

ARTÍCULO

Fuera del establecimiento de salud: empoderando a las personas jóvenes mediante el programa Proveedores Pares de Jóvenes en Ecuador y Nicaragua

Claire Tebbets ^a, Dee Redwine ^b

- a Funcionaria Principal del Programa de Aprendizaje, Planned Parenthood Global, Planned Parenthood Federation of America, New York, NY, EE.UU. Correspondence: claire.tebbets@ppfa.org
b Directora Regional, América Latina, Planned Parenthood Global, una división de Planned Parenthood Federation of America, Miami, FL, EE.UU.

Resumen: *En América Latina existen altas tasas de embarazo y de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Los servicios tradicionales de salud no atienden las necesidades de salud de las personas jóvenes, quienes necesitan acceso a información y servicios de salud adaptados a sus necesidades y así poder tomar decisiones informadas y saludables. Para eliminar las barreras a estos servicios vitales de salud sexual y reproductiva, Planned Parenthood Global, una división de Planned Parenthood Federation of America, creó el modelo Proveedores Pares de Jóvenes, que empezó a aplicarse en Latinoamérica a comienzos de la década de los noventa. El modelo va más allá de la educación de pares al capacitar a proveedores de personas jóvenes menores de 20 años para que suministren a sus pares: condones, píldoras anticonceptivas orales, anticoncepción oral de emergencia, anticonceptivos inyectables e información sobre salud sexual y reproductiva. Los pares, quienes tienen mayores necesidades de las que los proveedores puedan atender, reciben referencias a profesionales de la salud que ofrecen servicios acogedores para la juventud. Los resultados de una encuesta revelan un alto nivel de uso de anticonceptivos entre las personas jóvenes atendidas por Proveedores Pares de Jóvenes: el 98% de las personas encuestadas que mantiene relaciones sexuales y desea evitar embarazos manifestaron continuar con el uso de anticonceptivos por lo menos cinco años después de haberse inscrito en el programa. Entre los resultados de las evaluaciones cualitativas del programa se destaca en los participantes una mayor autoestima, mejores habilidades de comunicación y toma de decisiones, relaciones cercanas con amistades y familiares, más interés en la escuela, entendimiento de la responsabilidad en relaciones y otros resultados positivos.* © 2016 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: adolescentes y jóvenes, programas e intervenciones a nivel comunitario, anticoncepción, educación entre pares.

En todo el mundo, los jóvenes enfrentan obstáculos para poder ejercer sus derechos humanos incluyendo, entre ellos, su derecho a la salud sexual y reproductiva¹⁻³. Anualmente, dieciséis millones de mujeres jóvenes cuyas edades oscilan entre los 15 y los

19 años dan a luz; en esa cifra están comprendidas dos millones de latinoamericanas^{4,5}. En el 2008, el 95% de los nacimientos en madres jóvenes de 15 a 19, ocurrió en países de ingresos medios y bajos.⁵ En el 2005, aproximadamente el 60% de todas las infecciones de

transmisión sexual se detectaron en jóvenes cuyas edades se encuentran entre los 15 y los 24 años⁶. En el 2004, dos tercios de los abortos practicados en condiciones de riesgo en los países en desarrollo lo sufrieron mujeres que tenían entre 15 y 30 años, y el 14% en mujeres menores de 20⁷. Sin embargo, en el 2007, solo la mitad de las jóvenes sexualmente activas de América Latina que no querían quedar embarazadas, empleaban algún método anticonceptivo moderno⁸.

Los obstáculos que impiden que las personas jóvenes tengan acceso a la información y a la atención de salud se debe precisamente a su edad. Si bien es cierto que muchos jóvenes tienen fácil acceso a la información a través de Internet, otros jóvenes que viven en países de ingresos medios y bajos, especialmente los que viven en zonas rurales o en barriadas urbanas, no cuentan con esa facilidad y, con frecuencia, no saben dónde encontrar información o servicios. No creen en la confidencialidad de los servicios en los centros de salud o que los tratarán bien, ni tampoco en que el personal comprenderá o atenderá sus necesidades. El transporte hacia los centros de salud y el costo de los servicios, además, pueden estar totalmente fuera de su alcance. Por otro lado, la desaprobación de parte de la comunidad de la actividad sexual de los jóvenes crea mayores barreras^{5,9,10}.

Como resultado de esta situación, se hace necesaria la información y servicios que ayuden a los jóvenes a tomar decisiones informadas y saludables y a evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual^{1,3,11-13}. Además, los jóvenes deberían tener acceso a la gama de métodos anticonceptivos; la Organización Mundial de la Salud no excluye a los adolescentes del acceso ni el empleo de ninguno de los métodos¹⁴.

Cuando se trata de tomar decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva, los pares ejercen una gran influencia en los jóvenes¹⁵. Los estudios realizados en todo el mundo han revelado que los jóvenes que han recibido educación entre pares se jactan de haber mejorado sus conocimientos, actitudes y conductas en salud sexual y reproductiva; que los educadores sean de su misma edad y condición resulta un elemento fundamental para que el programa tenga éxito¹⁶⁻²¹. Es más probable que los jóvenes que discuten la salud sexual y reproducti-

va con sus pares desplieguen conductas positivas y más saludables que los jóvenes que lo discuten con adultos. Los jóvenes sexualmente activos también están mucho más dispuestos a discutir su salud sexual y reproductiva con sus pares que con los adultos¹⁷, y son más abiertos a tratar temas de género cuando son sus pares quienes tocan esos temas²². La educación entre pares puede aumentar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva entre jóvenes marginados en apenas tres meses¹⁶, y tiene un efecto positivo en la autoestima relacionada con la salud sexual²⁰. Todo esto conlleva a que los jóvenes se encuentren en una posición única para servir de orientadores a sus pares. Por todas las razones expuestas, Planned Parenthood Global ha desarrollado y apoyado la implementación del programa modelo Proveedores Pares de Jóvenes.

Algunos antecedentes y las actuales organizaciones ejecutoras

El programa modelo Proveedores Pares de Jóvenes se empezó a ejecutar en América Latina desde los inicios de la década de 1990. En ese momento, Planned Parenthood Global, una división de Planned Parenthood Federation of America, apoyaba programas de educación entre pares, manejados por una serie de organizaciones no gubernamentales (ONG) locales. Sin embargo, ni Planned Parenthood Global ni sus asociados advirtieron un aumento en el uso de anticonceptivos entre jóvenes. Por consiguiente, Planned Parenthood Global desarrolló el modelo de Proveedores Pares de Jóvenes y apoyó a una organización contraparte en México para que se asociara al modelo, ejecutara un programa piloto que fuera más allá de la educación tradicional entre pares y que incorporara en su programación la entrega de anticonceptivos. En los últimos 20 años, el modelo se ha ejecutado con 16 organizaciones en América Latina y ha crecido hasta ofrecer una variedad de anticonceptivos, llegando a los jóvenes de zonas de escasos recursos en toda América Latina y en partes de África. El modelo ha ido adaptándose para satisfacer las necesidades de grupos marginados que abarcan sectores formados por grupos marginales que van desde jóvenes nativos de zonas rurales, hasta jóvenes de barrios urbanos.

Actualmente, Planned Parenthood Global apoya a siete ONG en América Latina en la administración de programas de Proveedores Pares de Jóvenes para ampliar el acceso a la información y atención de salud sexual y reproductiva para jóvenes que viven en Ecuador (1), Nicaragua (1), Guatemala (2) y el Perú (3). Este artículo se concentrará en las dos organizaciones que tienen los programas de más larga duración.

En Nicaragua, la Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE) gestiona una red de centros comunitarios que ofrecen servicios de asistencia social a las mujeres desde los años 1980. En 2011, 7484 jóvenes recibieron servicios a través de su programa de Proveedores Pares de Jóvenes. La cobertura del programa abarca una considerable proporción de jóvenes sexualmente activos en las comunidades que participan en este modelo. AMNLAE proporciona métodos anticonceptivos a casi el 18% de los adolescentes de estas comunidades y brinda educación aproximadamente al 60%²³.

En Ecuador, CEMOPLAF (Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar) ha sido uno de los principales proveedores de servicios de planificación familiar del país desde que inició sus actividades en 1974, además proporciona servicios e información en 26 centros ubicados en 11 provincias. En 2011 CEMOPLAF atendió a 7986 jóvenes en los 21 locales de su programa. En zonas rurales y ciudades menos pobladas, el alcance del programa llega hasta al 35% de adolescentes con consejería y métodos anticonceptivos y hasta al 95% con educación. En grandes ciudades como Quito, el programa atiende al 1% o menos de los jóvenes; en estas ciudades el alcance es significativamente mayor en los sectores específicos cubiertos por el programa, pero la precisión de los cálculos se ve limitada por la escasez de datos disponibles²⁴.

Estas dos organizaciones se concentran exclusivamente en llegar a los jóvenes de bajos ingresos o marginados por otras razones. En numerosas comunidades, sobre todo en aquellas rurales y muy remotas, estas organizaciones son las únicas que les permiten a los jóvenes tener acceso a métodos anticonceptivos y, para los jóvenes urbanos de sectores desfavorecidos, también son la única fuente de servi-

cios accesibles y asequibles. Aunque es verdad que algunos jóvenes de zonas urbanas buscan servicios en el sistema de salud pública o en el sector privado, rara vez consiguen servicios que sean amigables con los jóvenes.

Modelo del programa: más allá de la educación entre pares

El modelo de este programa va un paso más allá de la educación entre pares y capacita a jóvenes menores de 20 años. Se le denomina Proveedores Pares de Jóvenes y brinda métodos anticonceptivos e información sobre salud sexual y reproductiva a pares en sus comunidades.

En Ecuador, los centros de salud de CEMOPLAF son los centros focales o centros de referencia del programa; en ellos, el personal realiza los cursos de capacitación y almacena los suministros. En Nicaragua, en las comunidades donde AMNLAE cuenta con un centro comunitario, el personal realiza esas mismas tareas. En comunidades que carecen de un centro, el personal crea un espacio aparte para la capacitación: puede ser una escuela o un centro comunitario o la casa de alguno de los Proveedores Pares de Jóvenes.

Cada programa tiene su propio personal, que incluye a los directores de programa y a los coordinadores locales. Los directores de programa supervisan las operaciones desde la sede central de las organizaciones y visitan con regularidad los otros locales para monitorear las actividades del programa, capacitar al personal, y evaluar la calidad de la atención que ahí se brinda. En cada local, uno de los coordinadores locales es responsable de seleccionar, contratar, capacitar y supervisar a los Proveedores Pares de Jóvenes y, además, realizar actividades educativas en las comunidades. En Ecuador, los coordinadores son parte del personal del centro de salud que trabaja a tiempo completo, incluyendo a las enfermeras, educadores y consejeros quienes dedican al menos la mitad de su tiempo al programa. En Nicaragua, AMNLAE emplea coordinadores a tiempo parcial. Los directores de sus programas realizan visitas de supervisión más frecuentes a los locales, a veces llegan a ser visitas mensuales, puesto que los coordinadores no son profesionales de la salud.

Los coordinadores y los Proveedores Pares de Jóvenes invitan a nuevos jóvenes para que se incorporen al programa. Ambos realizan actividades educativas en las escuelas de la localidad y en la comunidad e invitan a los jóvenes que muestran interés en involucrarse. Ambos también buscan a los jóvenes que no acuden a la escuela, valiéndose de grupos de su comunidad que agrupan a jóvenes, practican deportes y participan en las actividades comunitarias para asegurarse de que se unirán a estos grupos. Los Proveedores Pares de Jóvenes igualmente invitan a los compañeros de clase, amigos y familiares interesados en el tema. En 2011, CEMOPLAF atendió a 231 Proveedores Pares de Jóvenes, con un promedio de 12 por local. AMNLAE atendió a 198, con un promedio de 20 por local.

En la selección de Proveedores Pares de Jóvenes, los criterios prioritarios son el interés de los postulantes en ofrecer servicios e información a sus pares y su nivel de compromiso con esa tarea. Hay otros criterios como la iniciativa personal, las habilidades de contacto interpersonal y de comunicación, responsabilidad y tiempo suficiente para dedicarle a las actividades del programa. La mayoría de Proveedores Pares de Jóvenes informan que participan para aprender sobre la salud sexual y reproductiva y para ayudar a sus pares a evitar embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual. Las características demográficas de los Proveedores Pares de Jóvenes son similares a las de los jóvenes a quienes atienden. Los Proveedores Pares de Jóvenes de menos edad suelen atender a adolescentes menores, en tanto que los mayores orientan a adolescentes de mayor edad. Siguiendo el mismo criterio, los proveedores pares varones de chicos se encargan con más frecuencia de orientar a sus pares masculinos; las chicas atienden a sus pares femeninas. Gracias a este enfoque, ambas organizaciones mantienen un número equilibrado en edad y familia entre los Proveedores Pares de Jóvenes para asegurarse de que estén realmente cubriendo las necesidades de las comunidades participantes.

Los coordinadores forman y supervisan a los Proveedores Pares de Jóvenes. Las dos organizaciones cuentan con manuales de capacitación estandarizados, pero el proceso se adapta a las necesidades de cada local. El protocolo

más común consiste en que los jóvenes reciben varias semanas de capacitación antes que se les entreguen condones e información básica a los pares, pero se les brinda capacitación adicional antes de ofrecerles otros métodos, como consejería y educación comunitaria.

Todos los planes de capacitación contienen módulos sobre: métodos anticonceptivos, que incluyen el mecanismo de acción, efectos secundarios y contraindicaciones; orientación y consejería sobre anticonceptivos; infecciones de transmisión sexual; procreación responsable; embarazo adolescente; sexualidad; pubertad; género; familia y violencia doméstica; autoestima; alcohol y drogas; comunicación, oratoria y técnicas para facilitar y animar el trabajo en grupo; cómo recopilar datos sobre anticonceptivos; y gestión del volumen de trabajo o del número de casos atendidos.

Se asegura la calidad de la atención de los Proveedores Pares de Jóvenes mediante cursos de actualización y supervisión dictados por los coordinadores. En Ecuador, los jóvenes sostienen reuniones semanales o quincenales. En Nicaragua se reúnen mensualmente como grupo y en el intermedio, individualmente con los coordinadores. En esos encuentros, los coordinadores de ambas organizaciones capacitan, discuten los problemas que han ido surgiendo en las sesiones de consejería, revisan los registros de anticonceptivos para controlar el volumen y el seguimiento y renuevan el stock de anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos se entregan gratuitamente a los Proveedores Pares de Jóvenes. Ellos también reciben una mínima retribución monetaria, así como casacas, gorros u otras prendas de vestir del programa. Algunos locales les ofrecen capacitación laboral o les dan préstamos semilla para financiar actividades que les generen ingresos. Estos incentivos son indispensables para conservarlos en el programa.

Servicios brindados 2007–2011

En Ecuador, los Proveedores Pares de Jóvenes de CEMOPLAF brindaron servicios con anticonceptivos a 27 418 jóvenes entre 2007 y 2011. El Cuadro 1 muestra la segmentación demográfica de estos jóvenes. En 2011, cada proveedor par de jóvenes atendía a 48 de sus

pares en promedio (en un rango de 24 a 119). En Nicaragua, los Proveedores Pares de Jóvenes de AMNLAE atendieron a 28 088 jóvenes entre 2007 y 2011. En 2011, cada uno de ellos atendió en promedio a 37 pares (en un rango de 15 a 60).

Todos los Proveedores Pares de Jóvenes ofrecen condones y píldoras anticonceptivas, enfatizando la importancia de los condones para la prevención de infecciones de transmisión sexual. En varios locales del programa, se capacita a los Proveedores Pares de Jóvenes para que ofrezcan anticonceptivos inyectables y deriven a los pares para que se los apliquen. En CEMOPLAF, también ofrecen anticoncepción de emergencia. Todos los métodos ofrecidos están disponibles en farmacias sin receta médica. Cuando se formula consultas a los Proveedores Pares de Jóvenes, más allá de su experticia, refieren a sus pares a profesionales médicos; los coordinadores supervisan la calidad de la atención. Los Proveedores Pares de Jóvenes reciben de los coordinadores una lista de precios sugeridos para los distintos métodos anticonceptivos. Los precios siempre son más bajos en comparación con los de productos ofrecidos en farmacias o en clínicas privadas, aunque las estructuras de precios varían de acuerdo a la organización y al local. Cuando los jóvenes no pueden pagarlos, se entregan los métodos gratuitamente.

Cuadro 1. Características demográficas de jóvenes usuarios de anticonceptivos 2007-2011

	CEMOPLAF	AMNLAE
10–19 años de edad	98%	100%
20–24 años de edad	2%	0%
Mujeres	36%	46%
Hombres	64%	54%
Urbano	92%	93%
Rural	8%	7%
Solteros/as	93%	89%
Conviven con su pareja	8%	11%
Acuden a la escuela	93%	83%
No están en la escuela actualmente	7%	17%

Los Proveedores Pares de Jóvenes no van en busca de sus pares para ofrecerles los métodos

anticonceptivos. Ellos se ponen a disposición de sus pares como un referente en quien pueden confiar, se presentan en las clases y reuniones comunitarias y los jóvenes interesados se les acercan.

“A pesar de que soy padre, yo no comprendía las responsabilidades que acarrearía la paternidad [hasta que me uní al programa juvenil]. Yo creía que se trataba de tener sexo y nada más. Cuando la que hoy es mi esposa me dijo que tendríamos un hijo, me sorprendí y no supe cómo asumir esa responsabilidad. Busqué apoyo y orientación, pero no había quién me los diera en mi familia. No les podía decir porque si no, ¿qué habrían pensado de mí? Pensé que si se lo contaba a mis amigos me harían sentir mal. Al final, llamé a mi amigo de CEMOPLAF y se lo dije muy avergonzado. Me gustó la forma como empezó a aconsejarme. Poco a poco, me ayudó a comprender y a reconocer mis responsabilidades... y eso me hizo una mejor persona” (Cliente masculino del programa, 18 años de edad).

Los Proveedores Pares de Jóvenes llevan métodos anticonceptivos en sus mochilas y se reúnen con sus pares en cualquier momento y lugar que les resulte conveniente; frecuentemente, es en la jornada escolar o en los lugares donde practican el fútbol o en casa de alguno de ellos. Les dan amplia información sobre las opciones que hay en materia de anticonceptivos, incluyendo sus ventajas y desventajas y la forma cómo actúan, también les hablan de la prevención de infecciones de transmisión sexual en una forma adecuada para su edad y su nivel cultural. Cuando los jóvenes eligen un método, se les examina para ver si no hay contraindicaciones en su caso y reciben información adicional y, en esa misma cita, reciben el suministro para el primer mes. Hay un seguimiento, al menos mensual, cualquiera sea el método elegido. Numerosos proveedores pares de jóvenes reportan que ven todos los días, en la escuela o en el barrio, a los jóvenes que ellos atienden. En las visitas de seguimiento, muchos proveedores pares de jóvenes preguntan si con el método hay efectos secundarios, confirman que estén usándolo correctamente, responden preguntas y los vuelven a surtir del método que están usando. Las visitas iniciales

pueden durar hasta media hora o más, dependiendo de los conocimientos que ya tenga el/la joven. Las visitas de seguimiento pueden durar unos pocos minutos para responder preguntas o inquietudes. Los Proveedores Pares de Jóvenes generalmente se reúnen con sus pares individualmente, aunque a veces su pareja esté presente.

Cuando los pares formulan consultas que superan el nivel de preparación de los Proveedores Pares de Jóvenes, los derivan a profesionales de la salud. En Ecuador, los jóvenes son derivados a los centros de salud de CEMOPLAF donde hay personal capacitado en brindar servicios acogedores para personas jóvenes. Ellos tratan sobre las necesidades específicas de los jóvenes, reconocen su derecho a la información, a tomar sus propias decisiones y a disfrutar su sexualidad de forma saludable. Los centros de salud que brindan un trato amigable a los jóvenes, ofrecen horarios y lugares convenientes, cómodos y espacios apropiados para su edad, así como procedimientos administrativos que ellos puedan manejar. El personal trata a los jóvenes con confianza y respeto y mantiene la confidencialidad²⁵. En Nicaragua, los coordinadores desarrollan buenas relaciones con proveedores locales y los jóvenes son derivados donde ellos.

Generalmente, los coordinadores conducen las actividades educativas para los padres y los profesores, en tanto que los Proveedores Pares de Jóvenes dirigen las actividades para estudiantes y grupos de la comunidad. En 2011, CEMOPLAF mantuvo contacto con 50,559 miembros de la comunidad, a través de actividades de comunicación, educación e información; y AMNLAE llegó a 52,440. Todas las actividades educativas y los respectivos materiales han sido adaptados al público al que van dirigidos por su nivel de alfabetización y orígenes sociales y culturales. Los materiales contienen imágenes de pueblos de la localidad, utilizan los idiomas de esos lugares, y vinculan la salud sexual y reproductiva con los temas locales relevantes.

“Gracias a CEMOPLAF, mi hijo no se casó tan pronto como lo hicieron sus otros hermanos... Otra hubiera sido mi vida si yo hubiera tenido condones y píldoras cuando era joven... Mi hijo [el menor] sí está enterado de los condo-

nes, porque si no lo estuviera, ya se habría casado... Él quiere trabajar y estudiar, y solo entonces, más adelante, quiere casarse. Yo hubiera querido que mis otros seis hijos pensarán así” (Padre).

Las actividades están diseñadas para satisfacer las necesidades de la comunidad. En zonas urbanas se realizan en escuelas, centros comunitarios o estadios de fútbol; en zonas rurales, en los mercados de la localidad, en eventos donde se brindan servicios a la comunidad o en los hogares. Las actividades incluyen talleres para jóvenes en la escuela, capacitación para maestros, grupos de debate para padres, visitas de puerta en puerta, quioscos educativos en los eventos de la comunidad, servicios de extensión en los juegos deportivos o eventos de servicio a la comunidad, teatro de calle, exhibiciones de baile y funciones de títeres. La mayoría de actividades se realiza para grupos pero los Proveedores Pares de Jóvenes también ofrecen educación para pequeños grupos o incluso educación individual. Las organizaciones utilizan la programación radial para llegar a públicos más numerosos; los jóvenes graban y difunden avisos de servicio público y segmentos cortos acerca de la salud sexual y reproductiva. En Ecuador, donde la tecnología móvil no es cara y está muy difundida, CEMOPLAF emplea tecnologías móviles o computarizadas. Los y las jóvenes pueden enviar mensajes de texto, correos electrónicos o hacer llamadas al personal capacitado para que les respondan preguntas apremiantes. Además, la organización ha utilizado salas de chat en línea y redes sociales para difundir información.

Las organizaciones hacen que los Proveedores Pares de Jóvenes participen en campañas de promoción y defensa. En Nicaragua, AMNLAE coordinó con los jóvenes para que participaran en las cumbres locales y nacionales y, de esta manera, aseguraran su representación en el diálogo político. En Ecuador, los Proveedores Pares de Jóvenes de Latacunga recibieron amplia capacitación sobre derechos humanos y participaron en un intercambio virtual de defensores de las personas jóvenes de todo el mundo.

Desafíos y lecciones aprendidas

Como ocurre con todos los programas modelo, siempre hay desafíos que enfrentar. Uno



Flavio lleva en su mochila condones y píldoras anticonceptivas en su visita a una comunidad rural.

Paola (R) aconseja a una joven madre sobre las opciones anticonceptivas.



Silvia comparte sus conocimientos sobre píldoras anticonceptivas con Proveedores Pares de Jóvenes durante una capacitación.



Mariana y Gema participan en un taller de prevención de VIH conducido por Proveedores Pares de Jóvenes.



de los principales retos es la sostenibilidad, considerando que los servicios se brindan gratuitamente o a precios muy reducidos. En CEMOPLAF, el programa juvenil atrae a nuevos clientes a los centros de salud, generando ingresos para cubrir costos del programa, y los gastos se integran en los presupuestos del centro de salud. AMNLAE proporciona préstamos a los locales para que pongan en marcha pequeños negocios que compensan algunos costos, que en realidad son muy pocos. Algunos locales han instalado negocios que podían ser desde cafés con internet hasta librerías de libros usados, atendidos por Proveedores Pares de Jóvenes. Las ganancias netas se invierten en el programa. La experiencia ha demostrado que la sostenibilidad es más viable en una organización de ese tipo que, como CEMOPLAF, puede generar ingresos a través del programa.

Es vital conseguir el apoyo de los líderes de las organizaciones. En CEMOPLAF se logran programas muy exitosos cuando los directores de los centros de salud apoyan; en cambio, cuando los directores no lo hacen suele haber conflictos y con frecuencia decaen. Las estrategias exitosas para propiciar el apoyo, incluyen la educación acerca del programa antes de ejecutarlo, demostrando los beneficios que crea para los ingresos de los centros de salud.

Para que el programa tenga éxito es fundamental que tenga el personal apropiado. CEMOPLAF descubrió que los coordinadores que tienen mejores resultados son los que realmente le ponen mucha dedicación al trabajo con los jóvenes. Sin este nivel de compromiso, los Proveedores Pares de Jóvenes no se sienten apoyados y hay altas tasas de deserción. Las organizaciones deben lograr el equilibrio entre la sostenibilidad financiera y el personal adecuado. En la mayoría de locales de CEMOPLAF, los coordinadores tienen otras responsabilidades fuera de las del programa. Por ende, muchos informan que no tienen suficiente tiempo para cumplir con todas sus responsabilidades. En los locales de AMNLAE, los coordinadores trabajan a tiempo parcial por lo limitado de los presupuestos y el personal solo tiene tiempo para actividades mensuales de capacitación. Los Proveedores Pares de Jóvenes reportan a los Coordinadores y a Planned Parenthood Global que desean tener sesiones de capacitación y reuniones más frecuentes, pero para

ello aún no encuentran soluciones que les permitan tener personal en forma sostenible. Algunas posibilidades serían las de asignar más presupuesto para personal y reorganizar las responsabilidades de los puestos de trabajo.

La rotación de Coordinadores y Proveedores Pares de Jóvenes constituye otro desafío. Los directores de programas reportan que cuando su personal deja el cargo, los Proveedores Pares de Jóvenes también dejan el programa. Similarmente, cuando los Proveedores Pares de Jóvenes se van, se pierde el seguimiento a sus pares. Ambas organizaciones se esfuerzan por lograr que los jóvenes sientan que se invierte más en el programa que en algún miembro del personal. En Nicaragua, los coordinadores entablan relaciones interpersonales con los Proveedores Pares de Jóvenes y con sus pares. Invitan a los jóvenes a participar en eventos educativos y de otro tipo, porque eso fomenta su participación. Los coordinadores en Ecuador detectaron que cuando forjan relaciones entre Proveedores Pares de Jóvenes, sus pares y el personal del centro de salud los alientan a regresar. Se necesita un poco más de esfuerzo para mejorar la continuación del programa.

El monitoreo del nivel de satisfacción de los jóvenes con respecto a los servicios y la información que reciben de los Proveedores Pares de Jóvenes, también resulta problemático, pues muchos prefieren permanecer en el anonimato. Actualmente, la mayor parte de la supervisión de Proveedores Pares de Jóvenes se hace controlando los registros de anticonceptivos y evaluando sus habilidades mediante actividades educativas. CEMOPLAF está realizando un sistema piloto en el cual los Proveedores Pares de Jóvenes les piden a los pares que respondan una encuesta anual de satisfacción. En AMNLAE, sí es posible un monitoreo adicional y *ad hoc* debido a las relaciones personales que tienen los coordinadores con los jóvenes. La experiencia ha demostrado que los coordinadores deben involucrarse en la relación, desde un inicio, sin dejar de lado la confidencialidad. Se necesitan nuevas estrategias para facilitar este proceso.

Tanto las barreras financieras como logísticas desafían la disponibilidad de los productos anticonceptivos y un suministro irregular afecta negativamente su uso. En 2008-2009, se produjo una caída estrepitosa en el volu-

men de stock en CEMOPLAF, cuando la nueva reglamentación aduanera produjo una escasez de píldoras anticonceptivas. Para el éxito del programa, es imprescindible invertir en la compra de los productos básicos.

Conseguir el apoyo de la comunidad también es un gran desafío. Las escuelas, los padres de familia, los líderes de la comunidad y las entidades religiosas, todos en general, han manifestado su preocupación sobre el modelo del programa en algunas comunidades. Las dos organizaciones se han enfrentado con esa situación y, para ello, han trabajado en estrecha colaboración con estos grupos para propiciar que comprendan con la mayor amplitud el programa y la salud sexual y reproductiva. En zonas rurales, CEMOPLAF ha colaborado con organizaciones que confían en ellas para facilitar la implementación y también han hecho visitas de puerta en puerta, antes de empezar los servicios anticonceptivos.

La última lección aprendida es que el acceso a la anticoncepción, a través del programa, es esencial; la educación entre pares, por sí sola, no elimina los obstáculos que hay para obtener los métodos anticonceptivos.

“¿Para qué sirve toda esta información sobre cómo usarlos si no los tenemos? Sería puro palabreo en la calle, pero nada más” (joven usuario de anticonceptivos).

“No tiene ningún valor eso de hablar, hablar, hablar y nada más” (Proveedor de Par de Jóvenes).

“Creo que lo ideal es tener los anticonceptivos y la información... Es más fácil y más accesible para los jóvenes. De esa manera también pueden poner en práctica el aprendizaje que han recibido” (madre).

Evaluaciones del programa

La información de este artículo se basa en los diez años de monitoreo y evaluación del programa, el cual se concentra en tres evaluaciones.

La primera, en 2004, fue realizada por Planned Parenthood Global para evaluar los programas Proveedor Pares de Jóvenes tanto de CEMOPLAF como de AMNLAE, con el fin de identificar los beneficios a largo plazo de la participación en el programa y específicamente,

sobre las conductas y resultados en la salud. Proveedores Pares de Jóvenes de seis ciudades realizaron entrevistas estructuradas usando una encuesta de 33 ítems sobre el uso de anticonceptivos y el historial de embarazos y nacimientos. Se eligieron al azar 597 personas para que respondieran las preguntas de los archivos de usuarios de anticonceptivos cuyos registros tenían cinco años o más de antigüedad. Estas personas habían participado en el programa durante tres años en promedio.

La segunda, en 2007 y 2009, fue la evaluación de CEMOPLAF de su programación en todo el Ecuador utilizando la Técnica del Cambio Más Significativo²⁶. En esta, recabaron 92 entrevistas en un proceso cualitativo de evaluación participativa para medir el impacto del programa. La encuesta tenía seis preguntas: ¿cómo se incorporaron los participantes en el programa?, ¿qué consecuencias tenía su actual participación?, ¿qué cambios habían visto ellos como resultado del programa?, ¿cuál era el más significativo, ¿por qué?, ¿qué recomendaciones tenían para el programa?

La tercera fue en 2010, cuando Planned Parenthood Global realizó 15 entrevistas a profundidad que comprendían la evaluación de los participantes respecto a las fortalezas, debilidades, impactos y problemas operativos de CEMOPLAF, incluyendo los aspectos de supervisión y capacitación²⁷.

Teniendo en cuenta que las metodologías eran similares y las categorías de respuesta de la segunda y tercera evaluación también, se combinaron sus resultados para analizarlos en conjunto. Entre los 107 entrevistados había Proveedores Pares de Jóvenes actuales y otros que lo habían sido en el pasado, jóvenes que recibían asesoramiento y métodos a través del programa, estudiantes que recibían capacitación con regularidad de Proveedores Pares de Jóvenes o de los coordinadores, padres de participantes en el programa, personal de la organización, personal de las escuelas participantes y otros jóvenes. Ambas evaluaciones contenían muestras intencionales y muestreo de conveniencia.

Resultados: encuesta de 2004

La encuesta de 2004 reveló que el uso de anticonceptivos en los jóvenes había alcanzado

niveles muy elevados, entre quienes habían sido atendidos anteriormente por Proveedores Pares de Jóvenes (Cuadro 2). Tres cuartas partes de los encuestados eran sexualmente activos mientras que el 95% de los que declararon estar sexualmente activos informó que actualmente usaba anticonceptivos. Este porcentaje aumentó a 98% entre los que no querían un embarazo al momento de la encuesta.

Estos niveles son muy elevados en relación con datos comparables disponibles. En la población general de Nicaragua en 2001, 63% de las personas con actividad sexual y con edades

que iban de los 15 a los 24 años, utilizó un método anticonceptivo moderno²⁸. En la población general en Ecuador en 2004, 64% de jóvenes de 15 a 24 años que vivía con una pareja, utilizaba un método anticonceptivo moderno²⁹. Las tres cuartas partes de los encuestados no había utilizado nunca un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual, lo que también se comparaba favorablemente con la población en general. En Nicaragua, menos de una cuarta parte de las mujeres menores de 30 años jamás había usado un condón²⁸.

Cuadro 2. Datos demográficos sobre actividad sexual y uso de anticonceptivos o condones. Respondieron la encuesta CEMOPLAF y AMNLAE, 2004

Respuesta	CEMOPLAF (n = 297)	AMNLAE (n = 299)
Edad	22	22
Femenino	35%	38%
Masculino	65%	62%
Actualmente tiene actividad sexual	85%	63%
Actualmente usa anticonceptivos	93%	97%
Condones	47%	35%
Píldoras anticonceptivas ^a	30%	28%
Condones con Píldoras anticonceptivas ^a	No se ha recopilado ese dato	36%
Otros ^b	23%	1%
Alguna vez ha usado condones para evitar las ITS	72%	75%

a. Entre los encuestados que tienen actividad sexual

b. Anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos, condones femeninos

Resultados: evaluaciones cualitativas

Ecuador 2007-10 El impacto del programa de CEMOPLAF sobre el uso de anticonceptivos fue sustentado con las evaluaciones cualitativas, en las cuales seis por ciento de los jóvenes encuestados indicó, espontáneamente, una disminución en los embarazos de adolescentes en sus comunidades, resultante del programa de Proveedores Pares de Jóvenes.

“He visto [el cambio] en la secundaria... mi hija y las chicas de su clase se graduaron y ninguna estaba encinta, aunque tenían vida sexual activa” (madre).

El efecto más común mencionado por los encuestados fue el aumento de conocimientos. Casi la mitad (49%) mencionó una o más áreas

de conocimiento específicas que había mejorado en los participantes, incluyendo prevención del embarazo, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, VIH, sexualidad, y anatomía. Muchos entrevistados indicaron que este conocimiento permitía a los jóvenes ser responsables de su salud; en particular, protegiéndose contra infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

“Antes no sabía absolutamente nada sobre condones o píldoras, y ahora me puedo proteger” (Alumno de secundaria).

El segundo efecto del programa más comúnmente mencionado fue el crecimiento personal, señalado por 42% de los entrevistados. Los participantes en el programa maduraron emocional e intelectualmente, se volvieron

más responsables y tomaron mejores decisiones, incluso con relación a su salud y conducta sexual y reproductiva, consumo de alcohol y drogas, y participación en pandillas.

“En estos cuatro años los he [observado], los he visto crecer no solo físicamente sino también en su madurez emocional e intelectual, son más responsables y actúan en forma responsable” (miembro del personal de CEMOPLAF).

Veintidós por ciento de los encuestados mencionó una mayor autoestima, confianza en sí mismos y habilidades de liderazgo en los jóvenes que participaron en el programa. Muchos notaron que habían tenido baja autoestima al ingresar al programa, pero que su participación los hizo valorarse y respetarse más a sí mismos.

“Uno de los cambios más importantes fue llegar a conocerme a mí mismo y mejorar mi autoestima... No tenía fe en mí mismo y, sobre todo, me odiaba. En CEMOPLAF me enseñaron no solo qué es un anticonceptivo, me enseñaron a quererme, a respetar mi cuerpo, mis sentimientos y sobre todo, mis ideas” (Proveedora Par de Jóvenes).

Veintitrés por ciento de los entrevistados dijo que habían mejorado sus habilidades de comunicación tanto en salud sexual y reproductiva como en otros temas en general. Los jóvenes reportaron sentirse más abiertos, expresivos y cómodos al hablar de sexualidad. La participación en el programa también llevó a los jóvenes a respetar a los demás, según el 11% de los entrevistados.

“He aprendido a vivir con otras personas, a respetar los comentarios y las ideas de los demás... porque todos somos personas y debemos respetarnos unos a otros” (Proveedor Par de Jóvenes).

Un importante número de entrevistados resaltó las mejoras en las relaciones de los jóvenes dentro de su familia (27%) y con sus amigos (17%). Los jóvenes y sus familias notaron mayor confianza y apoyo en las relaciones dentro de su familia y experimentaron un reforzamiento de los vínculos con sus amigos.

“Cuando entré al programa tenía muchos problemas familiares. Nadie me escuchaba en casa y todo se resolvía con violencia. Empecé a beber y no tenía ningún buen amigo ni nadie que entendiera mi situación. Cuando entré al programa por curiosidad, descubrí que allí existía un espacio donde podía ser yo mismo y ser entendido, y yo mismo pude entender por qué era como era, y así fue cómo el programa se convirtió en mi hogar y los otros jóvenes en mi familia... Hay muchos jóvenes a quienes no los entienden en sus casas y el programa es una herramienta fundamental para ayudarlos a crecer” (Proveedor Par de Jóvenes).

Varios de los entrevistados (7%) notaron que los jóvenes que participaron en el programa se involucraron más en sus escuelas. Empezaron a participar más en clase y a concentrarse en sus estudios. Cinco por ciento de los participantes observó una mejora en las relaciones entre los profesores y los estudiantes que participaron en el programa.

El monitoreo y evaluación en curso del programa revela que muchos efectos del modelo son a más largo plazo de lo que se desprende de los típicos mecanismos de evaluación. Cinco por ciento de los entrevistados mencionó que tenía mayores aspiraciones profesionales a raíz de su participación. Muchos han asumido roles de liderazgo dentro de las ONG y organizaciones gubernamentales e internacionales, y algunos vienen trabajando en temas de salud sexual y reproductiva, así como en otros temas de justicia social, por períodos de hasta 15 años después de haber tenido contacto con el programa.

Conclusiones

El modelo de Proveedor Par de Jóvenes ofrece a los jóvenes acceso a información y servicios de salud vitales, y representa una oportunidad importante para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y más allá. Las evaluaciones del programa proveen evidencia sólida de que la participación en el programa conduce a comportamientos saludables, incluyendo el uso de anticonceptivos. Las mejoras de conocimientos y habilidades ganadas al participar, incluyendo habilidades de comunicación y toma de decisiones,

pueden promover comportamientos protectores. La madurez, autoestima y confianza en sí mismos que desarrollan los participantes puede contribuir a resultados positivos de salud³⁰. El impacto del programa es más amplio de lo que originalmente se pensó, alcanzando no solo a los jóvenes directamente involucrados con el programa, sino también a sus comunidades. La participación parece promover relaciones más sólidas entre los jóvenes y sus amigos, familia y profesores, con mayor respeto y mejor comunicación dentro de dichas relaciones. Estos factores pueden impactar positivamente en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes al reducir las barreras a la información y el cuidado de la salud. Dado el amplio potencial de resultados positivos, creemos que estos programas deben ampliarse a nuevas áreas y organizaciones. Las lecciones aprendidas de la puesta en marcha del programa Proveedor Par de Jóvenes también pueden reforzar otros programas en ejecución que apunten a mejorar el acceso de los y las adolescentes a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer al personal de AMN-LAE y CEMOPLAF por su trabajo incansable en América Latina, así como al personal, antiguo y actual de Planned Parenthood Global, por su apoyo a estos esfuerzos. Específicamente, quisiéramos agradecer a Teresa de Vargas, Elsa Racines, Adaly Ordoñez y Martha Ambota, por su constante compromiso. También quisiéramos agradecer a Diana Santana por sus importantes contribuciones a este artículo, a Kelley Carnwath, Ellen Clancy, Jessica Getz, Alana Ortez, Heather Sayette y Wendy Sheldon, por su ayuda con el soporte técnico, monitoreo y evaluación.

**Planned Parenthood Global desarrolló un Manual de Réplica del Programa Proveedor Par de Jóvenes. Este manual proporciona orientación detallada y materiales de capacitación integral para organizaciones que estén estudiando la posibilidad de implementar el programa. Véalo en: www.plannedparenthood.org/images/PP_Global_YPP_Manual.pdf.*

Referencias

1. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* 2007;369(9568):1220-31.
2. WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. *Programming for adolescent health and development*. Geneva: WHO; 1999.
3. Hughes J, McCauley AP. Improving the fit: adolescents' needs and future programmes for sexual and reproductive health in developing countries. *Studies in Family Planning* 1998;29(2): 233-45.
4. Guttmacher Institute, International Planned Parenthood Federation. In Brief: Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world. New York: Guttmacher Institute; April 2010. www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf.
5. Mangiaterra V, Pendse R, McClure K, et al. *MPS Notes: adolescent pregnancy*. Geneva: World Health Organization; 2008. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mpsnnotes_2_lr.pdf.
6. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Geneva: World Health Organization & Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit; 2005.
7. Shah I, Åhman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Suppl):9-17.
8. Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, et al. *Protecting the next generation: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy*. New York: Guttmacher Institute; 2007.
9. Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, et al. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *African Journal of Reproductive Health* 2007;11(3):99-110.
10. Rani M, Figueroa ME, Ainsle R. The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(4): 174-81.
11. Ross DA, Dick B, Ferguson J, editors. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. Geneva:

- UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People, 2006.
12. Kirby D, Laris BA, Roller L. Impact of sex and HIV education programmes on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Research Triangle Park: Family Health International/ YouthNet; 2005.
 13. Goicolea I, Coe AB, Hurtig AK, et al. Mechanisms for achieving adolescent-friendly services in Ecuador: a realist evaluation approach. *Global Health Action* 2012;5.
 14. World Health Organization Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2010.
 15. Saavedra M. Young people in Bogota, Colombia develop their own strategies to prevent risky sexual behavior. *SIECUS Report* 1996;24(3):10-12.
 16. Li S, Huang H, Cai Y, et al. Evaluation of a school-based HIV/AIDS peer-led prevention programme: the first intervention trial for children of migrant workers in China. *International Journal of STD & AIDS* 2010;21: 82-86.
 17. Wolf RC, Pulerwitz J. The influence of peer versus adult communication on AIDS-protective behaviors among Ghanaian youth. *Journal of Health Communication* 2003;8(5):463-74.
 18. Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education programme. *Journal of Adolescent Health* 2001;29(6):436-46.
 19. Speizer I, Tambashe BO, Tegang SP. An evaluation of the "Entre Nous Jeunes" peer educator programme for adolescents in Cameroon. *Studies in Family Planning* 2001;32:339-51.
 20. Peña R, Quintanilla M, Navarro K, et al. Evaluating a peer intervention strategy for the promotion of sexual health-related knowledge and skills in 10- to 14-year-old girls. Findings from the "Entre amigas" project in Nicaragua. *American Journal of Health Promotion* 2008;22(4):275-81.
 21. Perez F, Dabis F. HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. *AIDS Care* 2003;15(1): 77-87.
 22. Re MI, Pagani L, Bianco M. Assessing workshops on sexuality with Argentinian youth. *AIDS STD Health Promotion Exchange* 1996;(3):13-15.
 23. Instituto Nacional de Información para el Desarrollo. Cifras municipales. Managua: INIDE; 2008. www.inide.gob.ni/censos2005/CifrasMun/tablas_cifras.htm.
 24. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Banco de Información. Ecuador; 2011. www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=109&Itemid=88.
 25. Nelson K, MacLaren L, Magnani R. Assessing and planning for youth friendly reproductive health services. Workbook No.1: Planning for an assessment & collecting data. Washington, DC: Pathfinder International; 2000.
 26. Davies R, Dart J. The 'Most Significant Change' (MSC) technique: a guide to its use. www.mandeco.uk/docs/MSCGuide.pdf.
 27. Planned Parenthood Global. Youth Peer Provider Replication Manual. New York, NY; 2011.
 28. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. Managua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud; 2002.
 29. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004. Quito: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social; 2005.
 30. Lipovsek V, Karim AM, Gutiérrez EZ, et al. Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. *Adolescence* 2002;37(146):335-52.