completa, exploración médica parcial, consejo terapéutico/escucha terapéutica, consulta de seguimiento, consejería e información individual en salud sexual y reproductiva, control prenatal, cuidado preconcepcional, servicios antes, durante y después del aborto, anticoncepción post evento obstétrico, asesoría y prueba voluntaria de VIH/Sida y consulta de alto riesgo obstétrico en adolescentes.

Por su parte se han integrado los estándares de calidad de los servicios para adolescentes en los planes de trabajo y presupuestos del programa, mas no se han implementado herramientas de creación de capacidades a nivel nacional, regional y local. Sin embargo, se han realizado procesos puntuales de capacitación a especialistas a nivel nacional.

²⁷ Normas y procedimientos de atención integral de salud a adolescentes. Estándares de Calidad. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Consultor Luis Vaca. Informe de consultoría

Si bien, se entrega información a otros miembros de la comunidad sobre los estándares de calidad de los servicios para adolescentes, los servicios no han comenzado a implementar actividades basadas en los estándares.

Según la encuesta realizada, en Ecuador, no se realiza medición o seguimiento de los estándares de calidad de los servicios de salud para adolescentes. El seguimiento de los estándares de calidad se realiza mediante autoevaluación y con datos disponibles y utilizados por el sistema de información de salud nacional. Así mismo la aplicación de los estándares ha mejorado la calidad y cobertura de los servicios para adolescentes, de acuerdo con la medición de indicadores del Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

5.2.1.4. El Salvador

Desde el año 2003, en El Salvador existen estándares globales para servicios de salud de enfermería; en 2012 se avanzó en la elaboración de lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en los hospitales de las redes integrales e integradas de los servicios de salud (RIISS), y los lineamientos técnicos para la categorización y prestación de servicios hospitalarios que se aplica en la atención a adolescentes y jóvenes.

Los estándares identificados están compilados en los documentos anteriormente mencionados

Los estándares identificados hacen referencia a procesos estratégicos programáticos, operativos y de soporte:

Monitoreo de unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) Programación y servicios.

- 1) Recursos humanos: organigrama y definición de funciones (8 criterios)
- 2) Gestión: programación y administración, capacitación, documentos regulatorios, referencia y retorno (9 criterios)
- 3) Infraestructura
- 4) Acceso a los servicios (5 criterios)
- 5) Educación para la salud
- 6) Participación comunitaria (5 criterios)

Monitoreo de hospitales: Programación y servicios

- 1) Recursos humanos (8 criterios)
- 2) Programación y administración (6 criterios)
- 3) Infraestructura
- 4) Acceso a los servicios (4 criterios)
- 5) Normas y procedimientos (4 criterios)

Entre las principales razones para desarrollar los estándares se encuentran: la baja calidad de atención integral en salud a adolescentes, la baja cobertura de atención preventiva, el insuficiente acceso a los servicios de salud, la falta de involucramiento de la familia en el cuidado de la salud, la insuficiencia de las redes de apoyo comunitarias, y la falta de apoyo intersectorial e interinstitucional para el abordaje de la salud integral. Adicionalmente, el perfil epidemiológico de El Salvador con altos niveles de suicidios, embarazo en adolescentes, discapacidades, mortalidad por violencia, mortalidad materna de adolescentes y leucemia, entre otros, hace que la mejora en la salud de los y las adolescentes sea un tema de urgencia.

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares de salud adolescente en El Salvador son: 1) garantía de la confidencialidad, 2) privacidad, 3) educación en salud, 4) consejería, 5) atención sin presencia de adulto, y 6) apoyo en la construcción del proyecto de vida.

Se oferta un paquete integral de servicios que, además de incluir servicios de salud sexual y reproductiva, incluye también atención nutricional, atención de salud bucal, atención de salud mental, evaluación del funcionamiento familiar, identificación de factores de riesgo y factores protectores, identificación de red de apoyo y protección y garantía de derechos, estos servicios se ofrecen a través de estrategias como:

- ✓ Fortalecimiento de la capacidad instalada y las competencias técnicas de los recursos humanos para garantizar la atención integral e integrada en salud para población adolescente y joven.
- ✓ Fortalecimiento del desarrollo de estrategias de promoción de la salud, para la adopción de estilos de vida saludables, así como la prevención, detección temprana, atención y rehabilitación de los principales problemas de salud, atención y rehabilitación de los principales problemas de salud de esta población.

- ✓ Implementación de estrategias e intervenciones dirigidas a la promoción de estilos de vida libres de violencia y convivencia pacífica, prevención y atención integral e integrada de todas las formas de violencia que afectan a adolescentes y jóvenes, mediante la participación social y el abordaje intersectorial.
- ✓ Fortalecimiento del desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención y atención integral de la SSR, con énfasis en prevención del embarazo precoz, ITS/VIH en adolescentes y jóvenes. (educación integral de SSR, metodologías participativas dirigidas a adolescentes)
- ✓ Promoción de la participación social, facilitando la inclusión y el empoderamiento para el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes.

Los estándares de calidad, se han integrado en los servicios para adolescentes, en los planes de trabajo y presupuestos del programa nacional, y se han implementado también herramientas de creación de capacidades y capacitación a especialistas en el uso de las herramientas a nivel nacional, regional y local.

Sin embargo, no se entrega información a otros miembros de la comunidad sobre los estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Si bien los servicios implementan actividades basadas en los estándares, no se garantiza la entrega de un paquete de servicios. Sí se cuenta con herramientas de monitoreo y se hace el seguimiento de los estándares que se realiza con datos del sistema de información nacional. Además, se realizó una evaluación externa en el 2014 que incluyó 23 unidades comunitarias de salud familiar (UCFS) y 4 hospitales.

Los principales resultados de la evaluación externa realizada en primer semestre de 2014 a 23 unidades comunitarias de salud familiar UCFS fueron:

- 1) La mayoría de las unidades comunitarias de salud familiar cuentan con una persona responsable de las intervenciones con adolescentes.
- 2) En la mayoría de las unidades comunitarias de salud familiar pre-existe el trabajo en red para la interconsulta con las diferentes disciplinas.
- 3) El Plan Operativo Anual (POA) en la mayoría de las UCSF es de dominio exclusivo de las direcciones y se encuentra en forma electrónica.
- 4) A pesar de tener dificultades de infraestructura, se brinda atención en un ambiente de confidencialidad.
- 5) La mayoría dispone de los instrumentos técnicos jurídicos para la atención.
- 6) En los expedientes clínicos no hay evidencia de consejería.

- 7) Hay deficiencias en el desarrollo de las estrategias educativas puesto que no se cumplen de acuerdo a los lineamientos establecidos.
- 8) En la mayoría de las unidades comunitarias de salud familiar existe coordinación con las instituciones educativas y otros sectores como unidad de la mujer, policía nacional locales entre otros.

Los principales resultados de la evaluación externa realizada en el primer semestre de 2014 a 4 hospitales fueron:

- 1) Los hospitales de Santa Ana y Sonsonate disponen de infraestructura, equipo multidisciplinario integrado y un coordinador para la atención diferenciada de adolescentes.
- 2) Existe trabajo en red para la consulta especializada en un hospital.
- 3) Los planes de educación continua no incluyen temas de salud integral de adolescentes.
- 4) El seguimiento de adolescentes a través de la RISS se enfatiza en mortalidad materna.
- 5) No hay análisis de la información de la situación de salud de adolescentes para la toma de decisiones.
- 6) En el área de hospitalización no disponen de espacios diferenciados para adolescentes, a excepción del servicio de obstetricia.

Otro logro tras la implementación de los servicios amigables es el aumento de consultas médicas preventivas. El mismo ha incrementado de 2,8% en el 2009 a 12,1% en el 2013.

5.2.1.5. Jamaica

En Jamaica, existen estándares de calidad en salud de los adolescentes, el objetivo es asegurar la más alta calidad de la atención a los usuarios adolescentes de los centros de salud del sector público.

El Ministerio de Salud ha desarrollado 10 normas esenciales, con criterios formulados para cada una, a saber:

- a. Los servicios de salud para adolescentes son apropiados y están disponibles, asequibles y accesibles (6 criterios).
- b. El centro de salud cuenta con políticas y procesos que apoyan los derechos y responsabilidades de los clientes adolescentes (3 criterios).

- c. Un enfoque multifacético se utiliza para informar, educar y comunicar a los adolescentes aspectos de su salud (2 criterios).
- d. Los y las adolescentes reciben evaluación psicosocial y física adecuada y se proporcionan formatos individualizados integrales de atención, incluyendo formularios de admisión y entrevistas (6 criterios).
- e. Los y las adolescentes están involucrados activamente en el diseño, implantación y mejora de los servicios de atención de su salud en el centro de salud y su comunidad (2 criterios).
- f. Los recursos humanos son gestionados con eficacia para la prestación eficaz y eficiente de la asistencia sanitaria a los y las adolescentes (3 criterios).
- g. El centro de salud cuenta con un entorno favorable que conduzca a la prestación de servicios de salud orientados a los y las adolescentes (3 criterios).
- h. El centro de salud ofrece la continuidad de la atención a los clientes adolescentes (4 criterios).
- i. El centro de salud cuenta con los medicamentos apropiados y suficientes, anticonceptivos, insumos y equipos necesarios para proporcionar el paquete de servicios de atención básica de salud para adolescentes (6 criterios).
- j. Los sistemas de gestión y de la información están en su lugar para dirigir, apoyar, evaluar y mejorar la prestación de servicios de atención de la salud de los y las adolescentes (2 criterios).²⁸

Las áreas de medición de estos estándares son:

- 1) Paquete de servicios disponibles.
- 2) Promoción de la abstinencia y doble protección por el personal de salud.
- 3) Participación comunitaria.
- 4) Gratuidad de los servicios.
- 5) Accesibilidad.
- 6) Atención amigable, respetuosa y sin prejuicios.
- 7) Participación juvenil.

La medición de los estándares de calidad se realiza a partir de los siguientes instrumentos:

- 1) Entrevistas a recursos humanos o informantes claves.
- 2) Listas de chequeo.

²⁸ Standards and related criteria for adolescent health: A guide for assuring quality health services for adolescents. Division of Health Promotion and Protection, Ministry of Health. UNICEF 2014.

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son:

- a. Atención respetuosa y sin prejuicios.
- b. Accesibilidad.
- c. Gratuidad.
- d. Recibir información veraz y oportuna sobre los derechos y servicios a los que tienen derecho.

Se oferta un paquete de servicios integrales, que además de los servicios de salud sexual y reproductiva (incluida la anticoncepción de emergencia), brinda servicios de salud oral, salud mental y atención domiciliaria especialmente a población que vive con VIH/sida.

5.2.1.6. México

En México, los estándares identificados en el modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes son:

- a. Gestión de servicios: planeación, coordinación, monitoreo, seguimiento y evaluación, y mejoramiento continuo de la calidad.
- b. Oferta de servicios: modalidades de servicios, principios rectores, paquete de servicios, criterios de accesibilidad y personal.
- c. Participación: adolescentes, personal de la comunidad.
- d. Fortalecimiento de capacidades: definición de procesos de formación, necesidades de capacitación, programas educativos según tipo de población objetivo: profesores, prestadores de servicios, personal comunitario, etc.)

Entre las principales razones para crearlos se encuentran: el acceso inequitativo a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (SSRA), la falta de vinculación entre servicios de SSRA y programas de educación integral de la sexualidad, limitada capacidad para la gerencia de servicios de SSRA, falta de espacios de participación juvenil en el diseño y monitoreo de servicios de SSRA y calidad heterogénea en la prestación de servicios de SSRA. Se busca a partir de la implementación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018) favorecer el acceso universal a información, orientación y servicios de SSRA; 2) reducir los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población; y 3) incidir en los determinantes sociales que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente y contribuir así al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en esta población (17).

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son: equidad, confidencialidad, privacidad, integralidad, oportunidad, celeridad, continuidad y seguridad.

Se oferta un paquete de servicios integral con énfasis en salud sexual y reproductiva que incluye: orientación y consejería, anticoncepción de emergencia en caso de embarazo, consejería e interrupción legal del embarazo cuando procede, consulta psicológica, prevención, detección, atención y referencia, información, consentimiento informado, otorgamiento de métodos anticonceptivos en situaciones regulares, de emergencia y post-evento obstétrico, información, y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, así como la prueba de VIH/Sida y acompañamiento en la entrega de los resultados, vacunación contra el VPH; y citología cérvico-vaginal (18).

En México, se han integrado los estándares de calidad de los servicios para adolescentes en los planes de trabajo y presupuestos del programa nacional mediante el diseño de un programa nacional específico, el diseño y validación de un nuevo modelo integral de servicios de salud sexual y reproductiva (MAISSRA); se han implementado también herramientas de creación de capacidades a nivel nacional, regional y local, mediante procesos de capacitación gerencial y operativa en el MAISSRA.

Se entrega información a otros miembros de la comunidad sobre los estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

El seguimiento a los estándares de calidad de los SSRA se ha realizado a la fecha mediante un estudio de línea de base sobre las intervenciones estratégicas para el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes en cuatro entidades federativas del país (Querétaro, Puebla, San Luis Potosí y Oaxaca). Para el levantamiento de la información se diseñaron guías para cada tipo de persona a entrevistar (funcionarios, prestadores de servicios, y adolescentes). Se realizaron un total de 105 entrevistas que fueron grabadas para su análisis.

La cobertura de los servicios se analiza con base en los sistemas de información institucionales. Sin embargo, el seguimiento de los estándares no se realiza con datos del sistema de información nacional.

Los principales resultados de los cuatro estándares, arroja un promedio de cumplimiento de los criterios del 76%, siendo la gestión y gerencia y la participación juvenil, social y comunitaria las de menor cumplimiento con 66% y 63%, respectivamente.

5.2.1.7 .Perú

En Perú, existen los programas de atención integral de salud de la adolescente y el adolescente y de la joven y el joven. A partir de éstos se establecen los siguientes estándares para servicios de atención integral de salud para adolescentes en el primer, segundo y tercer nivel de atención:

- a. Procesos estratégicos: macroprocesos de recursos humanos, calidad y atención de riesgos.
- b. Procesos operativos: macroprocesos de atención intramural y atención extramural
- c. Procesos de soporte: macroprocesos de referencia, contrarreferencia y seguimiento, apoyo diagnóstico y gestión de la información.

Los criterios y áreas de medición de los estándares son:

- 1) Recursos humanos: equipo básico, equipo multidisciplinario, análisis local de la situación de salud del adolescente, supervisión y capacitación continua.
- 2) Calidad: mejora, necesidades y expectativas, participación adolescente, espacio, infraestructura, materiales y equipamiento.
- 3) Atención de riesgos: conductas de riesgo y riesgos sociales.
- 4) Atención intramural: paquete de servicios, historia clínica, privacidad y confidencialidad, acceso y tiempo de espera.
- 5) Atención extramural: visitas domiciliarias, actividades extramurales y coordinación con actores sociales.
- 6) Referencia y contrarreferencia y seguimiento: formatos, traslado oportuno y coordinación con redes sociales.
- 7) Diagnóstico: pertinencia y disponibilidad.
- 8) Gestión de la información: registro y análisis de la información, análisis local de la situación de salud del adolescente (ASIS), investigación operacional y experiencias exitosas.
- 9) Participación de adolescentes: identificación de sus necesidades y expectativas y aplicación de éstas en la toma de decisiones y en la gestión y organización de las actividades (19).

Entre las principales razones que promovieron el desarrollo de los estándares nacionales para la prestación de los servicios de salud para adolescentes en Perú se encuentran: Incremento porcentual del embarazo en adolescentes (13.9%), violencia (15%), anemia (17%), sobrepeso y obesidad (12%), barreras normativas como la Ley general de salud y código civil que penalizaba hasta el año 2013 las

relaciones sexuales con menores de 18 años, la actualización en la normativa para salud de adolescentes y jóvenes, existencia de recursos humanos sin estándares para la prestación del servicio a adolescentes y plan de atención integral de salud financiado por el seguro integral de salud.

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son: garantía de confidencialidad, garantía de privacidad, paquetes de atención integral de salud, accesibilidad geográfica, horaria, cultural y económica, integralidad, oportunidad, continuidad, sustentabilidad, recurso humano con capacitación permanente, y evaluación interna y externa (20).

Se brindan paquetes de atención integral en salud, que además de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyen evaluación integral, salud física y nutrición, salud psicosocial, tamizaje para depresión, prevención y detección de violencia y consumo de drogas, consejería integral, vacunas, suplementación con hierro y ácido fólico, atención a patologías correspondientes a la región y un plan de atención integral ejecutado según las necesidades de la persona.

Los estándares de calidad están alineados a los planes operativos de los establecimientos de salud que fortalecen o implementan los servicios diferenciados de atención integral de salud de adolescentes.

Se incorporaron aplicativos para el logro de la autoevaluación y evaluación de los criterios y estándares que les permita evaluar la calidad de los servicios, tomar las decisiones adecuadas con base a la evaluación y elaborar planes de mejora que deben ser presupuestados. Además, se brinda asistencia técnica a las regiones donde se prioriza la evaluación de los servicios diferenciados. Se ha realizado un curso virtual con tópicos selectos de salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes, cuyo producto final es un proyecto de mejora de la calidad de las prestaciones.

Existen paquetes de atención integral de salud definidos, entregados y presupuestados.

Se evalúa la participación de adolescentes y comunidades. Se entrega información a otros miembros de la comunidad sobre los estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Entre los resultados obtenidos desde que se comenzaron a implementar los estándares en año 2012, se encuentra la mejora de la calidad de los servicios y la cobertura. Existen más adolescentes asegurados (se incrementa de 44% en 2012 a 55.6% en 2014), atendidos (incremento de 34% en 2012 a 39.1% en 2013), con más orientación y consejería en planificación familiar, más uso de métodos anticonceptivos modernos y más adolescentes con plan de atención integral

ejecutado. Las acciones preventivas en adolescentes se incrementaron de 42% en 2012 a 60.93% en 2014.

El seguimiento de los estándares se realiza con datos del sistema de información nacional.

5.2.1.8. Uruguay

En Uruguay, existen estándares producidos en el marco del programa nacional de salud adolescente del Ministerio de Salud Pública, con los que se comenzaron a evaluar recientemente la efectividad de los servicios brindados. Desde la creación del programa nacional en el año 2007 se utilizan los lineamientos generales de la OPS sobre la atención a adolescentes y la evaluación de los resultados.

Los estándares identificados en la *Guía para implementar las buenas prácticas en la atención del adolescente*²⁹ en las instituciones de salud se dividen en dos tipos de práctica.

1) Para servicios básicos:

- a. Organización de servicios
 - i. Desempeño general: política explícita.
 - ii. Desarrollo de recursos humanos: capacitación en buenas prácticas.
 - iii. Adecuación del establecimiento: asegura la privacidad y confort para la atención del adolescente, y asegura los insumos.
- b. Proceso de atención:
 - i. Promoción de salud y participación ciudadana: que los adolescentes y sus familias conozcan sus derechos, obligaciones, prestaciones y estrategias para la participación ciudadana.
 - ii. Capacidad de respuesta institucional.
 - iii. Accesibilidad: acceso a métodos de protección de infecciones de transmisión sexual, anticoncepción y a la interrupción del embarazo, prestaciones de salud mental, atención nutricional, y respeto por el derecho a la confidencialidad y la privacidad.

²⁹ Guía para implementar las buenas prácticas en la atención del adolescente en las instituciones de salud. Ministerio de salud pública. Dirección general de la salud, Programa nacional de salud adolescente. Montevideo, noviembre de 2014

- iv. Continuidad de la atención: flujogramas de referencia y contrarreferencia.

2) Para servicios diferenciados:

a. Organización de servicios.

- i. Desempeño general: presencia de servicios de atención diferenciada.
- ii. Sistema de información poblacional.
- iii. Desarrollo y gestión del recurso humano.
- iv. Adecuación del establecimiento.

b. Proceso de atención:

- i. Promoción de salud y participación ciudadana.
- ii. Capacidad de respuesta institucional.
- iii. Accesibilidad.
- iv. Continuidad de la atención.

Se identifican 11 criterios.

La medición de los estándares de calidad se realiza a partir de los siguientes instrumentos:

- 1) Observación.
- 2) Entrevistas.
- 3) Revisión de documentos.
- 4) Selección de una muestra.
- 5) Aplicación del instrumento de medición.
- 6) Análisis de los resultados.
- 7) Socialización de la información obtenida.
- 8) Plan de acción para la mejora y evaluación externa.

Entre las principales razones que promovieron el desarrollo de los estándares nacionales para la prestación de los servicios de salud para adolescentes se encuentran:

- 1) Clima y oportunidad política en el marco de la reforma del sector salud en el país.
- 2) Existencia de espacios específicos pero con gran heterogeneidad en las características de las prestaciones.
- 3) Bajo conocimiento y difusión de la atención de salud en adolescentes.
- 4) Escasa formación del personal de salud.

5) Problemas de salud de los y las adolescentes y elevada morbi-mortalidad entre las adolescentes

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son: confidencialidad, privacidad, autonomía progresiva e integralidad en la atención.

Se brinda un paquete de atención Integral de salud, que además de servicios de salud sexual y reproductiva, incluye la interrupción voluntaria del embarazo y el acompañamiento psicosocial y educativo a las adolescentes madres durante el primer año de vida del hijo/a.

En Uruguay, se han integrado de manera parcial los estándares para implementar buenas prácticas en la atención del adolescente en instituciones de salud en los planes de trabajo y presupuestos del programa nacional, se han implementado herramientas de creación de capacidades, con capacitación a especialistas a nivel nacional, y se encuentra en proceso la capacitación a nivel subregional y local.

No se entrega información a otros miembros de la comunidad sobre los estándares de calidad de los servicios. No obstante, los servicios realizan actividades basadas en estos estándares y se han desarrollado herramientas de monitoreo y seguimiento, aunque aún no utilizan datos del sistema de información nacional.

Se han realizado reuniones periódicas y participativas con integrantes de los equipos de trabajo, locales y regionales. Está prevista la realización de evaluación de buenas prácticas.

Con la aplicación de los estándares, mejoraron algunos parámetros debido a la incorporación en metas que obligan, por ejemplo, al sistema de salud a realizar el control de salud anual a los usuarios adolescentes utilizando el “Sistema Informático del Adolescente”. Desde el 2013, las metas obligan a los prestadores a realizar una actividad de promoción de salud en centros educativos cada trimestre.

5.2.2. Países sin estándares identificados

Los países en los que no se identificaron estándares son: Brasil, Bolivia, Chile, Cuba, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela.

Si bien, en sus programas de adolescentes estos países incluyen declaraciones del nivel de calidad que se requiere en la prestación de los servicios para satisfacer las necesidades de los beneficiarios y en algunos casos definen las expectativas de

desempeño, estructuras, o procesos necesarios para que una organización proporcione servicios seguros, equitativos, aceptables, accesibles, eficaces y apropiados, no describen criterios medrables ni instrumentos de medición.

La siguiente tabla muestra los aspectos identificados que cumplen con la categoría de estándares así:

Tabla

PAISES	Estándar 1 Información a la comunidad	Estándar 2: Comunidad reconoce	Estándar 3: Paquete de servicios	Estándar 4: Proveedores de salud competentes	Estándar 5 Ambiente acogedor	Estándar 6: Acceso a servicios de calidad	Estándar 7: Recopilación y análisis de información	Estándar 8: Participación de Adolescentes.
BOLIVIA			X	X		X		X
BRASIL			X			X	X	
CHILE			X	X	X	X		
CUBA	X	X	X	X	X	X	X	X
GUATEMALA				X		X		
GUYANA				X				
HONDURAS	X		X		X			
NICARAGUA								
PANAMA		X			X			
PARAGUAY				X	X			
REPUBLICA DOMINICANA			X	X		X		X
TRINIDAD Y TOBAGO				X				
VENEZUELA		X		X	X			X

Fuente: Documentos programáticos de Ministerios de Salud. Encuesta, presentaciones de los países.

Al igual que los países que tienen estándares de SSRA identificados, este grupo garantiza un paquete de servicios de SSR integral, a excepción de países como Panamá, Chile, Honduras, Trinidad y Tobago, Guyana y Jamaica, que informan no tener servicios antes del aborto.

En general, estos países han implementado herramientas de creación de capacidades a nivel nacional, regional y local, y formación del recurso humano para asegurar la calidad de los SSRA, sin adherirse necesariamente a los estándares de calidad globales.

Las acciones que aún no se realizan en estos países para el apoyo a la calidad de los SSRA son: la entrega de información a los adolescentes y la comunidad, así como la creación de herramientas de monitoreo y seguimiento (autoevaluación y evaluación externa). Además, en su mayoría, el seguimiento no se realiza con datos disponibles y utilizados por el sistema de información nacional.



6. Desafíos y barreras de acceso a servicios

Los mayores desafíos, barreras, debilidades y brechas que enfrentan los países al ofrecer servicios para adolescentes, como fueron reportados por los mismos países a partir de evaluaciones y seguimiento a estándares e indicadores de calidad, son los siguientes:

- 1) Barreras de acceso planteadas por horarios de atención deficientes, poco tiempo de consulta asignado, infraestructura insuficiente y dificultad en acceso geográfico, especialmente en el área rural.
- 2) Escasez de recurso humano capacitado y alta rotación del mismo, con multiplicidad de funciones.
- 3) Falta de sensibilización del personal administrativo.
- 4) Insuficiente dotación de insumos y barreras en el modelo de aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva.
- 5) Débil participación de las familias y comunidades además de la falta de estrategias de difusión de los servicios para adolescentes.
- 6) Falta de oportunidades para que los adolescentes participen activamente en los servicios.
- 7) Escasez de material didáctico y educativo.
- 8) Sistema de información desarticulado que no da cuenta de los procesos de seguimiento, evaluación y cobertura de los servicios.
- 9) Falta de flexibilidad para responder y adaptarse a las características específicas de los contextos poblaciones diferenciales.
- 10) Oferta de servicios insuficiente para la población adolescente y joven.
- 11) Dificultades en la sostenibilidad institucional de los espacios amigables específicos y otros programas, tales como para maternidad adolescente.

- 12) Dificultades en el seguimiento de situaciones de riesgo, tanto dentro del sistema de salud como en la comunidad y el servicio de salud.
- 13) Los gerentes y tomadores de decisión dentro de las instituciones de salud no reconocen suficientemente la importancia de la atención a los adolescentes.
- 14) Los y las adolescentes no conocen sus derechos.
- 15) Necesidad de mejorar la atención fuera de los espacios diferenciados para adolescentes.
- 16) Se requiere mejorar los procesos de capacitación para la implementación de los estándares de calidad.
- 17) Se observan resistencias al cambio por parte de algunos funcionarios/as.
- 18) La atención integral de salud aún no está considerada en los sistemas de salud de los países.
- 19) La atención integral de salud de adolescentes no siempre está presente en los acuerdos de gestión de las regiones.
- 20) Leyes prohibitivas.
- 21) Influencia negativa de cultos religiosos.
- 22) Ausencia de mecanismos de exigibilidad y de rendición de cuentas.
- 23) Políticas de gobierno lábiles que pueden ser derogadas o cambiadas con cambios de gobernanza.
- 24) Falta de procesos de formación del recurso humano adecuados y continuos.
- 25) Necesidad de mejorar registros e información y realizar análisis periódico de datos.
- 26) Necesidad de evaluar la implementación de los programas.

Entre las barreras y desafíos, se identifica que la protección financiera para la implementación de estándares de calidad no está asegurada en muchos países. Por lo tanto, los países de la región deben realizar esfuerzos para incluirlos en los presupuestos nacionales.

En la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe se garantiza, como parte de estándares de calidad o indicadores de calidad y normas vigentes, la confidencialidad, tanto en registros médicos como en la adecuación de los espacios físicos diferenciados.

Se destaca que la participación de adolescentes en la planificación, supervisión, evaluación y prestación de servicios está presente en todos los estándares o indicadores implementados en la región. Sin embargo, aún se encuentran rezagos al momento de entregar información sobre los estándares a la comunidad.

Teniendo en cuenta la *Guía de implementación de estándares mundiales para la atención en salud de calidad para los y las adolescentes* de la OMS y con base a los hallazgos del presente diagnóstico, podemos sostener que si bien hay importantes avances en la implementación de estándares de calidad, en Latinoamérica y el Caribe aún persisten rezagos normativos para garantizar un paquete integrado de servicios para adolescentes, especialmente en lo relacionado con la atención para la interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción de emergencia. Además, no es explícita la atención para la prevención y atención de las violencias de género y sexual.

Por su parte, uno de los mayores desafíos lo constituye la garantía del acceso equitativo para los y las adolescentes, independientemente de su edad, sexo, género, orientación sexual, estado civil y pertinencia étnica, así como la adecuación de horarios, el tiempo de espera, la disposición de material educativo y los sistemas de información adecuados.

Algunos aspectos, tales como la edad mínima de libre consentimiento para tener relaciones sexuales y el paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva disponible de manera gratuita para adolescentes, requieren de intervención en políticas públicas nacionales en algunos países, para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, que incluyan acceso a educación sexual integral de calidad, y comprensiva de acuerdo con la edad, para la toma de decisiones libres y autónomas.

En conclusión, casi todos los países de la región cuentan con una serie de estándares de calidad para la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes, recogidos en documentos de programas y normativos. No obstante, al interior de los países persisten brechas en el acceso y calidad de los mismos, especialmente para grupos poblacionales en mayor contexto de vulnerabilidad, tales como: adolescentes rurales o urbano-marginales, adolescentes pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, o pertenecientes a grupos con orientación sexual diversa entre otros. De igual manera aún hay países muy rezagados, con pocos desarrollos en el tema.

Finalmente y como se reconoció en la consulta regional, es preciso contar con un documento de estándares regionales de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Esto implica: 1) Contar con elementos para medir de manera estandarizada el avance de la implementación de estándares a nivel regional, 2) Contar con un documento que oriente y guíe el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en los países, 3) Aplicar estos estándares en cada país, que además fortalezca la cooperación Sur-Sur y 4) Medir la calidad y cobertura de los servicios.

7. Referencias

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe estado de la población mundial. 2014. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>
2. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2012 revision*, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
3. WHO. Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade. 2014. disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
4. Población Reference Bureau. The world's Youth. 2013 data sheet. Disponible en : <http://www.prb.org/pdf13/youth-data-sheet-2013.pdf>
5. Demographic and health surveys Program. USAID. Surveys health demographic. Disponible en <http://www.dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Search.cfm>
6. Global employment trends for youth 2012. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_180976.pdf
7. UNFPA. Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la Niñez. Disponible: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
8. Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America. 2013-2014 disponible : http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2013-14_Rodriguez_Expert-Paper.pdf
9. Baltag Valentina, ppt. Estándares globales de la OMS para servicios de salud amigables para adolescentes de calidad. O.M.S diciembre de 2014.
10. Denno et al. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. 2014/ Journal of Adolescent Health 56 (2015) S22eS41.
11. L. Villa-Torres S, J. Svanemyr. Ensuring Youth's Right to Participation and Promotion of Youth Leadership in the Development of Sexual and Reproductive

Health Policies and Programs. 2014. / Journal of Adolescent Health 56 (2015) S51eS57.

12. Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes Colombia. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Instituto Proinapsa UIS, 1ª edición diciembre 2007. 2ª edición diciembre de 2008. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>
13. García Corzo A, Mejía Gómez M, Moreno López D; Modelo de veeduría social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Ministerio de salud y protección social. Bogotá D.C. Colombia 2014. ISBN 978 958 8838717.
14. Evaluación sumativa a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá D.C. Diciembre de 2010. ISBN: Disponible en:
15. La implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en el departamento del Huila; Ministerio de Protección Social. Bogotá D.C. diciembre de 2010; Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/Sistematizacion-huila.pdf>
16. Informe de resultados de consultoría para la evaluación de los servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes en Colombia. Noviembre de 2013. Ajustado junio de 2014. Ministerio de salud y protección social de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF. Directora de proyecto: Carolina Murgueito. Disponible en: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/Colombia_2013-002_Informe_Final.pdf.
17. Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Secretaría de Salud Estados Unidos Mexicanos, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 1ª edición 2014.
18. Programa de acción específico. Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013 -2018. Programa sectorial de salud. Secretaría de Salud de México. 1ª edición 2014.

19. Norma técnica de salud: Criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes. NTS No. 095. Ministerio de Salud de Perú. UNFPA Perú. Junio de 2012. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-UNFPA-NormaTecnicaSalud95.pdf>

20. Norma técnica de salud para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente No. 034 de 2012 Versión 2. Resolución Ministerial No 973 -2012. Ministerio de Salud de Perú. 2da edición diciembre de 2012. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2012/RM973_2012_MINSA.pdf ;

ANEXOS

Anexo 1 Cuadro comparativo de países:

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
BOLIVIA	1. Plan Nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud Boliviana 2009 - 2013 Documento técnico de la Dirección General de Servicios de Salud, Unidad de servicios de salud y Calidad, Estado plurinacional de Bolivia y Ministerio de Salud y Deportes, adoptado mediante Resolución No. 1185.	Derechos Humanos, integralidad, interculturalidad, Participación juvenil, Diversidad, Intergeneracionalidad, géneros, derechos sexuales y derechos reproductivos, de Atención Diferenciada,	No se encuentra información	1. Prevención del embarazo no planificado en adolescentes, 2. Prevención de la mortalidad materna y neonatal, 3. Prevención de ITS y VIH/Sida, 4. Prevención y atención de la violencia sexual, 5. Promoción de hábitos saludables.	1. Políticas de Gestión: Alianzas intersectoriales e interinstitucionales que involucren padres, madres ,maestros, prestadores de servicios y la comunidad; 2. Facilitar acceso y oportunidad al servicios: horarios especiales, accesibilidad geográfica, en todos los subsistemas, de apoyo e implementar sistema de referencia. 3. Equipo de salud capacitado en el enfoque diferenciado, 4. Se promueve la participación juvenil en la planificación y evaluación de la mejora de los servicios.	1. Incrementar el uso de condón masculino. 2. Incrementar el número de establecimientos de salud que disponen de condones para ser ofertados. 3. Disminuir la proporción de adolescentes que son madres o están embarazadas. 4. Contribuir a la reducción de la razón de mortalidad materna. 5. Disminuir la probabilidad de un segundo embarazo no planificado. 6. Se habrá reducido la prevalencia de anemia ferropriva en mujeres adolescentes. 7. Incrementar el porcentaje de

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
					5. Promoción de la Salud y Entornos Saludables. 6. Monitoreo y evaluación,	adolescentes y jóvenes que usan métodos anticonceptivos en su última relación sexual.
BRASIL	<p>1. Programa de salud al Colegio, Decreto Presidencia No. 6286 de 2007, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Secretaría de educación continuada, Alfabetización, Diversidad e inclusión, Secretaría nacional de juventud, Secretaría general de Presidencia de República y Secretaría de Políticas de promoción de igualdad racial.</p> <p>2. Protocolo de atención en salud de adolescentes de distrito federal. Subsecretaría de atención primaria en salud SAPS. Elaborador(es)*: Denise Leite O. Campos e Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos).</p>	Atención primaria, Derechos	No se encuentra información	<p>Casa; Consultas individuales a los adolescentes y sus familias;</p> <p>La visita a domicilio cuando sea necesario;</p> <p>Acciones para la promoción de salud y prevención de enfermedades con adolescentes en UBS, en la escuela, de acuerdo con las directrices del Programa de Salud Escolar - PSE6, la socioeducativas5 unidades y otros espacios comunitarios.</p> <p>Las actividades con adolescentes en grupos, como los grupos temáticos, grupos de adolescentes embarazadas, grupos psicoeducativos que involucran la sexualidad, las drogas y de vida del</p>	<p>Documento Autoevaluación para mejorar el acceso y la calidad de la atención básica.</p> <p>Estándares son: 1. Gestión: Gestión Municipal, Gestión de Atención Básica; Gestión de Unidades básicas de salud. 2. Equipo: Perfil proceso de trabajo que incluye organización del proceso de trabajo, atención integral en salud y participación, control social y satisfacción del usuario. DF. Bienvenida. Horarios diferenciados, sensibilización a profesionales de la salud, privacidad,</p>	

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
				<p>proyecto y otros temas como las necesidades de salud de los adolescentes en la comunidad con la asistencia del equipo de salud.</p> <p>Grupos de padres o tutores, como las necesidades de salud de la comunidad con la asistencia del equipo de salud.</p> <p>Actividades propuestas de acuerdo con la formación específica del personal profesional calificado</p>		
CHILE	<p>1. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes. Plan de Acción 2012 – 2020, Nivel Primario de Atención. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile;</p> <p>2. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. 2008.</p> <p>3. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes.</p> <p>4. Guía práctica de Consejería para adolescentes y jóvenes.</p>	<p>Curso de Vida Determinantes sociales de salud. Género Familiar y Comunitario. Equidad en Salud. Intercultural. Derechos(en visión, visión y objetivo general)</p>	<p>1. Espacio diferenciado,</p> <p>2. Espacio de Atención Amigable: Equipo interdisciplinario: Medico, matrona, nutricionista, psicólogo, o asistente social, -encargado del programa adolescente, Gestor clínico local, actividades intra y</p>	<p>1. Programas de comunicación social.</p> <p>2. Talleres grupales para promoción de la salud integral del adolescente.</p> <p>3. Control de salud integral de adolescentes de 10 a 19 años.</p> <p>4. Atención odontológica.</p> <p>5. Consulta de Salud Mental.</p>	<p>1. Accesibilidad y disponibilidad: % de preservativos, según sexo entregados, por consulta en "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes"* El indicador de acceso y disponibilidad de preservativos se sugiere sea una tasa y modificar su planteamiento.</p>	<p>1. Organización de la Oferta de Servicios sobre la base del modelo de salud integral con enfoque de aseguramiento de la calidad.</p> <p>2. Sistemas de información confiable.</p> <p>3. Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial.</p> <p>4. Desarrollo de Recursos Humanos</p> <p>5. Elaboración de Documentos Regulatorios: normas</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>5. Estudio de barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente y Chile.</p> <p>6. En salud los jóvenes Eligen.</p>		<p>extramurales (prevención en escuelas y organizaciones comunitarias)</p> <p>3. Centros especializados nivel secundario.</p>	<p>6. Intervención psicosocial y grupal.</p> <p>7. Consejería General.</p> <p>8. Consejería en SSR.</p> <p>9. Consejería en Regulación de la fertilidad.</p> <p>10. Control de regulación de la fertilidad.</p> <p>11. Consejería sobre alimentación saludable y nutrición.</p> <p>12. Consejería sobre consumo de tabaco.</p> <p>13. Consejería para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis en gestantes.</p> <p>14. Consejería para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/Si.</p> <p>15. Visita domiciliaria integral para la prevención del segundo embarazo en adolescentes.</p>	<p>2. Seguridad y Eficiencia: Porcentaje de profesionales de APS capacitados en salud integral de adolescentes.</p> <p>3. Eficiencia: Comunas por región focalizadas para realizar estrategia control joven sano.</p> <p>4.% de adolescentes con controles: Joven Sano, según sexo, realizados, consejería; % de establecimientos de salud del nivel primario que cuentan con espacios amigables/ Diferenciados.</p> <p>% de comunas con total presupuesto Ejecutado en el año.</p>	<p>técnicas, guías clínicas, guías de consejería, protocolos de atención..</p> <p>6. Implementación de intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela.</p> <p>7.Participación de adolescentes y jóvenes y fortalecimiento de las redes sociales..</p> <p>8. Comunicación social y participación de los medios de difusión.</p> <p>9.Aporte financiero consistente, permanente e incremental en concordancia con las necesidades detectadas prioridades programáticas y la progresión del desarrollo del programa</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
COLOMBIA	<p>1. Norma técnica de detección de alteraciones del Joven de 10 a 29 años Resolución 412 de 2000.</p> <p>2. El modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.</p> <p>3. Modelo de veeduría social de jóvenes a los servicios de salud amigables.</p>	<p>Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos.</p> <p>Desarrollo humano.</p> <p>Desarrollo salud y educación para adolescentes y jóvenes.</p>	<p>Consulta Diferenciada</p> <p>Unidad Amigable</p> <p>Centro Amigable.</p>	<p>1. Consulta por pediatría</p> <p>2. Consulta por ginecología</p> <p>3. Consulta de dermatología.</p> <p>4. Insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales</p> <p>5. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (dirigida a la toma de decisiones).</p> <p>6. Asesoría en salud mental.</p> <p>7. Asesoría sobre consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Oferta de servicios colectivos</p> <p>8. Acciones educativas de orientación grupal.</p> <p>9. Conformación de</p>	<p>1. Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación. (servicios sin discriminación, garantizar accesibilidad física; disponibilidad de servicios; derecho a la información; horarios diferenciados, espacios diferenciados, privacidad)</p> <p>2. Profesionales y Personal de Salud. (habilidades de comunicación, respeto por los derechos, respeto por la diversidad, actualizado en temas de SSR, promover autonomía en la toma de decisiones.</p> <p>3. Procedimientos Administrativos y de Gestión (habilitación, ingreso, recepción, estadística/archivo, facturación de servicios gratuidad, salas de espera, atención en consultorios,</p>	<p>1. Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad a adolescentes y jóvenes.</p> <p>2. Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR.</p> <p>3. Desarrollo sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes.</p> <p>4. Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
				<p>grupos de aprendizaje para el autocuidado o el cuidado mutuo de la salud.</p> <p>10. Existencia de estrategias de interacción entre jóvenes, padres y madres u otros adultos.</p> <p>11. Salud bucal</p> <p>Oferta de servicios integrales</p> <p>12. Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios.</p> <p>13. Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>14. Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.</p> <p>Organización de</p>	<p>derivación a otros servicios, referencia a otro nivel, contrarreferencia).</p> <p>4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios. (servicios individuales, servicios colectivos, servicios integrales, servicios de extensión).</p> <p>5. Participación social y comunitaria. (juvenil, social, comunitaria, coordinación intersectorial)</p>	<p>comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas.</p> <p>5. Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, con enfoque de derechos, de género y diferencial.</p> <p>6. Fortalecer los sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE y embarazo en adolescentes. Implica</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
				<p>servicios de extensión</p> <p>15. Se otorga gran importancia a los Servicios extramurales.</p> <p>16. Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.</p> <p>17. Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.</p> <p>18. Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.</p> <p>19. Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.</p> <p>20. Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.</p> <p>21. Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad</p>		<p>capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información.</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
COSTA RICA				Sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo. 22. Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.		
	<p>1. Ley General de la Persona Joven 2002. Define personas adolescentes de 12 a 18 años, establece sus derechos, los deberes del Estado. Hace mención a la garantía del acceso a servicios de salud integral, no especifica el tema de DSR y salud sexual y reproductiva.</p> <p>2. Servicios amigables en salud y educación para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención del VIH /Sida/Programa conjunto UNFPA-PNUD-UNICEF. Ejecutado por el Viceministerio de la Juventud y Consejo Nacional de la Política Pública de la persona joven (CPJ) Nombrado por las personas jóvenes como Giro 180° Cambiemos el rumbo" en Limón y Puntaneras.</p>	<p>1. Enfoque de juventudes. 2. Enfoque de derechos humanos. 3. Enfoque de género. 4. Enfoque Promoción de la Salud – Salud Sexual y Salud Reproductiva. 5. Enfoque Comunitario.</p>	Portal Juvenil	<p>1. Asesoría en SSR, prevención de VIH y Sida y estilos de vida saludables.</p> <p>2. Consejería proyecto de vida.</p> <p>3. Valoración o consulta médica.</p> <p>4. Valoración social.</p> <p>5. Seguimiento.</p>	<p>1. Conocimientos de los adolescentes sobre la salud: Estrategias educativas individuales y grupales.</p> <p>2. El apoyo comunitario: Espacios educativos con madres, padres, o personas adultas significativas</p> <p>3. Un paquete de servicios: Consulta de Atención Integral Actividades grupales con Información, educación en SSR y consejería para los y las adolescentes detectados con algún riesgo,</p> <p>4. Competencias de los proveedores: personal sensibilizado y</p>	<p>Estrategia 1. Fortalecimiento de servicios de salud y educación y de ambientes protectores y amigables, para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención del VIH y sida.</p> <p>Estrategia 2. Educación de pares: sensibilización y capacitación de adolescentes y jóvenes como educadores de pares y con acceso a materiales y herramientas en IEC, para la promoción de estilos saludables y la prevención del VIH y sida con enfoque de Juventud.</p> <p>Estrategia 3.</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
					<p>capacitado.</p> <p>5. Características de las instalaciones: horarios diferenciados, privacidad y confidencialidad.</p> <p>6. La equidad y la no discriminación: Modalidad de atención diferenciada.</p> <p>7. Datos y mejora de la calidad: Análisis de situación. Sistema de Información SINA. Plan de acción intersectorial; referencias y seguimiento según riesgo identificado</p> <p>8. Participación de los y las adolescentes: Participación de adolescentes. Evaluación integral para identificación del riesgo</p>	<p>Información, sensibilización y capacitación de adolescentes de las comunidades seleccionadas, para el desarrollo de estilos de vida saludables y la prevención del VIH y Sida.</p> <p>Estrategia 4. Fortalecimiento del compromiso entre las autoridades gubernamentales, Tomadores de decisión, gestores y operadores de políticas públicas, en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención del VIH y sida entre adolescentes.</p>
CUBA	1. Programa Nacional de salud para la atención integral en la adolescencia. Dirigido a	-Enfoque de derechos sexuales y reproductivos,	-Consultorio Médico y enfermera de	1. Consultas de puericultura o atención a adolescentes sanos.	1. Espacios y atención diferenciada.	Elevar la calidad de vida de los y las adolescentes con un

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	adolescentes de 10 a 19 años. Programa de Atención Integral a la Salud del Adolescente, haciendo énfasis en las acciones de Promoción y Prevención para la salud en la Atención Primaria de Salud.	-Curso de vida. -Determinantes sociales	familia. -Instituciones Pediátricas (hospitalaria) con salas de adolescentes. -Hospitales generales y clínico quirúrgicos en casos necesarios a. Consulta de atención integral a la salud realizada por el médico y la enfermera de la familia y el especialista en pediatría en el consultorio de la familia y en las escuelas. b. Consultas especializadas en policlínicos (psicología, odontología, ortopedia y dermatología). c. En consultas externas de hospitales pediátricos con las consultas de	2. Control de salud a escolares al inicio del año escolar y cuando sea necesario. 3. asesoría en alimentación y nutrición. 4. Realizar los enjuagatorios de flúor y los controles de placa dento-bacteriana en las escuelas hasta los 18 años, con la periodicidad establecida. 5. En los servicios estomatológicos se continuará priorizando la atención curativa y rehabilitadora de los adolescentes hasta los 18 años de edad, estén o no incluidos en el sistema escolar. 6. Orientar y facilitar el uso de los anticonceptivos adecuados a este grupo poblacional en todos los espacios que se consideren oportunos y según el marco legal así como la anticoncepción de emergencia.	2. Personal de salud capacitado: temas de Promoción de la Salud, técnicas afectivas, participativas, comunicación social, negociación y concertación, género, autoestima, resiliencia, asertividad y autoeficacia, lo que luego se socializará con los adolescentes. 3. Disponibilidad de información en educación sexual a adolescentes. 4. Capacitación de recursos humanos, participación adolescentes y de promotores comunitarios, intersectorialidad y multidisciplinario, formación de redes de apoyo social 5. Atributos de calidad. Atención gratuita, universal, confidencial	enfoque de género mediante la cobertura que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS) , con la participación activa de ellos(as), la familia, la comunidad y la cooperación intersectorial

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
			<p>Ginecología Infanto juvenil, salud mental y otras según necesidades.</p> <p>d. Se hizo hace 14 años la extensión de la atención en los hospitales pediátricos hasta los 17 años 11 meses y 29 días.</p>	<p>7. Ofrecer atención diferenciada a las adolescentes en los servicios de interrupción de embarazo y de regulación menstrual, tratando siempre que sea posible, utilizar el aborto medicamentoso de menor riesgo para las mismas y con un seguimiento posterior de su evolución el cual se realizará en la consulta por el especialista del centro y debe hacerse junto a su pareja y si es menor de 16 años con la presencia de su representante legal.</p> <p>8. Ofrecer atención médica diferenciada a la adolescente embarazada (gestación, parto y puerperio) en todos los niveles de atención interconsultar con Psicología a todas las adolescentes embarazadas y su pareja, contribuyendo a su preparación para esta responsabilidad, haciendo énfasis en los principios para una maternidad y paternidad</p>	<p>consentimiento informado. Si mayor de 16 no es necesario la presencia del adulto. Menor de edad necesita consentimiento de sus padres para intervenciones de riesgos pero no para consultas, si asesoría o educación sexual.</p>	

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
				<p>consciente, la lactancia materna y la planificación familiar entre otros.</p> <p>9. Ofrecer atención diferenciada y valorar por el médico de familia la interconsulta con el Ginecólogo Infanto-Juvenil y Psicología, a los/las adolescentes diagnosticados con alguna ITS y los considerados como contactos, sospechosos o asociados.</p> <p>10. Los especialistas de Pediatría, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia del Grupo Básico de Trabajo continuará realizando las interconsultas a los adolescentes solicitadas por el médico de la familia y remitirán a las consultas cuando lo consideren necesario, manteniéndose la vinculación por el médico de la familia en dicho proceso.</p> <p>11. Hospitalizar a todos los adolescentes con intento suicida los cuales</p>		

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
				<p>serán evaluados por los especialistas de psiquiatría infantil o psiquiatría general.</p> <p>12. Coordinar el alta de los pacientes adolescentes con intento suicida con el médico y enfermera de la familia, así como su seguimiento ambulatorio por el especialista de salud mental.</p> <p>13. El ingreso de pacientes de 16 a 17 años, 11 meses y 29 días con trastornos psiquiátricos se realizará en las Salas de Psiquiatría de Hospitales Pediátricos según condiciones del servicio y patología del paciente.</p> <p>14. Los Hospitales Psiquiátricos generales deben disponer de cubículos o salas para adolescentes mayores de 16 años con trastornos Psiquiátricos.</p> <p>15. Orientar a la población adolescente la práctica sistemática de actividades deportivas y</p>		

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
				recreativas. 16. Cumplir estrictamente con los principios de la Ética Médica en todos los niveles de atención. 17. Realizar y cumplir adecuadamente la transición y transferencia de los y las adolescentes a los Servicios de Adultos.		
ECUADOR	<p>1. Protocolos de Atención Integral a Adolescentes.</p> <p>2. Caja de Herramientas. Documentos de Apoyo. Dirección Nacional de Normalización del SNS, Área de salud de la adolescencia 2009. Ministerio de Salud Pública.</p> <p>3. Manuales de Normas y Procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes.</p>	Enfoque étnico-Cultural, segura e interactiva y sin juicios de valor. Perspectiva de género. Interculturalidad	<p>A. Servicios vinculados a establecimientos de salud:</p> <p>1. Servicios diferenciados exclusivos.</p> <p>2. Servicios de atención diferenciada.</p> <p>3 Consultorio diferenciado.</p> <p>B. Servicios o centros para adolescentes no vinculados a establecimientos de salud:</p> <p>1. Centros que brindan una atención integral de salud.</p>	<p>1. Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado: Exploración médica completa; exploración médica parcial; Consejo terapéutico/escucha terapéutica; consulta de seguimiento.</p> <p>2. Consejería e información individual en SSR</p> <p>3. Control Prenatal.</p> <p>4. Cuidado Preconcepcional</p> <p>5. Consulta de Alto Riesgo Obstétrico en adolescentes.</p>	<p>1. Establecimiento de salud amigable.</p> <p>2. Profesionales de salud amigables.</p> <p>3. Procedimientos de atención y administrativos amigables.</p> <p>4. Atención Amigable al adolescente.</p> <p>5. Disponibilidad de una amplia gama de servicios.</p> <p>6. Conocimiento de las percepciones de los y las adolescentes acerca de los servicios.</p> <p>7. Involucramiento de la participación comunitaria.</p> <p>8. Sistemas de evaluación y</p>	<p>1.-Ampliación de cobertura de la atención preventiva integral.</p> <p>2. Atención de morbilidad.</p> <p>3.- Promoción: de los derechos y deberes de los /as adolescentes, autocuidado y cuidado mutuo de la salud, de la equidad de género, liderazgo,</p> <p>4. Constitución de redes interinstitucionales.</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
			<ul style="list-style-type: none"> 2. Centros para jóvenes que brindan solamente servicios de SSR. 3. Servicios comunitarios para adolescentes. 4. Servicios en escuelas. 			monitoreo.	
EL SALVADOR	<p>1. Plan Intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven 2012-2014 Organismo: El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud, Viceministerio de Servicios Salud. Dirección de Apoyo a la Gestión y programación Sanitaria. Dirección de Regulación y Legislación en Salud.</p>	<p>Enfoque de género Enfoque de Derechos Humanos. Enfoque de inclusión Enfoque de diversidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Centro de atención Integral en Salud de Adolescentes CAISA. 2. Áreas amigables para la atención de adolescentes y jóvenes. 3. Consulta amigable para adolescentes y jóvenes. Servicios en baja y mediana complejidad. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos. Menos el implante subdérmico 2. Prevención de ITS VIH Sida 3. Prevención de violencia sexual. 		<ul style="list-style-type: none"> 1. Recurso humano capacitado. 2. Formación líderes juveniles. 3. Atención gratuita sin discriminación. 4. Participación juvenil. 5. Espacios diferenciados, 6. Recursos humanos 7. Gestión y programación Infraestructura y acceso a servicios 8. Educación para la salud 9. Participación comunitaria y juvenil 10. Intersectorialidad 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la capacidad instalada y las competencias técnicas de los recursos humanos para garantizar la atención integral e integrada en salud para población adolescente y joven. 2. Fortalecer el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, para la adopción de estilos de vida saludables, así como la prevención, detección temprana, atención y rehabilitación de los principales problemas de salud de esta temprana, atención y rehabilitación de los principales problemas de salud de esta

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
							<p>población.</p> <p>3. implementar estrategias e intervenciones dirigidas a la promoción de estilos de vida libres de violencia y convivencia pacífica, prevención y atención integral e integrada de todas las formas de violencia que afectan a adolescentes y jóvenes, mediante la participación social y el abordaje intersectorial.</p> <p>4. Fortalecer el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención y atención integral de la SSR, con énfasis en prevención del embarazo precoz, ITS/VIH en adolescentes y jóvenes. (educación integral de SSR, metodologías participativas dirigidas a adolescentes)</p> <p>5. Promover la participación social, facilitando la inclusión</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
						y el empoderamiento para el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes.
GUATEMALA	<p>1. Modelo de Atención integral y diferenciada para los y las adolescentes, Ministerio de salud pública y asistencia social, Guatemala, Marzo de 2008.</p> <p>2. Normas 1 y 2 nivel. Módulo 5 Adolescencia. Mujer y hombre de 10 a menos de 20 años. Ministerio de salud pública. Guatemala 2010. Establece las actividades y procedimientos a realizar en la adolescencia y tiene por objetivos:</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proveer los estándares básicos para la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes 2. Detectar oportunamente los factores de riesgo y los problemas de salud más frecuentes de las y los adolescentes. 3. Prevenir y tratar oportunamente las complicaciones. 4. Orientar a la y el adolescente y su familia para fortalecer los factores protectores. <p>3. Política Salud para</p>	Enfoque de género,étnico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espacios amigables 2. Clínicas de atención integral para adolescentes 3. Servicios que implementan normas de adolescentes.. <p>Tercer nivel. Recurso humano: Médicos/as: Generales o con especialidad en Pediatría, Ginecoobstetricia, Internista, Cirugía, Gastroenterólogo, Dermatólogo y otras subespecialidades. Psicólogos/as Nutricionista Odontólogo/a Trabajador/a Social Auxiliar de enfermería Enfermera/o Graduada/o Segundo nivel:</p>	<p>TERCER NIVEL Acciones de promoción, prevención, detección de factores de riesgo, atención al daño y/o referencia y contrarreferencia a especialistas. SEGUNDO NIVEL: Espacios amigables Actividades de atención de los servicios de salud; actividades extra servicios que tienen que ver con todo lo relacionado con la organización de jóvenes y actividades de convivencia que salud puede impulsar, a través de la coordinación y participación de distintos actores. PRIMER NIVEL: Consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos. Consulta de medicina general en joven sano. Asesoría individual en SSR.</p>	Accesibles Confidenciales Integrales personal proactivo, sensible, competente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación multisectorial e interinstitucional para integración de intervenciones y acciones con base a criterios epidemiológicos y de necesidades de la población meta. 2. Desarrollo y fortalecimiento de competencias del recurso humano y Acreditación de los servicios de salud. 3. Vigilancia de la salud y situación de los adolescentes. 4. Fortalecimiento de las organizaciones de adolescentes, jóvenes y participación comunitaria. 5. Investigación

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>adolescencia y Juventud: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2003-2012. Guatemala. Incluye entre sus ejes la Salud Reproductiva y Educación Sexual para adolescentes y jóvenes, las acciones específicas son Salud sexual y reproductiva; educación sexual, paternidad y maternidad responsable; planificación familiar, ITS VIH/SIDA; Atención integral diferenciada a la mujer adolescente; atención diferenciada del embarazo; atención del aborto y sus complicaciones.</p> <p>4. Lineamientos para la estrategia nacional de planificación familiar. Ministerio de salud pública y asistencia social .IGSS, APROFAM; USAID; UNFPA. 2008.</p>		<p>Médicos/as generales o con especialidad en pediatría, ginecoobstetricia, internista, cirugía, gastroenterólogo, dermatólogo y otras subespecialidades. Psicólogos, nutricionistas, odontólogo/a; trabajador/a social, auxiliar de enfermería, enfermera/o graduada/o</p>	<p>Consulta de Anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos Anticoncepción post evento obstétrico. Servicios antes, durante y después del aborto. Asesoría pre y post prueba voluntaria del VIH Identificación de factores de riesgo y conductas de riesgo, factores protectores, orientación en salud integral, en estilos de vida saludables, proyecto de vida, control prenatal.</p>		
Guyana	<p>Una guía del facilitador para los proveedores de atención de la salud formación proporcionen una atención óptima a Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y transexuales. 2010. Ministerio de salud de Guyana.apoyo USAID.</p> <p>2. Adolescentes y Adultos Jóvenes Unidad de Salud y Bienestar.</p>	Enfoque de derechos, diversidad, género	No se encuentra información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención de las ITS y el VIH Sida. 2. Prevención del abuso de sustancias psicoactivas. 3. Atención prenatal, intranatal, post-natal. 4. Inmunizaciones. 5. Educación, asesoramiento nutricional y suplementación. 6. Planificación Familiar. 	No se identifican estándares.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar el porcentaje de jóvenes que tienen acceso a servicios adaptados a los jóvenes (móvil o fijo). 2. Aumentar el conocimiento, las habilidades y conductas saludables de los adolescentes y jóvenes.

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>3.Salud materno infantil</p> <p>4. Los educadores de pares: El Ministerio de Salud; Guyana, Programa de Salud del Adolescente moviliza personas y recursos para crear, fomentar y conducir los cambios de estilo de vida saludables y opciones en los adolescentes para hacer frente a los desafíos que pueden enfrentar en su camino para convertirse en adolescentes saludables.</p> <p>5.Servicios Amigables para Jóvenes: Objetivos enseñarles habilidades de negociación, el conflicto, la resolución, el pensamiento crítico, toma de decisiones y la comunicación con el fin de mejorar su confianza en sí mismo y capacidad de tomar decisiones informadas, como posponer el sexo hasta que maduran lo suficiente para protegerse del VIH, otras ITS y embarazos no deseados.</p>			<p>7. Gestión integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AEPi)</p> <p>8. Programa de prevención de transmisión madre hijo del VIH.</p>		<p>3. Crear un entorno propicio en el que los adolescentes y los jóvenes puedan tomar decisiones saludables y mejorar sus propios resultados de salud.</p> <p>4. Aumentar la capacidad de la Unidad de Bienestar del Ministerio de Salud del adolescente, el joven y el adulto para gestionar y evaluar los programas</p>
HONDURAS	Programa de atención integral a la Adolescencia PAIA. Tienen como objetivo promover, brindar y garantizar la participación equitativa en las y los adolescentes sin ningún tipo de discriminación, promoviendo su imagen pública	<p>a. Enfoque de DDHH_</p> <p>b. Determinantes sociales de curso de vida</p> <p>c. Servicios basados en equidad, accesibles,</p>	Espacios Amigables	<p>-Salud sexual y reproductiva.</p> <p>-Salud Mental.</p> <p>-Salud Física.</p> <p>-Prevención y</p>	No se identifican estándares.	<p>Líneas estratégicas para la prevención de embarazo en la adolescencia:</p> <p>1. Intervenciones basadas en la familia la comunidad y sector educación para</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	positiva y su validez en el aporte al desarrollo de la nación.	aceptables, apropiado, no discriminatorios enfatizados en atención a grupos en mayor situación de vulnerabilidad (mujeres, población LGBT, población rural, pueblos indígenas y afro descendientes		tratamiento de morbilidad. -Fomento de entornos saludables.		prevenir ocurrencia del primer embarazo. 2, Provisión de servicios de salud de calidad e integrales para adolescentes a nivel ambulatorio y hospitalario dirigidos a la prevención del primer y subsiguiente embarazo. 3. Desarrollo de competencias de los recursos humanos para responder a las necesidades en salud de la población adolescente. 4. Generación de información estratégica. 5. Alianzas estratégicas. 6. Instancias de coordinación.
JAMAICA	1. Junta nacional de planificación familiar (NFPB). Da los lineamientos en la materia, e invita a otros sectores a participar. 2. Servicios de difusión nacional de planificación familiar: .Servicios de asesoramiento. Establece los lineamientos de la consejería en planificación familiar a la	Importancia de la abstinencia. Habilidades para la vida Adolescentes como fuente de información	Espacios amigables. Servicios diferenciados.	Atención prenatal, Los anticonceptivos Asesoramiento Anticonceptivo en clínicas especiales amigables, Asesoramiento en prevención de ITS y pruebas del VIH, Asesoramiento en general, Habilidades de formación / educación,	Recurso Humano capacitado.	El formato utilizado se basa en el enfoque de edu-entrenamiento en el que el entrenamiento se utiliza como vehículo para la educación y la información. Contenido de cada programa se centra en un tema de

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>que tienen derecho todas las personas en edad reproductiva, acceso a servicios en SSR de calidad a través de estrategias como edentretenimiento.</p> <p>3. Salud y Educación para la Vida Familiar (HFLE) Paquete de Información para Orientadores. Jamaica. Edad de consentimiento, mayores de 16 años. Leyes acceso a métodos anticonceptivos, ley de protección del menor,</p>			<p>violencia doméstica, abuso de drogas, abuso sexual y otros servicios.</p>		<p>discusión, noticias juventud, vox pop y espectáculos artísticos.</p>
MÉXICO	<p>1. Programa de acción específico. SSR para adolescentes 2013-2018. 2. Programa sectorial de salud. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Establece las acciones de protección, promoción y prevención en SSR. 3. Modelo de atención integral a la SSR para adolescentes.</p>	<p>Derechos Género. Intercultural.</p>	<p>Espacios Amigables: a) exclusivos b) Mixtos. c) Horizontales.</p>	<p>1. Consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos. 2. Consulta de medicina general en joven sano. Asesoría individual en SSR. 3. Consulta de Anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos 4. Anticoncepción post evento obstétrico. 5. Servicios antes, durante y después del aborto. 6. Asesoría pre y post prueba voluntaria del VIH 7. Anticoncepción de emergencia.</p>	<p>1. Gestión de servicios (Planeación; coordinación; monitoreo, seguimiento y evaluación, y mejoramiento continuo de la calidad) 2. Oferta de servicios (paquete de servicios, IEC, Accesibilidad y personal) 3. Participación (adolescentes, personal de la comunidad) 4. Fortalecimiento de capacidades (definición de</p>	<p>1 Impulsar acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, con enfoque intercultural. 2. Diseñar y/o instrumentar intervenciones focalizadas para población adolescente de áreas rurales e indígenas. 3. Impulsar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
						procesos de formación, necesidades de capacitación, programas educativos según tipo de población objetivo: profesores, prestadores de servicios, personal comunitario, etc.) Equidad Confidencialidad Privacidad Integralidad Oportunidad Celeridad Continuidad Seguridad	4. Mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes 5. Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes. 6. Fomentar una cultura de respeto a los DSR de la población adolescente. 7. Participar en acciones intersectoriales para erradicar la violencia sexual en contra de adolescentes.
NICARAGUA	1. Plan de atención integral a adolescentes. Ministerio de salud. Dirección general de extensión y calidad de atención. 2. Plan para pueblos indígenas y comunidades étnicas Ministerio de Salud.	Derechos humanos Enfoque de género.(hombres y mujeres) Enfoque de interculturalidad. Enfoque de colaboración adolescentes-adultos.	No se encuentra información	Prevenición de adicciones, prevención del embarazo precoz no planificado, promoción de estilos de vida saludable y salud mental.		Formación de recurso humano -confidencialidad, anonimato y privacidad en la atención. Respeto por la autonomía progresiva del niño y	Entre las actividades y acciones estratégicas están: 1. Impulsar campañas educativas para influir en los cambios de comportamiento en relación con la salud incluida la educación en SSR a la

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>3. Política Nacional para el desarrollo integral de la juventud Nicaragüense. Población de 18 a 30 años.</p> <p>4. Manual de capacitación en SSR para personal de salud dirigido a adolescentes. Ministerio de salud de Nicaragua. Marzo 2014. Una de las estrategias para mejorar el acceso de los servicios de salud a la población adolescente, para mejorar las competencias del personal de salud para la atención integral biopsicosocial a los y las adolescentes, brindar consejería, promover estilos de vida saludables, prevenir conductas de riesgo y desarrollar habilidades en las y los adolescentes en conjunto con su familia y la comunidad.</p> <p>5. Guía de capacitación en SSR para promotores adolescentes. Ministerio de salud. Gobierno de Nicaragua. 2014. Resolución Ministerial N0. 390-2014, documento con contenidos base para la formación de promotores adolescentes en escuela familia y comunidad. Contenidos: Derechos humanos, Derecho a la salud,</p>					<p>decisiones información a adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad. Atributos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; longitudinalidad continuidad, coordinación entre los niveles de atención;</p>	<p>población; suministrar conocimientos y crear estilos de vida saludables para frenar y reducir la epidemia de VIH-sida. 2. Fortalecer la gestión en salud de las comunidades, incluye atención de embarazo parto y puerperio y acceso a planificación familiar.</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
PANAMA	<p>SSR, anticoncepción, ITS VIH Sida; Equidad de género;</p> <p>6. Modelo de Salud Familiar y Comunitario. (MOSAFC). Ministerio de Salud Nicaragua 2008. PRONICASS/USAID/OPS/OMS Documento con lineamientos para establecer la ruta para lograr la equidad en el sector, garantizar acceso a servicios, y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente,</p> <p>7. Plan Plurianual de Salud 2011-2015. Ministerio de Salud junio 2011. Instrumento para orientas el rumbo de las trasformaciones para lograr el más alto nivel de salud. Entre sus prioridades se encuentra la reducción de la muerte materna y neonatal, que implica acceso a planificación familiar, Reducir la propagación del VIH/sida e ITS,</p>						
	<p>1. Programa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia.</p> <p>2. Revisión de normas de</p>	<p>Adolescencia.</p> <p>Desarrollo humano.</p>	<p>1er nivel de atención: Puestos, subcentros de salud; centros</p>	<p>1. Consulta de crecimiento y desarrollo (diagnóstico biopsicosocial,</p>	<p>1. Personal capacitado: programas de capacitación regional</p>	<p>1. Implementar servicios de salud amigables en establecimientos de</p>	

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>salud integral de la mujer 2007. Normas técnico administrativas y manual de procedimientos.</p> <p>3. Programa de salud integral de la mujer. Atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido atención integral de la mujer, planificación familiar, vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. Ministerio de Salud de Panamá, con apoyo de OPS, UNFPA, APLAFA. Contienen los lineamientos técnico administrativos y de procedimientos de los componentes mencionados.</p> <p>4. Normas técnicas y administrativas del Programa nacional de salud integral de los y las adolescentes. Ministerio de Salud de Panamá 2006. Adoptado mediante Resolución ministerial, establece lineamientos orientados al mejoramiento de la salud y bienestar de la población adolescente de 10 a 19 años. Todos los establecimientos de salud de 1er, 2do y 3er nivel de atención en salud., establece la obligatoriedad de implementar servicios amigables para los y las adolescentes en todas las instalaciones de salud según</p>	<p>Derechos humanos.</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Riesgo/vulnerabilidad.</p> <p>Prevención</p> <p>Igualdad y equidad de género</p> <p>Educación</p> <p>Información y comunicación..</p>	<p>materno infantil;</p> <p>Centros de Rehabilitación Infantil,</p> <p>Centros de atención primaria en salud (ULAPS) y los</p> <p>Centros de Atención de Promoción y Prevención en Salud (CAPPs).</p> <p>2do nivel de atención: Hospitales rurales, policentros de salud, policlínicas con presencia de personal especializados</p> <p>Tercer nivel: Centros especializados de referencia Nacional, Hospital Santo Tomás, Complejo Hospitalario Metropolitano CSS, Hospital de Especialidades</p>	<p>vacunación, evaluación del estado nutricional, evaluación odontológica. Evaluación por trabajo social.</p> <p>2. SSR: prevención de embarazo y PNF; Detección y atención de morbilidades en SSR; Detección y atención de abuso sexual; atención del embarazo, parto y puerperio; detección y atención de ITS/VHSida;</p> <p>3. Atención de morbilidad y rehabilitación.</p> <p>4. Promoción de la salud.</p>	<p>y local permanente en salud integral adolescente en todos los niveles de atención; difusión de normas, todo el personal debe ser capacitado para la atención.</p> <p>2. Gerencia a nivel regional y local apoyando el programa: gerente sensibilizado, coordinador responsable en nivel regional y local; existencia de Planes Operativos con monitoreo y evaluación; apoyo a la coordinación interprogramática, interdepartamental e intersectorial, facilitar alianzas estratégicas, asignación de recursos, incentivos al personal, sistema de atención al cliente (SAC) y retroalimentación.</p> <p>3. Confidencialidad y privacidad: (espacio privado, expedientes</p>	<p>salud de 1er, 2do y 3er nivel.</p> <p>2. Diagnóstico de la situación de los adolescentes.</p> <p>3. Desarrollo de acciones de promoción de la salud, al menos 4 por año. Incluye incorporación de adolescentes con capacidad de liderazgo en la elaboración, ejecución y evaluación de planes de capacitación dirigidos a otros/as adolescentes.</p> <p>4. Garantizar la existencia de ambientes que promuevan calidad de vida y desarrollo para los y las adolescentes.</p> <p>5. Propiciar espacios de reflexión con los familiares para que fortalezcan su rol de socializador con afectividad y efectividad.</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>su capacidad, resolución u nivel de complejidad identificados adecuadamente dentro de la instalación de salud.</p> <p>5. Guías de gestión para la provisión de servicios integrales de salud a los y las adolescentes en la República de Panamá. Junio 2012. Ministerio de Salud de Panamá. CSS Panamá. Apoyo de OPS, Asdi -real Embajada de Noruega.</p>		<p>Pediátricas CSS, Hospital del Niño, Instituto Oncológico Nacional (ION) y el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM), Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación.</p>			<p>únicos, respeto a la voluntad del adolescente)</p> <p>4. Garantía de acceso a los servicios (horarios flexibles, sin condicionamientos, atención sin citas, atención integral gratuita, espacio separado y equipado de acuerdo a normas de atención, necesidades y gustos del adolescente, sin discriminación y condicionamiento, niveles de referencia y contrarreferencia a otros servicios).</p> <p>5. Actividades de promoción consejería y atención:(Servicios de información, educación, comunicación, consejería, habilidades para la vida</p>	<p>6. Organizar grupos de adolescentes par la adquisición de competencias para el autocuidado y el cuidado mutuo de la salud.</p> <p>7.organizarán grupos para el desarrollo de competencias en el cuidado de la salud con adultos (padres, madres, tutores, cuidadores, docentes, líderes, comunitarios) promoviendo el desarrollo integral de los y las adolescentes</p> <p>8.proporcionar espacios para la adquisición de competencias a través de información, educación, Comunicación (IEC) y empoderamiento para el cuidado de la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.</p> <p>9. Todos los equipos salud del nivel local conocerán y</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
							<p>divulgarán las políticas, los compromisos internacionales y normas nacionales relativas a los derechos a la salud, derechos.</p> <p>10. El equipo de salud del nivel local promoverá la integración de los y las adolescentes en los procesos de participación social en sus áreas de responsabilidad.</p> <p>11. Todo el personal de salud participará en la divulgación de los derechos del adolescente trabajador, la lista de las peores formas de trabajo infantil y de la importancia de la erradicación del trabajo infantil y protección de las personas adolescentes trabajadoras.</p> <p>12. Los y las adolescentes tienen derecho a la</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
							<p>Evaluación Integral de su Crecimiento y Desarrollo con énfasis en la detección de riesgos biopsicosociales y la identificación de factores protectores de su salud, actividad que debe realizar el médico(a), odontólogo(a), nutricionista, salud mental, trabajador(a) social, enfermera(o), técnica(o) de enfermería y ayudante de salud.</p> <p>13. A toda y todo adolescente se les debe hacer una evaluación acerca de la satisfacción y/o los conflictos relacionados con su familia y su red social, al menos una vez al año.</p> <p>14. A todo adolescente que acuda a los servicios de salud se le deberá evaluar el estado de sus inmunizaciones y se actualizará según</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
							<p>las normas del PAI.</p> <p>15. Los y las adolescentes tienen derecho a la evaluación de su salud sexual y reproductiva, por lo menos una vez al año, actividad que debe realizar el médico la enfermera(o), técnicos(as) de enfermería, auxiliares de enfermería y el ayudante de salud.</p> <p>16. El personal de salud (médico(a) general, odontólogo(a), enfermera(o), trabajador(a) social, técnico y auxiliar de enfermería, inspector de saneamiento ambiental, educador para la salud, ayudante de salud, promotor de la salud y la partera tradicional capacitada, deben detectar y captar tempranamente (antes de las 20 semanas de gestación) a toda</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
							<p>adolescente embarazada.</p> <p>17. El médico y la enfermera deben atender la consulta sobre anticoncepción y planificación familiar a todo y toda adolescente que lo solicite. (disponibles ACO, ACI, DIU, Condón Masculino; ACOe.)</p> <p>18. El equipo de salud debe ofrecer consejería sobre métodos anticonceptivos a todo y toda adolescente que lo solicite (preferiblemente con su pareja) haya o no iniciado relaciones sexuales (incluye prácticas sexuales no coitales).</p> <p>19. El equipo de salud debe atender a toda adolescente por los siguientes motivos de consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo o temor hacia su actual embarazo

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
							<ul style="list-style-type: none"> • Solicita interrupción de su embarazo • Ha tenido un aborto espontaneo o inducido. <p>20. El médico debe atender a toda adolescente que presente aborto en Evolución o inminente.</p> <p>21. Toda adolescente que haya presentado un aborto debe ser atendida por el equipo de salud</p> <p>22. El equipo de salud debe atender a la pareja de la adolescente atendida por los motivos mencionados arriba.</p> <p>23. El médico realizará la investigación diagnóstica de ITS/VIH/SIDA a todo y toda adolescente que lo solicite o que tenga o se sospeche comportamientos de riesgo</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
PARAGUAY	<p>1. Plan nacional de SSR 2014-2018. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Gobierno Nacional de Paraguay. Apoyan: OPS, UNFPA, IPPF, CEPEP, Unión Europea. Instrumento de rectoría de políticas públicas en materia de SSR, a nivel nacional, regional y local.</p> <p>2. Adolescencia. Manual clínico. Manejo integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, (IMAN). Apoyo de UNFPA, OPS. Contienen lineamientos fundamentales (cuadro de procedimientos de IMAN e información ampliada)</p> <p>3. Plan Nacional de promoción de calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia, 2010-2015. Ministerio de Salud y Bienestar Social. Noviembre 2010. apoyo UNFPA.</p>	<p>Género ,</p> <p>Derechos,</p> <p>Interculturalidad</p> <p>Calidad de atención,</p> <p>Participación activa de adolescentes en la en la planificación, monitoreo, evaluación y promoción de las acciones.</p> <p>Reconocimiento de la multiculturalidad,</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Proyecto de vida.</p> <p>Cultura de paz.</p> <p>Ética y ciudadanía.</p>	No se encuentra información	IMAN		<p>Respeto a la privacidad capacidad de autonomía progresiva, confidencialidad. Personal de salud capacitado con actitudes y habilidades específicas para el logro de atención amigable.</p>	<p>1: Producción y análisis de información.</p> <p>2. Impulso de programas y proyectos para el abordaje integral de la población adolescente, en concordancia con las políticas públicas integrales.</p> <p>3. Sistemas y servicios amigables de salud integrados e integrales con enfoque de derechos.</p> <p>4. Desarrollo de la capacidad de los recursos humanos.</p> <p>5. Intervenciones basadas en promoción de la participación protagónica de las y los adolescentes en consideración a sus entornos.</p> <p>6. Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores.</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
							7. Comunicación social y educación por pares.
PERÚ	<p>1. Registro y codificación de la atención en la consulta externa. Sistema de Información HIS, Etapa de vida Adolescente 2013. Ministerio de Salud de Perú</p> <p>2. Plan Nacional de Acción por la infancia y la adolescencia 2012-2021. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. es el instrumento marco de política pública del Estado Peruano, para articular y vincular las políticas que se elaboren en materia de infancia y adolescencia en el país, que orientará en la presente década la acción del Estado y de la sociedad civil hacia el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes peruanos.</p> <p>3. Documento técnico. Análisis de Situación de las y los adolescentes Ubicándolos y Ubicándonos, Ministerio de Salud de Perú. 2009.</p> <p>4. Centros de Desarrollo Juvenil, Un modelo de atención integral de salud para adolescentes. Ministerio de</p>	Derechos Humanos, Interculturalidad, Equidad de género, diversidad, prevención de riesgos e intergeneracional.	<p>1) Intramurales: horarios diferenciados, ambientes exclusivos, servicios especializados</p> <p>2) Extramurales coordinados con instituciones educativas, coordinados con otras instituciones, móviles</p> <p>3) Centros de Desarrollo juvenil que pueden estar dentro o fuera de los establecimientos de salud.</p>	<p>Consulta de Medicina general.</p> <p>Asesoría individual de SSR, Consulta de anticoncepción, anticoncepción post evento obstétrico,</p> <p>Servicios antes, durante y después del parto,</p> <p>Asesoría pre y post prueba de VIH;</p> <p>Paquetes de Atención Integral de Salud,</p> <p>Evaluación integral,</p> <p>Salud física y nutrición,</p> <p>Salud psicosocial,</p> <p>Tamizaje para depresión. Violencia,</p> <p>Consumo de drogas.</p> <p>Consejería integral,</p> <p>Vacunas,</p>		<p>Procesos Estratégicos</p> <p>Microprocesos: Recursos Humanos, Calidad, Atención de riesgos.</p> <p>2) Procesos Operativos</p> <p>Microprocesos: Atención intramural, Atención extramural.</p> <p>3) Procesos de soporte</p> <p>Microprocesos Referencia, Contrarreferencia y seguimiento, Gestión de la Información.</p> <p>Acceso</p> <p>Formación de recursos humanos</p> <p>Atención intramural</p> <p>Atención extramural</p> <p>Adecuación de infraestructura o instalaciones</p> <p>Participación juvenil</p> <p>Participación comunitaria</p> <p>Referencia y Contrarreferencia</p> <p>Apoyo Diagnóstico</p> <p>Otros</p>	<p>Garantía de confidencialidad</p> <p>Garantía de privacidad</p> <p>Paquetes de atención integral de salud.</p> <p>Seguimiento.</p> <p>Oportunidad.</p> <p>Costos</p> <p>Toma en cuenta las características étnicas y culturales</p> <p>Más atributos Leer</p> <p>Criterios y Estándares publicado en www.minas.gob.pe</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>Salud de Perú. Apoyo. Proyecto de Salud del adolescente y prevención del VIH/SIDA. GTZ, 2006.</p> <p>5. Norma técnica Atención Integral de Salud en la etapa de Vida Adolescente. Ministerio de Salud de Perú. Dirección general de salud de las personas. Resolución Ministerial No. 973/2012</p> <p>6. Norma técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes. Ministerio de salud de Perú. Apoyo UNFPA. 2012. Adoptado mediante resolución ministerial 503/2012.</p> <p>7. Paquete de Atención integral de salud adolescente de 12 a 17 años.</p> <p>8. Protocolos de consejería para la atención integral del adolescente. GTZ. 2005.</p> <p>9. Plan Multisectorial para la prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.</p>			<p>Suplementación con Hierro y</p> <p>Ácido fólico,</p> <p>Atención patologías correspondientes a la región.</p> <p>Plan de Atención integral ejecutado según lo requerido por la persona.</p>		

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	DE	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	2012-2021. UNFPA. AECID. Ministerio de Salud, DIRESA CALLAO, DISA LIMA ESTE, DISA LIMA SUR, Instituto Nacional materno infantil, sanidad policía nacional de Perú, Sanidad ejército del Perú, Ministerio de educación, Secretaría nacional de la juventud, Ministerio de mujer y poblaciones vulnerables, Programa integral nacional para el bienestar familiar INABIF, Ministerio de trabajo y promoción del empleo, Ministerio de justicia y derechos humanos, defensoría del pueblo, Programa nacional juntos, presidencia del consejo de ministros, Universidad Peruana Cayetano Heredia; Universidad San Martín de Porres, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.						
REPÚBLICA DOMINICANA	<p>1. Plan estratégico nacional para la salud integral de adolescentes. 2010-2015 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, Apoyo OPS, UNFPA, UNICEF, Enero de 2010.</p> <p>2. Normas nacionales para la atención integral de adolescentes. Ministerio de salud pública y asistencia</p>	Equidad Atención integral, integrada y diferenciada, de desarrollo humano, de derechos, salud como derecho, derechos sexuales y reproductivos, enfoque de riesgo, de prevención primordial, de salud como autocuidado/mutuo	Espacios Amigables, Unidad diferenciada,	<p>.1. Consulta de medicina general en joven sano.</p> <p>2. Asesoría individual en SSR.</p> <p>3. Consulta de Anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos</p> <p>4. Anticoncepción post evento obstétrico</p>		<p>Atributos de calidad:</p> <p>Universalidad.</p> <p>Integralidad.</p> <p>Confidencialidad.</p> <p>Participación social de los y las adolescentes</p> <p>Interdisciplinaridad.</p>	<p>1. Promoción de entornos favorables y políticas públicas.</p> <p>2. Fortalecimiento de los sistemas de información de salud de adolescentes.</p> <p>3. Fortalecimiento del Sistema de salud para garantizar la oferta de servicios de</p>

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	<p>social. MISPAS, 2009. Apoyo UNFPA, OPS, PRONAIISA,</p> <p>3. Programa nacional de atención integral a la salud de los y las adolescentes, de 10 a 14 y 15 a 19 años.</p>	cuidado, de igualdad y equidad de género,		<p>5. Servicios antes, durante y después del aborto.</p> <p>6. Asesoría pre y post prueba voluntaria del VIH.</p> <p>7. Consejería individual en salud mental o trabajo social;</p> <p>8. Consulta familiar en salud mental o trabajo social; terapia grupal en salud mental, grupo de autoaprendizaje,</p> <p>9. Consulta domiciliaria. Rehabilitación</p>	<p>Intersectorialidad.</p> <p>Calidad.</p> <p>"Acceso. Espacios o Unidad diferenciada RRHH Capacitado</p> <p>Participación Juvenil</p> <p>Participación Comunitaria</p> <p>Disponibilidad insumos para prestación del servicio"</p> <p>"Confidencialidad Integralidad</p> <p>Adolescente como sujeto de derecho</p> <p>Atención gratuita</p> <p>Atención sin la presencia de adultos"</p>	<p>salud integrados e integrales.</p> <p>4. Fomentar intervenciones con participación de la familia, la Escuela y la comunidad.</p> <p>5. Incrementar la capacidad de los recursos humanos en salud integral de adolescentes.</p> <p>6. Alianzas estratégicas y coordinación intersectorial e interinstitucional.</p> <p>7. Promoción de la participación social y ciudadana de adolescentes.</p> <p>8. Incorporación de la comunicación social y las tecnologías innovadoras.</p> <p>9. Desarrollo de la investigación en salud de adolescentes</p>
TRINIDAD Y TOBAGO	Salud sexual y reproductiva. Programa de VIH.	Derechos	No se encuentra información	Estos servicios incluyen la gestión de la fertilidad	No se encuentra información	No se encuentra información

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
URUGUAY	Garantizar acceso a información, prueba voluntaria, acceso a tratamientos, garantía de respeto, confidencialidad, privacidad, seguridad personal, identidad, comunicación, asesoría, consentimiento informado.			<p>en todos los centros de atención primaria,</p> <p>Diagnóstico o cáncer de cuello uterino, primera línea de consejería en salud sexual y reproductiva, remisiones a especialistas y programas de educación y formación.</p> <p>Sistemas: prestación de los servicios de prevención del VIH a los adolescentes;</p> <p>Visitando los proveedores de salud van a las escuelas y se dirigen a niños de la escuela y se les enseña la SSR y otras formas de estilos de vida saludables, como la dieta y el ejercicio;</p> <p>Clínicas de orientación para abordar la violencia contra los adolescentes.</p>		
	<p>1. Guía para implementar buenas prácticas en la atención a los adolescentes en las instituciones de salud. Ministerio de salud de Uruguay. Noviembre de 2014.</p>	Enfoque de derechos, genero, diversidad	Existen tres modalidades de atención. 1 - Espacios adolescentes	<p>1. Consulta de medicina general en joven sano.</p> <p>2. Asesoría individual en SSR.</p>	Atributos: confidencialidad, privacidad, autonomía progresiva, integralidad en la	

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
	2. Decreto carné de salud y su uso obligatorio		<p>diferenciados, públicos y privados que incluyen atención de Salud Sexual y Reproductiva.</p> <p>2 - Servicios de salud sexual y reproductiva (para todas las edades) que incluyen adolescentes</p> <p>3 - Médicos de referencia (pediatras, médicos de familia y generalistas) que utilizan la historia clínica del sistema informático del adolescente (SIA) que incluye varias dimensiones de la SSYR</p>	<p>3. Consulta de Anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos</p> <p>4. Anticoncepción post evento obstétrico</p> <p>5. Servicios antes, durante y después del aborto.</p> <p>6. Asesoría pre y post prueba voluntaria del VIH. Acompañamiento psicosocial y educativo a las adolescentes madres durante el primer año de vida del bebe.</p>	<p>atención,</p> <p>La evaluación de cobertura se realiza a través del cumplimiento de las metas asistenciales que el Ministerio de Salud Pública exige, sin embargo se requieren otras formas de evaluación de la calidad.</p> <p>Organización de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desempeño General. I Información poblacional. II. Recursos humanos. III. Planta física y recursos materiales para la atención. IV. Promoción de la Intersectorialidad y Participación ciudadana. V. Capacidades de respuesta del servicio <p>Accesibilidad y continuidad de la atención.</p> <p>Información poblacional</p>	

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
					RRHH Recursos materiales Promoción y participación ciudadana capacidad de respuesta de los servicios accesibilidad continuidad de la atención	
VENEZUELA	Programa Nacional de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes, de la República Bolivariana de Venezuela, en el Ministerio del Poder Popular	Derechos Humanos establecidos en la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela -Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes -Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud de los y las Adolescentes de Venezuela -Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva -Derechos enfocados en el Curso de Vida -Interculturalidad (libertad de cultos y libertad de derechos	consultas diferenciadas	1. Consulta de medicina general en joven sano. 2. Asesoría individual en SSR. 3. Consulta de Anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos 4. Anticoncepción post evento obstétrico 5. Servicios antes, durante y después del aborto. 6. Asesoría pre y post prueba voluntaria del VIH. -Programa Nacional de VIH/SIDA y otras ITS 7. Atención Integral Ginecológica y	1. Acceso geográfico 2. Formación de Recursos Humanos (dos posgrados: Medicina del Adolescente y Salud y Desarrollo del Adolescente; 3. Capacitación permanente del Personal de Salud) 4. Atención Intra y Extramural (conformación de grupos de adolescentes y formación de pares) 5. Participación Juvenil y Comunitario (ejecutada en el Nivel 1° de Atención)	

PAISES	DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS	ENFOQUE	MODALIDADES	PAQUETE DE SERVICIOS	ESTÁNDARES IDENTIFICADOS	ESTRATEGIAS GENERALES
		étnicos)		<p>Obstétrica</p> <p>8. Atención Psicológica y Psiquiátrica</p> <p>9. Asesoría Jurídica</p> <p>10. Ley Orgánica para el Desempeño Laboral del Adolescente</p> <p>11. Participación Comunitaria</p> <p>12. ONGs</p>	<p>6. Confidencialidad (Historia Clínica Integral, Historia del Adolescente) Integralidad (Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes,</p> <p>7. Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud de los y las Adolescentes de Venezuela,</p> <p>Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva,</p> <p>Normas Institucionales) Reconocimiento de la Autonomía (LOPNNA) Seguimiento (SIS, Seguimientos de Programas) Gratuidad (Constitución y Leyes Nacionales)</p>	

Anexo 2: Artículos indexados en bases de datos PUBMED Y SCIELO.

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
Bolivia, Ecuador, Nicaragua	Lina Jarusevicene, Miguel Orozco, Marcia Ibarra , Freddy Cordova Ossio, Bernardo Vega , Nancy Auquilla4, Joel Medina , Anna C. Gorter, Peter Decat , Sara De Meyer , Marleen Temmerman , Alexander B. Edmonds7, Leonas Valius and Jeffrey V. Lazarus	Primary healthcare providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. Mayo 2013.	Overall, 126 healthcare providers (46 from Bolivia, 39 from Ecuador, and 41 from Nicaragua) took part in this qualitative study. During a series of moderated discussions, they provided written opinions about the accessibility and appropriateness of ASRH services and suggestions for its improvement. The data were analyzed by employing a content analysis methodology	Study participants emphasized managerial issues such as the prioritization of adolescents as a patient group and increased healthcare providers' awareness about adolescent-friendly approaches. They noted that such an approach needs to be extended beyond primary healthcare centers. Schools, parents, and the community in general should be encouraged to integrate issues related to ASRH in the everyday life of adolescents and become 'gate-openers' to ASRH services. To	To improve ASRH services within primary healthcare institutions in three Latin American countries, primary healthcare providers call for focusing on improving the youth-friendliness of health settings. To facilitate this, they suggested engaging with key stakeholders, such as parents, schools, and decision-makers at the policy level.		Glob Health Action 2013, 6: 20444 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.20444

PAIS	AUTOR	TITULO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
				ensure the success of such measures, action at the policy level would be required. For example, decision-makers could call for developing clinical guidelines for this population group and coordinate multisectoral efforts.			
Bolivia, Ecuador, Nicaragua	Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Segura Z, Gorter A, Vega B, Cordova K, Maes L, Temmerman M, Leye E, Degomme O.	Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention		Abstract : This article describes the development, implementation and evaluation design of the community-embedded reproductive health care for adolescents (CERCA) study in three Latin American cities: Cochabamba (Bolivia), Cuenca (Ecuador) and Managua (Nicaragua). Project CERCA's research methodology builds on existing methodological frameworks, namely: action research, community based participatory research and intervention-mapping. The interventions in each country address distinct target groups (adolescents, parents, local authorities and health providers) and seek improvement of the following sexual health behaviours: communication about sexuality, sexual and reproductive health information-seeking, access to sexual and reproductive health care and safe sexual relationships. In Managua, we implemented a randomised controlled study, and in Cochabamba and Cuenca we adopted a non-randomised controlled study to evaluate the effectiveness of Project CERCA interventions, in addition to a process evaluation.		http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599131/	C Public Health. 2013 Jan 14;13:31. doi: 10.1186/1471-2458-13-31.
Argentina, Brazil, Peru.	Kostrzewa K	The sexual and reproductive health of young people in Latin America: evidence from WHO case studies.		Abstract : This original article addresses the sexual and reproductive health needs of young people aged 15 to 24 in Latin America. It introduces five articles from original research projects in three countries: Argentina, Brazil, and Peru. These projects were funded by the World Health Organization. This article explains the importance of studies that address the sexual and reproductive health of young people in developing countries. It provides an overview of sexual and reproductive health issues in Latin America and a discussion these issues in the three study countries. The five articles deal with difficult and challenging issues, including: knowledge of STIs and HIV/AIDS; pregnancy related practices; quality of care; the role of young men in couple formation, pregnancy and adoption of contraceptive practice; and, the role of obstetricians and gynecologists in public policy debate about family planning and abortion.		http://www.scielo.org/pdf/spm/v50n1/a07v50n1.pdf	Salud Publica Mex. 2008 Jan-Feb;50(1):10-6

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
				The four articles in this special section help to improve our understanding of the factors that contribute to risky sexual behavior and negative reproductive health outcomes among youth in Latin America. The findings are useful to help inform and improve health care interventions in various contexts.			
Brazil, Chile, Mexico	Soledad Díaz Ellen Hardy Gloria Alvarado Enrique Ezcurra	Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles		Abstract: A multi-center study was performed in Brazil, Chile, and Mexico to identify factors that may facilitate or hinder the introduction of emergency contraception (EC) as well as perceptions concerning emergency contraceptive pills. Background information on the socio-cultural, political, and legal context and the characteristics of reproductive health services was collected. The opinions of potential users and providers were obtained through discussion groups, and those of authorities and policymakers through semi-structured interviews. Barriers to introduction included: perception of EC as an abortifacient, opposition by the Catholic Church, limited recognition of sexual and reproductive rights, limited sex education, and insensitivity to gender issues. Facilitating factors were: perception of EC as a method that would prevent abortion and pregnancy among adolescents and rape victims; interest in the method shown by potential users as well as by some providers and authorities. It appears possible to reduce barriers through support from segments of society committed to improving sexual and reproductive health and adequate training of health care providers.			
Brazil, Peru	Eszter Kismödi, Judith Bueno de Mesquita, Ximena Andión Ibañez, Rajat Khosla, Lilian Sepúlveda	Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion: the significance of two ground-breaking CEDAW decisions		Abstract : In 2011, the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) issued two landmark decisions. In Alyne da Silva Pimentel v. Brazil, the first maternal death case decided by an international human rights body, it confirms that States have a human rights obligation to guarantee that all women, irrespective of their income or racial background, have access to timely, non-discriminatory, and appropriate maternal health services. In L.C. v. Peru, concerning a 13-year-old rape victim who was denied a therapeutic abortion and had an operation on her spine delayed that left her seriously disabled as a result, it established that the State should guarantee access to abortion when a woman's physical or mental health is in danger, decriminalise abortion when pregnancy results from rape or sexual abuse, review its restrictive interpretation of therapeutic abortion and establish a mechanism to ensure that reproductive rights are understood and observed in all health care facilities. Both cases affirm that accessible and good quality health services are vital to women's human rights and expand States' obligations		http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(12)39610-9/pdf	Reprod Health Matters. 2012 Jun;20(39):31-9. doi: 10.1016/S0968-8080(12)39610-9.

PAIS	AUTOR	TITULO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
			in relation to these. They also affirm that States must ensure national accountability for sexual and reproductive health rights, and provide remedies and redress in the event of violations. And they reaffirm the importance of international human rights bodies as sources of accountability for sexual and reproductive rights violations, especially where national accountability is absent or ineffective.				
BRASIL	Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues Ade O, Bortolotti LR, Amorim E.	The AIDS epidemic in adolescents between the ages of 13 and 19 in the City of Rio de Janeiro, Brazil: space-time description	We evaluated data from Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) regarding cases of AIDS in patients aged between 13 and 19 years through November 2009.	This study includes 656 cases. The incidence of AIDS increased until 1998, and, since 1996, more cases have been diagnosed in girls than in boys. The homo/bisexual exposure category predominantly consisted of boys (50.8%), and the heterosexual category predominantly consisted of girls (88.9%). The geographic distribution of the cases by year of diagnosis revealed that the increase was proportionally larger in the poorest area and that there was a large decrease in the wealthiest area. A decreasing linear tendency was observed in the relationship between the year of diagnosis and the human development index (HDI).	This study demonstrates the need for greater investment in sexual health and reproductive services in the poorest areas of the city and in the promotion of healthy sexual practices directed to MSM and female adolescents.	http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n4/13.pdf	Rev Soc Bras Med Trop. 2011 Jul-Aug;44(4):467-70.
BRASIL	Chacham AS, Maia MB, Greco M, Silva AP,	Chacham AS, Maia MB, Greco M, Silva AP,	Abstract : In Brazil in the last decade there has been an increase in the susceptibility of young women to HIV. This study explored the link between autonomy, or control over major domains of economic, social and sexual				AIDS Care. 2007;19 Suppl

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
	Greco DB.	Greco DB.			life, and susceptibility to HIV infection among poor young women living in an urban slum area of Brazil. A cross-sectional survey was carried out on a random sample of 356 young women between 15 and 24 years old. The study found that indicators of autonomy that relate to sexuality, mobility and freedom from threat by partners were significantly correlated with practices linked to HIV prevention and with access to health services promoting prevention, especially among adolescents. Young women who talked to their partner about condom use before first intercourse and co-decided with them on condom use were more likely to use condoms. In contrast, those who had ever been victim of physical violence by a partner or whose partners restricted their mobility were less likely to use condoms. The study found that young women were more likely to have accessed health services for gynaecological examinations, family planning services and HIV testing if they had ever been pregnant. The findings indicate that structural gender inequalities translate into unequal relationships and reduced autonomy, increasing young women's susceptibility to HIV. A bias in HIV testing and reproductive health services towards pregnant women leaves many susceptible youth without early access. The study suggests the development of a reproductive health policy that ensures that young women access services before they get pregnant and that also reaches young males.		1:S12-22.
BRASIL	Barroso MF1, Gomes KR, Andrade JX.	Frequency of Pap smear testing in young women with an obstetric history in Teresina, Piauí, Brazil	A cross-sectional study was undertaken from May to December 2008. A convenience sample of 464 young women was selected, and data were collected using a pre-tested questionnaire. Women giving birth in the first four months of 2006, in six hospitals in Teresina, were included. Inadequate Pap smear frequency was defined as an interval of more than 1	Mean age was 20 years. The frequency of Pap smear testing was every 6 months in 180 women (39.0%) and yearly in 160 (34.5%). Fifteen women (3.2%) had never had a Pap smear test. Simple logistic regression showed an increase of 48.0% in the risk of inadequate Pap smear frequency (P = 0.049) in women who did not use any contraceptive method at their first sexual intercourse, and 49.0% (P = 0.044) in those who	The fact that many young women had Pap smear testing at intervals shorter than 1 year does not improve cervical cancer screening and may burden the health care system. Multiparity was a risk factor for inadequate Pap smear frequency, an aspect that must be taken into account when providing	http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n3/03.pdf	Rev Panam Salud Publica. 2011 Mar;29(3):162-8

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
			year between tests.	were not able to choose between a male or female gynecologist when seeking health care services. On multivariate logistic regression, having more than one pregnancy increased the risk of inadequate Pap smear frequency by 71.4% in comparison to having only one pregnancy (P = 0.011).	gynecological care to young women.		
BRASIL	Azevêdo AC, Araújo TV, Valongueiro S, Ludermir AB.	Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. 2013	Abstract : This study investigated the association between unintended pregnancy and intimate partner violence before pregnancy. A cross-sectional study was carried out with 1,054 women, aged 18 to 49, in Recife, Northeastern Brazil, from July 2005 to March 2006. Non-conditional logistic regression analysis was performed with a hierarchical strategy for entering variables into the model, according to the conceptual framework defined. Unintended pregnancy was reported by 60.3% (636) women. Intimate partner violence prior to the pregnancy was associated with unintended pregnancy (ORadj = 1.57; 95%CI: 1.17-2.11), even when adjusted for the women's sociodemographic characteristics, the partner's behaviour, and the relationship dynamic. When the association was adjusted for the use of contraception and the partner's refusal to use contraception, the association was no longer significant, suggesting that the effect of partner violence on unintended pregnancy may be mediated by these variables. The findings point to the need of screening for intimate partner violence in reproductive health services.			http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n12/v29n12a05.pdf	Cad Saude Publica. 2013 Dec;29(12):2394-404.
BRASIL	Paiva V1, Ayres JR, Segurado AC, Lacerda R, Silva NG, Silva MH, Galano E, Gutierrez PL, Marques HH, Negra MD, França-Jr I.	The sexuality of HIV-positive adolescents: rights and challenges for healthcare	Abstract :Sexuality and reproductive healthcare represent relevant issues for comprehensive care of HIV-positive adolescents. However, public policies and health services give this issue insufficient attention. The scope of this article is to assess how HIV-positive young people and teenagers cope with their sexuality, dating and the urge to have children and start a family. In a qualitative study, in-depth interviews were staged with 21 HIV-positive (contracted by vertical, sexual or intravenous transmission) teenagers and 13 caregivers of children and youths living in Sao Paulo and Santos. The interviews revealed the different ways teenagers cope with their sexuality and with the anxiety of HIV disclosure in this context. Lack			http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a25v16n10.pdf	Cien Saude Colet. 2011 Oct;16(10):4199-210. Cien Saude Colet. 2011 Oct;16(10):4199-210.

PAIS	AUTOR	TITULO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
				of information about HIV prevention, lack of support and skills to cope with their sexuality were revealed in the reports. Furthermore, stigma and discrimination were the most frequently reported difficulties. The main challenges to be faced in Brazil in regard to this issue are discussed, especially the need to consider HIV-positive youth as entitled to sexual rights. Recommendations are also made for incorporating the issue into a humanized and comprehensive care approach for HIV-positive children and young people.			
BRASIL	Pereira SM, Taquette SR, Pérez Mde A.	Study of the sexuality and demand for gynecologic services by high school students in the city of Rio de Janeiro. 2013	Cross-sectional study carried out by administration of a questionnaire filled in by the respondents on their own, given to students at 3 high schools with different socioeconomic profiles: private, state, and federal. The questions covered socio-demographic characteristics, sexual behavior, and demand for gynecologic services. The data were analyzed by the Yates chi-square test and Student t-test, with P < .05.		The more frequent pregnancies and abortions by the state school students can be a consequence of the lower demand for or insufficient access to gynecologic services, depriving these students of the necessary care to promote sexual and reproductive health. This demonstrates the need for public policies that promote and facilitate access to routine preventive gynecologic care by low-income adolescent girls.		J Pediatr Adolesc Gynecol. 2013 Dec;26(6):323-6. doi: 10.1016/j.jpag.2013.06.008.
BRASIL	Stella R. Taquette	HIV/ Aids among adolescents in Brazil and	Abstract: in order to analyze the Aids epidemic in France and Brazil, particularly among adolescents, a critical review of literature, official documents and on-site verification of services for sexual and reproductive health for adolescents was held. The concept of vulnerability and its categories were used as theoretical basics of analysis. In comparison to France, Brazil has three times the number of Aids cases in proportion to its population. In France there was a continuous decline in the incidence of this disease from 1998 onwards; in Brazil, the decline started in 2002, but			http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/en_v22n2a29.pdf	

PAIS	AUTOR	TITULO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
					there was a rise in cases in 2008. Both countries offer universal access to ARV treatment and the epidemic shows a trend of impoverishment, feminization and heterosexualization. Among Brazilian adolescents, the number of cases is proportionally 3.5 times higher; they have an earlier sexual initiation, use condoms less frequently and schooling is shorter. In France schools are obliged by law to offer regular educational activities on sexuality, the notification of Aids and HIV are mandatory; the access of adolescents to health services with confidentiality is facilitated, there is availability of tests for STDs and of voluntary interruption of pregnancy, which offer conditions for prevention and treatment of sexual disorders.		
BRASIL	Vera Paiva Maria do Rosário Latorre Neide Gravato Regina Lacerda	Sexuality of women living with HIV/AIDS in São Paulo		Abstract : The social and cultural setting which increases female vulnerability to HIV does not disappear when women living with HIV/AIDS discover that they are infected. Following diagnosis, new challenges arise in their emotional lives, an issue which has received little attention in the literature. This study interviewed 1068 women living with HIV/AIDS using a questionnaire consisting of both open and closed questions, aimed at describing aspects of their sexual and reproductive lives and how they perceive counseling at Reference Centers in two cities in the State of São Paulo, where they have access to free antiretroviral therapy. Of the women with stable sexual partners, 63% used condoms in all their sexual relations, or three times the national average; 43% of the partners were HIV-negative and 14% had unknown serological status; 73% of the women had children and 15% were considering becoming pregnant. Knowledge on mother-to-child transmission was less than expected, and the interviewees complained of limited space and receptiveness for discussing sexuality, especially with regard to their childbearing wishes. Counseling on sexuality should be a continuing process and requires interdisciplinary training for the professional team working in health care services, with an emphasis on sexual and reproductive rights.		http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13257.pdf	Cad Saude Publica. 2002 Nov-Dec;18(6):1609-20
COLOMBIA	Nancy E. Gallo	Baseline of the sexual and reproductive health project for adolescents in Medellín: the qualitative component	a descriptive study ethnographic with focused interviews and semi-structured guide. The convenience sample consisted of 80 young people (men and women) between 14 and 19 years old and 6	in intergenerational encounters are explanatory reasons on teenage pregnancy in the city of Medellín The construction of the process of trust-distrust in the conquest and the adolescent partner life affects the use of bc, including the condom.	The break with the ideal of the adult world, the ideas they have about love, relationships, cultural precepts that designate the gender behavior and credibility they have	http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a05.pdf	

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
COLOMBIA			adult women opinion makers. Eight focus groups were conducted with youth and six interviews	The main barrier to adolescents' access to srh services is the lack of credibility in them.	about srh services are fields of analysis that are directly linked to the issue of teenage pregnancy in the city of Medellin.		
	Darney BG, Simancas-Mendoza W, Edelman AB3, Guerra-Palacio C, Tolosa JE, Rodríguez MI	Post-abortion and induced abortion services in two public hospitals in Colombia.	Retrospective cohort study using 2010 billing data routinely collected for reimbursement (N=1353 procedures). We utilized descriptive statistics, multivariable logistic regression and predicted probabilities.	Adolescents made up 22% of the overall sample (300/1353). Manual vacuum aspiration was used in one-third of cases (vs. sharp curettage). Adolescents had lower odds of documented PAC (vs. induced abortion) compared with women over age 20 (OR=0.42; 95% CI=0.21-0.86). The absolute difference of service type by age, however, is very small, controlling for hospital site and procedure type (.97 probability of PAC for adolescents compared with .99 for women 20 and over). Regardless of age, PAC via sharp curettage is the current standard in these two public hospitals.	Both adolescents and women over 20 are in need of access to legal abortion services utilizing modern technologies in the public sector in Colombia. Documentation of abortion care is an essential first step to determining barriers to access and opportunities for quality improvement and better health outcomes for women.		Contraception. 2014 Jul;90(1):36-41. doi: 10.1016/j.contraception.2014.03.004. Epub 2014 Mar 12.
COLOMBIA	Mara Viveros-Vigoya Franklin Gil Hernández	Educators, advisors, therapists? Youth, sexuality, and social intervention. 2006	Abstract : Sexual and reproductive health programs directed at youth have a recent history, related to international politics, especially the International Conference on Population and Development in Cairo, which in 1994 recommended specific services for adolescents and proposed to reduce substantially the pregnancies in this social group. This effort is an opportunity to consider young people as citizens with rights, or also as new clients and health consumers. In this article, we analyze how this conflict is			http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/22.pdf	

PAIS	AUTOR	TITULO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
					addressed in the Sexual and reproductive health programs, and the limits and range of the mediating role played by civil employees who carry out health interventions, specially when they enter into relationships with other agents of socialization of adolescents (fathers, mothers, educators, etc.), but also with the public health system. In this field we identified the predominant perspectives of social intervention that seeks to direct and structure the possible field of action of youth in sexual matters. These perspectives emphasize individual responsibility in relation to self care and articulate very well with the effective model of health, based on market rationality.		
COLOMBIA	Iván F. Muñoz-Echeverri, Camilo Noreña-Herrera, Beatriz E. Londoño y Carlos A. Rojas-Arbeláez	Morbidity and risk behavior regarding street-children in Medellin, Colombia, 2008	This was a descriptive, retrospective study. The medical charts of children aged less than 17 who sought medical attention in five protection institutions in Medellin during 2008 were reviewed. The analysis included descriptive statistics and bivariate analysis. Age was categorised into two groups: boys/girls (0-12 years) and adolescents (13-17 years).	The following characteristics were found after reviewing 483 medical charts: being male (73.1 %), adolescent (73.1 %) and living in the streets (44.7 %). The most common diagnoses were for infectious and parasite illnesses (21.8 %), factors that affected health status and contact with health services (13.7 %), respiratory diseases (11.8 %). A total of 81.0 % of all children were engaged in psychoactive substance abuse, smoking marijuana being the most common (80.0 %); 84.0 % reported engaging in sexual activity.	Infectious diseases, sexual activity and using psychoactive substances placed this population in a high vulnerability category. This situation demands that local health-policy makers guarantee this population's constitutional right to health, through health-promotion programmes and sexual and reproductive health strategies to prevent disease and psychoactive substance abuse	http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n2/v13n2a03.pdf	
COLOMBIA	Elvinia Pinilla G; Clara M. Forero B; María C. Valdivieso C	Sexual and reproductive health services according to adolescents boys (Bucaramanga,	qualitative ethnographic study, using a strategy of discussion groups. We used informal discussions, interviews	Despite the cultural and socioeconomic differences, young people are consistent in their perceptions, needs and expectations about sexuality and SRH	It is apparent invisibility of the SSR and the perception of unfavorable, from the experience of those who	http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a07.pdf	

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
		Colombia)	and focal point. Was selected by a convenience sample of male adolescents in Bucaramanga, 2-6 strata, from public and private institutions, and school, between 13 and 18 years, with a total of 52 participants and 7 focus groups.	services. The final analysis showed four categories: service experiences srr, srr ideal services, pornography and sexuality.	know her. Nevertheless, adolescents need to consider this type of service. This research leads to reflection on the ignorance of young boys from their being, their feelings and their wish to be		
CHILE	M. Ximena Luengo Charath, Teresa Millán Klüsse, Ana J. Zepeda Ortega, Marcia Tijero Méndez	and programmes on responsible	Stratified sample of 368 adolescents from low-income and high teenager's pregnancy rate communities in Santiago, Chile. A self-administered, anonymous and confidential survey asked about knowledge, use of services and friendly care characteristics.	52.9% of respondents knew of SRH care and from these, 22.1% had used it. Predictors for service use were: being female, been dating a boyfriend/girlfriend, having received sex education at home and not living with parents. Most participants positively evaluated the SRH service. Reasons for not seeking SHR care were: no need it, embarrassment to consult and lack of information on this type of care availability	Low percentage of school adolescents demand SRH attention. The care provided in the public system is well evaluated. Teens who demand professional attention to solve SHR needs are: women, who are in a relationship and those who have received sex education at home. Furthermore, no need for care, embarrassment and lack of information are factors that affect the consultation	http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n6/art03.pdf	
CHILE	Ester Valenzuela	sexuality in Argentina	Review : Abstract : Adolescents face cultural and institutional obstacles when visiting health care services searching for sexual and reproductive			http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v	

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
	Rivera y Lidia Casas Becerra			health care. Youngsters who consider themselves at risk for HIV/AIDS undergo discrimination due to socioeconomic reasons, and their right to health care access is infringed under a confidential framework. The principle of progressive autonomy and the evolution of their faculties is ignored. The International Convention for Child's Rights, ratified by Chile, provides a legal framework for dialogue and for a new relationship between adolescents with their family, the State and society, establishing a new paradigm to consider infants and adolescents as subjects to rights.			13n2/art08.pdf
CHILE	Electra González, Temístocles Molinab, Adela Montero, Vania Martínez, Ramiro Molina	Factors associated with maintenance of contraception among adolescents. 2009	A cohort of 2,811 adolescents, who confidentially requested contraception in a sexual and reproductive health university center from 1990 to 2006 was analyzed. Two years after the request, their clinical records were reviewed to determine the time and length of contraception. Using life table analysis, the variables related to continuation or discontinuation of contraception were identified.	Factors associated with a longer contraceptive use were a lower age at the moment of initiating the method, a better academic achievement and aspirations, higher schooling of the partner, higher age of the mother, having an adolescent mother, supervision of permissions by people different than parents and not attending to religious services. Variables associated with a higher risk for abandonment were a higher age of the adolescent, greater number of sexual partners, lack of communication with parents, non-catholic religious affiliation, use of oral hormonal contraceptive, greater number of siblings, commenting sexual issues with relatives or friends, having a partner without academic activity or	Several personal, familial and environmental factors influence contraceptive use continuity among adolescents	http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n9/art07.pdf	

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
				working and to live without parents			
CUBA	Aida Rodríguez Cabrera, Giselda Sanabria Ramos, Luisa Álvarez Vázquez, Ana M. Gálvez González, Ileana Castañeda Abascal, Nereida Rojo Pérez	Social management for improving the sexual and reproductive health of adolescents. 2008.	Review/ Abstract: The topic of adolescents' sexuality is of great importance at present and the approach to this issue represents a great challenge, therefore, it is required to develop and update managerial capacities towards a more efficient and effective management of Sexual and Reproductive Health services and programs aimed at this group. The objective of the present article is to provide theoretical and instrumental elements on social management of sexual and reproductive health of adolescents. This article includes a literature review on this topic and the experience gained by the authors in several diploma's courses given at different settings throughout the country. It underlined the role of social management in the construction of social relationship spaces and institutional linkings focused on the society, the regions and the communities. The social management in each setting should be oriented to solving problems faced in every setting through the use of techniques and resources suitable to each situation, with a comprehensive and unified approach that addresses all the aspects to be changed. Adolescence is the perfect stage of life to promote changes and introduce values that assure adequate health condition and social behaviour in the adulthood, so in this regard, a properly oriented social management may contribute to achieving highly relevant positive changes. All this means that the investments made on these adolescents today will yield huge revenues for several generations to come.			http://www.scielo.org/pdf/rcsp/v34n3/a10v34n3.pdf	
ECUADOR	Goicolea I, Coe AB, Hurtig AK, San Sebastian M.	Mechanisms for achieving adolescent-friendly services in Ecuador: a realist evaluation approach.	The aim of this study was to explore the mechanisms that triggered the transformation of an 'ordinary' health care facility into an AFS in Ecuador. For this purpose, a realist evaluation approach was used in order to analyse three well-functioning AFSs. Information was gathered at the national level and from	The results highlighted that the development of the AFSs was mediated by four mechanisms: grounded self-confidence in trying new things, legitimacy, a transformative process and an integral approach to adolescents. Along this process, contextual factors at the national and institutional levels were further explored.	The Ministry of Health of Ecuador, based on the New Guidelines for Comprehensive Care of Adolescent Health, has started the scaling up of AFSs. Our research points towards the need to recognise and incorporate these mechanisms as part of the implementation	Glob Health Action. 2012;5. doi: 10.3402/gha.v5i0.18748. Epub 2012 Jul 30	

PAIS	AUTOR	TITULO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
			each of the settings including: (i) statistical information and unpublished reports; (ii) in-depth interviews and focus group discussions with policy makers, health care providers, users and adolescents participating in youth organisations and (iii) observations at the health care facilities. Thematic analysis was carried out, driven by the realist evaluation approach, namely exploring the connections between mechanisms, contexts and outcomes.		strategy from the very beginning of the process. Although contextually limited to Ecuador, many mechanisms and good practices in these AFS may be relevant to the Latin American setting and elsewhere.		
GUATEMALA	Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF, Barrios Matta IJ, Sommen C, Baide Diaz EL, Fong HR, Arathoon EG.	Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. 2005	All pregnant women reporting to the maternity of a major tertiary care public hospital in Guatemala City from June 1st to September 30th, 2006 were invited to participate in this cross-sectional study. The admitting physician assessed occurrence of miscarriage, defined as involuntary pregnancy loss up to and including 28 weeks gestation. Data	IPV affected 18% of the 1897 pregnant Guatemalan women aged 15-47 in this sample. Verbal IPV was most common (16%), followed by physical (10%) and sexual (3%) victimisation. Different forms of IPV were often co-prevalent. Miscarriage was experienced by 10% of the sample (n = 190). After adjustment for potentially confounding factors, physical or sexual victimisation by a male intimate partner in the last	Physical and sexual IPV is associated with miscarriage in this Guatemalan facility-based sample. Results cohere well with findings from population-based surveys. IPV should be recognised as a potential cause of miscarriage. Reproductive health services should be used to	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150323/pdf/1471-2393-11-49.pdf	Johri et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2011, 11:49

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
			on IPV, social and demographic characteristics, risk behaviours, and medical history were collected by interviewer-administered questionnaire. Laboratory testing was performed for HIV and syphilis. The relationship between IPV and miscarriage was assessed through multivariable logistic regression.	12 months was significantly associated with miscarriage (ORadj 1.1 to 2.8). Results were robust under a range of analytic assumptions.	screen for spousal violence and link to assistance.		
JAMAICA	Lewis-Bell K, Luciani S, Unger ER, Hariri S, McFarlane S, Steinau M, Prieto-Lara E, Vicari AS, Irons B, Lewis MJ, Andrus JK.	Genital human papillomaviruses among women of reproductive age in Jamaica	This was a cross-sectional study that took place in April-July 2010 with 852 sexually-active women, 16-49 years of age, who had attended a selected public or private primary health clinic in one of Jamaica's four health authority regions. Sociodemographic data was collected from each participant by trained study staff. Each participant had a gynecological examination that included a clinical Pap test and a cervical sample for HPV	HPV DNA was detected in 460 of the 852 women (54.0%). Oncogenic HPV was detected in 297 women (34.9%) and HPV types 16/18 were found in 86 women (10.1%). The most frequently occurring HPV types were: 16 (6.2%); 35 (6.0%); 62 and 83 (5.5%); 61 and 58 (5.4%); 84 (4.7%); 18 (4.3%); and, 66 and 81 (4.2%). HPV prevalence was highest among women who were single, young (16-19 years), and had had more than three sexual partners in their lifetime.	These results, coupled with high rates of cervical cancer, support introducing HPV vaccines while maintaining and strengthening cervical cancer screening services. Policy decision-making that reflects these results is instrumental to establishing a comprehensive cervical cancer program in Jamaica.	http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v33n3/a01v33n3.pdf	Rev Panam Salud Publica. 2013 Mar;33(3):159-65

PAIS	AUTOR	TITULO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
			detection and typing-performed using the Research Use Only Linear Array (LA) genotyping assay (Roche Diagnostics Corp., Indianapolis, Indiana, United States). Overall and type-specific prevalence of HPV infection was calculated for 37 HPV types included in the LA genotyping assay				
JAMAICA	Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R	Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. 2014	Abstract : A recent Jamaican school-based survey revealed that 23.1% of 13-15 year-olds, had attempted suicide one or more times during the last 12 months. Research that links adolescent pregnancy and suicidal behaviour is lacking in Jamaica. Psychological distress and suicidal behaviours amongst pregnant adolescents elsewhere in the Americas has been documented at prevalence of between 13.3%-20%. The purpose of the study was to explore the experiences and the impact of pregnancy on pregnant adolescent psychological health. Individual interviews and focus groups were conducted with adolescents in two Jamaican antenatal clinics. One clinic was designed as a 'Teen Pregnancy Clinic' and the other used the standard antenatal clinic design. The following themes were identified: decision-making, resilience, social support, community support system, distress, and perceptions of service. Participants reported positively on the specific interventions tailored to their needs at the Teen Clinic. Although motherhood is valued, none of the pregnancies in this study were planned by the mother. Of the 30 adolescents interviewed, seven cases were referred for counseling due to their need for emotional and psychological support. One of the adolescents reported recent sexual violence and another reported having experienced childhood sexual abuse. Historically, Jamaican adolescent mothers faced barriers to education, self determination, and family planning. Empowering, adolescent-centred healthcare and comprehensive reproductive health education may mitigate psychosocial distress.			http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4053888/pdf/ijerph-11-04729.pdf	Int J Environ Res Public Health. 2014 Apr 30;11(5):4729-44. doi: 10.3390/ijerph110504729.
MÉXICO	Galván González FG,	Characteristics of young women	We examined data on reproductive health	Numbers of births per 1,000 women aged 15 to	Despite geographic proximity, similar	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc	Prev Chronic Dis. 2008

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
	Mirchandani GG, McDonald JA, Ruiz M, Echegollen Guzmán A, Castrucci BC, Gossman GL, Lewis KL.	who gave birth in the US-Mexico border region, 2005: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health.	characteristics collected in hospitals from 456 women aged 24 years or younger who gave birth from August 21 through November 9, 2005, in Matamoros, Tamaulipas, Mexico, and Cameron County, Texas. We calculated weighted percentages and 95% confidence intervals (CIs) for each characteristic and adjusted odds ratios (AORs) for Matamoros and Cameron County women by using multiple logistic regression techniques.	19 years and 20 to 24 years were similar in the 2 communities (110.6 and 190.2 in Matamoros and 97.5 and 213.1 in Cameron County, respectively). Overall, 38.5% of women experienced cesarean birth. Matamoros women reported fewer prior pregnancies than did Cameron County women and were less likely to receive early prenatal care but more likely to initiate breastfeeding. Few women smoked before pregnancy, but the prevalence of alcohol use in Cameron County was more than double that of Matamoros. In both communities combined, 34.0% of women used contraception at first sexual intercourse.	ethnic origin, and comparable birth outcomes, young Mexican and US women showed different health behavior patterns. Findings suggest possible pregnancy prevention and health promotion interventions.	/articles/PMC2578766/	Oct;5(4):A120. Epub 2008 Sep 15.
Nicaragua.	Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus AJ.	Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a	A quasi-experimental intervention study was performed in which 28,711 vouchers that gave free access to SRHC in 20 health centers, were distributed to adolescents. To evaluate the impact,	Voucher receivers had a significantly higher use of SRHC compared with nonreceivers, 34% versus 19% (adjusted odds ratio, 3.1; 95% confidence interval, 2.5-3.8). The highest influence was seen among respondents at	The voucher program succeeded in increasing access to SRHC for poor and underserved girls. The needs of adolescents were met with a relatively simple intervention through existing		J Adolesc Health. 2006 Jan;38(1):56

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
		quasi-experimental intervention study	community sampling took place in markets, neighborhoods, and outside schools where self-administered questionnaires were distributed. The study comprised a random sample of 3,009 female adolescents, ages 12 to 20 years old, 904 voucher receivers and 2,105 nonreceivers. Their use of SRHC, and knowledge and use of contraceptives and condoms were measured.	schools, where use was 24% relative to 6% in nonreceivers (adjusted odds ratio, 5.9; 95% confidence interval, 3.7-9.5). Voucher receivers answered significantly more questions correctly that were related to knowledge of contraceptives and sexually transmitted infections than nonreceivers. At schools, sexually active voucher receivers had a significantly higher use of modern contraceptives than nonreceivers, 48% versus 33% (adjusted odds ratio, 2.3; 95% confidence interval, 1.2-4.4); and in neighborhoods, condom use during last sexual contact was significantly greater among voucher receivers than nonreceivers (adjusted odds ratio, 2.5; 95% confidence interval, 1.4-4.5).	health facilities. Many adolescents appeared willing to protect themselves against the risks of sexual intercourse. This suggest that access to SRHC can play an important role in changing youth behavior and increase the use of contraceptives and condoms		
NICARAGUA	Meuwissen LE, Gorter AC, Kester AD, Knottnerus JA.	Does a competitive voucher program for adolescents improve the	28,711 vouchers were distributed to adolescents in disadvantaged areas of Managua that gave free-of-charge access	Some aspects of service quality improved during the voucher program. Before the program started 8 of the 16 SPs returned 'empty handed',	This study illustrates provider-related obstacles adolescents often face when requesting	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1559604/	BMC Public Health. 2006 Aug 7;6:204.

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
NICARAGUA	Meuwissen LE,	Can a quality of reproductive health care? A simulated patient study in Nicaragua. August 2006.	to SRH care in 4 public, 10 non-governmental and 5 private clinics. Providers received training and guidelines, treatment protocols, and financial incentives for each adolescent attended. All clinics were visited by female adolescent SPs requesting contraception. SPs were sent one week before, during (with voucher) and one month after the intervention. After each consultation they were interviewed with a standardized questionnaire. Twenty-one criteria were scored and grouped into four categories. Clinics' scores were compared using non-parametric statistical methods (paired design: before-during and before-after). Also the influence of doctors' characteristics was tested using non-parametric statistical methods.	although all were eligible contraceptive users. During the program 16/17 left with a contraceptive method (p = 0.01). Furthermore, more SPs were involved in the contraceptive method choice (13/17 vs.5/16, p = 0.02). Shared decision-making on contraceptive method as well as condom promotion had significantly increased after the program ended. Female doctors had best scores before- during and after the intervention. The improvements were more pronounced among male doctors and doctors older than 40, though these improvements did not sustain after the program end	contraception. The care provided during the voucher program improved for some important outcomes. The improvements were more pronounced among providers with the weakest initial performance. Shared decision-making and condom promotion were improvements that sustained after the program ended. The SP method is suitable and relatively easy to apply in monitoring clinics' performance, yielding important and relevant information. Objective assessment of change through the SP method is much more complex and expensive.	http://onlinelibrar	Trop Med Int

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
	Gorter AC, Kester AD, Knottnerus JA.	comprehensive voucher programme prompt changes in doctors' knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America.Jun. 2006	The voucher programme provided free access to SRH-care for adolescents. Doctors received training and guidelines on how to deal with adolescents, a treatment protocol, and financial incentives for each adolescent attended. To evaluate the impact of the intervention on doctors, nearly all participating doctors (n = 37) were interviewed before the intervention and 23 were interviewed after the intervention. Answers were grouped in subthemes and scores compared using nonparametric methods.	disclosed deficiencies in doctors' knowledge, attitudes and practices relating to adolescent SRH-issues. Gender and age of the doctor were not associated with the initial scores. Comparing scores from before and after the intervention revealed significant increases in doctors' knowledge of contraceptives (P = 0.003) and sexually transmittable infections (P < 0.001); barriers to contraceptive use significantly diminished (P < 0.001 and P = 0.003); and some attitudinal changes were observed (O = 0.046 and P = 0.11). Doctors became more aware of the need to improve their communication skills and were positive about the programme	provider related barriers that adolescents in Nicaragua may face and reinforces the importance of focusing on the quality of care and strengthening doctors' training. Participation in the voucher programme resulted in increased knowledge, improved practices and, to a lesser extent, in changed attitudes. A competitive voucher programme with technical support for the participating doctors can be a promising strategy to prompt change.	y.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2006.01632.x/pdf	Health. 2006 Jun;11(6):889-98.
NICARAGUA	Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus JA.	Perceived quality of reproductive care for girls in a competitive voucher programme. A quasi-experimental intervention	A community-based quasi-experimental intervention study from 2000 to 2002. Distribution of 28,711 vouchers giving adolescents free-access to SRH care in 19 clinics; training and support for health care	User satisfaction was significantly higher in users-with-voucher compared with users-without-voucher [Adjusted odds-ratio (AOR) = 2.2; 95% confidence interval (95% CI) = 1.2-4.0]. Voucher use was associated with	Voucher use by teenage girls was associated with a better perceived SRH care. This is an important result, given the crucial role user satisfaction plays in adoption and continued use	http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/18/1/35.full.pdf	Int J Qual Health Care. 2006 Feb;18(1):35-42. Epub 2006 Jan 18.

PAÍS	AUTOR	TITULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	LINKS	REFERENCIAS
		study, Managua, Nicaragua. Feb. 2006	providers.A random sample of 3009 girls from 12 to 20 years completed self-administered questionnaires: 700 respondents had used this care in the last 15 months, 221 with voucher (users-with-voucher) and 479 without voucher (users-without-voucher).	more frequent satisfaction with clinic reception, especially among sexually active girls not yet pregnant or mother (AOR = 6.9; 95% CI = 1.5-31.8). The clarity of doctors' explanations was not perceived differently (AOR = 1.4; 95% CI = 0.9-2.2). User satisfaction was highly correlated to satisfaction with clinic reception and clarity of doctors' explanations (P < 0.001). Longer consultation times, shorter waiting times, older age, and having a female doctor positively influenced user satisfaction.	of health care and contraceptives. Though more research is needed, confidential and guaranteed access appear key factors to voucher success.		
PERÚ	Guerrero R	The criminalization of sexual relations between or with adolescents and its impact on the exercise of their sexual and reproductive rights	Abstract : This article analyzes the impact of the decree 28704, issued in 2006, on the Peruvian society. This Law states that all sexual relations between the age of 14 and an age younger than 18, whether consented or not, shall be considered rape, thus criminalizing adolescent sexuality and making preventive reproductive health services illegal. This decision was made disregarding the legal frameworks which recognize and protect sexual and reproductive rights, the needs of adolescents regarding sexuality, as well as its impact on public health issues. In 2012, this Law was declared unconstitutional. The enforcement of this sentence shall enable the implementation and improvement of public sexual education policies and the access to quality health care. An effort to create more effective laws to protect adolescents from sexual violence must be made			http://www.scielo.org/pdf/rpmes/v30n3/a21v30n3.pdf	Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013 Jul;30(3):500-5.