

Directrices de la OMS para

La Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos

en adolescentes de los países en desarrollo



Organización
Mundial de la Salud

Directrices de la OMS para

La Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos

en adolescentes de los países en desarrollo

2011



**Organización
Mundial de la Salud**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo.

1. Embarazo en adolescencia. 2. Embarazo de alto riesgo. 3. Resultado del embarazo. 4. Servicios de salud para adolescentes. 5. Servicios de salud reproductiva. 6. Medicina basada en evidencia. 7. Países en desarrollo. 8. Guía. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350221 2

(Clasificación NLM: WS 460)

© **Organización Mundial de la Salud, 2012**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS—ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales—deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en los Estados Unidos de América.

En la redacción se han utilizado por defecto adjetivos y nombres en género masculino, aun cuando se refieren a sustantivos masculinos y femeninos, para facilitar la lectura.

La Organización Mundial de la Salud agradece a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) por su contribución a la producción de la versión en español de este documento; la misma se llevó a cabo en el marco del Fondo de Cooperación para América Latina y el Caribe 2008-2011 del UNFPA y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en colaboración con Family Care International (FCI), bajo la implementación del plan anual de trabajo 2011, firmado entre FCI y UNFPA/LACRO.

Esta versión en español ha sido traducida y publicada, con permiso de la Organización Mundial de la Salud, por FCI, único responsable de la traducción.

Diseño: Sandy Zimmerman/www.sandyzimmerman.com

Foto de portada: Joey O'Loughlin

COLABORADORES Y AGRADECIMIENTOS

Esta publicación fue elaborada por el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente en colaboración con los Departamentos de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas y Reducir los Riesgos del Embarazo (MPS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), conforme el trabajo realizado en colaboración con muchos individuos y organizaciones que contribuyeron al desarrollo de estas directrices (ver la lista a continuación) y conforme la reunión del panel de expertos de la OMS, celebrada en Ginebra, el 2 y 3 de noviembre de 2010. La OMS reconoce sus aportes con enorme gratitud.

La urgente necesidad de contar con las directrices le fue comunicada a la OMS por decisores políticos y gerentes de programas de muchos países en desarrollo. El desarrollo de las mismas fue liderado por Alma Virginia Camacho y Venkatraman Chandra-Mouli, quienes desean expresar su profundo agradecimiento a Ahmet Metin Gulmezoglu de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas por sus consejos a lo largo de todo este proceso de elaboración.

La OMS agradece las contribuciones del presidente de la reunión del panel de expertos, Guillermo Carroli, Director del Centro Rosarino de Estudios Perinatales, Rosario, Argentina.

Patty Whyte apoyó al grupo de trabajo de las directrices en la comprensión y aplicación de la metodología GRADE durante el proceso y en la reunión final de expertos externos.

Alma Adler y Tomas John Allen apoyaron con el desarrollo de las estrategias de búsqueda y la preparación de las bases de datos en EndNote Web.

Angela Bayer dio su apoyo a la preparación de las reuniones iniciales para la definición de alcances y metodología y sus informes, y Rupal Sanghvi dio su soporte a la preparación del informe de la reunión del panel de expertos.

Las personas abajo enumeradas recogieron, sintetizaron y resumieron la evidencia que constituyó la base de las discusiones durante la reunión del panel de expertos:

- Susan Lee-Rife y Ann Warner del ICRW para el resultado 1
- Donna MaCarragher y Nancy Williamson de FHI para los resultados 2 y 3
- Akin Bankole y Elena Prada del Instituto Guttmacher para el resultado 4
- Wendy Baldwin y Althea Anderson del Population Council para el resultado 5
- Guillermo Carroli y Yanina Sgaussero del Centro Rosarino de Estudios Perinatales para el resultado 6

Los siguientes expertos participaron en la puntuación de las preguntas clave sobre las intervenciones y en la elaboración de una lista de los posibles resultados para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos:

Luz María Agudelo, Wendy Baldwin, Valentina Baltag, Akin Bankole, Angela Bayer, Meena Cabral de Mello, Oona Campbell,

Guillermo Carroli, René Castro, Agustín Conde-Agudelo, Sylvia Deganus, Patrick Delorme, France Donnay, Albertina Duarte, Mawaheb Tawhid El-Mouelhy, Ricardo Fescina, Kirrin Gill, Joaquín G. Gómez Davila, Natalie Gray, Ahmet Metin Gulmezoglu, Sarah Harbison, Michelle Hindin, Debra Jones, Susan Lee-Rife, Matilde Maddaleno, Hossein Malekafzali, Elizabeth Mapella, Mathews Matthai, Ramiro Molina, Patanjali Nayar, Pius Okong, Peju Olukoya, Razia Pendse, Elena Prada, Anayda Portela, Neena Raina, Hernán Rodríguez, James Rosen, Susheela Singh, Shyam Thapa, Jenny Troung, Nancy Williamson y Laurie Zabin.

Los siguientes expertos externos participaron en la reunión del panel de expertos como miembros del Grupo de Revisión Externo.

Mengistu Asnake, Sylvia Deganus, Elizabeth Mapella, Eliya Zulu, Ximena Abarca, Michelle Hindin, Tania Lago, Ximena Luengo, Ruth Dixon-Mueller, James Rosen, Nancy Williamson, Sherine Shawky, Dan Apter, Quamrun Nahar, Sudha Sharma, Juanita Basilio, Natalie Gray, Saramma Mathai, Kechi Ogbuagu, Sylvia Wong, Patty Alleman, Marisaa Billowitz, Debra Jones y Roza Olyai.

Tres becarios de la OMS hicieron contribuciones importantes en diferentes etapas del proceso: Nyasule Majura apoyó con la recopilación y diseminación de materiales; Sudit Ranade preparó la entrega al Comité de Examen de las Directrices; y Juliana Bennington editó los resúmenes de los estudios para los resultados 2 y 3. Maddalena Musngi y Anita Blavo brindaron apoyo administrativo durante lo que resultó ser un largo proceso.

Varias personas profesionales de la OMS formaron parte del Comité de Desarrollo de las Directrices:

- Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente: Elizabeth Mason, Venkatraman Chandra-Mouli, Alma Virginia Camacho y Jane Ferguson;
- Departamento de Investigación, Políticas y Coordinación: Regina Kulier;
- Departamento Reducir los riesgos del embarazo: Matthews Mathai, Razia Pendse y Anayda Portela;
- Departamento de Género, Mujer y Salud: Adepeju Aderemi Olukoya;
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas: Ahmet Metin Gulmezoglu, Claudia García Moreno, Ronald Johnson, Shyam Thapa y Mary Lynn Gaffield;
- Oficina Regional: Organización Panamericana de la Salud: Amalia Anaya y Pablo Durán; y
- Oficina Regional para Asia Sudoccidental: Neena Raina.

El proceso que llevó a la preparación de estas directrices recibió el apoyo financiero del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La Región para el Hemisferio Occidental de la International Planned Parenthood Federation (IPPF/WHF) dio su apoyo a la reunión del panel de expertos.

ÍNDICE

Prólogo	vi
---------	----

Resumen ejecutivo	1
-------------------	---

Introducción	12
--------------	----

I. Metodología detallada: El proceso de desarrollo de las directrices	16
--	----

II. Recomendaciones por resultado	27
-----------------------------------	----

III. Cuadros GRADE	107
--------------------	-----

Anexos	132
Anexo 1: Lista de participantes	133
Anexo 2: Informe del panel de expertos	140
Anexo 3: Preguntas clave para cada resultado	176
Anexo 4: Estrategias de búsqueda y resultados	180
Anexo 5: Términos de búsqueda por cada resultado	201
Anexo 6: Protocolo utilizado para generar el resumen de la evidencia por cada resultado	213

CADA AÑO DAN A LUZ ALREDEDOR DE 1.6 MILLONES DE ADOLESCENTES de entre 15 y 19 años de edad. En términos generales, los niños nacidos de madres adolescentes representan el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial, y 95% de los casos tienen lugar en países en desarrollo. Algunas de estas jóvenes planifican y desean el embarazo y el parto, pero muchas otras no. Los factores que contribuyen a que haya embarazos no planificados y no deseados en la adolescencia son variados. Por un lado es posible que las adolescentes estén bajo presión para casarse y tener hijos a temprana edad, o puede ser que sus perspectivas educativas y laborales sean limitadas. Algunas no saben cómo evitar el embarazo, mientras que otras no consiguen los preservativos y anticonceptivos que necesitarían para hacerlo. Es posible que las adolescentes no sean capaces de rechazar las relaciones sexuales no deseadas o de resistirse a las relaciones sexuales bajo coacción. Las adolescentes que quedan embarazadas tienen menos probabilidades que las mujeres adultas de obtener un aborto legal y seguro para poner término a su embarazo. También son menos propensas a obtener atención calificada en el período prenatal, en el parto y posparto.

Dar a luz a una edad muy temprana entraña mayores riesgos para la salud de la madre. En los países de rentas bajas y medias, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años. En ese grupo de edad, los embarazos no deseados pueden terminar en abortos, a menudo inseguros. Se estima que en 2008 hubo 3 millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

Los efectos adversos del embarazo adolescente se extienden también a la salud de sus recién nacidos. Las muertes perinatales son 50% más altas en los bebés nacidos de madres menores de 20 años que entre los nacidos de madres de 20 a 29 años de edad. Asimismo, los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de nacer con bajo peso, con el consabido riesgo que eso implica a largo plazo.

Hay un creciente reconocimiento de que el embarazo en adolescentes contribuye a la mortalidad materna, perinatal e infantil, y al círculo vicioso de salud precaria y pobreza. La Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, lanzada por el Secretario General de la ONU en septiembre de 2010, destaca precisamente la importancia de atender la salud y el bienestar de las adolescentes, especialmente con miras a cumplir con el ODM 5 en relación con la reducción de la mortalidad materna.

Las *Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos de los adolescentes en países en desarrollo* ofrecen recomendaciones para la investigación y la acción orientadas a: a) La prevención del embarazo precoz mediante la reducción de los matrimonios antes de los 18 años de edad, el incremento del conocimiento y la comprensión de la importancia de la prevención del embarazo, el aumento del uso de anticonceptivos, y la reducción de las relaciones sexuales bajo coacción; y b) la prevención de los resultados reproductivos adversos gracias a la reducción de los abortos inseguros, y el aumento del uso de atención calificada prenatal, en el parto y en el período posnatal.

Estas directrices están destinadas principalmente a los responsables de políticas, planificadores y gerentes de programas gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y organismos de desarrollo. También es probable que sean de interés para los investigadores y especialistas de salud pública, las asociaciones profesionales y los organismos de la sociedad civil.

Son el resultado de una la revisión sistemática de la literatura y de la experiencia técnica de responsables de políticas, encargados de programas y expertos de primera línea de países de todo el mundo, en colaboración con muchos organismos internacionales clave que trabajan en este campo. Se han forjado alianzas similares con el fin de difundirlas ampliamente y apoyar su uso.

En julio de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a una reunión de alto nivel sobre la juventud. En dicha reunión, los jefes de estado y de gobierno, ministros y otros representantes gubernamentales se comprometieron a asegurar que se reconozcan y se atiendan las necesidades y los problemas de los jóvenes. Veinticinco organismos de las Naciones Unidas, entre los que se incluye la Organización Mundial de la Salud (OMS), refrendaron un compromiso conjunto por intensificar esfuerzos para desarrollar políticas integrales, programas multisectoriales, fortalecer capacidades y promover la participación efectiva de los jóvenes en el fomento de su propio desarrollo. Estas directrices son una expresión del compromiso de la OMS con la salud y el bienestar de los adolescentes y jóvenes del planeta.

Dra. Elizabeth Mason

Directora, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud



Resumen Ejecutivo

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivos

Las *Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo* tienen como objetivo mejorar la morbilidad y la mortalidad adolescente mediante la reducción de la posibilidad de embarazos precoces y los resultados adversos que entrañan para la salud.

Los dos objetivos principales de la publicación son:

1. *identificar intervenciones efectivas para prevenir el embarazo precoz, actuando sobre factores como el matrimonio temprano, las relaciones sexuales bajo coacción, el aborto inseguro, el acceso a anticonceptivos y el acceso de las adolescentes a los servicios de salud materna; y*
2. *proporcionar un marco analítico para los responsables de políticas y los encargados de programas a la hora de elegir las intervenciones basadas en la evidencia más apropiadas para las necesidades de sus países y contextos.*

Justificación

La mortalidad y morbilidad maternas en adolescentes representan un problema importante de salud pública a nivel mundial. Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto en comparación con las mujeres mayores de 20 años de edad; las adolescentes menores de 15 años de edad tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto (1). Se estima que de 2 a 4,4 millones de adolescentes en los países en desarrollo se someten a abortos inseguros cada año (2). Además, las madres adolescentes tienen más probabilidades de que sus recién nacidos tengan bajo peso al nacer, por lo que corren riesgo de desnutrición y problemas de desarrollo. Asimismo, la mortalidad infantil también es más alta entre los niños nacidos de madres adolescentes (3).

Los responsables de políticas y los encargados de programas en los países en desarrollo de todo el mundo solicitaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una orientación sobre las intervenciones más eficaces para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas entre las adolescentes y prevenir los embarazos precoces. Estas recomendaciones permitirán a los responsables de políticas y los encargados de programas determinar cuáles serán los mejores pasos a seguir en las políticas y la programación. La orientación en cuanto a cuáles serían las intervenciones eficaces también será fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), para mejorar la salud y el bienestar de las madres adolescentes y fortalecer la salud de las familias y comunidades.

Público objetivo

Los principales destinatarios de las recomendaciones son los responsables de políticas, los planificadores y los encargados de los programas gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones donantes que trabajan en los países en desarrollo. Las recomendaciones también pueden ser de interés para prestadores de servicios de salud e investigadores a nivel mundial y nacional, funcionarios de los ministerios de salud pública y las asociaciones profesionales, directores de programas, y los organismos técnicos y encargados de ejecución, así como los grupos de interés.

Recomendaciones

Las siguientes páginas contienen un resumen de las recomendaciones para cada uno de los seis resultados principales que se presentan en estas directrices. Se enumeran recomendaciones tanto para la acción como para la investigación.

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Recomendaciones fuertes:

- Alentar a los responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad a que formulen y apliquen leyes y políticas que prohíban el matrimonio de jóvenes menores de 18 años.
- Empezar intervenciones destinadas a postergar el matrimonio de las jóvenes hasta que cumplan los 18 años de edad, influyendo sobre las normas de la familia y la comunidad. Estas intervenciones deben llevarse a cabo conjuntamente con las intervenciones dirigidas a los responsables de políticas y planificadores.
- Instrumentar intervenciones destinadas a informar y empoderar a las jóvenes, en combinación con intervenciones destinadas a influir en las normas de la familia y la comunidad, para retrasar la edad de matrimonio entre las jóvenes menores de 18 años de edad.
- Aumentar las oportunidades educativas para las niñas a través de canales formales y no formales – con el fin de retrasar el matrimonio hasta cumplidos los 18 años de edad.

RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Empezar investigación para:

- identificar intervenciones efectivas que den lugar a la formulación, aplicación y seguimiento de leyes y políticas, incluyendo las consecuencias perjudiciales no deseadas;
- determinar la viabilidad, efectividad y efectos a largo plazo de los incentivos económicos a las adolescentes y sus familias como una manera de retrasar la edad del matrimonio hasta los 18 años de edad;
- determinar la viabilidad y ampliación de las intervenciones que informen y empoderen a las jóvenes, en combinación con intervenciones destinadas a influir sobre las normas de la comunidad referentes a la familia, para retrasar la edad de matrimonio de las menores hasta los 18 años de edad;
- evaluar el impacto de una mayor disponibilidad de educación y escolarización a la edad del matrimonio; y
- evaluar la viabilidad de intervenciones que busquen mejorar las condiciones de vida de las adolescentes, así como su efecto para retrasar la edad de matrimonio.

RESULTADO 2

Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Recomendaciones fuertes:

- Abogar por la prevención del embarazo adolescente entre todos los interesados directos a través de intervenciones tales como: suministro de información, educación para la salud que comprenda la sexualidad, desarrollo de habilidades para la vida, consejería sobre anticonceptivos y prestación de servicios conexos, y creación de ambientes amigables.
- Mantener y mejorar los esfuerzos que buscan retener a las adolescentes en los centros de enseñanza, tanto primaria como secundaria.
- Ofrecer intervenciones que combinen programas de educación sexual, promoviendo el uso de anticonceptivos entre los adolescentes para reducir las tasas de embarazo.
- Ofrecer anticoncepción posparto y posaborto a las adolescentes, y promoverla a través de múltiples visitas a los hogares y/o visitas a la clínica, para reducir las probabilidades de segundos embarazos en esa población.

RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Emprender investigación para:

- determinar la efectividad de las intervenciones entre adolescentes y otros actores involucrados en reducir las probabilidades de embarazo entre las menores de 20 años de edad. Esta investigación debe abordar diferentes contextos socioculturales;
- explorar el efecto de las mejoras socioeconómicas provocadas por el empleo y la permanencia en la escuela, por ejemplo, sobre el embarazo adolescente y sus determinantes de mediación en el seno de la familia;
- determinar el efecto del acceso a la educación formal y no formal en la prevención del embarazo adolescente. Esta investigación debe considerar los posibles factores intervinientes, como la situación socioeconómica y el estado civil;
- determinar el efecto de las intervenciones dirigidas a retener a los adolescentes en el sistema educativo (por ejemplo, transferencias en efectivo condicionales o incondicionales) y las políticas (incluyendo el apoyo a las madres adolescentes) en retrasar el embarazo y reducir el embarazo subsecuente; y
- diseñar y evaluar la factibilidad y efectividad de las intervenciones de apoyo social para reducir la probabilidad de repetición de embarazos en las adolescentes;
- evaluar la viabilidad de intervenciones que busquen mejorar las condiciones de vida de las adolescentes, así como su efecto, para retrasar la edad de matrimonio.

RESUMEN EJECUTIVO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Recomendaciones fuertes:

- Abogar con responsables de políticas y planificadores por la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de los adolescentes a información sobre anticonceptivos (incluyendo los de emergencia) y servicios conexos.
- Empezar intervenciones que influyan sobre los miembros de la comunidad para apoyar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos.
- Poner en práctica intervenciones que mejoren la prestación de servicios de salud para adolescentes, como una manera de facilitar su acceso y uso de la información sobre anticonceptivos y servicios conexos.
- Instrumentar intervenciones a gran escala que brinden a los adolescentes educación e información exacta acerca de los anticonceptivos, en particular mediante programas curriculares de educación sexual, para aumentar el uso de anticonceptivos entre los adolescentes.

Recomendación condicional:

- Poner en práctica intervenciones destinadas a reducir el costo financiero de los anticonceptivos para los adolescentes.

RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Empezar investigación para:

- identificar intervenciones viables y efectivas que deriven en la formulación de dichas leyes y políticas;
- identificar y evaluar intervenciones que incidan sobre el apoyo que ofrezcan los miembros de la comunidad para el acceso a anticonceptivos por parte de los adolescentes;
- identificar intervenciones viables y efectivas para mejorar la disponibilidad de anticonceptivos hormonales de venta libre entre las adolescentes;
- determinar la efectividad de las intervenciones que proporcionan información precisa y educación acerca de los anticonceptivos en diversos ámbitos y poblaciones (tanto en la escuela como fuera de ella);
- identificar intervenciones factibles y efectivas para involucrar a los varones adolescentes y adultos en las decisiones que adopten sus parejas y ellos mismos sobre el uso de anticonceptivos, incluyendo las intervenciones que buscan transformar las normas de género; y
- determinar viabilidad, sostenibilidad e impacto específico de la reducción del costo financiero de los anticonceptivos para las adolescentes en particular.

RESULTADO 4 Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Recomendaciones fuertes:

- Continuar los esfuerzos con los responsables de políticas, planificadores y la comunidad para que se formulen leyes y políticas que castiguen a quienes perpetran sexo bajo coacción a las adolescentes, para que se apliquen estas leyes y políticas de manera tal que empoderen a las víctimas y a sus familias, y que se vele por su cumplimiento.
- Poner en práctica intervenciones que mejoren la capacidad de las adolescentes para resistirse al sexo bajo coacción y que les permitan obtener apoyo si sufren relaciones sexuales bajo coacción:
 - aumentando su autoestima;
 - desarrollando sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y la negociación; y
 - mejorado sus vínculos con redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social.

Las intervenciones arriba descritas deben combinarse con intervenciones que busquen crear normas sociales de apoyo que no toleren el sexo bajo coacción.

- Instaurar intervenciones dirigidas a hombres y niños varones para que hagan una evaluación crítica de las normas de género y los comportamientos normativos (por ejemplo, enfoques transformadores de género) vinculados a la coacción sexual y la violencia. Combinarlas con intervenciones más amplias que incidan en las normas sociales en lo que concierne a estos temas.

RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Emprender investigación para:

- evaluar cómo se han formulado, aplicado y supervisado las leyes y políticas destinadas a evitar el sexo bajo coacción con adolescentes; y
- determinar la eficacia de estas leyes y políticas en la prevención de relaciones sexuales bajo coacción que involucren a adolescentes.

RESUMEN EJECUTIVO

RESULTADO 5 Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Recomendaciones fuertes:

- Asegurar que las leyes y políticas permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro.
- Permitir a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro, ofreciéndoles información a ellas y a otros interesados acerca de:
 - los peligros de los métodos de interrupción de embarazo inseguros;
 - los servicios de aborto seguro que están disponibles legalmente; y
 - dónde y bajo qué circunstancias se pueden obtener estos servicios de forma legal.
- Identificar y superar los obstáculos a la prestación de servicios de aborto seguro a las adolescentes.
- Garantizar el acceso de las adolescentes a la atención posaborto como una intervención médica que salva vidas, independientemente de la legalidad o ilegalidad del aborto o intento de aborto en cuestión.
- Asegurar que tras un aborto (legal o ilegal) las adolescentes puedan conseguir información sobre métodos anticonceptivos y obtener servicios anticonceptivos.

RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Emprender investigación para:

- evaluar el cumplimiento y el impacto de las leyes y políticas que posibiliten la prestación de servicios de aborto seguro para adolescentes (cuando estos existen);
- determinar la viabilidad y efectividad de intervenciones destinadas a reducir las barreras a la prestación de servicios de aborto seguro y legal a las adolescentes; y
- investigar la viabilidad y efectividad de intervenciones destinadas a garantizar el acceso de las adolescentes a la atención posaborto.

RESULTADO 6

Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Recomendaciones fuertes:

- Proporcionar información a todas las adolescentes embarazadas y los interesados directos sobre la importancia de recibir atención prenatal calificada.
- Proporcionar información a todas las adolescentes embarazadas y los interesados directos sobre la importancia de la utilización de atención calificada del parto.
- Promover los planes de parto, incluyendo en caso de emergencias, durante la atención prenatal a las adolescentes embarazadas (en el hogar, la comunidad y las dependencias sanitarias).
- Ampliar la disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia básica e integral, asegurando el acceso a todas las poblaciones, incluyendo a las adolescentes.

RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Emprender investigación para:

- identificar intervenciones que mejoren el acceso y uso de los servicios, informando a las adolescentes y otros interesados directos sobre la importancia de una atención prenatal calificada y los cuidados perinatales de las adolescentes embarazadas;
- identificar los tipos de cambios en los servicios de salud que puedan mejorar el acceso y uso de la atención prenatal calificada por parte de las adolescentes;
- identificar intervenciones eficaces para mejorar la preparación ante el parto y las emergencias de las adolescentes (esta investigación debería examinar los resultados cercanos, tales como una mejor utilización de los servicios, así como los resultados lejanos, como la mortalidad y la morbilidad maternas);
- identificar los tipos de cambios que habría que hacer en los servicios de salud para mejorar el acceso y el uso de la atención calificada del parto por parte de las adolescentes;
- identificar intervenciones eficaces para reducir las barreras al acceso y el uso de atención calificada por parte de las adolescentes durante el período prenatal, el parto y posparto;
- identificar intervenciones eficaces para adaptar los servicios de atención antes, durante y después del parto para adolescentes; e
- identificar intervenciones para ampliar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia básica e integral y su acceso por parte de las adolescentes.

RESUMEN EJECUTIVO

Metodología

Las recomendaciones que figuran en estas directrices se elaboraron sobre la base de una revisión sistemática de la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones adoptadas en países de renta baja y mediana, junto con una consulta realizada a un panel de expertos externo.

En 2009, el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició una revisión sistemática titulada “Prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo”, en colaboración con los departamentos de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) y Reducir el Riesgo del Embarazo (MPS). El Grupo de Desarrollo de las Directrices de la OMS solicitó apoyo a determinadas instituciones técnicas clave, como el Instituto Guttmacher, el International Center for Research on Women (ICRW), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Family Health International (FHI), el Population Council, y el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP). Además, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), UNFPA e International Planned Parenthood Federation (IPPF), así como otras organizaciones incluidas en el grupo de expertos, contribuyeron a una revisión adicional [Ver el Anexo 1 – Lista de participantes].

RESUMEN EJECUTIVO

Pasos clave en el proceso de revisión sistemática

PASO CLAVE		CRONOGRAMA
1	Propuesta al Comité de Examen de Directrices de la OMS	Aprobada en abril de 2009
2	Ámbito <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las directrices existentes • Selección de los resultados críticos y redacción de las preguntas clave 	Enero - abril de 2009
3	Formación del panel de expertos y proceso de consulta	Mayo - agosto de 2009 (vía virtual)
4	Ejecución de una metodología paso a paso siguiendo los lineamientos del Comité de Examen de Directrices: <ul style="list-style-type: none"> • Adjudicación de puntuaciones a los resultados críticos y refinamiento de las preguntas clave • Desarrollo y aplicación de estrategias de búsqueda en bases de datos electrónicas • Pesquisa, elaboración de resúmenes y revisión de los textos completos de las revisiones sistemáticas pertinentes, los estudios individuales y la literatura gris correspondientes a las preguntas clave • Síntesis y clasificación de la evidencia • Elaboración de recomendaciones usando el sistema GRADE¹ 	Mayo de 2009 - octubre de 2010
5	Reunión del panel mundial de expertos	Noviembre de 2010
6	Informe final sobre las directrices	Diciembre de 2010
7	Aprobación por parte del Comité de Examen de Directrices	Primer trimestre de 2011
8	Publicación y difusión	2011

RESUMEN EJECUTIVO

En noviembre de 2010, los departamentos de CAH, RHR y MPS de la OMS organizaron una reunión del grupo de expertos (Ver los Anexos 1 y 2).

Resumen de la declaración de interés

Durante el proceso de desarrollo de las directrices, todos los autores y el panel de expertos manifestaron no tener conflictos de interés ni con el tema ni con el documento y completaron la declaración pertinente.

Durante la reunión del panel de expertos, después de una explicación del proceso de declaración de interés, se le pidió a cada participante que se pusiera de pie y que hiciera una declaración de interés (manifestando la existencia o no de conflictos de intereses). Los consultores involucrados en las revisiones sistemáticas así lo manifestaron y, por lo tanto, se abstuvieron de agregar cualquier comentario adicional sobre la evidencia y de articular las recomendaciones. Otros expertos que no habían participado en la recopilación de datos y la síntesis mencionaron que, si bien no tenían conflictos específicos, en su quehacer académico o profesional estaban activamente involucrados en una o más de las áreas temáticas analizadas.

Plan de difusión

El CAH esbozó un plan para difundir las recomendaciones elaboradas durante el proceso de revisión sistemática y el panel de expertos. El plan inmediato es dar a conocer las directrices una vez aprobadas, para identificar los vacíos en la evidencia presentada y las áreas que merecen una investigación ulterior, y desarrollar herramientas de orientación para el establecimiento de prioridades para la acción y la investigación. Los objetivos a más largo plazo son movilizar el apoyo para producir evidencias a nivel nacional y promover cambios de políticas con respecto a la información, los servicios y la formación a nivel mundial.

Cambios del alcance

No se prevén cambios en el alcance de este documento.

Plan de revisión y actualización de las directrices

Estas directrices deben ser revisadas y actualizadas cinco años después de su publicación. Entre la publicación y la fecha de revisión, las organizaciones pueden pedir a la OMS que revise determinados aspectos específicos de las recomendaciones sobre la base de nuevas evidencias.



Joey O'Loughlin

Introducción

Con el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otros compromisos internacionales para reducir la pobreza y mejorar los resultados de la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes como telón de fondo, y teniendo en cuenta el contexto social de los jóvenes en la comunidad global, los esfuerzos para abordar con eficacia la salud de los adolescentes enfrentan desafíos complejos. Mientras que algunas de las tendencias en la salud de los adolescentes y sus condiciones sociales han mejorado en los últimos tres decenios, incluyendo la matrícula y la retención escolar, el matrimonio temprano y el embarazo precoz (5) siguen mostrando disparidades en las condiciones de salud de los adolescentes dependiendo de su edad, ingresos, género, región y otros factores socioculturales. Los adolescentes son un grupo muy diverso de personas con capacidades y necesidades diferentes según su edad, sexo, condiciones de vida, lugar de residencia, nivel educativo, estado civil, empleo y si tienen o no hijos. Todas estas diferencias deben ser tenidas en cuenta cuando se pretende mejorar y mantener su salud y su desarrollo.

Los adolescentes son una población objetivo esencial cuando se quiere incidir sobre los resultados de salud pública a nivel mundial. Los jóvenes menores de 25 años representan casi el 50% de la población mundial. Además, casi el 85% de la población adolescente del mundo vive en países en desarrollo (6). En varios países de África subsahariana, la población menor de 15 años de edad es cinco veces mayor que la población mayor de 55 años de edad (6). A menudo este subconjunto de la población mundial se ve desproporcionadamente afectado por las desigualdades sociales y económicas que caracterizan el panorama del desarrollo. Esto los hace más vulnerables a resultados adversos en salud, en especial a aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Determinantes y consecuencias del embarazo precoz

Entre los factores determinantes del embarazo adolescente se encuentran el matrimonio temprano, la coacción sexual, y la falta de acceso y uso de anticonceptivos. Las consecuencias del embarazo precoz pueden incluir la morbilidad y la mortalidad atribuibles a un inadecuado acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto, así como a los abortos inseguros (7). Las desigualdades estructurales y los entornos sociales colocan a ciertos grupos de adolescentes en riesgo de involucrarse en conductas que coartan sus posibilidades de una saludable transición a la adultez. Por ejemplo, los adolescentes más pobres tienen menos probabilidades de terminar sus estudios (8). En consecuencia, a menudo tienen menos acceso a información en salud, ya que la educación sexual, de impartirse, se dispensa a estudiantes en los grados más avanzados. En el curso de los últimos 15 años la tasa de fecundidad ha aumentado entre las adolescentes más pobres en muchos países (9), y las adolescentes en el quintil más pobre tienen cuatro veces más probabilidades de quedar embarazadas que las del quintil más rico.

La adolescencia es una etapa clave para el desarrollo y una oportunidad fundamental para asegurar una buena transición hacia la edad adulta. Los resultados adversos en el área de la salud sexual y reproductiva a menudo se remontan a la adolescencia, cuando la mayoría de las personas comienzan a tener actividad sexual (7). El logro educativo, las habilidades para la vida y la toma de decisiones en torno a la conducta sexual y reproductiva tienen efectos profundos tanto en la vida de los adolescentes como en sus familias, comunidades y la sociedad.

INTRODUCCIÓN

El papel de la OMS y su enfoque

La OMS ha articulado una definición de salud así como la importancia de un marco legislativo y normativo. Implícito en el marco de la definición de salud de la OMS se encuentran el derecho a recibir información y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de regulación de la fecundidad, el derecho al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan a las mujeres atravesar su embarazo y parto de manera segura, y el derecho de las parejas a optimizar sus posibilidades de tener hijos sanos.

La estrategia mundial de salud reproductiva de la OMS destaca la importancia de contar con marcos legislativos y normativos que respalden y faciliten el acceso universal y equitativo a los servicios de SSR. Señala que a menudo es preciso eliminar ciertas barreras políticas y jurídicas que impiden el uso de intervenciones que salvan vidas y otros servicios necesarios. Los entornos político, jurídico y normativo son fundamentales, ya que determinan la disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios de salud. Además, los derechos a la participación y a la no discriminación son derechos humanos esenciales para el proceso de elaboración de leyes y políticas favorables.

INTRODUCCIÓN

Referencias

1. Robert Blum. Trends in Adolescent International Health. 2006. Johns Hopkins University.
2. UNICEF. Adolescence: The big picture. Actualizado el 19 de marzo de 2009. Consultado el 10 de junio de 2009 en http://www.unicef.org/adolescence/index_bigpicture.html.
3. Robert Blum. Trends in Adolescent International Health. 2006. Johns Hopkins University.
4. International Federation of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent Sexual and Reproductive Health. Borrador del informe final. Marzo de 2009.
5. Filmer, D. & Pritchett, L. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries". Population and Development Review 25(1): 85-120.
6. CEPAL. Panorama Social de América Latina. 2005. Capítulo III.
7. International Federation of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent Sexual and Reproductive Health. Borrador del informe final. Marzo de 2009.



UN Photo/Shehzad Noorani

I. Metodología detallada

El proceso de desarrollo de las directrices

I. METODOLOGÍA DETALLADA

Pasos clave en el proceso de desarrollo de las directrices

A continuación se presenta un resumen de los pasos clave para el proceso de desarrollo de las directrices y el cronograma:

PASO CLAVE		CRONOGRAMA
1	Propuesta al Comité de Examen de Directrices de la OMS	Aprobada en abril de 2009
2	Ámbito <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las directrices existentes • Selección de los resultados críticos y redacción de las preguntas clave 	Enero - abril de 2009
3	Formación del panel de expertos y proceso de consulta	Mayo - agosto de 2009 (vía virtual)
4	Ejecución de una metodología paso a paso siguiendo los lineamientos del Comité de Examen de Directrices: <ul style="list-style-type: none"> • Adjudicación de puntuaciones a los resultados críticos y refinamiento de las preguntas clave • Desarrollo y aplicación de estrategias de búsqueda en bases de datos electrónicas • Pesquisa, elaboración de resúmenes y revisión de los textos completos de las revisiones sistemáticas pertinentes, los estudios individuales y la literatura gris correspondientes a las preguntas clave • Síntesis y clasificación de la evidencia • Elaboración de recomendaciones usando el sistema GRADE¹ 	Mayo de 2009 - octubre de 2010
5	Reunión del panel mundial de expertos	Noviembre de 2010
6	Informe final sobre las directrices	Diciembre de 2010
7	Aprobación por parte del Comité de Examen de Directrices	Primer trimestre de 2011
8	Publicación y difusión	2011

Los seis resultados clave hacia los que apuntan las directrices:

1. Reducción del matrimonio en menores de 18 años
2. Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad
3. Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado
4. Reducción de relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes
5. Reducción del aborto inseguro en las adolescentes
6. Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes

I. METODOLOGÍA DETALLADA

Propuesta para el Comité de Examen de Directrices de la OMS

Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente elaboró y presentó una propuesta al Comité de Examen de Directrices (CED) de la OMS, y este dio su aprobación en abril de 2009. Tal como indica el proceso recomendado por la OMS para el desarrollo de recomendaciones y directrices, se formó un grupo (Grupo de Desarrollo de las Directrices de la OMS) de profesionales de los diferentes departamentos de la OMS que trabajan en el área de la salud sexual y reproductiva (CAH), Salud Reproductiva e Investigación (RHR), Making Pregnancy Safer (MPS), para abocarse a la elaboración de las directrices bajo la dirección del CAH.

Ámbito

El equipo del CAH de la OMS elaboró una lista de los principales resultados de SSR que afectan a los adolescentes en los países en desarrollo, concentrándose en la prevención de embarazos precoces en adolescentes. El CAH de la OMS desarrolló una serie de preguntas clave para cada uno de los resultados seleccionados. Los equipos de RHR y de MPS hicieron sus aportes y participaron en reuniones en las que se revisaron todos los resultados y las preguntas.

Plan para la revisión “por pares”

Se utilizó un proceso de revisión “por pares” para analizar las preguntas clave, los resúmenes de la evidencia y el borrador de recomendaciones que surgieron de la reunión del panel de expertos. El Grupo de Desarrollo de las Directrices de la OMS envió las preguntas propuestas a un grupo multidisciplinario de expertos en el tema (30 investigadores, técnicos de programas, activistas, formuladores de políticas, organismos de la ONU y donantes) para que, como pares, hicieran una revisión y aportaran sus comentarios.

Los expertos tenían que evaluar los resultados de acuerdo a su importancia en la reducción del embarazo en la adolescencia y la morbilidad y la mortalidad materna en adolescentes. Se les solicitó que calificaran cada resultado en una escala de 1 a 9. Los resultados se definieron como críticos si se les adjudicaba un puntaje promedio entre 7 y 9; importantes pero no fundamentales si obtenían entre 4 y 6 en promedio; e irrelevantes si obtenían menos de 4 en promedio. Además, se les pidió a los expertos que opinaran acerca de la pertinencia de cada pregunta con respecto al resultado y el objetivo general de la revisión. Se les pidió que hicieran aportes sobre cada una de las preguntas dentro de cada resultado. Se les solicitó también que añadieran otros resultados y otras preguntas que consideraran necesarias. Todas las respuestas de los expertos fueron revisadas por el Grupo de Desarrollo de las Directrices de la OMS, quien formuló la lista definitiva de resultados y preguntas clave (Ver Anexo 3).

Revisión sistemática por resultados y por institución encargada

En diciembre de 2009, el CAH convocó a una reunión a las instituciones que se encargarían de la revisión. Las instituciones fueron seleccionadas en base a su experiencia técnica en investigación y según los temas relevantes para las directrices. La tabla siguiente enumera las instituciones a las que se encomendó cada resultado.

I. METODOLOGÍA DETALLADA

Resultado clave	Institución encargada
Matrimonio temprano	International Center for Research on Women (ICRW)
Relaciones sexuales bajo coacción	Population Council
Embarazo adolescente	Family Health International (FHI)
Acceso a la anticoncepción	FHI
Aborto sin riesgos	Instituto Alan Guttmacher (AGI)
Acceso y uso de los servicios de salud materno-infantil entre los adolescentes	Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) - un Centro Colaborador de la OMS para la Salud Materna y Perinatal en la Argentina

Desarrollo de las estrategias de búsqueda

En base a los resultados y preguntas clave acordadas, el Grupo de Desarrollo de las Directrices de la OMS elaboró las estrategias de búsqueda para cada resultado, que se adjuntan en los anexos de este documento (Ver Anexos 4 y 5).

A continuación se presentan los parámetros de las estrategias de búsqueda:

- No hubo restricciones de idioma. Los revisores eran capaces de leer en inglés, francés, portugués y español. Las comunicaciones en otros idiomas fueron traducidas al inglés para aquellos que lo necesitaban. Los que eran capaces de leer los documentos en su idioma original así lo hicieron.
- Se incluyeron estudios publicados e inéditos.
- Se incluyeron estudios publicados hasta enero de 2010. Los términos de búsqueda utilizados incluyeron “adolescentes” y los términos principales de los resultados y las preguntas clave definidas por el panel de expertos y afinadas por el equipo del CAH/OMS.
- A continuación se presentan las definiciones específicas y los principios subyacentes a algunos términos de búsqueda:
 - Niños: según los tratados de derechos humanos (por ejemplo, la Convención sobre los Derechos del Niño) se es niño hasta los 18 años de edad.
 - Matrimonio temprano: antes de los 18 años de edad. El matrimonio antes de esa edad trunca procesos importantes del desarrollo de los órganos reproductivos.
 - Embarazo precoz: antes de los 20 años de edad, basado en la suposición de que el embarazo ocurre por lo menos un año después del matrimonio.
 - Adolescentes marginadas: Las niñas y adolescentes marginadas debido a la pobreza, las tradiciones societales y/o su ubicación geográfica. Estos factores limitantes dificultan el acceso de las niñas y adolescentes a la información, educación y servicios de salud, y a lugares seguros para su crecimiento y desarrollo personal.
- La búsqueda incluye las condiciones del entorno basándose en la lista de países clasificados por el Banco Mundial como países de renta baja, media-baja y de renta media-alta.
- Las estrategias de búsqueda fueron adaptadas para cada base de datos electrónica de acuerdo a sus encabezamientos individuales o su estructura de búsqueda.
- Se indican las bases de datos consultadas por cada resultado.

I. METODOLOGÍA DETALLADA

Aplicación de las estrategias de búsqueda

Las estrategias de búsqueda se extendieron desde Enero de 2009 hasta Febrero de 2010. Se entregó a las organizaciones encargadas un archivo electrónico con una recopilación de los resúmenes pertinentes y se les pidió que hicieran una preselección de los títulos y resúmenes de las revisiones sistemáticas y los estudios individuales pertinentes. En los casos en que las revisiones sistemáticas y los estudios cumplían con los criterios de inclusión y respondían a las preguntas clave se revisó el texto completo. A todos los consultores se les pidió que identificaran estudios e informes pertinentes en la literatura gris.

Perfiles de evidencia GRADE y evidencia para la revisión de los expertos

Se utilizó el sistema GRADE para evaluar la calidad de la evidencia obtenida de las revisiones sistemáticas y los estudios individuales que habían cumplido con los criterios de inclusión.ⁱ

En su formulación de recomendaciones para las directrices, la OMS siguió un proceso de elaboración normalizado que se encuentra resumido en el *Manual para el desarrollo de directrices de la OMS*. El grupo de investigación responsable de cada área de resultados condujo revisiones sistemáticas de la literatura. Una vez recopilada, la evidencia tenía que ser resumida de acuerdo a la metodología de la OMS.

Según el manual de la OMS para el desarrollo de directrices revisado (10), la elaboración de directrices requiere:

- La síntesis de toda la evidencia disponible;
- La evaluación formal de la calidad de la evidencia; y
- Los resúmenes de evidencia en una plantilla estándar para discusión del grupo.

La OMS utiliza el sistema de evaluación de la evidencia denominado GRADE (Calificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones). Se realizó una valoración de la calidad de la evidencia de todos los exámenes sistemáticos y estudios individuales que cumplían con los criterios de inclusión utilizando los criterios de GRADE (10,11).

A continuación se presenta una descripción detallada del sistema GRADE. GRADE es un sistema de evaluación de la calidad basado en:

- Diseño del estudio – ensayos controlados aleatorios o estudios observacionales.
- Limitaciones de diseño del estudio – las fuentes de sesgo tales como referir la ubicación, la falta de ciegos, el conteo incompleto de los pacientes y los resultados de los ensayos aleatorios, la falta de un adecuado control de los factores de confusión, y la medición errónea de la exposición y del resultado en los estudios observacionales.
- Congruencia de los resultados – la variabilidad de los resultados entre o dentro de los estudios, heterogeneidad.
- Aplicabilidad directa de la evidencia – ¿los estudios evalúan los resultados que nos interesan?; ¿la población estudiada es igual a la población que nos interesa?
- Imprecisión – pocos pacientes y pocos eventos, intervalos de confianza amplios.
- Publicaciones sesgadas – posible sobreestimación o subestimación del efecto debido a la publicación selectiva de estudios.

ⁱ Artículo del Grupo de Trabajo de GRADE y el Manual para el desarrollo de directrices de la OMS (2010)

I. METODOLOGÍA DETALLADA

El enfoque GRADE permite graduar el peso de la evidencia a partir de los criterios mencionados arriba. Por ejemplo, cuando evalúa las limitaciones del diseño de un estudio, un revisor a cargo de la calificación tiene la opción de seleccionar “ninguna”, “grave” o “muy grave”. Si se selecciona “grave” o “muy grave” se debe explicar el motivo en las notas del cuadro GRADE. Se aplican las mismas opciones (ninguno, grave, muy grave) a todos los criterios.

También es posible aumentar la calificación de la evidencia cuando hay un efecto grande o una relación dosis-respuesta.

El nivel de calidad de la evidencia se asigna conforme los siguientes criterios:

- Alto – es muy poco probable que una profundización de la investigación pueda modificar nuestra confianza en cuanto a la estimación del efecto;
- Moderado – es probable que una profundización de la investigación incida de modo importante en nuestro grado de confianza o en la estimación del efecto, lo que podría modificar la estimación;
- Bajo – es muy probable que más investigación tenga un impacto importante en nuestro grado de confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación; y
- Muy bajo – cualquier estimación del efecto es muy incierta.

El software de GRADE (4) consiste en una plantilla para ingresar información acerca de la evidencia. Es posible bajar o subir la calificación que se le da a la evidencia en función de las razones mencionadas anteriormente.

Para los resultados dicotómicos, se establece el número que presenta el resultado (por ejemplo, el embarazo no deseado) para ambos grupos – de intervención y control. Se registran el efecto – ya sea la media de la diferencia, el riesgo relativo, la razón de probabilidad, la razón de riesgo u otro resultado, así como los intervalos de confianza del 95%. GRADE produce entonces una estimación del efecto relativo y del efecto absoluto.

Una vez que se ingresa la información sobre la calidad del estudio, así como los resultados, se puede producir un “cuadro GRADE”. En esta tabla se identifica el tipo de evidencias utilizadas, los aspectos referentes a la calidad de la evidencia (que se explican en las notas al pie del cuadro GRADE), el resumen de los hallazgos, una calificación de la calidad de la evidencia y la “importancia” del resultado considerado.

Limitaciones de GRADE para la calificación de las evidencias pertinentes en función de los temas prioritarios

Teniendo en cuenta que el área de investigación –la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en las adolescentes en los países en desarrollo– no se presta a ensayos controlados aleatorios o comparativos de observación, es claro que gran parte de la evidencia disponible para los temas prioritarios no “encaja” en GRADE. Esto se debe a que muchos de los estudios disponibles o bien no son comparables, o si se hacen comparaciones estas no se presentan de manera que se ajuste a GRADE. Por ejemplo, los resultados de un estudio pueden informar que 75% de las adolescentes que recibieron la intervención aumentaron el uso de anticonceptivos, mientras que 60% de las adolescentes del grupo control también incrementó el uso de anticonceptivos – pero no se ofrece ni una comparación de estas proporciones ni indicación alguna de su significación estadística.

I. METODOLOGÍA DETALLADA

Resúmenes de la evidencia alternativa

Para resumir este tipo de evidencia se compiló una tabla que resume la siguiente información:

- Diseño del estudio;
- Objetivo del estudio;
- Población de pacientes y N (número de sujetos);
- Intervención o intervenciones utilizadas;
- Breve resumen de los principales resultados;
- Declaración sobre la relevancia – si el estudio es relevante para el tema prioritario identificado y las preguntas específicas para abordar el tema.

Evidencia y recomendaciones

Una vez que la evidencia es ingresada en GRADE y resumida, el siguiente paso consiste en formular las recomendaciones. Las mismas consideran tanto la evidencia como otros factores, tales como los valores y las preferencias. A continuación se presentan los puntos clave a considerar en la formulación de las recomendaciones:

- Las recomendaciones son juicios basados en la calidad de la evidencia, una solución de compromiso entre los beneficios y perjuicios para la salud, valores, preferencias y costos.
- La fuerza de una recomendación es el grado de confianza en que los efectos deseables de la adherencia a una recomendación contrarresten los efectos indeseables. Los efectos deseables son los beneficios a la salud, una baja carga de la enfermedad y el ahorro de recursos, mientras que los indeseables son los daños, un aumento de la carga de morbilidad y el costo adicional en recursos.
- La OMS utiliza dos categorías para medir la fortaleza de una recomendación, fuerte y débil:
 - i. Se trata de una recomendación fuerte cuando el panel confía en que los efectos deseables de la adherencia a una recomendación compensan los efectos indeseables.
 - ii. Se trata de una recomendación débil cuando el panel concluye que los efectos deseables de la adherencia a la recomendación *probablemente* superen los efectos no deseados, pero el panel no está seguro acerca de las ventajas y desventajas. Las razones para tener dudas incluyen: la falta de evidencias de alta calidad, la presencia de estimaciones imprecisas de los beneficios o daños a la salud, la incertidumbre o la variación en relación a cómo los diferentes individuos valoran los resultados, pequeños beneficios a la salud, o porque los beneficios no compensan los costos (incluyendo los costos de aplicación de la recomendación).

Al hacer un juicio sobre la fortaleza de una recomendación, se debe tener en cuenta que:

- No existe un umbral preciso para pasar de una recomendación fuerte a una débil.
- La presencia de inquietudes importantes acerca de uno o más de los factores relacionados con la fortaleza de la recomendación (calidad de las evidencias, precisión de las estimaciones, incertidumbre en el valor de los resultados, dimensión de los beneficios, si compensa los costos) hacen que una recomendación débil sea más probable.

I. METODOLOGÍA DETALLADA

- Los paneles deben considerar todos estos factores y explicitar las razones para su juicio.
- Las recomendaciones deben especificar la perspectiva adoptada (es decir, desde el paciente individual o del sistema de salud) y qué resultados se consideraron (incluyendo el costo, si lo hay).

Las implicaciones de una recomendación fuerte son:

- Para los pacientes: la mayoría de los usuarios en una situación particular desearía el curso de acción recomendado y sólo una pequeña proporción no.
- Para los proveedores de salud: opinan que la mayoría de los pacientes debe recibir el curso de acción recomendado.
- Para los responsables de políticas: la recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.

Las implicaciones de una recomendación débil son:

- Para los pacientes: la mayoría de los usuarios en una situación particular desearía el curso de acción recomendado, pero muchos no.
- Para los proveedores de salud: están preparados para ayudar a los pacientes a tomar una decisión que sea coherente con sus propios valores.
- Para los responsables de políticas: se necesita un importante debate involucrando a todos los interesados directos para poder adoptar la política en cuestión.

Una experta externa con experiencia en el sistema GRADE examinó las revisiones sistemáticas y los estudios individuales, evaluó la calidad de la evidencia según los criterios de GRADE y generó perfiles de evidencia de GRADE. Para aquellos estudios que no cumplían con los criterios de GRADE se prepararon tablas separadas para resumir la evidencia encontrada en cada uno, incluyendo detalles relacionados con el diseño del estudio y sus objetivos, la población, la intervención, los resultados y la calidad del estudio. Estas tablas fueron compartidas con el grupo de expertos para informar sobre la formulación de recomendaciones en ausencia de evidencia elegibleⁱⁱⁱ o cuando la evidencia elegible fue limitada.

En los anexos de este documento se incluye el protocolo aplicado para generar el resumen de la evidencia para cada resultado (Ver Anexo 6).

Reunión de expertos

Una vez completadas las revisiones sistemáticas de la literatura y las tablas de evidencias, el grupo clave de la OMS redactó las recomendaciones. En noviembre de 2010, la OMS convocó a un panel multidisciplinario de expertos – que incluyó a expertos tanto en SSR de adolescentes como en salud materna y neonatal – para discutir, revisar, y consensuar una serie de recomendaciones basadas en el análisis de la evidencia disponible. El panel también incluyó a expertos en la metodología de revisión sistemática, a quienes se les encargó realizar las revisiones sistemáticas y la calificación de la evidencia.

Para la reunión del panel se pusieron a disposición de los participantes documentos de referencia que incluían las preguntas clave, la metodología, artículos científicos selectos, las revisiones sistemáticas, las tablas de resumen y los cuadros GRADE.

ⁱⁱⁱ Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicional/débil.

I. METODOLOGÍA DETALLADA

Resumen del proceso de toma de decisiones

Se presentó un resumen de la evidencia para cada uno de los seis resultados; esto consistió en una breve presentación de los resultados de las revisiones sistemáticas de la literatura, incluyendo los perfiles del cuadro GRADE y los resúmenes de la evidencia sin calificar. Los miembros del panel recibieron como referencia todos los documentos relevantes relacionados con las revisiones sistemáticas y los artículos individuales. La discusión se centró en las recomendaciones. Se registraron electrónicamente las modificaciones realizadas en base a los comentarios del grupo. Para la formulación de las recomendaciones y la calificación de sus fortalezas, el panel recibió instrucciones de ponderar cuatro factores principales:

1. la calidad de la evidencia;
2. el balance entre beneficios y daños o cargas;^{iv}
3. diferencias en los valores;^v
4. implicaciones en recursos.^{vi}

Gestión del proceso de grupo y métodos de resolución de discrepancias

Para reformular las recomendaciones propuestas se exigió que el grupo se pusiera de acuerdo. La definición de un acuerdo de grupo o de consenso que se aplicó fue que la mayoría estuviera de acuerdo, que los que no estaban de acuerdo no tuvieran objeciones fuertes, y que todos tuvieran la oportunidad de expresar su opinión. En caso de no lograr el consenso, se haría una votación.

Proceso de arbitraje

Después de la reunión de expertos, personal de OMS/CAH compiló las recomendaciones elaboradas durante la reunión y las envió a los expertos para su revisión y comentarios. En consulta con los departamentos de RHR y MPS y las instituciones encargadas, CAH estudió los aportes recibidos y tomó decisiones acerca de dónde y cómo incorporar los comentarios. Una vez incorporados los aportes, OMS compartió las recomendaciones con una selección de expertos externos, incluyendo las instituciones originalmente encargadas y UNFPA, para ultimar las directrices.

Plan de difusión de las directrices

El equipo del CAH de la OMS esbozó un plan para difundir las recomendaciones elaboradas a partir de la revisión sistemática y el proceso del panel de expertos. El plan inmediato consiste en dar a conocer las directrices una vez aprobadas, identificar los vacíos que presente la evidencia para determinar las áreas de investigación futura, y desarrollar herramientas de orientación para el desarrollo de prioridades para la acción y para la investigación. Los objetivos a más largo plazo son movilizar el apoyo para la obtención de evidencias a nivel nacional y promover cambios de políticas con respecto a la información, servicios y formación en el plano mundial.

Entre los canales para llegar al público objetivo se incluyen la publicación de las directrices, documentos de política y un conjunto de herramientas en CD-ROM, reuniones presenciales y eventos de lanzamiento a alto nivel – uno a nivel mundial y tres regionales en África, Asia y América Latina. Los lanzamientos a nivel nacional se llevarán

^{iv} Cuando mayor sea la diferencia entre una consecuencia deseable y una no deseable, mayor garantía de obtener una recomendación fuerte. Cuanto más pequeño sea el beneficio neto y menor la certeza de obtener dicho beneficio, mayor garantía de obtener una recomendación condicionada o débil.

^v Cuando mayor sea la variabilidad o incertidumbre en valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicional/débil.

^{vi} Cuando mayores sean los costos de una intervención - es decir, cuanto más recursos se consumen - más probable es que se justifique una recomendación condicional/débil.

I. METODOLOGÍA DETALLADA

a cabo en países seleccionados. Otros canales a utilizar incluyen seminarios virtuales, medios de comunicación sociales, blogs, revistas técnicas y científicas, presentaciones en conferencias y talleres, y esfuerzos de promoción a nivel de las bases.

Los socios clave para la promoción incluyeron las siguientes organizaciones:

- Secretario General de las Naciones Unidas y Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño;
- Organismos de las Naciones Unidas;
- Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas para las Adolescentes;
- Campaña para Eliminar la Fístula;
- Countdown 2015 y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH);
- IPPF, Family Care International (FCI), Women Deliver y FHI;
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe;
- Alianza Africana para la Salud Pública;
- USAID Connect;
- Coalición para los Suministros de Salud Reproductiva.

Evaluación de las directrices

Después de la difusión, el departamento CAH de la OMS tratará de obtener fondos adicionales con el fin de evaluar la utilidad y el impacto de las directrices, ya que esto no se incluyó en el presupuesto de ejecución original.

I. METODOLOGÍA DETALLADA

Referencias

1. *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva, World Health Organization, 2004.
2. *The World health report 2005: Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005.
3. *Pregnant adolescents: Delivering on global promises of hope*. Geneva, World Health Organization, 2006.
4. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group (<http://www.gradeworkinggroup.org> accessed 16 September 2011).
5. Blum R. Trends in Adolescent International Health. Maryland, Johns Hopkins University, 2006.
6. *Adolescence: The big picture*. New York, UNICEF, 2009 (updated). (http://www.unicef.org/adolescence/index_bigpicture.html, accessed 16 September 2011).
7. *Adolescent Sexual and Reproductive Health (draft final report)*. London, International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2009.
8. Filmer, D, and L. Pritchett L. The effect of household wealth on educational attainment: Evidence from 35 countries. *Population and Development Review*, 1990, 25(1): 85–120.
9. *Social Panorama of Latin America, 2005*. Santiago, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2005.
10. *WHO handbook for guideline development*. Geneva, World Health Organization, 2008.
11. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 2004, 328:1490.



UN Photo/Myruam Asmani

II. Recomendaciones por resultado

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Pregunta 1.1

¿Hay alguna evidencia que pruebe que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas destinadas a prohibir el matrimonio de las niñas y adolescentes menores de 18 años de edad?

Pregunta 1.2

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos dirigidos a responsables de políticas y planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– para hacer cumplir las leyes que prohíben el casamiento de las jóvenes menores de 18 años de edad?

Recomendación para la acción (en relación con las preguntas 1.1 y 1.2)

Recomendación fuerte

Alentar a los responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad a formular y aplicar leyes y políticas para prohibir el matrimonio de niñas y adolescentes antes de cumplir los 18 años de edad.

Recomendación para la investigación

Realizar investigaciones para identificar intervenciones efectivas para la formulación, ejecución y seguimiento de leyes y políticas, incluyendo el seguimiento de las consecuencias perjudiciales no deseadas.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio que abordara esta pregunta. El panel observó que es poco probable que los esfuerzos para formular leyes y políticas, y para hacerlas cumplir y vigilar su cumplimiento, sean abordados en los estudios de intervención.

El panel destacó los siguientes factores que influyen en las tasas de matrimonio infantil: el estado del sistema de registro civil de un país (que prueba la edad de los niños), la existencia de un marco legislativo adecuado, un mecanismo de aplicación conjunto que aborde los casos de matrimonio infantil, y la existencia de leyes del derecho consuetudinario o religiosas que condonen dicha práctica. Las intervenciones resultan necesarias para proteger y garantizar los derechos de los menores de 18 años de edad (que son niños según la definición de la Convención sobre los Derechos del Niño).

El panel acordó que las intervenciones para prohibir el matrimonio antes de la edad de 18 años a través de la formulación y aplicación de leyes y políticas son importantes, tanto desde el punto de vista de los derechos como desde la perspectiva de la salud pública. Los miembros del panel señalaron que el desarrollo físico, social y psicológico de las niñas adolescentes puede ser promovido impidiendo los matrimonios tempranos y el embarazo en niñas adolescentes. El panel también analizó los daños potenciales de estas intervenciones. En primer lugar, la aplicación de estas leyes podría penalizar a aquellos que las contravienen de tal manera que ponga en peligro el sustento y el bienestar de las adolescentes y sus familias. En segundo lugar, la introducción de estas leyes y políticas puede crear un conflicto al distorsionar las normas sociales existentes.

A pesar de la evidencia limitada, el panel concluyó que no se debe cejar en los esfuerzos para promover leyes que prohíban el matrimonio antes de los 18 años de edad, como una medida importante para garantizar los derechos de las niñas y para evitar embarazos precoces.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 1.1

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de la acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 1.2

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: Ninguna		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de la acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Pregunta 1.3

¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos destinados a influir sobre las normas sociales y familiares relativas al matrimonio sean eficaces para retrasar el matrimonio en las niñas y adolescentes menores de 18 años de edad?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Llevar a cabo intervenciones para retrasar el matrimonio de las niñas y adolescentes hasta los 18 años de edad, influyendo en las normas de la familia y la comunidad. Estas intervenciones deben llevarse a cabo conjuntamente con aquellas dirigidas a los responsables de políticas y planificadores.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró estudios que reunieran los requisitos para su calificación. El grupo consideró la evidencia sin calificar (1-10) que demostró una mejoría en el conocimiento y las actitudes de los miembros de la comunidad con respecto a los peligros potenciales de los matrimonios precoces como el resultado de intervenciones a nivel de la comunidad y a nivel familiar. El panel observó deficiencias en la metodología de estos estudios, tales como falta de grupos de control, selección de la muestra no aleatoria, falta de pruebas de significación, y falta de especificidad de la intervención.

El panel señaló que estas intervenciones tendrían varias ventajas. Primeramente, cambiar la norma social es un componente esencial para poner fin a la práctica del matrimonio temprano. En segundo lugar, las adolescentes por lo general requieren la aprobación de las familias y las comunidades para participar en los programas de salud y educación. Por lo tanto, las intervenciones que pretenden influir en las normas de la familia y la comunidad pueden mejorar la participación de las niñas y adolescentes en los programas de salud y educación. Por último, las comunidades pueden facilitar la implementación de intervenciones que tienen por objeto impedir los matrimonios precoces. El panel reconoció que estas intervenciones pueden provocar conflictos en algunas comunidades, por distorsionar las normas sociales existentes. También señaló que las implicancias financieras de estas intervenciones no han sido formalmente evaluadas.

A pesar de la evidencia limitada, el panel recomendó intervenciones dirigidas a las familias y los miembros de la comunidad para modificar las normas sociales referentes a la edad del matrimonio como una forma de cumplir con los derechos de las niñas y adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 1.3

POBLACIÓN: Miembros de la comunidad, incluyendo padres y adolescentes		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Pregunta 1.4

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esquemas de transferencia de dinero en efectivo a las familias para retrasar el matrimonio en las niñas y adolescentes menores de 18 años de edad?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, consulte la recomendación para la investigación relacionada con esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones para determinar la viabilidad, eficacia y efectos a largo plazo de los esquemas de transferencia de dinero en efectivo para las adolescentes y sus familias como un medio de retrasar la edad del matrimonio hasta los 18 años de edad.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró ninguna evidencia elegible para la calificación. El panel consideró varios estudios sin calificar (1,2,10-13), que en su conjunto indican una mejora en la retención escolar, así como una reducción en el matrimonio temprano debido a las intervenciones que involucran esquemas de transferencia de dinero en efectivo. Los miembros del grupo tomaron nota de los defectos metodológicos en el diseño de las evaluaciones que limitan la atribución de los resultados observados a las intervenciones realizadas.

El panel también discutió los siguientes temas. En primer lugar, hay una considerable incertidumbre sobre el equilibrio entre beneficios y resultados adversos. Por ejemplo, no está claro si las niñas y adolescentes que reciben transferencias de dinero en efectivo podrían enfrentar un mayor riesgo a su integridad física y seguridad emocional. Además, estas intervenciones podrían conducir a una discriminación contra los niños varones. En segundo lugar, no hay información sobre la sostenibilidad de estas intervenciones a largo plazo.

Dada la debilidad de la evidencia y los múltiples interrogantes que surgieron, el panel concluyó que se necesitan más investigaciones sobre el efecto de los esquemas de transferencia de dinero en efectivo para influir en las actitudes y comportamientos relacionados con el matrimonio temprano.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 1.4

POBLACIÓN: Las niñas y adolescentes y sus familias		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Pregunta 1.5

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a informar y empoderar a las niñas y adolescentes para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años de edad?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Llevar a cabo intervenciones para informar y empoderar a las niñas y adolescentes, en combinación con intervenciones destinadas a influir en las normas de la familia y la comunidad, para retrasar la edad de matrimonio en las menores de 18 años de edad.

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones sobre la viabilidad y la ampliación de estas intervenciones.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó estudios que reuniesen los requisitos para su calificación. El grupo consideró la evidencia sin calificar (3-5,7,8,10,12,14-19) que demostraba que las intervenciones para informar y empoderar a las niñas y adolescentes, en combinación con otras intervenciones destinadas a influir sobre las normas de la familia y la comunidad, pueden influir positivamente en las actitudes y comportamientos relacionados con el retraso de la edad del matrimonio. Los miembros del panel señalaron varias deficiencias metodológicas que limitaban la capacidad de atribuir los resultados a las intervenciones. Estas incluyen, entre otras: el sesgo de selección de los participantes en la intervención, la falta de asignación aleatoria, la falta de grupos de control y de estrategias claras de muestreo y la aplicación combinada de los diferentes tipos de intervenciones.

El panel estuvo de acuerdo en que informar y empoderar a las niñas y adolescentes es importante tanto por lo que concierne a sus derechos como desde la perspectiva de la salud pública. Señaló que los beneficios potenciales de estas intervenciones superan los problemas técnicos de su aplicación, así como cualquier daño potencial. Sin embargo, los miembros del panel coincidieron en que estas intervenciones deben ser combinadas con otras que apunten a las familias y las comunidades, a fin de crear un entorno favorable para que las adolescentes se adueñen de la información que reciben y puedan expresar su empoderamiento. Estas intervenciones pueden encontrar resistencia en algunas comunidades, ya que desafían las normas existentes. Las repercusiones financieras de estas intervenciones no han sido evaluadas.

A pesar de lo limitado de la evidencia, el panel recomendó la aplicación de estas intervenciones para apoyar el ejercicio de los derechos de las niñas y adolescentes. El panel también coincidió en cuanto a la importancia de investigar más sobre la viabilidad de estas intervenciones y la posibilidad de ampliarlas en escala.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 1.5

POBLACIÓN: Las adolescentes y sus familias		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte (para la recomendación de acción)</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Pregunta 1.6

¿Hay alguna evidencia que pruebe la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de la educación de las niñas y adolescentes para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años de edad?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Aumentar las oportunidades educativas para las niñas y adolescentes a través de canales formales, y no formales, con el fin de retrasar el matrimonio hasta los 18 años de edad.

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones para evaluar el impacto de una mayor disponibilidad de educación y un mayor nivel de escolarización sobre la edad del matrimonio.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó estudios elegibles para la calificación. El panel destacó datos de población, así como pruebas sin calificar (2,4,7,10,12-14,19,20) que demostraron una relación positiva, sugiriendo cierta protección entre el nivel de escolaridad y la edad del matrimonio. Los miembros del panel señalaron que los defectos metodológicos, tales como la falta de asignación aleatoria, la falta de grupos de control, o la falta de datos de referencia, limitaban la capacidad de atribuir los resultados a las intervenciones.

El panel observó que aumentar las oportunidades educativas para las niñas y adolescentes a través de canales formales y no formales es importante tanto desde el punto de vista de los derechos como desde la perspectiva de la salud pública. Asimismo, señaló que la mejora del acceso a la educación de las adolescentes acarrea importantes beneficios económicos y sociales, además de retrasar la edad de matrimonio. El panel reconoció la posibilidad de que hubiera un aumento del riesgo de violencia o acoso contra las adolescentes mientras están en la escuela o en camino a la escuela, especialmente en los entornos inestables o inseguros. Además, estas intervenciones también podrían generar resistencia en algunas comunidades, ya que cuestionan las normas existentes.

A pesar de la baja calidad de la evidencia, el panel concluyó que el aumento del acceso a la educación de las niñas y adolescentes con el fin de retrasar el matrimonio antes de la edad de 18 años es importante por razones sociales, económicas y de salud pública.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 1.6

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Pregunta 1.7

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de ampliar la disponibilidad de oportunidades de subsistencia para las niñas y adolescentes en función de retrasar el matrimonio en las menores de 18 años de edad?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, consulte la recomendación para la investigación relacionada con esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones sobre la viabilidad de las intervenciones para mejorar las condiciones de vida de las adolescentes, así como su impacto en el retraso de la edad del matrimonio.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó estudios elegibles para la calificación. El panel observó evidencia sin calificar (3,4,7,8,10,17,18,20,21) referente a las intervenciones para mejorar las condiciones de vida de las adolescentes en relación con la postergación del matrimonio. Si bien las intervenciones fueron efectivas para retrasar el matrimonio de jóvenes menores de 18 años de edad, los miembros del panel discutieron las debilidades en el diseño del estudio, así como los desafíos en la implementación de estas intervenciones. El grupo señaló también que ninguno de los estudios evaluó el efecto de los enfoques que sólo apuntaban a los medios para tener un sostén económico.

El panel señaló que estas intervenciones tenían importantes beneficios sociales, económicos y de salud, incluyendo los cambios en las normas de género. Sin embargo, también discutieron varios riesgos potenciales a su aplicación. En primer lugar, la participación en estas intervenciones podría plantear problemas para la integridad física y emocional de las niñas y adolescentes en algunas comunidades. En segundo lugar, se podrían generar expectativas que luego no se cumplen en cuanto a la capacidad para ganar dinero por parte de las participantes y sus familias. En tercer lugar, las actividades generadoras de ingresos podrían tener un efecto contraproducente, desincentivando el envío de las adolescentes a estudiar. El panel observó que las intervenciones para aumentar la participación de las niñas y adolescentes en el mercado económico podrían encontrar resistencia en algunas comunidades, ya que cuestionan las normas existentes.

El panel reconoció la importancia de proteger a las adolescentes muy jóvenes de la actividad laboral. Sin embargo, señaló que la mejora de la capacidad de las adolescentes de ganar un sustento podría tener beneficios sociales y económicos a nivel individual y comunitario que contrarresten los posibles daños. Debido a la escasez de evidencia, el panel no estuvo en condiciones de recomendar una intervención específica. Por consiguiente, recomendó seguir investigando para identificar intervenciones eficaces que retrasen la edad del matrimonio, mejorando las condiciones de vida de las niñas y adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 1.7

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 1 Bibliografía

1. Amin S, Sedgh G. *Incentive schemes for school attendance in rural Bangladesh*. New York, Population Council, 1998.
2. Arends-Kuenning MA, Amin, S. *The effects of schooling incentive programs on household resource allocation in Bangladesh* (Rep. No. 133). New York, Population Council, 2000.
3. *Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment*. Washington DC, The Centre for Development and Population Activities (United States Agency for International Development), 2001.
4. Mathur S et al. *Youth reproductive health in Nepal: is participation the answer?* Washington DC, International Center for Research on Women and EngenderHealth, 2004.
5. Pande RP et al. *Improving the reproductive health of married and unmarried youth in India: evidence of effectiveness and costs from community-based interventions*. Washington DC, International Center for Research on Women, 2006.
6. *Change in knowledge, perception, and attitudes of the villagers towards gender roles and gender relations: an evaluation of gender quality action learning programme*. Dhaka, BRAC, 2007.
7. *Providing new opportunities to adolescent girls in socially conservative settings: the Ishraq program in rural Upper Egypt*. New York, Population Council, 2007.
8. *Catalyzing change: improving youth sexual and reproductive health through DISHA, an integrated program in India*. Washington DC, International Center for Research on Women, 2008.
9. *Long-term evaluation of the Tostan Programme in Senegal: Kolda, Thies and Fatick regions (Working Paper)*. New York, United Nations Children's Fund, UNICEF, 2008.
10. Erulkar AS, Muthengi E. Evaluation of Berhane Hewan: A program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(1):6-14.
11. Srivastava, JN, Saxena, DN, RS Mathur. *Demographic evaluation of a development programme in rural Uttar Pradesh: a field study sponsored by the Rockefeller Foundation*. Lucknow, Yash Publishers, 1991.
12. Duflo E et al. *Education and HIV/AIDS prevention: evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Background Paper to the 2007 World Development Report. Washington DC, World Bank, 2007.
13. Baird S et al. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *World Bank Policy Research Working Paper Series*, 2009. Washington DC, World Bank, 2009.
14. *A gift for RH Project, Nepal: endline evaluation*. Kathmandu, Center for Research on Environment Health and Population Activities, 2002.
15. *Impact study of the New Horizons Program in Egypt*. Cairo, North South Consultants Exchange (USAID), 2003.
16. *Communicating with rural adolescents about sex education: experiences from BRAC, Bangladesh*. Geneva: World Health Organization, 2003.
17. Amin S, Suran L. *Program efforts to delay marriage through improved opportunities. Some evidence from rural Bangladesh*. New York, Population Council, 2005. (Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Philadelphia, 31 March-2 April, 2005).
18. Shahnaz R, Karim R. *Providing microfinance and social space to empower adolescent girls: an evaluation of BRAC's ELA centres*. Working Paper No. 3. Dhaka, BRAC, 2008.
19. Nawaz F, Ahmed S. The effectiveness of adolescent development program of Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) in strengthening awareness regarding social issues among rural adolescent girls in Bangladesh: an empirical study. *Studies on Home and Community Science*, 2009, 3:7-11.
20. Gandhi K, Krijnen J. *Evaluation of community-based rural livelihoods programme in Badakhshan, Afghanistan*. Oxford, Oxfam, 2006.
21. Pedersen KH et al. *Evaluation of 'Integrated Action on Poverty and Early Marriage' Programme in Yemen*. Oxford, Oxfam, 2008.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 2 Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

Pregunta 2.1

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos dirigidos a las niñas y adolescentes y otros interesados directos para reducir el embarazo en las menores de 20 años de edad?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Abogar por la prevención de embarazos en la adolescencia entre todos los interesados directos a través de intervenciones tales como brindar información, educación sexual y para la salud, construcción de habilidades para la vida, asesoramiento sobre medidas anticonceptivas y suministro de anticonceptivos, y la creación de entornos favorables.

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones para determinar la efectividad de las intervenciones con las adolescentes y otros interesados directos para reducir los embarazos entre niñas y jóvenes menores de 20 años de edad. Esta investigación debe considerar diferentes contextos socioculturales.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel consideró evidencias de calidad baja a moderada de una revisión sistemática de la literatura con calificaciones (cuadro GRADE 1) (1) que demostró la reducción de embarazos no deseados en relación con los grupos de control entre las personas expuestas a las intervenciones. El panel señaló que si bien los estudios revisados alcanzaron el resultado de reducir el embarazo antes de los 20 años de edad, no se podía atribuir este efecto a las intervenciones dirigidas a un grupo específico, como los padres o los líderes de la comunidad. Se hizo notar que si bien algunos de los estudios se realizaron en países en desarrollo (México y Nigeria), la mayoría de los que fueron incluidos en la revisión se realizaron entre los grupos de alto riesgo en los países desarrollados, tales como algunos segmentos de bajo nivel socioeconómico. Todos los estudios de intervención en esta revisión apuntaban en particular a adolescentes de sexo femenino. Algunas estaban dirigidas además a otros públicos específicos, tales como los varones, progenitores y miembros de la comunidad. Ninguno de los estudios revisados se dirigió explícitamente a quienes elaboran las políticas. Dadas las limitaciones de la evidencia disponible, el panel reconoció la necesidad de conducir una investigación para identificar estrategias de intervención que sean efectivas para diferentes grupos en aras de reducir las probabilidades de embarazo antes de los 20 años de edad.

El panel señaló que estas intervenciones tienen claros beneficios sociales y de salud y no tienen daños identificables. Los miembros del panel coincidieron en que, aunque no se han identificado conflictos en cuanto a los valores, estas intervenciones pueden generar resistencia en algunas comunidades porque desafían las normas comúnmente aceptadas. Por último, no se hizo una evaluación formal de las consecuencias financieras de estas intervenciones.

A pesar de la baja calidad de la evidencia, el panel reconoció la importancia de estas intervenciones, así como la necesidad de seguir investigando.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 2.1

POBLACIÓN: Las adolescentes y otros interesados directos (incluyendo responsables de políticas, planificadores, líderes comunitarios y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas)

INTERVENCIONES: Desarrollo de habilidades para la vida, educación sexual, actividades recreativas, orientación educativa y/o grupal, educación para la salud, alfabetización financiera y acceso a las farmacias que apuntan a las y los adolescentes, educación para la salud, actividades de orientación y construcción de habilidades para la vida dirigidas a padres y miembros de la comunidad

FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>La evidencia de calidad baja a moderada de una revisión sistemática de la literatura con calificaciones (cuadro GRADE 1) (1) demostró una reducción en los embarazos no deseados para los grupos de intervención en comparación con los controles. El panel señaló que si bien los estudios revisados alcanzaron el resultado de reducir el embarazo antes de los 20 años de edad, no había manera de atribuir este efecto a las intervenciones dirigidas a un grupo específico, como los padres o líderes de la comunidad. Se observó que si bien algunos de los estudios se realizaron en países en desarrollo, la mayoría de los que fueron incluidos en la revisión se realizaron entre los segmentos socioeconómicos más pobres de países desarrollados. Todos los estudios de intervención en esta revisión apuntaban en particular a niñas o adolescentes de sexo femenino. Algunas apuntaban a públicos adicionales, tales como los varones, progenitores y miembros de la comunidad. Ninguno de los estudios revisados estaba dirigido explícitamente a quienes elaboran las políticas.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>El reducir los embarazos antes de los 20 años de edad redundaba en claros beneficios sociales y a la salud. No hay daños identificables.</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>No hay conflictos identificados en cuanto a los valores. Sin embargo, estas intervenciones podrían enfrentar resistencia de algunas comunidades, ya que desafían sus normas vigentes.</p>

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Necesidad de recursos Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Estas intervenciones requerirán recursos para su aplicación y seguimiento. No se evaluaron sus implicaciones financieras.
Fuerza de la recomendación en general	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 2 **Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad**

Pregunta 2.2

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a mejorar la situación económica de las niñas y adolescentes para reducir el embarazo en las menores de 20 años de edad?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, consulte la recomendación para la investigación relacionada con esta pregunta

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones para estudiar el efecto de las mejoras socioeconómicas resultantes del empleo y la retención escolar sobre el embarazo adolescente y sus determinantes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró estudios elegibles para su inclusión. El grupo consideró un estudio sin calificar (2) que demostró una reducción en el embarazo antes de los 20 años de edad mediante esquemas de transferencia de dinero en efectivo. Como la fuerza de la evidencia era insuficiente para recomendar esta intervención, el grupo señaló la necesidad de investigarlo más para demostrar una relación basada en la evidencia entre el embarazo adolescente y la mejora económica (incluyendo el empleo).

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 2.2

POBLACIÓN: Las adolescentes y otros interesados directos (incluyendo responsables de políticas, planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas)		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 2 Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

Pregunta 2.3a

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de la educación formal y no formal que se ofrece a las niñas y adolescentes para reducir el embarazo en las menores de 20 años de edad?

Pregunta 2.3b

¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos dirigidos a las adolescentes y otros interesados directos para aumentar la retención escolar de las adolescentes sean eficaces para reducir las probabilidades de embarazos subsecuentes durante la adolescencia?

Recomendación para la acción (en relación con las preguntas 2.3a y 2.3b)

Recomendación fuerte

Mantener y mejorar los esfuerzos para retener a las niñas y adolescentes en los centros de estudio, tanto en la enseñanza primaria como en la secundaria.

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones sobre el efecto de la disponibilidad de la educación formal y no formal en la prevención del embarazo adolescente. Esta investigación debe considerar otros posibles factores intervinientes, como la situación socioeconómica y el estado civil.

Llevar a cabo investigaciones sobre el efecto de las intervenciones dirigidas a la retención en la educación (por ejemplo, transferencia de efectivo condicional o incondicional) y de las políticas (incluyendo el apoyo a las madres adolescentes) sobre el retraso del embarazo y la reducción de un embarazo subsecuente.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró estudios elegibles para su inclusión. El grupo consideró una revisión sin calificar (3) que demostró tasas de embarazo reducidas como resultado de una intervención con múltiples componentes que incluyen la educación desde la infancia temprana y programas de desarrollo juvenil. El panel señaló que estas intervenciones sólo se han aplicado en países desarrollados. El panel reconoció una significativa asociación de protección entre la permanencia en la escuela secundaria y el embarazo adolescente y manifestó que la retención escolar de las adolescentes es importante tanto desde el punto de vista de los derechos como desde la perspectiva de la salud pública. A pesar de lo limitado de la evidencia, el panel recomendó medidas para aumentar la retención escolar de las adolescentes con el fin de reducir los embarazos precoces.

Además de recomendar esa acción, el panel reconoció la necesidad de realizar nuevas investigaciones en diversas áreas relacionadas con este tema. En primer lugar, sugirió que la investigación debe explorar la relación entre la retención escolar y el embarazo adolescente. En segundo lugar, los miembros del panel reconocieron la importancia de desglosar los datos por cada condición social, en atención a la diversidad de barreras que enfrentan los adolescentes casados y solteros en diferentes contextos socioculturales. En tercer lugar, el grupo sugiere que la investigación debe someter a prueba los modelos conceptuales relacionados con la retención escolar y el retraso del embarazo. En cuarto lugar, el panel recomendó que la investigación sobre la retención escolar incluya medidas de calidad y cobertura de los programas de educación. Por último, el grupo debatió sobre las posibles metodologías para el análisis de estos resultados.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 2.3a y la pregunta 2.3b

POBLACIÓN: Las adolescentes y otros interesados directos (incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas)		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló ningún estudio elegible para ser incluidos.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 2 Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

Pregunta 2.4

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los programas de educación sexual destinados a los adolescentes de ambos sexos para reducir el embarazo en las menores de 20 años de edad?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Ofrecer intervenciones que combinen programas curriculares de educación sexual¹ con la promoción de anticonceptivos entre los adolescentes para reducir las tasas de embarazo.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel consideró evidencia de calidad baja a moderada en una revisión sistemática de la literatura calificada que ha demostrado una reducción en las tasas de embarazo no deseado como resultado de la educación sexual para adolescentes (cuadro GRADE 1) (1). Aunque esta revisión incluyó estudios de países en desarrollo y desarrollados, la mayoría de las intervenciones se llevaron a cabo en países desarrollados y el panel recalcó esta limitación.

Los miembros del panel abordaron diversos aspectos de la administración de esta intervención. En primer lugar, los programas de educación sexual se pueden administrar tanto dentro como fuera del medio escolar. En segundo lugar, además de las intervenciones de educación es importante suministrar anticonceptivos. En tercer lugar, para que estas intervenciones tengan éxito tienen que vencer barreras relacionadas con las políticas y barreras de otros tipos que se oponen a su ejecución. En cuarto lugar, ya que la mayoría de los estudios de prevención del embarazo se centran en poblaciones que asisten a clase, es necesario investigar sobre intervenciones para adolescentes que han abandonado sus estudios. En quinto lugar, la construcción de habilidades para la vida (tales como la negociación) es un componente crítico de los programas de educación sexual. Finalmente, los miembros del grupo indicaron que la investigación también debe explorar el papel de los progenitores (especialmente las madres) para influir en el comportamiento de las adolescentes.

¹ International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach for Schools Teachers and Health Educators. December 2009. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, World Bank, WHO."

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 2.4

POBLACIÓN: Adolescentes de ambos sexos		
INTERVENCIÓN: Combinación de intervenciones como los programas curriculares de educación sexual (ESBC) y suministro de anticonceptivos.		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Evidencia de calidad baja a moderada (cuadro GRADE 1) (1) sugiere que las intervenciones que incluyen Educación Sexual Basada en Currículum (ESBC) pueden reducir las tasas de embarazos no deseados.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>No hay daños identificados. A pesar de la creencia común, no hay evidencia de que la educación sexual conduzca a la actividad sexual precoz o a un aumento de la actividad sexual premarital.</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>En algunas comunidades estas intervenciones pueden generar resistencia, ya que desafían las normas existentes.</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Los costos de esta intervención no han sido evaluados.</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 2 Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

Pregunta 2.5

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a proporcionar anticoncepción posparto y posaborto en la reducción de las probabilidades de embarazos subsecuentes en las adolescentes?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Ofrecer y promover la anticoncepción posparto y posaborto a las adolescentes a través de visitas múltiples a los hogares y/o visitas a la clínica, de forma de reducir los embarazos subsecuentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel considera evidencia de muy baja calidad a partir de una revisión sistemática de la literatura calificada para informar a su recomendación (cuadro GRADE 2) (4). Las pruebas demostraron que las intervenciones que incluyen varios contactos después del parto en el hogar o en las instalaciones de salud pueden mejorar el uso de anticonceptivos y por lo tanto reducir los embarazos repetidos durante la adolescencia. Ninguna de las intervenciones en la revisión examinó el efecto de proporcionar anticoncepción posaborto en adolescentes. El panel observó que la mayoría de los estudios en esta revisión se realizaron en los países desarrollados y algunos se llevaron a cabo en los países en desarrollo con población adolescente. Llamó la atención en cuanto a las deficiencias metodológicas en los estudios, tales como métodos poco claros, tamaños de muestra pequeños y períodos de seguimiento cortos.

Los beneficios de las intervenciones que proporcionan anticoncepción posparto y posaborto para adolescentes son importantes y no entrañan daños identificables. No hay conflictos de valores asociados a este tipo de intervenciones. Las repercusiones financieras de estas intervenciones no han sido evaluadas. El panel observó que, cuando tales servicios ya existen, el costo de ampliar el acceso a estos servicios para adolescentes es mínimo.

A pesar de la evidencia limitada, el panel recomienda que estas intervenciones sean ofrecidas a las adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 2.5

POBLACIÓN: Las adolescentes durante el posparto o posaborto.		
INTERVENCIÓN: Varios contactos a través de visitas pautadas a los hogares y/o visitas a la clínica.		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>La calidad de la evidencia de una revisión sistemática de la literatura con calificación muy baja (cuadro GRADE 2) (4) demostró que las intervenciones que incluyen varios contactos después del parto en el hogar o en las instalaciones de salud pueden mejorar el uso de anticonceptivos y por lo tanto reducir la repetición de embarazos en la adolescencia. Ninguna de las intervenciones en la revisión examinó el efecto de proporcionar la anticoncepción posaborto en adolescentes. El panel observó que la mayoría de los estudios en esta revisión se realizaron en los países desarrollados y algunos se llevaron a cabo en países en desarrollo con población adolescente. Destacó las deficiencias metodológicas en los estudios tales como métodos poco claros, tamaños de muestra pequeños y períodos de seguimiento cortos.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Los beneficios de estas intervenciones son sustanciales. No hay daños identificados.</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>No hay conflictos identificados en los valores.</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Cuando tales programas existen, los costos para ampliar la cobertura e incluir a adolescentes son mínimos.</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 2 **Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad**

Pregunta 2.6

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los programas sociales de apoyo para la reducción del segundo embarazo durante la adolescencia?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, consulte la recomendación para la investigación relacionada con esta pregunta

Recomendación para la investigación

Llevar a cabo investigaciones sobre el diseño, la viabilidad y la efectividad de las intervenciones de apoyo social para reducir las probabilidades de repetición de los embarazos en las adolescentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró estudios elegibles para su inclusión. El grupo consideró una revisión sin calificar (Corcoran y Pillai, 2007) que demostró una reducción a corto plazo de los embarazos repetidos, como consecuencia de una intervención que incluyó visitas a domicilio para dar apoyo social.

El panel discutió varios asuntos con respecto a esta pregunta. En primer lugar, se discutió sobre la importancia de establecer y probar diferentes definiciones de “apoyo social” en diferentes contextos socioculturales. En segundo lugar, los miembros del panel reconocieron que los esfuerzos para prevenir el embarazo subsecuente son consistentes con los esfuerzos para aumentar el espaciamiento de nacimientos. Por último, ya que la evidencia analizada provino sólo de los países desarrollados, los expertos destacaron la necesidad de investigación en los países en desarrollo en relación con las intervenciones de apoyo social para reducir las probabilidades de embarazos repetidos en adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 2.6

POBLACIÓN: Los planificadores y los responsables de políticas y los líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 2 Bibliografía

1. Oringanje C et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, issue 4.
2. Baird S et al. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics*, 2010, 19: 55-68.
3. Harden A et al. *Young people, pregnancy and social exclusion: a systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support*. London, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2006.
4. Lopez LM et al. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, issue 1.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Pregunta 3.1

¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de los adolescentes a servicios de anticoncepción y a la información pertinente?

Pregunta 3.2

¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de las adolescentes a la anticoncepción de emergencia?

Recomendación para la acción (en relación con las preguntas 3.1 y 3.2)

Recomendación fuerte

Realizar esfuerzos con los responsables de políticas y los planificadores para formular leyes y políticas que aumenten el acceso de los adolescentes a información y servicios anticonceptivos, incluyendo los de emergencia.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones para identificar intervenciones factibles y efectivas que lleven a la formulación de dichas leyes y políticas.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló evidencias elegibles para la calificación. El panel señaló que los esfuerzos para influir en las leyes y las políticas rara vez son objeto de evaluaciones del tipo incluido en esta revisión.

Se observó que en general las limitaciones al acceso estipuladas en las leyes y políticas se relacionan con el estado civil y la edad. Por lo tanto, el panel señaló que la existencia de leyes y políticas que exigen el acceso de adolescentes a información y servicios, independientemente de su edad o estado civil, pueden mejorar el uso de anticonceptivos en esa población. Se acordó que la información y los servicios anticonceptivos pueden prevenir los embarazos no deseados entre todas las mujeres, incluyendo las adolescentes. No se prevén daños de importancia.

El panel acordó que la formulación de leyes y políticas para mejorar el acceso de adolescentes a información y servicios anticonceptivos es importante tanto desde el punto de vista de los derechos como desde la perspectiva de la salud pública. Señaló que el suministro de información y servicios de anticoncepción a adolescentes puede ser controvertido, ya que desafía normas existentes. Asimismo, reconoció que esta sensibilidad es importante al considerar el diseño de intervenciones para influir en leyes y políticas. No se evaluaron los costos de los esfuerzos para influir en la formulación de leyes y políticas.

El panel concluyó que la existencia de leyes y políticas que mejoren el acceso de los adolescentes a información y servicios, independientemente de su estado civil y edad, pueden contribuir a la prevención de embarazos no deseados en este grupo.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.1

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.2

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló ningún estudio elegible para ser incluido.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Pregunta 3.3

¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos dirigidos a miembros de la comunidad y líderes sean eficaces para aumentar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Emprender intervenciones para influir sobre los miembros de la comunidad para apoyar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones para identificar y evaluar las intervenciones que inciden en el respaldo de los miembros de la comunidad para que los adolescentes tengan acceso a los anticonceptivos.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró estudios que reunieran los requisitos para calificación.

El panel destacó evidencia sin calificar de varios países en desarrollo que demostraba un mayor uso de anticonceptivos como resultado de intervenciones que incluían esfuerzos dirigidos a miembros y líderes de la comunidad (1-11). Estas intervenciones iban desde la educación de toda la comunidad a través de los medios de comunicación, hasta la sensibilización individual de los padres en las comunidades. El panel reconoció las dificultades de atribuir los resultados observados a los componentes de las intervenciones específicamente dirigidos a miembros y líderes comunitarios. También señaló que la mayoría de estos estudios informaron el embarazo como resultado secundario.

El panel reconoció que transmitir a la comunidad las razones para brindar anticonceptivos a los adolescentes podría facilitar a esta población su acceso y uso. Señalaron asimismo que el potencial de daño de esta intervención es una respuesta negativa por parte de la comunidad que puede afectar negativamente a los programas de salud de adolescentes, incluyendo la provisión de anticonceptivos.

El panel reconoció que estas intervenciones encontrarían resistencia en algunas comunidades, ya que desafían las normas existentes. Los miembros del panel coincidieron en que la aceptación por parte de la comunidad de la provisión de anticonceptivos es un elemento importante. También acordaron que habría que implementar intervenciones que ayuden a entender y responder a las inquietudes de la comunidad sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes. No se prevén daños de importancia. No se evaluaron los costos de estas intervenciones.

A pesar de lo limitado de la evidencia, el panel recomendó intervenciones para influir en los miembros de la comunidad para que apoyen el acceso de los adolescentes a anticonceptivos.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.3

POBLACIÓN: Miembros de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló ningún estudio elegible para ser incluido.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte (para la recomendación de acción)</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Pregunta 3.4

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a mejorar los servicios de salud para aumentar el acceso de los adolescentes a información y servicios de anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Realizar intervenciones para mejorar la prestación de servicios de salud a adolescentes, como medio de facilitar su acceso a la información y los anticonceptivos y su uso.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

Para informar su recomendación, el grupo consideró una serie de estudios calificados. Evidencia de muy baja calidad que surge de una revisión sistemática de la literatura con calificaciones (cuadro GRADE 3) (12) relata un incremento del uso de anticonceptivos como consecuencia de múltiples visitas posnatales de los trabajadores de la salud. El panel señaló que, si bien esta revisión incluyó estudios de países desarrollados y en desarrollo, la mayoría corresponde a países desarrollados. Evidencias de calidad moderada de otro estudio calificado (cuadro GRADE 4) (13) describen un aumento del uso de anticonceptivos como resultado de un conjunto de intervenciones que incluyen mejoras en la prestación de servicios de salud para adolescentes. Evidencia de muy baja calidad de un tercer estudio calificado (cuadro GRADE 5) (14) relató un incremento en el uso de preservativos en el último contacto sexual, como resultado de la aplicación de un sistema de vales para facilitar el acceso a información y servicios anticonceptivos. El panel observó que, en conjunto, estas intervenciones derivaron en un mayor conocimiento sobre los anticonceptivos y una mejor utilización de los servicios relacionados por parte de las adolescentes.

El panel también tomó nota de evidencia sin calificar de varios países de renta media y baja (PIMB) que demuestra un mayor conocimiento sobre los anticonceptivos y un aumento de su demanda y uso entre los adolescentes, como resultado de mejoras en los servicios de salud (3,7,9,15-18).

Los miembros del panel destacaron la importancia del acceso a los servicios de salud como un componente importante de la salud de los adolescentes. El grupo reconoció que en muchos países se han hecho esfuerzos para mejorar el acceso de adolescentes a esos servicios. Esto incluye capacitar a los trabajadores de la salud para influir en sus actitudes sobre la provisión de anticonceptivos a los adolescentes. Se concluyó que, con la formación adecuada, los trabajadores habrán de superar sus reticencias y reconocerán los beneficios potenciales para la salud de proporcionar información y servicios de anticoncepción a adolescentes. El panel también convino en que habría que reorientar los servicios de salud para adolescentes, superando las barreras particulares de los adolescentes para mejorar su acceso y uso. No se comprobaron daños ni se prevén cargas. Las repercusiones financieras de estas intervenciones no han sido evaluadas.

Tras examinar la evidencia existente, el panel hizo una recomendación fuerte para aplicar intervenciones para mejorar la prestación de servicios de salud para adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.4

POBLACIÓN: Adolescentes, trabajadores y administradores de salud, responsables de políticas y planificadores		
INTERVENCIONES: Múltiples visitas posnatales con los trabajadores de la salud (12); múltiples intervenciones que incluyen cambios en las dependencias sanitarias, involucrando e informando a los miembros de la comunidad y capacitando a los prestadores de servicios para crear ambientes acogedores para los jóvenes (13); sistema de vales para facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (14)		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Una revisión sistemática de la literatura calificada (de muy baja calidad) (cuadro GRADE 3) (12) relató un incremento en el uso de anticonceptivos como consecuencia de múltiples visitas posnatales de los trabajadores de la salud. Esta revisión incluyó estudios de países desarrollados y en desarrollo, aunque la mayoría se realizaron en países desarrollados. Un estudio calificado (de calidad moderada) (cuadro GRADE 4) (13) informó aumentos en el uso de preservativos como resultado de una serie de intervenciones que incluyeron mejoras en la prestación de servicios de salud para adolescentes. Un estudio calificado (de muy baja calidad) (cuadro GRADE 5) (14) comunicó un incremento en el uso de preservativos en el último contacto sexual como resultado de un sistema de vales para facilitar el acceso de adolescentes a información y servicios anticonceptivos.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Según surge de este tipo de intervención no habría daños o cargas comprobables. El acceso de los adolescentes a los servicios de salud, incluyendo el suministro de información y servicios anticonceptivos, es importante por una serie de razones de salud, incluyendo regulación actual y futura de la fecundidad.</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>No hay conflictos identificados en los valores.</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<p>No se evaluaron los costos de estas intervenciones.</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Pregunta 3.5

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a liberar la venta de métodos anticonceptivos, incluyendo los de emergencia, para aumentar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, referirse a la recomendación para la investigación vinculada a esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones para identificar intervenciones factibles y efectivas para mejorar la venta libre de anticonceptivos hormonales para adolescentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel consideró evidencia de baja calidad de una revisión sistemática de la literatura calificada (cuadro GRADE 6) (19) que incluyó estudios que evaluaban la entrega de anticonceptivos de emergencia ilimitados o la venta de anticonceptivos en las farmacias. El panel observó que, si bien esta revisión incluyó estudios de países desarrollados y en desarrollo, la mayoría tuvo lugar en países desarrollados. El panel reconoció los numerosos casos en los que la venta libre de preservativos había mejorado el acceso, en comparación con la prestación de servicios de salud fijos. Sin embargo, el panel expresó su preocupación por la precisión y cantidad de la información dada a los adolescentes acerca de los anticonceptivos hormonales (incluyendo los anticonceptivos de emergencia) cuando se permite la venta libre. El panel consideró también que el mal uso de los anticonceptivos por parte de los adolescentes como resultado de información inexacta o incompleta o por falta de seguimiento podría acarrear un resultado adverso a esa intervención.

El panel estuvo de acuerdo que podría haber sesgo o ambigüedad entre los farmacéuticos y los vendedores en cuanto a su disposición a brindar anticonceptivos a adolescentes, a la luz de las políticas o normas de la comunidad sobre la actividad sexual de esta población. Sin embargo, la renuencia de los proveedores puede vencerse mediante formación, o apelando a sus intereses comerciales.

Dado lo limitado de la investigación, el panel decidió no recomendar una intervención específica, pero concluyó que se necesitan más investigaciones para identificar intervenciones que mejoren la disponibilidad de anticonceptivos.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.5

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Evidencia de baja calidad (cuadro GRADE 6) (19) muestra una mayor tasa de uso de anticonceptivos hormonales en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control en las intervenciones destinadas a aumentar la venta libre de anticonceptivos para los adolescentes. El panel señaló que la mayoría de las intervenciones en esta revisión sistemática de la literatura se llevaron a cabo en países desarrollados.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>No corresponde</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Pregunta 3.6

¿Hay alguna evidencia que muestre la eficacia de los esfuerzos destinados a proporcionar información precisa y educación acerca de la anticoncepción a los adolescentes para aumentar su uso de anticonceptivos?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Llevar a cabo intervenciones a gran escala que proporcionen información exacta y educación acerca de anticonceptivos, en particular programas de ESBC, para aumentar el uso en los adolescentes.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones para determinar la efectividad de las intervenciones que proporcionan información precisa y educación acerca de los anticonceptivos en diversos ámbitos y poblaciones (dentro y fuera de los centros de estudios).

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El grupo consideró una serie de estudios calificados para informar sus recomendaciones sobre esta cuestión. En primer lugar, consideró evidencia de baja calidad de una revisión sistemática de la literatura calificada (cuadro GRADE 7) (19) que demostró un mayor uso del preservativo en la última relación sexual en los grupos de intervención que fueron expuestos a ESBC. Aunque esta revisión incluyó estudios de países desarrollados y en desarrollo, la mayoría se llevaron a cabo en países desarrollados, limitación destacada por el panel. Evidencias de muy baja calidad de un estudio calificado en Brasil (cuadro GRADE 8) (20) demostró un mayor uso del preservativo con parejas ocasionales, como resultado de una intervención ESBC. Un estudio calificado de evidencia de calidad moderada describe una intervención de ESBC en una escuela de Bahamas (cuadro GRADE 9) (21), y demuestra un aumento en el uso de preservativos entre los que asistieron al programa a los seis y doce meses de la intervención. Evidencia de calidad moderada que surge de un estudio calificado de las zonas rurales de Tanzania demuestra un mayor uso de preservativos durante el seguimiento de un conjunto de intervenciones que incluyeron ESBC (cuadro GRADE 4) (13). Finalmente, la evidencia de baja calidad de un estudio calificado de una intervención de ESBC culturalmente sensible llevada a cabo en Tailandia demostró un incremento en la intención de usar preservativos entre los adolescentes del grupo (cuadro GRADE 10) (22).

El panel también tomó nota de varios estudios no clasificados en países de renta media y baja que demuestran aumentos en el uso de anticonceptivos como resultado de las intervenciones educativas para adolescentes (1,3-8,10,11,13,15,17,23-32). Estas intervenciones varían ampliamente en su nivel de estructura (desde la educación a cargo pares hasta ESBC) y en el ambiente en el que se desarrollan (escolar y externo). El panel observó cuestiones metodológicas, tales como el pequeño tamaño de las muestras y un corto seguimiento, la falta de grupos de comparación, lo que limita la capacidad de atribuir los resultados a las intervenciones. Los miembros del panel también observaron como una limitación que algunos de los estudios se han centrado principalmente en el uso del preservativo para la prevención del VIH y no como método anticonceptivo.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3 Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

El panel reconoció que estas intervenciones son importantes, tanto desde la perspectiva de los derechos como de la salud pública. Asimismo, no se identificó ningún efecto adverso potencial como resultado de estas intervenciones. A pesar de un error de concepto muy común en algunas comunidades, el panel señaló que la evidencia sugería que la ESBC no incidía en la edad de iniciación sexual (20). El panel fue de la opinión que estas intervenciones podrían encontrar resistencia en algunas comunidades, ya que desafían las normas existentes. El panel también señaló que, aunque no se evaluaron los costos de estas intervenciones, el costo de asegurar la calidad y la cobertura de estas intervenciones sería considerable.

Dada la evidencia disponible, el panel recomendó intervenciones para proporcionar información precisa y educación acerca de anticonceptivos a los adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.6

POBLACIÓN: Líderes y planificadores políticos, líderes de la comunidad, trabajadores y directivos del sector de la educación, y adolescentes		
INTERVENCIÓN: Plan de estudios basado en la educación sexual		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>El grupo consideró un número de estudios calificados para basar su informe de las recomendaciones referentes a esta cuestión. En primer lugar, se consideró la evidencia de baja calidad de una revisión sistemática de la literatura calificada (cuadro GRADE 7) (1-9) que demostró un mayor uso del preservativo en la última relación sexual en los grupos de intervención que fueron expuestos a ESBC. Aunque esta revisión incluyó estudios de países desarrollados y en desarrollo, la mayoría se llevaron a cabo en países desarrollados. El panel señaló esta limitación. Evidencia de muy baja calidad de un estudio calificado en Brasil (cuadro GRADE 8) (20) demostró un mayor uso del preservativo con parejas ocasionales, como resultado de una intervención ESBC. Evidencia de calidad moderada de un estudio calificado de una intervención de ESBC en ámbitos escolares en Bahamas (cuadro GRADE 9) (21) demostró un aumento del uso del preservativo entre los expuestos a ESBC a los seis y 12 meses después de la intervención. Evidencia de calidad moderada de un estudio calificado de las zonas rurales de Tanzania demostró un mayor uso de preservativos durante el seguimiento de un conjunto de intervenciones que incluyeron ESBC (cuadro GRADE 4) (13). Finalmente, evidencia de baja calidad de un estudio calificado de una intervención de ESBC culturalmente sensible llevada a cabo en Tailandia demostró un incremento en la intención de usar preservativos entre los adolescentes del grupo de intervención (cuadro GRADE 10) (22).</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Estas intervenciones son beneficiosas tanto desde la perspectiva de la salud pública como de los derechos individuales. No se identificaron daños comprobables. El panel señaló que la ESBC no tiene ningún efecto sobre la edad de iniciación sexual (20).</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>No hubo conflictos identificados en los valores.</p>

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Necesidad de recursos Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Es probable que mantener y asegurar una amplia cobertura de los programas de ESBC de buena calidad entrañe costos considerables.
Fuerza de la recomendación en general	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Pregunta 3.7

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a involucrar a los varones en las decisiones sobre anticoncepción de la pareja para aumentar el uso de anticonceptivos en adolescentes?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, referirse a la recomendación de investigación vinculada a esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones para identificar intervenciones factibles y efectivas que busquen involucrar a los varones adolescentes y adultos en las decisiones sobre el uso de anticonceptivos por parte de sus parejas y por ellos mismos. Esta investigación debe incluir intervenciones dirigidas a transformar las normas de género.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló evidencia elegible para la calificación. El panel observó evidencia sin calificar relacionada con las intervenciones, tales como sesiones educativas en grupos dirigidas a varones adolescentes para transformar las inequidades de género (3). Este estudio demostró que los hombres que rechazaban las normas de género inequitativas como resultado de la intervención redujeron los síntomas de infecciones de transmisión sexual y eran más propensos a usar preservativos en su última relación sexual con una pareja con la que nunca habían tenido relaciones sexuales.

El panel examinó la evidencia sin calificar de un estudio en la India que ha demostrado aumento en la demanda y uso de anticonceptivos, como resultado de una intervención que incluyó a los hombres (3). Evidencia sin calificar de un estudio en China demostró un aumento de las parejas que decidían en conjunto sobre el uso de anticonceptivos, como resultado de una intervención que involucró a los varones (7). El panel observó fallas metodológicas en los estudios que limitaron la capacidad de atribuir los resultados a los componentes de las intervenciones dirigidas específicamente a los varones.

El panel señaló que la participación de los varones en las decisiones sobre el uso de anticonceptivos puede tener importantes beneficios sociales y vinculados a la salud. El panel reconoció que las decisiones reproductivas podrían provocar conflictos entre las parejas, constituyendo un obstáculo potencial. Los miembros del panel señalaron las barreras que pueden presentar los hombres que se oponen al uso autónomo de anticonceptivos por parte de la mujer. El panel reconoció la necesidad de trabajar con los hombres (incluyendo adolescentes varones) para reducir estas barreras. No identificó conflictos de valores.

Dada la importancia del uso de anticonceptivos tanto por hombres como por mujeres para reducir el embarazo precoz, el panel recomendó que se realicen más investigaciones para identificar intervenciones eficaces que involucren a los hombres en las decisiones de anticoncepción.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.7

POBLACIÓN: Los adolescentes varones y los adultos		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no halló ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Pregunta 3.8

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a reducir el costo financiero de los anticonceptivos para los adolescentes de manera de aumentar su uso en esta población?

Recomendación para la acción

Recomendación condicional

Llevar a cabo intervenciones para reducir el costo financiero de los anticonceptivos para los adolescentes.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones sobre la viabilidad, la sostenibilidad y el impacto de la reducción del costo financiero de los anticonceptivos a los adolescentes en particular.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel consideró evidencia de baja calidad de una revisión sistemática de la literatura calificada (cuadro GRADE 6) (19) que incluyó los estudios con mayores tasas de uso de anticonceptivos hormonales, como resultado de la entrega libre y anticipada de anticonceptivos de emergencia a las adolescentes. Aunque esta revisión incluyó estudios de países desarrollados y en desarrollo, la mayoría se llevaron a cabo en países desarrollados, y el panel señaló esta limitación. El grupo también examinó la evidencia de muy baja calidad de un estudio calificado (cuadro GRADE 5) (14) en el que se distribuyeron vales a los adolescentes para obtener acceso gratuito a los servicios de salud. Este estudio demostró un mayor uso de anticonceptivos modernos y un mayor uso de preservativos en la última relación sexual por parte de los que recibieron vales en comparación con quienes no lo hicieron.

El panel hizo notar la evidencia sin calificar de estudios realizados en los países de renta media y baja, demostrando un mayor uso de anticonceptivos como resultado de las intervenciones que redujeron su costo financiero (9,10,25,27-29,31). Un estudio realizado en China (28) consistió en una intervención para reducir las barreras financieras para acceder a los servicios de salud y a anticonceptivos. Los miembros del panel señalaron la falta de evidencia que examinara los esfuerzos para reducir el costo financiero de los anticonceptivos sin contar el preservativo.

El panel señaló que el mejorar el acceso a los anticonceptivos para los adolescentes reduciendo su costo financiero redundaría en importantes beneficios para la salud pública. Señalaron que estos beneficios superan tanto los costos potenciales asociados con la administración de dichos programas, como los costos de subvencionar los anticonceptivos para los adolescentes. El panel no identificó ningún efecto adverso potencial asociado con estas intervenciones.

El panel señaló que estas intervenciones pueden encontrar resistencia en algunas comunidades, ya que desafían las normas existentes. También reconoció que la entrega subvencionada de anticonceptivos exclusivamente a los adolescentes puede ser vista como una discriminación a los adultos sin recursos económicos suficientes para adquirir anticonceptivos. El panel manifestó asimismo que no se evaluaron los costos y la sostenibilidad de estas intervenciones.

El panel observó que el costo es con frecuencia un obstáculo para los adolescentes debido a sus limitados recursos financieros. Sin embargo, dada la limitada evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para reducir el costo de los anticonceptivos, el panel recomendó seguir investigando para responder esta pregunta.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 3.8

POBLACIÓN: Responsables de políticas y planificadores y adolescentes		
INTERVENCIÓN: Vales de acceso gratuito a los servicios y distribución gratuita de anticonceptivos		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Evidencia de baja calidad proveniente de una revisión sistemática de la literatura calificada (cuadro GRADE 6) (19) demostró un aumento en el uso de anticonceptivos hormonales como resultado de la entrega libre y anticipada de anticonceptivos de emergencia a las adolescentes. Aunque esta revisión incluyó estudios de países desarrollados y en desarrollo, la mayoría se llevaron a cabo en países desarrollados. El panel señaló esta limitación. El panel consideró también un estudio calificado de muy baja calidad (cuadro GRADE 5) (14) en el que los adolescentes recibieron vales para el acceso gratuito a los servicios. Este estudio demostró un mayor uso de los anticonceptivos modernos y un mayor uso de preservativos en la última relación sexual de los que recibieron vales en comparación con quienes no lo hicieron.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>No hay incertidumbre en cuanto a la relación entre los beneficios y los perjuicios y cargas. Los beneficios de la anticoncepción para prevenir embarazos inseguros o no deseados en adolescentes son mayores que sus costos administrativos y los costos reales de subvencionar la anticoncepción.</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>El panel señaló que estas intervenciones pueden encontrar resistencia en algunas comunidades, ya que desafían las normas existentes. También señaló que se puede considerar que el suministro subvencionado de anticonceptivos exclusivamente a los adolescentes discrimina a los adultos sin recursos económicos suficientes para adquirir anticonceptivos.</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Es probable que la sostenibilidad de estas intervenciones constituya un problema, ya que los costos podrían ser considerables.</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Condicional (para la recomendación de acción)</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 3

Bibliografía

1. *Reproductive Health for Youth in Mali Project (RHYM): end of project report*. Washington DC, Centre for Development and Population Activities (unpublished), 2003.
2. *Determining an effective and replicable communication-based mechanism for improving young couples' access to and use of reproductive health information and services in Nepal – an operations research study*. Kathmandu, Center for Research on Environment, Health and Population Activities (CREHPA), 2004.
3. Daniel E et al. The effect of community-based reproductive health communication interventions on contraceptive use among young married couples in Bihar, India. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34(4):189–197.
4. Erulkar A et al. Behavior change evaluation of a culturally consistent reproductive health program for young Kenyans. *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(2):58–67.
5. Gallegos E et al. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 2008, 50(1):59–66.
6. Harvey B et al. Evaluation of a drama-in-education programme to increase AIDS awareness in South African high schools: a randomized community intervention trial. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 2000, 11:105–111.
7. Lou C et al. Effects of a community-based sex education and reproductive health service program on contraceptive use of unmarried youths in Shanghai. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34(5):433–440.
8. Maticka-Tyndale E, Wildish J and Gichuru M. Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Program Planning*, 2007, 30:172–186.
9. Nuekom J, Ashford L. Changing youth behavior through social marketing. Program experiences and research findings from Cameroon, Madagascar, and Rwanda. Washington DC, Population Reference Bureau, 2003.
10. Van Rossem R, Meekers D. An evaluation of the effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent and young adult reproductive health in Cameroon. *AIDS Education Prevention*, 2000, 12(5):383–404.
11. Villarruel A et al. Examining the long term effects of Cuidate – A sexual risk reduction program in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2010, 27(5):345–51.
12. Lopez LM et al. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Art. No.: CD001863.
13. Ross DA et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*, 2007, 21:1943–1955.
14. Muewissen LE et al. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 56c1–56e9.
15. Doyle A et al. Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of community-based MEMA Kwa vijana trial. *Plos Medicine*, June 2010, 7(6).
16. Magnani R et al. Impact of an integrated adolescent reproductive health program in Brazil. *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):230–243.
17. Sant'Anna M et al. Teenage pregnancy: impact of the integral attention given to the pregnant teenager and adolescent mother as a protective factor for repeat pregnancy. *TheScientificWorldJOURNAL*, 7, 2007.
18. Tu X et al. Long-term effects of a community-based program on contraceptive use among sexually active unmarried youth in Shanghai, China. *Journal of Adolescent Health*, 2008, 42:249–258.
19. Oringanje C et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215.
20. Andrade H et al. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009, 25(5): 1168–1176.
21. Chen X et al. A cluster randomized controlled trial of an adolescent HIV prevention program among Bahamian youth: effect at 12 months post-intervention. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:499–508.
22. Thato R et al. Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 62(4):457–469.
23. Fitzgerald A et al. Use of western-based HIV risk reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *Journal of Adolescent Health*, 1999 (25): 52–61.
24. Murray N et al. An evaluation of an integrated adolescent development program for urban teenagers in Santiago, Chile. March 5, 2000, (unpublished).
25. Brieger W et al. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29(6):439–446.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

26. Kinsler J et al. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Education Research: Theory and Practice*, 2004, 19(6):730–738.
27. Meekers D et al. The impact on condom use of the “100% Jeune” social marketing program in Cameroon. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36:530.e1–530.e12.
28. Wang B et al. The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(2):63–72.
29. Casey S et al. Changes in HIV/AIDS/STI knowledge, attitudes, and behaviours among the youth in Port Loko, Sierra Leone. *Global Public Health*, 2006, 1(3):249–263.
30. James S et al. The impact of an HIV and AIDS life skills program on secondary school students in Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 2006, 18(4):281–294.
31. Plautz A, Meekers D. Evaluation of the reach and impact of the 100% Jeune youth social marketing program in Cameroon: Findings from three cross-sectional surveys. *Reproductive Health*, 2007, 4.
32. Speizer I et al. An evaluation of the “Entre Nous Jeunes” peer-educator program for adolescents in Cameroon. *Studies in Family Planning*, 2001, 32(4):339–351.
33. Pulerwitz J, Barker G. Promoting healthy relationships and HIV/STI prevention for young men: positive findings from an intervention study in Brazil. New York, Population Council, 2004.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 4 Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

Pregunta 4.1

¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y planificadores –incluyendo aquellos que actúan en la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas destinadas a castigar a quienes someten a las adolescentes a relaciones sexuales bajo coacción y a apoyar a quienes denuncien esas prácticas?

Pregunta 4.2

¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y planificadores –incluyendo aquellos que actúan en la comunidad– hayan dado lugar a la aplicación de leyes referentes a relaciones sexuales bajo coacción que involucren a adolescentes?

Recomendación para la acción (en relación a las preguntas 4.1 y 4.2)

Recomendación fuerte

Seguir trabajando con responsables de políticas, planificadores y la comunidad para formular leyes y políticas que castiguen a quienes someten a niñas o adolescentes a relaciones sexuales bajo coacción, para aplicar dichas leyes y políticas de manera tal que empodere a las víctimas y sus familias, y para vigilar su cumplimiento.

Recomendación para la investigación (en relación a las preguntas 4.1 y 4.2)

Llevar a cabo investigación para:

- Evaluar la formulación, aplicación y seguimiento de las leyes y políticas destinadas a evitar las relaciones sexuales bajo coacción con adolescentes.
- Determinar la eficacia de estas leyes y políticas para prevenir las relaciones sexuales bajo coacción con adolescentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta. El panel observó que es poco probable que los estudios de intervención aborden los esfuerzos realizados para formular, aplicar y dar seguimiento a las leyes y políticas. Los miembros del panel coincidieron en que la evaluación de leyes y políticas requiere una metodología diferente a la utilizada para evaluar las intervenciones analizadas en esta revisión.

El panel señaló que hay dos países en desarrollo, India (1,2) y Sudáfrica (3,4), que han promulgado legislación que protege a las mujeres de la violencia sexual (incluyendo los delitos sexuales bajo coacción) y que ofrece opciones de reparación a las víctimas. También se subrayó que recientemente otros países han adoptado leyes y políticas que tipifican específicamente la coacción sexual hacia las adolescentes como delito. Sin embargo, no se evaluó formalmente el impacto de estas leyes.

Los miembros del panel coincidieron en que las leyes y políticas para reducir las relaciones sexuales bajo coacción son importantes, tanto desde la perspectiva de los derechos como de la salud pública. El panel reconoció que el proceso de formulación, aplicación y seguimiento de las leyes y políticas va a contribuir a reducir las relaciones sexuales bajo coacción sólo si los individuos y las familias son conscientes de ellas y se sienten capaces y dispuestos a colaborar con las fuerzas del orden para llevar a los responsables ante la justicia.

A pesar de la falta de evidencia, el panel concluyó que los embarazos no deseados en adolescentes, que se producen como resultado de sexo bajo coacción, podrían reducirse mediante leyes y políticas que sean eficaces para impedir la coacción y la violencia sexual.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para las preguntas 4.1 y 4.2

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 4 Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

Pregunta 4.3

¿Hay alguna evidencia que muestre el impacto de los esfuerzos dirigidos a lograr que las adolescentes se resistan a las relaciones sexuales bajo coacción?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Realizar intervenciones para mejorar la capacidad de las adolescentes para resistirse a las relaciones sexuales bajo coacción y para obtener apoyo si esto ocurre:

- reforzando su autoestima,
- ayudándolas a desarrollar sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y negociación, y
- mejorando sus vínculos con las redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social.

Estas intervenciones anteriores se deben combinar con otras de apoyo a la creación de normas sociales que no condonen las relaciones sexuales bajo coacción.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel destacó que hay evidencia de muy baja calidad de un estudio calificado (cuadros GRADE 11 y 12) (5) y de otro estudio calificado con evidencia de calidad moderada (cuadro GRADE 13) que muestra que las intervenciones dirigidas a cambiar las normas sociales pueden tener un efecto positivo en las actitudes y comportamientos de oposición a la coacción sexual. El panel tomó nota de un estudio sin calificar (7) que también fue utilizado para informar sus debates. Los miembros del panel reconocieron que estas intervenciones producen beneficios significativos, sin percibirse ningún tipo de perjuicios. También señalaron que la implementación de estas intervenciones puede dar lugar a tensiones sociales, ya que pueden desafiar las normas y prácticas vigentes en algunas comunidades. Por último, se manifestó que no se hablaron las implicaciones financieras de este tipo de intervenciones.

Los miembros del panel concordaron que las intervenciones para empoderar a las niñas para resistir a las relaciones sexuales bajo coacción también deben combinarse con intervenciones que involucren a hombres y jóvenes, buscando cambiar su comportamiento con respecto a la violencia y el sexo coercitivo. Por lo tanto, la recomendación del panel en la pregunta 4.3 debe leerse junto con su recomendación sobre la pregunta 4.4.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 4.3

POBLACIÓN: Adolescentes de sexo femenino y miembros de la comunidad		
INTERVENCIONES:		
<p>1. Programa de comunicación dirigido a los medios de difusión masivos y pequeños, y comunicación interpersonal, para llegar a los diversos miembros de la comunidad, con el fin de influir en sus normas sociales. COMBINADO CON</p> <p>2. Sesiones de enseñanza y discusión con grupos pequeños de adolescentes mujeres, con el fin de mejorar su capacidad de resistir a las relaciones sexuales bajo coacción mediante el fortalecimiento de su autoestima, el desarrollo de sus habilidades para la vida en áreas como comunicación y negociación, y mejorar sus vínculos con las redes sociales y su capacidad para obtener el apoyo social.</p>		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Los estudios calificados demostraron efectos positivos directos e indirectos sobre las actitudes de las adolescentes y sobre su conducta para resistir a la coacción sexual. (cuadros GRADE 11 y 12 (5); cuadro GRADE 13 (4)).</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>El fortalecimiento de la capacidad de las adolescentes para resistirse a las relaciones sexuales bajo coacción contribuiría al resultado buscado de reducir el embarazo precoz.</p> <p>No hay daños percibidos.</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Este tipo de intervenciones podría dar lugar a una cierta tensión social, ya que pueden desafiar las normas y prácticas sociales.</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<p>Las intervenciones mencionadas requerirán recursos para su planificación, aplicación y seguimiento.</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 4 Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

Pregunta 4.4

¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos destinados a reducir el uso de la coacción por parte de los varones para obtener relaciones sexuales tuvieron algún impacto?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Realizar intervenciones para involucrar a los hombres y adolescentes varones en la evaluación crítica de las normas de género y en comportamientos normativos (por ejemplo, los enfoques transformadores de género) que se relacionan con la coacción sexual y la violencia. Estos se deben combinar con una mayor intervención para influir sobre las normas sociales con referencia a estos temas.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel tomó nota de evidencia de muy baja calidad de un estudio calificado (cuadros GRADE 11 y 12) (5) y de otro estudio calificado con evidencia de calidad moderada (cuadro GRADE 13) (6) que demuestran que las intervenciones dirigidas a desafiar y transformar las normas de género vinculadas a la coacción sexual y la violencia pueden tener efectos positivos sobre las actitudes y conductas de los adolescentes varones. El panel concluyó que los beneficios potenciales de estas intervenciones son muy superiores a los posibles riesgos. Los miembros del panel señalaron que estas intervenciones contribuirán a desafiar y cambiar las normas de género y las conductas normativas que dificultan la vida de las niñas y las mujeres. Las implicaciones financieras de este tipo de intervenciones no han sido evaluadas. A pesar de la baja calidad de la evidencia, el panel concluyó que estas intervenciones son importantes, tanto desde la perspectiva de los derechos como de la salud pública.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 4.4

POBLACIÓN: Adolescentes varones y hombres		
INTERVENCIONES: Programa de comunicación dirigido a los medios de difusión masivos y pequeños, y comunicación interpersonal, para llegar a los hombres y adolescentes varones y a miembros de la comunidad, para influir en sus normas sociales referentes a la igualdad de género a nivel individual, familiar y comunitario.		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>Los estudios calificados demostraron que las intervenciones dirigidas a cuestionar y transformar las normas de género tienen efectos positivos directos e indirectos sobre las actitudes y conductas de los adolescentes varones en relación con la coacción sexual (cuadros GRADE 11 y 12 (5); cuadro GRADE 13 (6)).</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Estas intervenciones pueden contribuir a disminuir la conducta sexual coercitiva y contribuir así al resultado de reducir los embarazos precoces.</p> <p>Las intervenciones para reducir la coacción sexual pueden llevar a que los hombres y adolescentes varones utilicen estrategias alternativas para retomar el control en los encuentros sexuales.</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<p>No hubo conflictos identificados en los valores.</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<p>Las intervenciones enumeradas requerirán recursos para su planificación, aplicación y seguimiento.</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>Fuerte</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 4 Bibliografía

1. *Staying Alive – Second Monitoring & Evaluation Report 2008 on the Protection of Women from Domestic Violence Act*, 2005. New Dehi, Lawyers Collective Women's Rights Initiative, 2008.
2. Lawyers Collective Women's Rights Initiative. *Staying Alive – First Monitoring and Evaluation Report on the Protection of Women from Domestic Violence Act 2005*, New Dehi, Lawyers Collective Women's Rights Initiative, 2007.
3. Sexual Offences and Related Matters Act, 2007. *Criminal Law (Sexual Offences and Related Matters) Amendment Act, 2007 (Act 32 of 2007)*. Republic of South Africa. 2007.
4. Information on the Inter-Sectoral Committee on the Management of Sexual Offences monitoring activities. Republic of South Africa, 2010. (Available at: <http://www.info.gov.za/aboutgovt/justice/courts.htm>, accessed 14 September 2011),.
5. *A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project*. Askew I et al. and Kenya Ministry of Health, Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Gender, Sport, Culture and Social Services, 2004.
6. Ross DA et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*, 2007, 21:1943-55.
7. Nkwe N. *Choose Life! Impact Evaluation Summary*. PSI Botswana, Soul City Institute for Health and Development Communication, 2009.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 5 Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

Pregunta 5.1

¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad sean eficaces para mejorar el acceso de las adolescentes al aborto seguro de acuerdo con la legislación vigente?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Asegurar que las leyes y políticas permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro.

Recomendación para la investigación

En aquellos lugares donde se hayan formulado leyes y políticas para servicios de aborto seguro para las adolescentes, emprender investigaciones para evaluar su cumplimiento y su impacto.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta. El panel observó que era improbable que los estudios de intervención aborden la formulación, aplicación e impacto de las leyes y políticas relativas a servicios de aborto seguro para adolescentes.

Los miembros del panel señalaron que los abortos inseguros contribuyen sustancialmente a la mortalidad materna en mujeres adolescentes y adultas. Además, la legislación restrictiva aumenta la probabilidad de que las mujeres y adolescentes embarazadas tengan abortos inseguros. El panel concluyó que es probable que la existencia de leyes y políticas que permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro pueda reducir el aborto inseguro si su formulación se combina con esfuerzos para su aplicación. Los miembros del panel señalaron que en algunas comunidades puede haber un conflicto de valores con respecto a la legalización del aborto.

El panel recomendó la formulación de dichas leyes y políticas en pos de los derechos y los enfoques de salud pública.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 5.1

POBLACIÓN: Responsables de políticas, planificadores y líderes de la comunidad		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 5 Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

Pregunta 5.2

¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos para informar a las adolescentes y otros interesados directos acerca de las condiciones en que es legal hacerse un aborto sean eficaces para reducir los abortos inseguros en adolescentes?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Permitir a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro, ofreciéndoles información a ellas y a otros interesados directos acerca de:

- los peligros de los métodos inseguros para interrumpir un embarazo,
- los servicios de aborto seguro que están legalmente disponibles, y
- dónde y bajo qué circunstancias es posible obtener estos servicios legalmente.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta. El panel concluyó que informar a las adolescentes y a otros interesados directos acerca de los servicios de aborto disponibles, y dónde y bajo qué circunstancias se pueden obtener legalmente, podría reducir el aborto inseguro, si se realizan esfuerzos complementarios para garantizar su provisión. En algunas situaciones, ciertos segmentos de la población podrían protestar por el suministro de dicha información.

El panel concluyó que tales esfuerzos para informar a las adolescentes acerca de los servicios de aborto seguros (donde sea legal) son importantes tanto desde la perspectiva de los derechos como de la salud pública.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 5.2

POBLACIÓN: Las adolescentes y otros interesados directos, entre ellos responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 5 **Reducción del** **aborto inseguro en** **las adolescentes**

Pregunta 5.3

¿Hay alguna evidencia que muestre que de los esfuerzos por reducir las barreras son eficaces para aumentar el acceso y el uso de los servicios de aborto seguro en las adolescentes de acuerdo con la legislación vigente?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Identificar y superar los obstáculos a la prestación de servicios de aborto seguro para adolescentes.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones sobre la viabilidad y efectividad de las intervenciones para reducir las barreras a la prestación de servicios de aborto seguro y legal a las adolescentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta. El panel manifestó que cuando los servicios de aborto seguro estén legalmente disponibles, el identificar y superar los obstáculos para su suministro y uso por parte de las adolescentes puede reducir los abortos inseguros. Esto se debe a que las adolescentes suelen enfrentar barreras para la obtención de estos servicios, incluso en lugares donde son legales y seguros.

El panel concluyó que los esfuerzos por identificar y superar estas barreras son importantes, tanto desde el punto de vista de los derechos como en los enfoques de salud pública.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 5.3

POBLACIÓN: Las adolescentes y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 5 **Reducción del** **aborto inseguro en** **las adolescentes**

Pregunta 5.4

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a aumentar la disponibilidad de los servicios posaborto para la reducción de la morbilidad y la mortalidad posaborto en adolescentes?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Asegurar el acceso de las adolescentes a la atención posaborto como una intervención médica para salvar vidas, sea o no legal el aborto o intento de aborto.

Recomendación para la investigación

Realizar trabajos para investigar la viabilidad y efectividad de las intervenciones para garantizar el acceso a la atención posaborto en adolescentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta. El panel observó que al asegurar el acceso a servicios de atención posaborto para adolescentes se podría reducir la mortalidad materna. También reconoció que estos esfuerzos son importantes, tanto desde la perspectiva de los derechos como de la salud pública.

A pesar de la falta de evidencia, el panel concluyó que es necesario ejecutar intervenciones para garantizar el acceso a la atención posaborto para las adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 5.4

POBLACIÓN: Las adolescentes y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 5 **Reducción del** **aborto inseguro en** **las adolescentes**

Pregunta 5.5

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ofrecer servicios de anticoncepción posaborto para la reducción de la morbilidad y la mortalidad en adolescentes?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Asegurar que, luego de un aborto, las adolescentes puedan obtener información y servicios de anticoncepción, sea el aborto legal o no.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta. El panel concluyó que garantizar información y servicios de anticoncepción a las adolescentes que han tenido abortos podría prevenir futuros embarazos no deseados.

A pesar de la falta de evidencia, el panel recomendó estas intervenciones, tanto desde la perspectiva de los derechos como de la salud pública.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 5.5

POBLACIÓN: Las adolescentes y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6A
Aumento del uso de atención calificada prenatal en las adolescentes

RESULTADO 6B
Aumento del uso de atención calificada durante el parto en las adolescentes

Pregunta 6a.1

¿Hay alguna evidencia que indique que los cambios en los servicios de salud inciden en el acceso y la utilización de la atención prenatal calificada en las adolescentes?

Pregunta 6b.1

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos por informar a las adolescentes y otros interesados directos sobre la importancia de aumentar el acceso y el uso de atención calificada del parto en las adolescentes?

Recomendaciones para la acción (en relación a las preguntas 6a.1 y 6b.1)

Recomendación fuerte

1. Proporcionar información a todas las adolescentes embarazadas y otros interesados directos sobre la importancia del uso de la atención prenatal calificada.
2. Proporcionar información a todas las adolescentes embarazadas y otros interesados directos sobre la importancia de la utilización de la atención del parto calificada.

Recomendación para la investigación

Emprender investigaciones para identificar intervenciones que mejoren el acceso y uso de los servicios, informando a las adolescentes y otros interesados directos sobre la importancia de la atención calificada prenatal y durante el parto para las adolescentes embarazadas.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró evidencia sobre el efecto de proporcionar a las adolescentes información para promover el acceso y la utilización de la atención prenatal calificada. El proceso tampoco encontró evidencia sobre el efecto de proporcionar información a las adolescentes para promover su acceso y utilización de la atención calificada del parto.

Para utilizar los servicios de salud, todas las adolescentes embarazadas necesitan información acerca de la importancia de la atención prenatal y atención del parto de calidad. No se prevén perjuicios de importancia. Sin embargo, pueden aparecer resultados adversos si el aumento de la demanda excede la disponibilidad de estos servicios.

Las adolescentes tienen derecho a recibir información. El suministro de información a las adolescentes acerca de la atención calificada prenatal y durante el parto no plantea conflictos de valores.

La aplicación y el seguimiento de las intervenciones enumeradas anteriormente requerirán recursos.

El panel de expertos concluyó que, a pesar de la falta de evidencia, es fundamental ofrecer información “apropiada” (1) a las adolescentes y otros interesados directos, con el fin de promover el acceso y la utilización de la atención calificada antes y durante el parto. El panel también reconoció que proporcionar esta información a las adolescentes es importante tanto desde el punto de vista de los derechos como desde la perspectiva de la salud pública. También señaló que es preciso considerar las barreras especiales que enfrentan las adolescentes en el diseño de estrategias de comunicación y educación. Se necesita seguir investigando para identificar la información y estrategias de comunicación más eficaces para mejorar el uso que hacen las adolescentes de la atención prenatal y del parto calificada.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para las preguntas 6a.1 y 6b.1

POBLACIÓN: Adolescentes y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores y encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: Información adecuada y específica para adolescentes para promover el acceso y el uso de atención prenatal y del parto calificada (1)		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acciones)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6A

Aumento del uso de atención calificada prenatal en las adolescentes

Pregunta 6a.2

¿Hay alguna evidencia que indique que los cambios en los servicios de salud inciden en el acceso y la utilización de la atención prenatal calificada por parte de las adolescentes?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, referirse a la recomendación para la investigación vinculada a esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Realizar investigaciones para identificar los tipos de modificaciones de los servicios de salud que pueden mejorar el acceso y el uso por parte de las adolescentes de la atención prenatal calificada.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta.

El panel reconoció que en algunos países en desarrollo hay evaluaciones de servicios de salud que resultan acogedores para las adolescentes. Sin embargo, estos servicios no brindan atención prenatal y, por lo tanto, no estaban en condiciones de proveer información en cuanto a las recomendaciones del panel referidas a esta pregunta.

En base a sus experiencias, los miembros del panel señalaron que ciertos subgrupos de adolescentes (por ejemplo, las muy jóvenes o solteras) pueden enfrentarse con barreras particulares que les dificultan el acceso a la atención. Estas barreras deben ser identificadas y solucionadas.

En vista de la falta de evidencias, el panel recomendó seguir investigando esta pregunta.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 6a.2

POBLACIÓN: Adolescentes embarazadas y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6A

Aumento del uso de atención calificada prenatal en las adolescentes

Pregunta 6a.3

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a aumentar la preparación para el parto en pos de mejorar los resultados vinculados al embarazo en las adolescentes?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Promover la preparación para el nacimiento y para posibles emergencias en las estrategias de atención prenatal dirigidas a las adolescentes embarazadas ya sea en el hogar, la comunidad o las dependencias sanitarias.

Recomendación para la investigación

Investigar cuáles serían las intervenciones más eficaces para mejorar la atención a las adolescentes que dan a luz o que presentan emergencias obstétricas. Esta investigación debería examinar tanto los resultados más directamente relacionados (inmediatos), tales como una mejor utilización de la atención, así como los más indirectos (mediatos), como la morbilidad y la mortalidad materna.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta.

El panel hizo notar que la preparación para el nacimiento y para las emergencias constituye una parte fundamental del paquete de atención prenatal de la OMS (1-3). Pese a la falta de evidencias, el panel concluyó que la instauración de dichas intervenciones de preparación son importantes tanto desde el punto de vista de los derechos como desde la perspectiva de la salud pública.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 6a.3

POBLACIÓN: Adolescentes embarazadas y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6B

Aumento del uso de atención calificada durante el parto en las adolescentes

Pregunta 6b.2

¿Hay alguna evidencia que indique que los cambios en los servicios de salud tienen un impacto en el aumento del acceso y el uso de la atención calificada del parto en las adolescentes?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, referirse a la recomendación de investigación vinculada a esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Investigar cuáles serían los cambios que habría que hacer en los servicios de salud en aras de mejorar el acceso y uso de la atención calificada del parto por parte de las adolescentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que respondiera esta pregunta.

El grupo reconoció la falta de evidencias disponibles sobre las que basar sus recomendaciones para esta pregunta. En base a sus experiencias, los miembros del panel señalaron que ciertos subgrupos de adolescentes (por ejemplo, las muy jóvenes o solteras) pueden toparse con barreras particulares que les dificultan el acceso a la atención. Estas barreras deben ser identificadas y solucionadas.

El panel manifestó que si se pretende mejorar los resultados maternos, perinatales y neonatales, todas las adolescentes embarazadas deben tener acceso a atención calificada del parto. Sin embargo, se acordó que no se podía hacer una recomendación de acción referente a una intervención específica, por lo que instó a estudiar más el tema.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 6b.2

POBLACIÓN: Adolescentes embarazadas y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6C

Aumento del uso de atención prenatal, perinatal y posnatal calificada en las adolescentes

Pregunta 6c.1

¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos para reducir barreras y aumentar el acceso y uso de la atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, referirse a la recomendación de investigación vinculada a esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Investigar cuáles serían las intervenciones más eficaces para reducir las barreras que enfrentan las adolescentes para el acceso y uso de la atención calificada durante el período prenatal, el parto y el puerperio.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ninguna evidencia que fuera elegible para la calificación.

El panel observó que las adolescentes enfrentaban múltiples barreras para acceder y utilizar la atención calificada antes, durante y después del embarazo. El aspecto financiero es un importante subconjunto bien reconocido de estas barreras. El grupo revisó un estudio sin calificar que abordó este tema (4), en el que los autores encontraron que un esquema de transferencia de dinero en efectivo condicional se traducía en un mayor uso de la atención prenatal y del parto calificada en la población de mujeres del estudio que incluyó adolescentes. Demostraron mejoras en la mortalidad neonatal y perinatal, pero no hubo ningún impacto sobre la mortalidad materna. El panel también señaló que se debe identificar y solucionar las necesidades de subgrupos especialmente vulnerables (como las habitantes de zonas rurales, adolescentes aisladas, solteras o casadas).

El panel no pudo recomendar ninguna intervención específica con la evidencia disponible. Se requiere investigación adicional para identificar y eliminar las barreras que enfrentan las adolescentes para obtener atención calificada prenatal, en el parto y el período posnatal. El panel recomendó que la información existente sobre los sistemas de transferencia en efectivo condicionales o incondicionales deberían ser desglosados por edad, para identificar los resultados específicos en las adolescentes.

También recomendó estudiar otras intervenciones, incluyendo planes de cobertura con seguros.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 6c.1

POBLACIÓN: Adolescentes embarazadas y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	No corresponde	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6C

Aumento del uso de atención prenatal, perinatal y posnatal calificada en las adolescentes

Pregunta 6c.2

¿Hay alguna evidencia a favor de la eficacia de los esfuerzos destinados a adaptar los servicios de atención prenatal, perinatal y posnatal específicamente para las adolescentes en cuanto a mejorar los resultados maternoinfantiles en esa población?

Recomendación para la acción

No se recomienda ninguna intervención específica. Por favor, referirse a la recomendación de investigación vinculada a esta pregunta.

Recomendación para la investigación

Realizar investigaciones para identificar las intervenciones efectivas para adaptar los servicios de atención prenatal, perinatal y posnatal específicamente para las adolescentes.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El panel consideró evidencia de baja calidad de un estudio pendiente para informar su recomendación (cuadro GRADE 14) (5). La intervención del estudio combinó la atención prenatal en dependencias de salud con visitas a domicilio durante el último trimestre y el período posnatal. Los controles estuvieron a cargo de los educadores de salud comunitarios. Esta intervención dio lugar a mejoras en algunos resultados de salud adolescente.

Los beneficios de estas intervenciones para la salud son claros para las madres adolescentes y sus hijos, y no entrañan perjuicios o cargas comprobables. Estas intervenciones son coherentes con el objetivo de mejorar los resultados de salud para las madres adolescentes. Sin embargo, pueden generar resistencia en algunas comunidades debido a las normas sociales imperantes referentes a la sexualidad y el embarazo adolescente.

Dadas las limitaciones del estudio, el grupo decidió centrarse en la necesidad de seguir investigando sobre estas intervenciones, evaluándolas en diferentes contextos socioculturales.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 6c.2

POBLACIÓN: Adolescentes embarazadas y otros interesados directos, incluyendo responsables de políticas y planificadores, encargados de programas, líderes de la comunidad y miembros de la familia, como padres, tutores y parejas		
INTERVENCIÓN: No corresponde		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<p>Un estudio calificado (de baja calidad) evaluó el acceso a la atención prenatal estándar, incluyendo visitas domiciliarias programadas por los educadores de salud comunitarios bajo la supervisión de personal capacitado (enfermeras, parteras), así como visitas programadas a los hogares después del parto (hasta 12 visitas) a cargo de educadores de salud comunitarios entrenados y supervisados (cuadro GRADE 14) (5). La evidencia plantea mejoras en los resultados maternos (mejora de la anemia, el sobrepeso y bajo peso) como resultado de la intervención. También describen mejoras en los resultados de los recién nacidos, tales como la insuficiencia ponderal.</p>
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<p>No corresponde</p>
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	<p>No corresponde</p>	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6C

Aumento del uso de atención prenatal, perinatal y posnatal calificada en las adolescentes

Pregunta 6c.3

¿Hay alguna evidencia a favor de la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia (AOEm) tanto básica como integral para mejorar los resultados maternoinfantiles en las adolescentes?

Recomendación para la acción

Recomendación fuerte

Ampliar la disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia tanto básica como integral y su acceso a todas las poblaciones, incluyendo a las adolescentes.

Recomendación para la investigación

Investigar qué intervenciones habría que instrumentar para aumentar la disponibilidad y el acceso de las adolescentes a AOEm básica e integral.

Comentarios y resumen de la discusión del panel

El proceso de revisión sistemática de la literatura no encontró ninguna evidencia elegible para responder esta pregunta.

La atención obstétrica de emergencia, tanto básica como integral, constituyen intervenciones que salvan vidas y están incluidas en las actuales directrices de la OMS (6,7). El panel hizo notar que, pese a la falta de evidencia disponible, son intervenciones que las adolescentes deben recibir, tanto por respeto a sus derechos como desde la perspectiva de la salud pública. Señaló que al brindar ambos tipos de atención es esencial tener en cuenta las barreras especiales que enfrentan las adolescentes con respecto a las complicaciones derivadas del aborto, así como otras complicaciones, como parto obstruido y anemia.

A pesar de la falta de evidencia, el grupo recomendó la expansión del acceso a AOEm básica e integral a toda la población, incluyendo a las mujeres adolescentes. El panel también recomendó profundizar la investigación para identificar las estrategias específicas que permitan ampliar estos servicios para las adolescentes.

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

Factores considerados para la pregunta 6c.3

POBLACIÓN: Adolescentes embarazadas		
INTERVENCIÓN: AOEm básica e integral		
FACTOR	DECISIÓN	EXPLICACIÓN
<p>Evidencia de baja calidad (¿hay evidencia de menor calidad?)</p> <p>Cuanto mayor sea la calidad de la evidencia, más probable es que se justifique una recomendación fuerte.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible para ser incluido.
<p>Incertidumbre sobre el balance de beneficios frente a los perjuicios y las cargas (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, más probable es que se justifique una recomendación fuerte. Cuanto menor es el beneficio neto y menor la certeza de ese beneficio, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Incertidumbre o diferencias en los valores (¿hay incertidumbre?)</p> <p>Cuanto mayor sea la variabilidad o la incertidumbre en los valores y preferencias, más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Necesidad de recursos</p> <p>Cuanto más alto sea el costo de una intervención -es decir, cuanto más recursos consuma- más probable es que se justifique una recomendación condicionada o débil.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
<p>Fuerza de la recomendación en general</p>	Fuerte (para la recomendación de acción)	

II. RECOMENDACIONES POR RESULTADO

RESULTADO 6

Bibliografía

1. *WHO antenatal care randomized trial. Manual for the implementation of the new model.* Geneva, World Health Organization, 2001.
2. *Birth and emergency preparedness in antenatal care. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).* Geneva, World Health Organization, 2006.
3. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice.* Geneva, World Health Organization, 2006.
4. Lim SS et al. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet*, 2010, 375: 2009–2023.
5. Aracena M et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*, 2009, 14:878–887.
6. *Monitoring emergency care: a handbook.* Geneva, World Health Organization, 2009.
7. *Managing complications in childbirth: A guide for midwives and doctors.* Geneva, World Health Organization, 2007.



WHO

III. Cuadros GRADE

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010.10.07

Pregunta: ¿Habría que utilizar múltiples intervenciones vs grupos variados de control; intervenciones convencionales en adolescentes?

Lugar: E.U.A.

Bibliografía: Oringanje C et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Número 4.

CUADRO 1: Perfil GRADE de la evidencia – comparación entre intervenciones múltiples e intervenciones de control

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD										RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	INTERVENCIONES MÚLTIPLES	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD			
								GRUPOS VARIADOS DE CONTROL; INTERVENCIONES CONVENCIONALES	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO					
EMBARAZO NO PLANIFICADO															
2 ¹	Ensayos aleatorios	Serias ²	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	43/397 (10.8%)	69/461 (15%)	Riesgo Relativo RR 0.72 (0.51 a 1.03)	42 menos por 1000 (desde 73 menos hasta 4 más)	⊕⊕⊕ MODERADA	CRÍTICA			
EMBARAZO NO PLANIFICADO (CLÚSTER DE ENSAYOS ALEATORIOS)															
5 ³	Ensayos aleatorios	Serias ⁴	Seria ⁵	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	71/2009 (3.5%)	76/1140 (6.7%)	RR 0.50 (0.23 a 1.09)	33 menos por 1000 (desde 51 menos hasta 6 más)	⊕⊕⊕ BAJA	CRÍTICA			
SEGUNDO EMBARAZO NO PLANIFICADO															
1 ⁶	Ensayos aleatorios	Serias ⁷	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	8/70 (11.4%)	17/79 (21.5%)	RR 0.48 (0.22 a 1.02)	112 menos por 1000 (desde 168 menos hasta 4 más)	⊕⊕⊕ MODERADA	CRÍTICA			
EMBARAZO NO PLANIFICADO, EXCLUYENDO LOS ENSAYOS CON ALTO PORCENTAJE DE ABANDONOS															
2 ⁸	Ensayos aleatorios	Serias ⁹	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	10/314 (3.2%)	28/183 (15.3%)	RR 0.20 (0.1 a 0.39)	122 menos por 1000 (desde 93 menos hasta 138 menos)	⊕⊕⊕ MODERADA	CRÍTICA			

III: CUADROS GRADE

CUADRO 1: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre intervenciones múltiples e intervenciones de control

SEGUNDO EMBARAZO NO PLANIFICADO												
3 ⁰	Ensayos aleatorios	Serios ⁹	Seria ¹¹	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	29/469 (6.2%)	56/402 (13.9%)	RR 0.49 (0.33 a 0.74)	71 menos por 1000 (desde 36 menos hasta 93 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICA

¹ Herceg-Brown (7) grupo de apoyo familiar o grupo de apoyo periódico en comparación con los servicios clínicos regulares. Programa de 6 semanas con 15 meses de seguimiento; Philliber² clubs de empleo, habilidades académicas, educación sexual para la vida y la familia, desarrollo de habilidades artísticas personales, actividades recreativas, consejería individual o en grupo, educación sobre anticoncepción y médica en comparación con un programa alternativo de jóvenes (actividades recreativas, ayuda con las tareas domiciliarias, artes y oficios). La duración del programa fue un año lectivo con 3 años de seguimiento.

² El ensayo Herceg-Brown (7) tuvo una aleatorización incierta y sin ciegos, mientras que en el ensayo Philliber (2002) se brindó información insuficiente con respecto a la condición de ciegos.

³ Cabezon (3). Clases de educación para la salud en los centros educativos, educación sobre anticoncepción, desarrollo de habilidades y abstinencia, comparado con ausencia de intervención. Programa de un año de duración con 4 años de seguimiento; Ferguson (4)⁷; educación para la salud, desarrollo de habilidades, educación sobre anticoncepción, abstinencia, valores étnicos y culturales, elección de tipo de familia, orientación profesional impartida por pares comparado con las mismas intervenciones a cargo del personal adulto habitual. Programa de 8 semanas de duración con 3 meses de seguimiento; Howard(5): Cinco sesiones (4 clases en el aula en una semana o una por semana durante 4 semanas con la 5^a sesión 1-3 meses después) sobre educación de la salud, enfermedades de transmisión sexual, desarrollo de habilidades, educación sobre anticoncepción comparado con el programa existente de sexualidad humana; Kirby (6): 8 sesiones en 2 semanas sobre educación para la salud, anticoncepción, construcción de capacidades, riesgos y consecuencias del sexo en los adolescentes y recursos de la comunidad en comparación con el plan de estudios estándar; Wight (7): paquete de 20 sesiones de educación para la salud y salud sexual, desarrollo de habilidades, educación sobre anticoncepción mediante el uso de videos interactivos comparado con la educación sexual convencional.

⁴ No se ocultó la aleatorización y los ensayos no fueron ciegos (con la excepción de los evaluadores de Wight) (7), no se proporcionó ninguna información acerca de ocultamiento de la asignación o los ciegos.

⁵ Grado de heterogeneidad relativamente alto con I² = 75%.

⁶ Black (8): comparación de un programa de tutoría domiciliario (aproximadamente 19 visitas) sin intervención.

⁷ Aleatorización y ocultamiento de la asignación poco claros: sólo los evaluadores eran ciegos.

⁸ Cabezon (3): durante un año una clase en el aula por semana sobre educación para la salud, anticoncepción, desarrollo de habilidades y abstinencia, comparado con ninguna intervención; Ferguson 1998 (4): programa de 2 horas por semana durante 8 semanas sobre educación para la salud, desarrollo de habilidades, educación sobre anticoncepción, abstinencia, valores étnicos y culturales, elección de tipo de familia, orientación profesional impartida por pares comparado con las mismas intervenciones impartidas por el personal adulto habitual.

⁹ No ocultamiento de la asignación y no se brinda información con respecto al cegamiento.

¹⁰ Cabezon (3): durante un año una clase en el aula por semana sobre educación para la salud, anticoncepción, desarrollo de habilidades y abstinencia, comparado con ninguna intervención; Ferguson 1998 (4): programa de 2 horas por semana durante 8 semanas sobre educación para la salud, desarrollo de habilidades, educación sobre anticoncepción, abstinencia, valores étnicos y culturales, elección de tipo de familia, orientación profesional impartida por pares comparado con las mismas intervenciones impartidas por el personal adulto habitual; Herceg-Brown (7): grupo de apoyo a la familia o grupo de apoyo periódico con servicios regulares en la clínica durante 6 semanas.

¹¹ Alto nivel de heterogeneidad con I² = 92%.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-09

Pregunta: ¿Debe utilizarse atención posparto especial o estándar para las adolescentes?

Lugar: E.U.A., Australia

Bibliografía: Lopez LM et al. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Número 1.

CUADRO 2: Perfil GRADE de la evidencia - comparación de la atención posparto especial vs estándar

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD						RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA	
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO			CALIDAD
							ATENCIÓN POSPARTO ESPECIAL	GRUPOS VARIADOS DE CONTROL; INTERVENCIONES CONVENCIONALES	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
NUEVO EMBARAZO DENTRO DE LOS 18 MESES												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Serios ²	Sin incongruencias serias	Serio ³	Seria ⁴	Ninguno	0/0 (0%) ⁵	0/0 (0%) ⁵	Odds Ratio 0.35 (0.17 a 0.7)	0 menos por 1000 (desde 0 menos hasta 0 menos)	⊖○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
								0%		0 menos por 1000 (desde 0 menos hasta 0 menos)		

¹ O'Sullivan (9) comparó la atención especial (personal y servicios diferentes, las visitas incluían la prevención de un nuevo embarazo, el retorno de la madre a la escuela, la vacunación de los niños, la reducción del uso de los servicios de emergencia pediátrica mediante llamadas telefónicas y cartas recordatorias de las consultas) y el control de rutina del niño sano. El programa duró 18 meses.

² No se provee información sobre la aleatorización, ocultamiento de la asignación o el funcionamiento de los ciegos.

³ Todos los estudios incluidos se condujeron en países desarrollados.

⁴ Basado en un único ensayo (n = 243).

⁵ La revisión sistemática de la literatura no proporciona los resultados para los grupos de tratamiento y sólo presenta los resultados de las razones de probabilidad (odds ratios) para comparar.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-09

Pregunta: ¿Sería mejor ofrecer atención posparto especial en vez de atención posparto estándar a las adolescentes?

Lugar: E.U.A., Australia

Bibliografía: Lopez LM et al. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Número 1.

CUADRO 3: Perfil de evidencia GRADE - comparación de la atención posparto especial y estándar

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD							RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD	
							PROGRAMA DE INTERVENCIONES ESPECIALMENTE DISEÑADO	INTERVENCIÓN ESTÁNDAR	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
NUEVO EMBARAZO DENTRO DE LOS 18 MESES												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Serios ²	Sin incongruencias serias	Serio ³	Seria ⁴	Ninguno	0/0 (0%) ⁵	0/0 (0%) ⁵	0R 3.24 (1.35 a 7.79)	0 más por 1000 (desde 0 más hasta 0 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
								0%		0 menos por 1000 (desde 0 menos hasta 0 menos)		

¹ Quinlivan (10) comparó las visitas domiciliarias pautadas de enfermeras parteras (durante 6 meses), con el apoyo de rutina posparto, contra sólo el apoyo perinatal rutinario.

² No se provee información sobre los ciegos.

³ Todos los estudios incluidos se condujeron en países desarrollados.

⁴ Un único estudio clínico con una muestra relativamente pequeña (n = 139).

⁵ La revisión sistemática de la literatura no proporciona los resultados de los grupos de tratamiento y sólo proporciona los resultados de las razones de probabilidad (odds ratios) para comparar.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-31

Pregunta: ¿Debe utilizarse un programa de intervenciones especialmente diseñado o la intervención estándar para adolescentes entre 14 y > 18 años?

Lugar: Comunidades rurales en Tanzania

Bibliografía: Ross DA et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*, 2007, 21:1943-1955.

CUADRO 4: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre intervenciones especialmente diseñadas para adolescentes e intervenciones estándar

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD						RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				CALIDAD	IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INGONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRESIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO			
							VALES PARA ACCESO GRATIS A CONSULTA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NO RECIBIERON VALES	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
USÓ PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL (VARONES)												
1 ²	Ensayos aleatorios ³	Serías ⁴	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	431/2076 (20.8%)	326/2024 (16.1%)	RR 1.47 (1.12 a 1.93) ⁵	76 más por 1000 (desde 19 más hasta 150 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
USÓ PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL (MUJERES)												
1 ²	Ensayos aleatorios ³	Serías ⁴	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	284/1448 (19.6%)	238/1492 (16%)	RR 1.12 (0.85 a 1.48) ⁵	19 más por 1000 (desde 24 menos hasta 77 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
USÓ PRESERVATIVO POR PRIMERA VEZ DURANTE EL SEGUIMIENTO (VARONES)												
1 ²	Ensayos aleatorios ³	Serías ⁴	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	548/2076 (26.4%)	427/2024 (21.1%)	RR 1.41 (1.15 a 1.73) ⁵	86 más por 1000 (desde 32 más hasta 154 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
USÓ PRESERVATIVO POR PRIMERA VEZ DURANTE EL SEGUIMIENTO (MUJERES)												
1 ²	Ensayos aleatorios ³	Serías ⁴	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	387/1448 (26.7%)	297/1492 (19.9%)	RR 1.30 (1.03 a 1.63) ⁵	60 más por 1000 (desde 6 más hasta 125 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE

¹ El documento no describe las intervenciones estándar.

² Ross D.A. y col

³ Aleatorios de la comunidad.

⁴ Ensayo aleatorizado en la comunidad, no se proporciona ninguna información sobre el método de aleatorización; no se incluyeron ciegos.

⁵ Se ajustó el riesgo relativo; se ajustó el análisis por grupo de edad (<17, >18, >19 años de edad), estrato social, tribu y número de parejas que habían tenido en su vida al inicio del estudio (0, 1, 2, > 3).

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-11-11

Pregunta: ¿Habría que entregar o no vales para obtener servicios de salud sexual y reproductiva gratuitos a las adolescentes de 12 a 20 años de edad?

Lugar: Nicaragua

Bibliografía: Muewissen LE et al. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *Journal of Adolescent Health*, 2006; 56c1-56e9.

CUADRO 5: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre la entrega de vales para consulta de salud sexual y reproductiva y la no entrega de vales

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD							RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD	
							VALES PARA ACCESO GRATIS A CONSULTA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NO RECIBIERON VALES	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
USO DE PRESERVATIVOS EN EL ÚLTIMO CONTACTO SEXUAL												
1 ¹	Ensayos de observación ²	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ³	Ninguno	115/500 (23%)	64/335 (19.1%)	OR 1.84 (1.11 a 3.03) ⁴	112 más por 1000 (desde 17 más hasta 226 más)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE

¹ Muewissen LE, y col (12)

² Estudio casi experimental en el que se distribuyeron vales en zonas carenciadas seleccionadas en Managua, Nicaragua. Se realizaron encuestas de 3 a 15 meses después. Sin embargo, las encuestas no estaban vinculadas al programa de distribución de vales o a los servicios de salud, por lo que se trabajó con una muestra "aleatoria" de mujeres adolescentes que recibieron vales (grupo de intervención) y que no recibieron vales (grupo control).

³ Sobre la base de un único estudio con un número de eventos <300.

⁴ Análisis ajustado para el sitio del estudio, asistencia a la escuela y puntuación del área SE.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-09

Pregunta: ¿En las adolescentes deberían usarse intervenciones con anticonceptivos o la distribución estándar de anticonceptivos?

Lugar: E.U.A., UK

Bibliografía: Oringanje C et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Número 4. Artículo no.: CDO05215

CUADRO 6: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre la intervención usando anticonceptivos y la intervención estándar

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD							RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	INTERVENCIÓN ANTICONCEPCIÓN	DISTRIBUCIÓN ESTÁNDAR DE ANTICONCEPTIVOS	EFECTO		CALIDAD	
									RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
USO DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD - ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (CLÚSTER DE ENSAYOS ALEATORIOS)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Serios ²	Sin incongruencias serias	Serio ³	Sin imprecisiones serias	Ninguno	63/195 (32.3%)	79/220 (35.9%)	RR 0.90 (0.69 a 1.18)	36 menos por 1000 (desde 111 menos hasta 65 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICA
USO DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD - USO DE PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL												
2 ¹	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ³	Sin imprecisiones serias	Ninguno	457/1395 (32.8%)	622/1696 (36.7%)	RR 0.95 (0.87 a 1.04) ⁵	18 menos por 1000 (desde 48 menos hasta 15 más)	⊕⊕○○ MODERADA	CRÍTICA
USO DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD - USO CONSISTENTE DE PRESERVATIVOS												
1 ⁶	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ³	Sin imprecisiones serias	Ninguno	99/826 (12%)	149/1124 (13.3%)	RR 0.90 (0.71 a 1.15) ⁵	13 menos por 1000 (desde 38 menos hasta 20 más)	⊕⊕○○ MODERADA	CRÍTICA
USO DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD - ANTICONCEPTIVOS HORMONALES												
2 ¹	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Seria ⁷	Serio ³	Sin imprecisiones serias	Ninguno	366/1395 (26.2%)	279/1696 (16.5%)	RR 2.22 (1.07 a 4.62)	201 más por 1000 (desde 12 más hasta 596 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICA

III: CUADROS GRADE

¹ Graham (13): comparación entre la educación sobre el uso de anticonceptivos de emergencia y la educación sexual habitual.

² Ocultamiento de la asignación poco claro y ensayo no ciego.

³ Todos los ensayos incluidos fueron realizados en países desarrollados.

⁴ Raine (14): grupo de acceso a farmacias (instrucciones para obtener levonorgestrel) o entrega de tres cajas de levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia (AE) comparado con el acceso a la clínica e instrucciones para volver a la clínica para retirar AE, de ser necesario; Raymond (15): distribución de anticonceptivos (2 cajas de píldoras entregadas por adelantado y reabastecimiento ilimitado sin costo alguno) comparado con la distribución habitual de píldoras anticonceptivas dispensadas a demanda al costo habitual.

⁵ Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, hubo un mayor uso de preservativos en la última relación sexual en los grupos control.

⁶ Gran heterogeneidad con $I^2 = 86\%$.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-09

Pregunta: ¿Es mejor usar intervenciones educativas o intervenciones diversas con los adolescentes?

Lugar: E.U.A., Italia

Bibliografía: Oringanje C et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Número 4. Artículo no.: CD005215.

CUADRO 7: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre las intervenciones educativas y las intervenciones estándar

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD						RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA	
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO			CALIDAD
							INTERVENCIÓN EDUCATIVA	INTERVENCIÓNES DIVERSAS	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
USO DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD - USO DE PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL												
2 ¹	Ensayos aleatorios	Serios ²	Sin incongruencias serias	Serio ³	Sin imprecisiones serias	Ninguno	258/704 (36.6%)	190/727 (26.1%)	RR 1.18 (1.06 a 1.32)	47 más por 1000 (desde 16 más hasta 84 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA	CRÍTICA

¹ Borgia 2005 (16): educación sobre VIH/SIDA y desarrollo de habilidades por parte de pares comparado con la misma intervención llevada a cabo por profesores; Dilorio 2006¹²: durante 14 semanas 7 sesiones de educación sobre VIH, destrezas de comunicación, actividades domiciliarias y decisiones sobre la sexualidad, consecuencias de las relaciones sexuales precoces o ejercicios de reducción del estrés y tipo específico de conductas de riesgo como relaciones sexuales a temprana edad, tareas domiciliarias y servicios a la comunidad comparado con una sesión de 1 hora de prevención del VIH destinado a adolescentes y madres.

² El ocultamiento de la asignación fue poco claro y no se brindó información acerca de si los ensayos utilizaron ciegos.

³ Todos los estudios incluídos se condujeron en países desarrollados.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-11-11

Pregunta: ¿Es mejor utilizar programas de educación sexual en los centros educativos o ninguna intervención con los adolescentes entre 14 y 19 años?

Lugar: Brasil

Bibliografía: Andrade H et al. Changes in sexual behaviour following a sex education program in Brazilian public schools. *Cadernos de Saude Publica*, 2009, 25(5): 1168-1176.

CUADRO 8: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre intervención en los centros educativos y educación sexual en los centros educativos*

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD										RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD				
							PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL EN ESCUELAS	NINGUNA INTERVENCIÓN	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO					
USO SISTEMÁTICO DE PRESERVATIVO EN RELACIONES SEXUALES CASUALES															
1 ¹	Estudios de observación	Serias ²	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	156/217 (71.9%)	187/293 (63.8%)	OR 0.61 (0.38 a 0.99) ³	120 menos por 1000 (desde 2 menos hasta 237 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORANTE			
USO SISTEMÁTICO DE PRESERVATIVO CON PAREJA ESTABLE															
1 ¹	Estudios de observación	Serias	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	137/195 (70.3%)	151/240 (62.9%)	OR 0.87 (0.56 a 1.34) ³	33 menos por 1000 (desde 142 menos hasta 65 más)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORANTE			
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO MODERNO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL															
1 ¹	Estudios de observación	Serias ²	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Sin imprecisiones serias	Ninguno	191/244 (78.3%)	230/318 (72.3%)	OR 0.79 (0.55 a 1.14) ³	50 menos por 1000 (desde 134 menos hasta 25 más)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORANTE			

* En este cuadro, a diferencia de otros cuadros GRADE, los odds ratios se calculan comparando ninguna intervención contra Educación Sexual Basada en las Escuelas (ESBE).

¹ Andrade H. et al. (18)

² Se hizo una selección de los centros educativos que habrían de recibir la intervención y los controles. El grupo control no fue equivalente.

³ Se hizo un análisis de regresión logística múltiple a múltiples niveles.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-11-12

Pregunta: ¿Se debe utilizar el programa de prevención de VIH basado en la Teoría de la Motivación o ninguna intervención en jóvenes de 10 a 11 años de edad?

Lugar: Bahamas

Bibliografía: Chen X et al. A cluster randomized controlled trial of an adolescent HIV prevention program among Bahamian youth: effect at 12 months post-intervention. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:499-508.

CUADRO 9: Perfil GRADE de la evidencia - programa de prevención del VIH basado en la Teoría de la Motivación o ninguna intervención

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD							RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD	
							PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL VIH BASADO EN LA TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN	NINGUNA INTERVENCIÓN	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
USO DE PRESERVATIVOS ENTRE ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA SEXUAL A LOS 6 MESES												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	20/79 (25.3%)	6/43 (14%)	χ^2 3.04 (0 a 0) ⁴	285 más por 1000 (desde 140 menos hasta 140 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPORTANTE
USO DE PRESERVATIVOS ENTRE ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA SEXUAL A LOS 6 MESES												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias ²	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ³	Ninguno	34/127 (26.8%)	11/71 (15.5%)	χ^2 3.30 (0 a 0) ⁵	356 más por 1000 (desde 155 menos hasta 155 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPORTANTE

¹ Chen X et al (19)

² Estudio aleatorizado en la comunidad utilizando los centros educativos como base de la aleatorización.

³ Basado en un único estudio con <300 eventos.

⁴ No IC<95%, p = 0.081

⁵ No IC<95%, p = 0.050

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-11-11

Pregunta: ¿Es mejor usar un amplio programa de educación sexual culturalmente pertinente o ninguna intervención en adolescentes entre 14 y 19 años de edad?¹

Lugar: Tailandia

Bibliografía: Thato R et al. Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 62(4):457-469.

CUADRO 10: Perfil GRADE de la evidencia - educación sexual culturalmente pertinente vs ninguna intervención

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD							RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES			EFECTO		
							PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL CULTURALMENTE PERTINENTE Y COMPLETO	NINGUNA INTERVENCIÓN	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO	CALIDAD	
USO SISTEMÁTICO DE PRESERVATIVOS												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serios ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	6/12 (50%) ⁵	16/34 (47.1%) ⁵	OR 0.85 ⁶ (0.14 a 2.02) ⁷	40 menos por 1000 (desde 360 menos hasta 172 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE
INTENCIONES DE USAR PRESERVATIVOS (LA MEJOR INDICACIÓN SON LOS VALORES ALTOS)												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serios ⁸	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁹	Ninguno	230 ¹⁰	189 ¹⁰	-	1.37 más alto (0.97 a 1.77 más alto) ¹¹	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE

* Para este resultado se calcularon el OR y el efecto absoluto de la ausencia de intervención frente a CBSE.

¹ El programa subrayó los valores de Tailandia y las actitudes hacia las relaciones sexuales prematrimoniales. El programa consistió en seis módulos de una hora, dedicándole un módulo a la anticoncepción y al uso de preservativos. Entre las modalidades utilizadas en cada sesión se encuentran la discusión en grupo, videos, juegos, juegos de roles, demostraciones, lluvia de ideas, desarrollo de habilidades y actividades de creación de capacidades.

² Thato y col (20)

³ Estudio casi experimental con asignación aleatoria en la comunidad de las escuelas que recibirían la intervención. La evaluación del uso del preservativo se basa en una pequeña sub muestra de estudiantes con experiencia sexual.

⁴ Basado en un único estudio con <300 eventos.

⁵ Estos valores son para los 6 meses de seguimiento, aunque la odds ratio ajustada que se presenta en el trabajo se refiere a los 3 y 6 meses de seguimiento.

⁶ Para este resultado se calcularon el OR y el efecto absoluto para no intervención comparado con ESBE.

⁷ Ajustado para la edad y el promedio de calificaciones.

⁸ Estudio casi experimental con asignación aleatoria en la comunidad de las escuelas que recibirían la intervención.

⁹ Basado en un único estudio.

¹⁰ Incluye sujetos con y sin experiencia sexual.

¹¹ El análisis utilizó el análisis de medidas repetidas con Ecuaciones de Estimación Generalizada para considerar los resultados en el seguimiento a los 3 y 6 meses.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-27

Pregunta: ¿Es mejor hacer dos intervenciones (creación de ambientes propicios y satisfacción de las necesidades en el sitio A) o control (sitio C) en adolescentes de 10 a 19 años de edad?

Lugar: Kenia

Bibliografía: Askew I et al. and Kenya Ministry of Health, Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Gender, Sport, Culture and Social Services. *A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project*. Junio 2004.

CUADRO 11: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre dos intervenciones (creación de ambientes propicios y satisfacción de las necesidades) y ninguna intervención en Kenia

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD							RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD	
							DOS INTERVENCIONES (CREACIÓN DE AMBIENTES PROPICIOS Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES- SITIO A)	CONTROL (SITIO C)	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO		
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL BAJO COACCIÓN: COMBINACIÓN DE EXPERIENCIA SEXUAL BAJO COACCIÓN Y SEXO COMO RESULTADO DE AMENAZA (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	13/225 (5.8%)	26/291 (8.9%)	RR 0.43 (0.21 a 0.87)	51 menos por 1000 (desde 12 menos hasta 71 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL BAJO ENGAÑO (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	7/225 (3.1%)	76/291 (26.1%)	RR 0.08 (0.04 a 0.18)	240 menos por 1000 (desde 214 menos hasta 251 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL BAJO PERSUASIÓN (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	53/225 (23.6%)	59/291 (20.3%)	RR 0.77 ⁴ (0.49 a 1.20)	47 menos por 1000 (desde 103 menos hasta 41 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA

III: CUADROS GRADE

CUADRO 11: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre dos intervenciones (creación de ambientes propicios y satisfacción de las necesidades) y ninguna intervención en Kenia

PRIMERA RELACIÓN SEXUAL CONVENCIDA (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	1/225 (0.4%)	4/291 (1.4%)	RR 0.21 (0.02 a 1.94)	11 menos por 1000 (desde 13 menos hasta 13 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL BAJO COACCIÓN: COMBINACIÓN DE EXPERIENCIA SEXUAL BAJO COACCIÓN Y SEXO COMO RESULTADO DE AMENAZA (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	10/225 (4.4%)	14/291 (4.8%)	RR 0.80 (0.34 a 1.84)	10 menos por 1000 (desde 32 menos hasta 40 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL BAJO ENGAÑO (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	2/225 (0.9%)	33/291 (11.3%)	RR 0.07 (0.02 a 0.29)	105 menos por 1000 (desde 81 menos hasta 111 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL BAJO PERSUASIÓN (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	33/225 (14.7%)	38/291 (13.1%)	RR 0.97* (0.58 a 1.61)	4 menos por 1000 (desde 55 menos hasta 80 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CONVENCIDA (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	1/225 (0.4%)	10/291 (3.4%)	RR 0.11 (0.01 a 0.88)	31 menos por 1000 (desde 4 menos hasta 34 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
RELACIONES SEXUALES BAJO COERCIÓN POR LA FUERZA (VARONES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	6/135 (4.4%)	11/140 (7.9%)	RR 0.44 (0.16 a 1.24)	44 menos por 1000 (desde 66 menos hasta 19 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA

III: CUADROS GRADE

CUADRO 11: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre dos intervenciones (creación de ambientes propicios y satisfacción de las necesidades) y ninguna intervención en Kenia

RELACIONES SEXUALES BAJO												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	4/135 (3%)	16/140 (11.4%)	RR 0.20 (0.07 a 0.63)	91 menos por 1000 (desde 42 menos hasta 106 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
RELACIONES SEXUALES BAJO COERCIÓN - BAJO PERSUASIÓN (VARONES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	7/135 (5.2%)	13/140 (9.3%)	RR 0.44 (0.17 a 1.14)	52 menos por 1000 (desde 77 menos hasta 13 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA

*Para este resultado, se calcularon el OR y el efecto absoluto, comparando control e intervención.

¹ Askew I et al. and Kenya Ministry of Health, Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Gender, Sport, Culture and Social Services (ZT).

² Aleatorización en la comunidad, es decir que los lugares fueron asignados como sitios experimentales o de control al azar. No se brindan detalles sobre la forma de hacer la asignación aleatoria y no hubo ciegos. Aquí se presentan los análisis retrospectivos: la publicación no comparó los grupos de intervención y control.

³ Basado en un único estudio con un número de eventos <300.

⁴ Para este resultado, el OR y el efecto absoluto se calcularon para control contra intervención

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-27

Pregunta: ¿Cómo se compara el uso de tres intervenciones (creación de entornos propicios, satisfacción de necesidades, educación en la escuela - Sitio B) con control (sitio C) en adolescentes de 10 a 19 años?

Lugar: Kenia

Bibliografía: Askew I et al. and Kenya Ministry of Health, Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Gender, Sport, Culture and Social Services. *A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project*. Junio 2004.

CUADRO 12: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre la aplicación de tres intervenciones (creación de ambientes propicios, satisfacción de necesidades y educación en la escuela) y ninguna intervención en Kenia

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD										RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD				
							TRES INTERVENCIONES (CREACIÓN DE AMBIENTES PROPICIOS Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES- SITIO B)	CONTROL (SITIO C)	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO					
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL BAJO COACCIÓN: COMBINACIÓN DE EXPERIENCIA SEXUAL BAJO COACCIÓN Y SEXO COMO RESULTADO DE AMENAZA (MUJERES JÓVENES)															
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	18/162 (11.1%)	26/291 (8.9%)	RR 1.52 (0.77 a 2.99)	46 más por 1000 (desde 21 menos hasta 178 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA			
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL BAJO ENGAÑO (MUJERES JÓVENES)															
1	Ensayos aleatorios	Muy seria	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	11/162 (6.8%)	76/291 (26.1%)	RR 0.32 (0.16 a 0.64)	178 menos por 1000 (desde 94 menos hasta 219 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA			
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL BAJO PERSUASIÓN (MUJERES JÓVENES)															
1	Ensayos aleatorios	Muy seria	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	59/162 (36.4%)	59/291 (20.3%)	RR 2.19 (1.36 a 3.53)	241 más por 1000 (desde 73 más hasta 513 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA			

III: CUADROS GRADE

CUADRO 12: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre la aplicación de tres intervenciones (creación de ambientes propicios, satisfacción de necesidades y educación en la escuela) y ninguna intervención en Kenia

ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CONVENCIDA (MUJERES JÓVENES)												
1	Ensayos aleatorios	Muy seria	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	3/162 (1.9%)	4/291 (1.4%)	RR 1.64 (0.36 a 7.59)	9 más por 1000 (desde 9 menos hasta 91 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL BAJO COACCIÓN: COMBINACIÓN DE EXPERIENCIA SEXUAL BAJO COACCIÓN Y SEXO COMO RESULTADO DE AMENAZA (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	19/162 (11.7%)	14/291 (4.8%)	RR 3.31 (1.58 a 6.91)	111 más por 1000 (desde 28 más hasta 284 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL BAJO ENGAÑO (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	8/162 (4.9%)	33/291 (11.3%)	RR 0.59 (0.26 a 1.34)	46 menos por 1000 (desde 84 menos hasta 39 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL BAJO PERSUASIÓN (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	41/162 (25.3%)	38/291 (13.1%)	RR 2.63 (1.58 a 4.39)	213 más por 1000 (desde 76 más hasta 443 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CONVENCIDA (MUJERES JÓVENES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	8/162 (4.9%)	10/291 (3.4%)	RR 1.95 (0.74 a 5.12)	33 más por 1000 (desde 9 menos hasta 142 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
RELACIONES SEXUALES BAJO COERCIÓN - POR LA FUERZA (VARONES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	9/91 (9.9%)	11/140 (7.9%)	RR 1.69 (0.65 a 4.36)	54 más por 1000 (desde 28 menos hasta 264 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA

III: CUADROS GRADE

CUADRO 12: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre la aplicación de tres intervenciones (creación de ambientes propicios, satisfacción de necesidades y educación en la escuela) y ninguna intervención en Kenia

RELACIONES SEXUALES BAJO COERCIÓN - ENGAÑO (VARONES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	2/91 (2.2%)	16/140 (11.4%)	RR 0.26 (0.06 a 1.17)	85 menos por 1000 (desde 107 menos hasta 19 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA
RELACIONES SEXUALES BAJO COERCIÓN - PERSUASIÓN (VARONES)												
1 ¹	Ensayos aleatorios	Muy seria ²	Sin incongruencias serias	No seriamente indirecto	Seria ³	Ninguno	25/91 (27.5%)	13/140 (9.3%)	RR 3.97 (1.86 a 8.47)	276 más por 1000 (desde 80 más hasta 694 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA

¹ Askew I et al. and Kenya Ministry of Health, Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Gender, Sport, Culture and Social Services (ZT).

² Aleatorización en la comunidad, es decir que los lugares fueron asignados como sitios experimentales o de control al azar. No se brindan detalles sobre la forma de hacer la asignación aleatoria y no hubo ciegos. Aquí se presentan los análisis retrospectivos: la publicación no comparó los grupos de intervención y control.

³ Basado en un único estudio con un número de eventos <300.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-08-30

Pregunta: ¿Es mejor usar un programa de intervenciones o las actividades estándar con adolescentes de 14 a 18 años?¹

Lugar: Tanzania

Bibliografía: Ross DA et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*, 2007, 21:1943-55.

CUADRO 13: Perfil GRADE de la evidencia – programa de intervenciones vs actividades estándar en los adolescentes de 14 a 18 años

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD							RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	PROGRAMA DE INTERVENCIONES	ACTIVIDADES ESTÁNDAR	EFECTO		CALIDAD		
								RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO			
ACTITUDES HACIA EL SEXO – VARONES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA²)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serío ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	454/2076 (21.9%)	247/2024 (12.2%)	RR 1.77 (1.42 a 2.22)	94 más por 1000 (desde 51 más hasta 149 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPORTANTE
ACTITUDES HACIA EL SEXO – MUJERES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA²)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serío ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	383/1448 (26.5%)	283/1492 (19%)	RR 1.42 (1.11 a 1.81)	80 más por 1000 (desde 21 más hasta 154 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPORTANTE
CONOCIMIENTO SOBRE LA MANERA DE CONTRAER VIH – VARONES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA²)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serío ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	1356/2076 (65.3%)	908/2024 (44.9%)	RR 1.44 (1.25 a 1.67)	197 más por 1000 (desde 112 más hasta 301 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPORTANTE
CONOCIMIENTO SOBRE LA MANERA DE CONTRAER VIH – MUJERES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA²)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serío ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	832/1448 (57.5%)	601/1492 (40.3%)	RR 1.41 (1.12 a 1.75)	165 más por 1000 (desde 56 más hasta 302 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPORTANTE

III: CUADROS GRADE

CUADRO 13: Perfil GRADE de la evidencia - programa de intervenciones vs actividades estándar en los adolescentes de 14 a 18 años

CONOCIMIENTO SOBRE LA MANERA DE CONTRAER ETS - VARONES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA ²⁾)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	1074/2076 (51.7%)	807/2024 (39.9%)	RR 1.28 (1.07 a 0.54) ⁵	112 más por 1000 (desde 28 más hasta 183 menos)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
CONOCIMIENTO SOBRE LA MANERA DE CONTRAER ETS - MUJERES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA ²⁾)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	522/1448 (36%)	376/1492 (25.2%)	RR 1.41 (1.06 a 1.88)	103 más por 1000 (desde 15 más hasta 222 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO - VARONES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA ²⁾)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	1746/2076 (84.1%)	1018/2024 (50.3%)	RR 1.66 (1.55 a 1.78)	332 más por 1000 (desde 277 más hasta 392 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO - MUJERES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA ²⁾)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	1047/1448 (72.3%)	688/1492 (46.1%)	RR 1.58 (1.26 a 1.99)	267 más por 1000 (desde 120 más hasta 457 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
INCIDENCIA DE VIH - VARONES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	3/2076 (0.1%)	2/2024 (0.1%)	RR 0 (0 a 0) ⁶	1 menos por 1000 (desde 1 menos hasta 1 menos)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE
INCIDENCIA DE VIH - MUJERES (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serio ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	16/2076 (0.8%)	24/2024 (1.2%)	RR 0.75 (0.34 a 1.66)	3 menos por 1000 (desde 8 menos hasta 8 más)	⊕⊕⊕O MODERADA	IMPORTANTE

III: CUADROS GRADE

CUADRO 13: Perfil GRADE de la evidencia - programa de intervenciones vs actividades estándar en los adolescentes de 14 a 18 años

EMBARAZO REGISTRADO DURANTE EL SEGUIMIENTO (SEGUIMIENTO DURANTE 3 AÑOS; ENTREVISTA)												
1 ³	Ensayos aleatorios	Sin limitaciones serias	Sin incongruencias serias	Serío ⁴	Sin imprecisiones serias	Ninguno	489/2076 (23.6%)	489/2024 (24.2%)	RR 1.03 ⁷ (0.89 a 1.20)	7 más por 1000 (desde 27 menos hasta 48 más)	⊕⊕⊕ MODERADA	IMPORTANTE

* Para este resultado, se calculan el RR y el efecto absoluto para las actividades estándar y la intervención.

¹ La intervención tuvo cuatro componentes: 1) actividades en la comunidad; 2) educación sobre salud sexual dirigida por el profesor con la asistencia de compañeros en los 5-7 años de escuela primaria; 3) capacitación y supervisión del personal de la salud para que brinden servicios de salud sexual que resulten amigables a los jóvenes; 4) promoción social del preservativo por los mismos jóvenes.

² El resultado considerado fue el porcentaje con las tres respuestas a correctas.

³ Ross y DA y col (17)

⁴ Los resultados primarios del estudio fueron el impacto de las intervenciones sobre los efectos biológicos de la incidencia del VIH y el herpes simple tipo 2, así como el conocimiento y las actitudes con respecto al comportamiento sexual; sin embargo, el resultado no incluyó el sexo bajo coacción. La pregunta sobre las actitudes sexuales incluídas en los resultados no abordan explícitamente las relaciones sexuales bajo coacción. En consecuencia, el estudio no trata directamente el impacto de las intervenciones dirigidas a las relaciones sexuales bajo coacción.

⁵ Intervalo de confianza 95%, según se informa en el trabajo publicado, probablemente sea un error de presentación.

⁶ El trabajo declara que no se hizo una comparación estadística porque el número de casos en cada grupo era demasiado pequeño (<10) como para justificar una comparación.

⁷ Para este resultado, se calcularon el RR y el efecto absoluto comparando las actividades convencionales contra la intervención.

III: CUADROS GRADE

Autor(es): P. Whyte

Fecha: 2010-10-30

Pregunta: ¿Es mejor aplicar el programa de visitas domiciliarias o la atención estándar con las adolescentes embarazadas?¹

Intervención: Atención prenatal y atención del niño sano estándar en las dependencias de salud locales, así como visitas domiciliarias y materiales educativos. Los sujetos recibieron un promedio de 12 visitas a domicilio. Los visitadores recibieron entrenamiento y supervisión.

Lugar: Chile

Bibliografía: Aracena M et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*, 2009, 14:878-887.

CUADRO 14: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre intervención domiciliaria y atención estándar en adolescentes embarazadas

NO. DE ESTUDIOS	VALORACIÓN DE LA CALIDAD										RESUMEN DE LOS HALLAZGOS				IMPORTANCIA
	DISEÑO	LIMITACIONES	INCONGRUENCIA	CARÁCTER INDIRECTO	IMPRECISIÓN	OTROS COMENTARIOS	INTERVENCIÓN CON VISITA DOMICILIARIA	NO. DE PARTICIPANTES		EFECTO		CALIDAD			
								ATENCIÓN ESTÁNDAR	RELATIVO (IC 95%)	ABSOLUTO					
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO															
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	3/45 (6.7%)	3/42 (7.1%)	RR 1,00 (0.21 a 4.7) ⁵	0 menos por 1000 (desde 56 menos hasta 264 más)	⊕⊕OO BAJA	IMPORANTE			
ANEMIA															
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	16/42 (38.1%)	21/45 (46.7%)	RR 0,76 (0.46 a 1,26) ⁵	112 menos por 1000 (desde 252 menos hasta 121 más)	⊕⊕OO BAJA	IMPORANTE			
DÉFICIT PONDERAL (ADOLESCENTES)															
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	10/42 (23.8%)	14/45 (31.1%)	RR 0,71 (0.36 a 1,44) ⁵	90 menos por 1000 (desde 199 menos hasta 137 más)	⊕⊕OO BAJA	IMPORANTE			
SOBREPESO (ADOLESCENTES)															
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	9/42 (21.4%)	19/45 (42.2%)	RR 0,47 (0.24 a 0,93) ⁵	224 menos por 1000 (desde 30 menos hasta 321 menos)	⊕⊕OO BAJA	IMPORANTE			

III: CUADROS GRADE

CUADRO 14: Perfil GRADE de la evidencia - comparación entre intervención domiciliaria y atención estándar en adolescentes embarazadas

ESCALA DE SALUD MENTAL (CUESTIONARIO DE GOLDBERG) (MEJOR CUANTO MENORES SON LOS VALORES)												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	45	45	-	MD 2.9 menor (5.6 a 0.3 menor) ⁵	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE
DÉFICIT PONDERAL (LACTANTES)												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	4/45 (8.9%)	7/42 (16.7%)	RR 0.53 (0.17 a 1.69) ⁵	78 menos por 1000 (desde 138 menos hasta 115 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE
SOBREPESO (LACTANTES)												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	19/45 (42.2%)	16/42 (38.1%)	RR 1.11 (0.66 a 1.86) ⁵	42 más por 1000 (desde 130 menos hasta 328 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE
DIARREA SEVERA (LACTANTES)												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	5/45 (11.1%)	4/42 (9.5%)	RR 1.17 (0.34 a 4.05) ⁵	16 más por 1000 (desde 63 menos hasta 290 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL LACTANTE (COEFICIENTE DE DESARROLLO) (MEJOR CUANTO MAYORES SON LOS VALORES)												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	45	45	-	MD 0.03 menor (0.43 menor a 0.37 más alto) ⁵	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL LACTANTE - CATEGORÍA DE DESARROLLO ANÓMALO (COEFICIENTE DE DESARROLLO)												
1 ²	Ensayos aleatorios	Serias ³	Sin incongruencias serias	No demasiado indirecto	Seria ⁴	Ninguno	1/41 (2.4%)	1/38 (2.6%)	RR 0.93 (0.06 a 14.3) ⁵	2 menos por 1000 (desde 25 menos hasta 350 más)	⊕⊕⊕⊕ BAJA	IMPORTANTE

¹ Atención prenatal y atención del niño sano estándar en las dependencias de salud locales, así como visitas domiciliarias y materiales educativos. Los sujetos recibieron un promedio de 12 visitas a domicilio. Los visitadores recibieron entrenamiento y fueron supervisados.

² Aracena M y col (22)

³ No se describe el método de aleatorización, no se pudo utilizar metodología ciega.

⁴ Basado en un único estudio con <300 eventos.

⁵ La publicación no preveía el análisis retrospectivo.

III: CUADROS GRADE

Bibliografía

1. Herceg-Brown R et al. Supporting Teenager's Use of Contraceptives: A Comparison of Clinic Services. *Family Planning Perspectives*, 1986,18(9):61–6.
2. Philliber S et al. Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the children's aid society-Carrera program. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34(5):244–51.
3. Cabezón C et al. Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centred randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36:64–9.
4. Ferguson SL. Peer Counselling in a Culturally Specific Adolescent Pregnancy Prevention Program. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1998, 9(3):323–33.
5. Howard M, McCabe JB. Helping Teenagers Postpone Sexual Involvement. *Family Planning Perspectives*, 1990, 22(1):21–7.
6. Kirby D et al. An impact evaluation of project SNAPP: an AIDS and pregnancy prevention middle school program. *AIDS Education and Prevention*, 1997, 9(suppl 1):44–61.
7. Wight D et al. Limits of teacher delivered sex education: Interim behavioural outcomes from randomized trial. *BMJ*, 2002, 324:1430–6.
8. Black MM et al. Delaying second births among adolescent mothers: A randomized, controlled trial of a home-based mentoring program. *Pediatrics*, 2006, 118:1087–99.
9. O'Sullivan AL, Jacobsen BS. A randomized trial of a health care program for first-time adolescent mothers and their infants. *Nursing Research*, 1992, 41:210–5.
10. Quinlivan JA Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2003, 361:893–900.
11. Ross DA et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*, 2007, 21:1943–1955.
12. Muewissen LE et al. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 56c1–56e9.
13. Graham A, Moore L, Sharp D, Diamond I. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomized controlled trial of a teacher led intervention. *BMJ*, 2002, 324:1179–85.
14. Raine TR et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:54–62.
15. Raymond EG et al. Impact of increased access to emergency contraceptive pills. *Obstetrics and Gynecology*, 2006, 108(5):1098–106.
16. Borgia P et al. Is peer education the best approach for HIV prevention in school? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36:508–16.
17. Dilorio C et al. Keepin' it R.E.A.L! Results of a Mother-Adolescent HIV prevention program. *Nursing Research*, 2006, 55(1):43–51.
18. Andrade H et al. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. *Cadernos de Saude Publica*, 2009, 25(5): 1168–1176.
19. Chen X et al. A cluster randomized controlled trial of an adolescent HIV prevention program among Bahamian youth: effect at 12 months post-intervention. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:499–508.
20. Thato R et al. Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 62(4):457–469.
21. *A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project*. Askew I et al. and Kenya Ministry of Health, Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Gender, Sport, Culture and Social Services, 2004.
22. Aracena M et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*, 2009, 14:878–887.



WHO

Anexos

ANEXO 1 – Lista de participantes

Secretaría del panel de expertos de la OMS

Responsabilidades: Organización y dirección del proceso de formulación de directrices, incluyendo la reunión del panel de expertos.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE	
Elizabeth MASON Directora	41 22 791 3281 masone@who.int
Venkatraman CHANDRA-MOULI Coordinador	41 22 791 4814 chandramouliv@who.int
Alma Virginia CAMACHO Asesora Médica	41 22 791 2629 camachov@who.int
Jane FERGUSON Científica	41 22 791 3369 fergusonj@who.int
DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN Y COOPERACIÓN	
Regina KULIER Científica	41 22 791 2744 kulierr@who.int

Otros participantes de la OMS en el grupo de desarrollo de las directrices

SEDE DE LA OMS	
Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo	
Matthews MATHAI Asesor Médico	41 22 791 3210 mathaim@who.int
Razia PENDSE Oficial Técnico	41 22 791 1269 pendsera@who.int
Anayda PORTELA Oficial Técnico	41 22 791 2914 portelaa@who.int
Departamento de Género, Mujer y Salud	
Adepeju Aderemi OLUKOYA Asesora Médica	41 22 791 3306 olukoyaa@who.int
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas	
Ahmet Metin GULMEZOGLU Asesor Médico	41 22 791 3417 gulmezoglum@who.int
Claudia GARCIA-MORENO Asesora Médica	41 22 791 4354 garciamorenoc@who.int
Ronald JOHNSON Científico	41 22 791 2828 johnsonB@who.int
Shyam THAPA Científico (Prevención de Aborto Inseguro)	41 22 791 3339 thapas@who.int
Mary Linn GAFFIELD Científica	41 22 791 1806 gaffieldm@who.int

ANEXO 1 – Lista de participantes

Secretaría del panel de expertos de la OMS

OFICINAS REGIONALES DE LA OMS	
Región de África (AFRO)	
Nagbandja KAMPATIBE Asesora Regional, Salud y Desarrollo del Adolescente	No pudo asistir
Región de las Américas (AMRO)	
Amalia AYALA Oficial Nacional	Oficina de PWR, El Salvador 73 Avenida Sur No. 135, Colonia Escalón Apartado Postal 1072, Sucursal Centro, San Salvador, El Salvador Tel.: +503 2 298 3491, Fax: +503 2 298 1168 aeayala@els.ops-oms.org http://www.ops.org.sv/
Pablo DURAN Asesor, Salud Perinatal	Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva, (CLAP/SMR) OPS/OMS Av. Italia s/n, Piso 16, Hospital de Clínicas Casilla de correo 627, Montevideo, Uruguay Tel.: +598 2 487 2929, Fax: +598 2 487 2593 duranpa@clap.ops-oms.org
Región de Asia Sudoriental (SEARO)	
Neena RAINA Asesora Regional, Salud y Desarrollo del Adolescente	Nueva Delhi, India Tel: +91 11 23370804 rainan@searo.who.int

ANEXO 1 – Lista de participantes

Comité del Panel de Expertos para la elaboración de las directrices (incluye a los participantes de la OMS y los mencionados abajo):

Mengistu ASNAKE	Representante Adjunto del País	Pathfinder International-Etiopía P.O. Box 12655 Addis Abeba Etiopía	Tel.: +251 11 320 3501 Fax: +251 11 440 7679 masnake@pathfind.org
Sylvia DEGANUS	Jefa de Ginecología y Obstetricia	Hospital General Tema P.O. Box 14 General Hospital Rd. Tema Ghana	sdeganus@yahoo.com
Elizabeth MAPELLA	Coordinadora, Servicios de Salud Reproductiva del Adolescente	Ministerio de Salud y Bienestar Social Dar-Es-Salaam Tanzania	Tel.: +255 22152976 Fax: +255 22152977 Cel.: +255 754614680 emapella@yahoo.co.uk
Eliya Msiyaphazi ZULU	Director de Políticas de Desarrollo, Estrategias para la Salud y el Desarrollo	Instituto Africano de Políticas de Desarrollo (AFIDEP) P.O. Box 14688-00800, Westlands, Nairobi Kenia	Tel.: +254 735 753499 +254 722 523198 Eliya.Zulu@afidep.org
Ximena ABARCA	Viceministra de Salud, Ecuador	Ministerio de Salud Pública Av. República del Salvador 950 y Suecia Quito Ecuador	Tel.: +593 238 14400x6000 Cel.: +593 (096) 688 138 ximena.abarca@msp.gov.ec xilup@yahoo.com.mx
Michelle HINDIN	Asesora Técnica Jefe, Planificación Familiar. Profesora Asociada, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg	Departamento de Población, Familia y Salud Reproductiva 615 N. Wolfe Street, E4546 Baltimore, MD 21205 EUA	Tel.: +1 410 502 6038 Fax: +1 410 955 2303 mhindin@jhsph.edu
Tania LAGO	Asesoría en Salud de la Mujer, Secretaría de Salud del Estado de San Pablo	Asesoría en Salud de la Mujer Secretaría de Salud del Estado de San Pablo Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 188, 5o. andar Cerqueira César, San Pablo San Pablo Brasil	Tel.: +55 11 3066 8719 +55 11 3066 8257 tlago@saude.sp.gov.br tania_di@uol.com.br
Ximena LUENGO	Profesora Adjunta, Facultad de Medicina, Universidad de Chile	Avda. Prof. Zañartu 1030 Independencia, Casilla 70033 Santiago Chile	Tel.: +56 2 978 6484 Fax: +56 2 735 6512 Cel.: +56 9 9234 5806 ximeluengo@vtr.net

ANEXO 1 – Lista de participantes

Ruth DIXON-MUELLER	Consultora independiente	Apartado 110-4100 Grecia Costa Rica	Tel./Fax: +506 2494 6260 dixonmueller@yahoo.com
James E. ROSEN	Consultor independiente	3808 N. 14th St. Arlington, VA 22201 EUA	Tel.: +1 703 841 1979 Cel.: +1 571 215 1061 jrosen38@comcast.net
Nancy E. WILLIAMSON	Consultora independiente	103 Braswell Court Chapel Hill, NC 27516 EUA	Tel.: +1 919 929 7312 Nwilliamson@msn.com
Sherine SHAWKY Hassan Mohamed	Profesora	Research Centers Building, Room 1006 New Cairo Campus Universidad Americana del Cairo P.O. Box 74 New Cairo 11835 Egipto	Tel.: +20 2 2615 1315 shshawky@aucegypt.edu
Dan APTER	Jefe Médico y Director	Clínica de Salud Sexual Väestöliitto (Federación Finlandesa de la Familia) Kalevankatu 16 PL 849, 00101 Helsinki Finlandia	Tel.: +358 9 22805 226 Cel.: +358 40 555 0842 Fax: +358 9 645 017 dan.apter@vaestoliitto.fi
Suneeta MITTAL (No pudo asistir)	Jefa y Directora a cargo	Departamento de Ginecología y Obstetricia Director a cargo, OMS - CCR en Reproducción Humana y Jefe del Centro de TRA y FIV Instituto All India de Ciencias Médicas Nueva Delhi-110029 India	Tel.: +91 11 26593378, 26588449, 26593221 Fax: +91 11 26588449 Cel.: +91 09818542111 suneeta_mittal@yahoo.com
Quamrun NAHAR	Coordinadora Adjunta del Proyecto	Unidad de Vigilancia de Salud y Demografía (HDSU) División de Ciencias de la Salud Pública, ICDDR,B, Mohakhali Dhaka 1212 Bangladesh	Tel.: +88 02 886 052332 x2527 Cel.: +88 01 730317652 Fax: +88 02 8811568 quamrun@icddr.org
Sudha SHARMA	Secretaria de Salud	Ministerio de Salud y Población Ramshahpath Kathmandu Nepal	Tel.: +977 1 4262468 Fax: +977 1 4262590 secretary.sharma@mohp. gov.np Sudha@healthnet.org.np

ANEXO 1 – Lista de participantes

Juanita BASILIO	Asesora Médica	Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud San Lazaro Compound Sta. Cruz, Manila Filipinas	Tel.: +632 7499006 nitz_basilio@yahoo.com
Natalie GRAY	Investigadora Superior, Especialista en Salud de la Mujer y del Niño	Centro para la Salud Internacional 85 Commercial Rd Melbourne Vic 3004 Australia	Tel.: +61 3 8506 2378 Fax: +61 3 9282 2144 nataliegray@burnet.edu.au

ANEXO 1 – Lista de participantes

Grupo Externo de Revisión

Responsabilidades: Brindar comentarios y sugerencias sobre el contenido y la redacción de las recomendaciones.

Saramma MATHAI	Coordinadora del Equipo Regional y Asesora de Salud Materna	Fondo de Población de las Naciones Unidas Oficina Regional Asia Pacífico UN Building, Rajdamnern Nok Avenue, Bangkok 10200 Tailandia	Tel.: + 662 6870113 Fax: +662 2802715 mathai@unfpa.org
Kechi OGBUAGU	Asesora Técnica y Coordinadora	Programa Mundial para la Salud Reproductiva Aseguramiento de Insumos para la Salud Reproductiva Fondo de Población de las Naciones Unidas 605 Third Avenue, 4th Floor Nueva York, NY 10158 EUA	Tel.: +1 212 297-5143 Fax: +1 212 297-4917
Sylvia WONG	Especialista Técnica, Adolescentes y Jóvenes	Fondo de Población de las Naciones Unidas Cluster de Adolescentes y Jóvenes 605 Third Avenue, 4th Floor Nueva York, NY 10017 EUA	Tel.: +1 212 297 5220 Fax: +1 212 297 4915 wong@unfpa.org
Juliana YARTEY (No pudo asistir)	Punto Focal, Salud de los Jóvenes	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 3 United Nations Plaza Nueva York, NY 10017 EUA	Tel.: +1 212 326 7134 Fax: +1 212 824 6464 jyartey@unicef.org
Patty ALLEMAN	Asesora Técnica	GH/PRH/PEC Asia, Europa y Eurasia, América Latina y el Caribe Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Ofical para la Salud Mundial 1300 Pennsylvania Ave NW Washington, DC 20523 EUA	Tel.: +1 202 712 4763 palleman@usaid.gov
Marissa BILLOWITZ	Encargada de Programas, Programas para la Juventud	International Planned Parenthood Federation/Región del Hemisferio Occidental 120 Wall St, 9th Floor Nueva York, NY 10005 EUA	Tel.: +1 212 214 0285 Fax: +1 212 248 4221 MBillowitz@ippfwhr.org

ANEXO 1 – Lista de participantes

Debra JONES	Directora de Abogacía Global	Family Care International 588 Broadway, Suite 503 Nueva York, NY 10012 EUA	Tel.: +1 212 941 5300x35 Fax: +1 212 941 5563 djones@fcimail.org
Roza OLYAI	Presidenta Nacional del Comité de Salud del Adolescente, FOGSI, Instructora Nacional de Salud Adolescente, FOGSI-IMA-IAP y OMS	Convocante de los Centros de Salud del Adolescente India Olyai Hospital, Hospital Road Gwalior-474009, MP India	Tel.: +91 751 2320616 Celular: +91 9425112617 rozaolyai@gmail.com

Consultores

Responsabilidades: Recolección, síntesis, calificación y resumen de la evidencia para la revisión sistemática de la literatura.

Wendy BALDWIN (No pudo asistir) Sustituye: Althea ANDERSON	Analista de Programas	Pobreza, Género y Juventud Consejo de Población One Dag Hammar skjold Plaza Nueva York, NY 10017 EUA	Tel.: +1 510 290 9937 althea411@gmail.com
Akin BANKOLE	Director de Investigación Internacional	Instituto Guttmacher 125 Maiden Lane, 7th Floor Nueva York, NY 10038 EUA	Tel.: +1 212 248 1111 x 2210 abankole@guttmacher.org
Guillermo CARROLI	Director	Centro Rosarino de Estudios Perinatales Pueyrredón 985 - 2000 Rosario Argentina	Tel.: +54 341 4483887 Fax: +54 341 4483887 contable@crep.com.ar
Susan LEE-RIFE (No pudo asistir) Sustituye: Ann WARNER	Especialista en Género y Políticas	Centro Internacional de Investigación de la Mujer 1120 20th St. NW, Suite 500N Washington, DC 20036 EUA	Tel.: +1 202 742 1314 Cel.: +1 202 629 6361 awarner@icrw.org
Donna R. MCCARRAHER	Científico I, Investigación Biomédica y del Comportamiento	FHI: The Science of Improving Lives 2224 E NC Hwy 54 Durham, NC 27713 EUA	Tel: +1 919 544 7040 x 11368 Fax: +1 919 544 7261 dmccarraher@fhi.org
Rupal SANGHI	Consultora independiente	Nueva York EUA	Tel: +1 917 482 4993 rupal.sanghvi@gmail.com
Patty WHYTE	Consultora independiente	1/10 Joan Avenue, Dromana Vic Australia 3936	Tel.: +61 408 264 468 +61 3 5981 0746 (H) pwhyte@hunterlink.net.au

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

Reunión del panel de expertos sobre las directrices para la prevención del embarazo [demasiado] precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo

2 al 3 de Noviembre de 2010

Antecedentes

La OMS ha articulado una definición de salud y ha subrayado la importancia de los marcos jurídicos y normativos que la sustentan. La definición de salud de la OMS lleva implícita el derecho del individuo a recibir información sobre los métodos de planificación familiar y al acceso a métodos anticonceptivos de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables. Implica también el derecho de acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan a las mujeres atravesar su embarazo y parto de manera segura, y el derecho de las parejas a optimizar sus posibilidades de tener hijos sanos. La Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS destaca la importancia de contar con marcos jurídicos y legislativos que sustenten y faciliten el acceso universal y equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). Hace notar que a menudo es preciso eliminar ciertas políticas y obstáculos jurídicos que impiden la prestación de los servicios necesarios y utilizar intervenciones que salvan vidas. El entorno (político, jurídico y normativo) es fundamental en la determinación de la disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios de salud. Además, cabe destacar que los derechos a la participación y a la no discriminación son derechos humanos esenciales a considerar en el proceso de elaboración de leyes y políticas favorables.

Estado de la salud reproductiva de los adolescentes

Entre los continuos desafíos a la salud que enfrentan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se encuentra la desproporción de la carga de enfermedad que enfrentan los adolescentes. Mientras que las adolescentes de 10-19 años son responsables de 11% de todos los nacimientos a nivel mundial, representan 23% de la carga global de enfermedad (años de vida ajustados por discapacidad) a causa del embarazo y el parto.

Además, los adolescentes enfrentan barreras particulares para acceder a los servicios de salud. La legislación de muchos países requiere el consentimiento de padres o cónyuges para permitir el acceso a servicios de SSR a las personas menores de 18 años, denegando así dicho acceso a muchos jóvenes sexualmente activos.

Estos retos de la salud que enfrentan los adolescentes repercuten en la salud mundial. Casi 50% de la población global es menor de 25 años, siendo 20% (más de 1,3 mil millones de personas) adolescentes de entre 10 y 19 años de edad. En varios países del África subsahariana la población menor de 15 años de edad es cinco veces mayor que la de los mayores de 55 años. En muchos países en desarrollo los jóvenes constituyen 25-30% de la población; en Japón y en Francia constituyen 13% y 14%, respectivamente, y en China el 16%.¹ Alrededor de 85% de la población adolescente del mundo vive en países de renta media y baja.²

Los resultados reproductivos adversos en los adolescentes también se determinan por la disparidad de la situación económica. Las adolescentes más pobres tienen más probabilidades de quedar embarazadas, más probabilidades de tener problemas de salud durante el embarazo y el parto, y menos probabilidades de recibir atención calificada durante el parto. Los estudios recientes muestran que en muchos países la desigualdad se ha acentuado en los últimos 15 años, y que en muchos países la tasa de fecundidad ha aumentado en las adolescentes con menos recursos,³ siendo las adolescentes del quintil

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

Proceso de revisión sistemática de la literatura: desarrollo de las directrices para la prevención del embarazo precoz y la mortalidad y morbilidad conexas

más pobre de la población cuatro veces más propensas a quedar embarazadas que las del quintil más rico. Las mujeres jóvenes más pobres también tienen menos probabilidades de tener partos atendidos por personal sanitario calificado, y las jóvenes más ricas tienen de dos a ocho veces más probabilidades de que sus partos sean atendidos por un profesional médico.⁴

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo y una oportunidad fundamental para asegurar la buena transición hacia la edad adulta. Los resultados adversos en el área de la SSR a menudo se remontan a la adolescencia, cuando la mayoría de las personas comienzan su actividad sexual premarital.⁵ Los logros educativos, las habilidades para la vida y la toma de decisiones en torno a la conducta sexual y reproductiva tienen efectos profundos en la vida de los adolescentes, sus familias, las comunidades, la sociedad en general y las generaciones futuras.

En 2009, el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (CAH) de la OMS inició una revisión sistemática de la literatura sobre la “Prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo”. Los temas abordados en las revisiones incluyeron el matrimonio temprano, las relaciones sexuales bajo coacción, los abortos riesgosos (y las muertes conexas), la prevención del embarazo precoz entre las adolescentes, el acceso y uso de anticonceptivos y el acceso a la atención calificada durante el embarazo, el parto y el posparto.

La revisión se llevó a cabo en respuesta a la solicitud de los responsables políticos y los gestores de programas de salud reproductiva que trabajan con adolescentes en países de renta baja y mediana. Estos actores están cada vez más preocupados por las altas tasas de embarazo adolescente y sus resultados, y querían saber cuáles serían los medios más eficaces para poder brindar a los adolescentes los servicios e información que necesitan. La revisión sistemática de la literatura, por lo tanto, constituye la base de evidencias para la elaboración de las pautas futuras.

El CAH realizó el examen en colaboración con los departamentos de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) y de Reducción de los Riesgos del Embarazo (MPS). Entre los principales socios para el desarrollo de las revisiones se encuentran entidades técnicas como AGI, ICRW, UNFPA, FHI, PopCouncil y el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), así como USAID, UNFPA e IPPF.

¹ Robert Blum. Trends in Adolescent International Health. 2006. Johns Hopkins University.

² UNICEF, Adolescence: The big picture, updated 19 March 2009, accessed 10 June 2009 at http://www.unicef.org/adolescence/index_bigpicture.html

³ ECLAC, Social Panorama of Latin America, 2005, chapter III.

⁴ <http://www.unfpa.org/swp/2003/english/ch1/page3.htm>

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

Pasos clave en el proceso de revisión sistemática de la literatura

PASO CLAVE		CRONOGRAMA
1	Propuesta al Comité de Examen de Directrices de la OMS	Aprobada en abril de 2009
2	Ámbito <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las directrices existentes • Selección de los resultados críticos y redacción de las preguntas clave 	Enero - abril de 2009
3	Formación del panel de expertos y proceso de consulta	Mayo - agosto de 2009 (vía virtual)
4	Ejecución de una metodología paso a paso siguiendo los lineamientos del Comité de Examen de Directrices: <ul style="list-style-type: none"> • Adjudicación de puntuaciones a los resultados críticos y refinamiento de las preguntas clave • Desarrollo y aplicación de estrategias de búsqueda en bases de datos electrónicas • Pesquisa, elaboración de resúmenes y revisión de los textos completos de las revisiones sistemáticas pertinentes, los estudios individuales y la literatura gris correspondientes a las preguntas clave • Síntesis y clasificación de la evidencia • Elaboración de recomendaciones usando el sistema GRADE¹ 	Mayo de 2009 - octubre de 2010
5	Reunión del panel mundial de expertos	Noviembre de 2010
6	Informe final sobre las directrices	Diciembre de 2010
7	Aprobación por parte del Comité de Examen de Directrices	Primer trimestre de 2011
8	Publicación y difusión	2011

En noviembre de 2010 se llevó a cabo la reunión del panel mundial de expertos, organizada por Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (CAH) y de Reducción de los riesgos del embarazo (MPS) y con la colaboración del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR).

Entre los participantes se encontraban destacados académicos, investigadores, responsables de políticas, asociaciones profesionales y encargados de programas, quienes aunaron esfuerzos para desarrollar recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar el embarazo precoz y los resultados relacionados con sus causas y sus consecuencias en los países en desarrollo. [Ver el Anexo 1 – Lista de participantes].

¹ International Federation of Obstetricians and Gynecologists, Adolescent Sexual and Reproductive Health. Draft Final Report, Marzo 2009.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

A continuación se enumeran los seis resultados clave en los que se concentran las directrices:

1. Reducción del matrimonio en menores de 18 años
2. Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad
3. Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado
4. Reducción de relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes
5. Reducción del aborto inseguro en las adolescentes
6. Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes

Los participantes tuvieron a su disposición los documentos de antecedentes con las preguntas clave, la metodología, los artículos científicos, las revisiones sistemáticas de la literatura, las tablas sumarias y los cuadros GRADE para consulta [Ver el Anexo 3 – Preguntas clave por cada resultado]. El documento final de directrices incluirá las recomendaciones, perfiles GRADE y las tablas sumarias de la evidencia que no se pudo ingresar al cuadro GRADE.

Propósito de la reunión

El propósito de la reunión de noviembre de 2010 fue presentar los resúmenes de la evidencia surgidos de una serie de revisiones sistemáticas de la literatura de los seis resultados clave relacionados con la morbilidad y/o la mortalidad asociada con el embarazo muy precoz, con el fin de (1) formular comentarios sobre las evidencias utilizadas, (2) hacer observaciones sobre la interpretación de las evidencias, y (3) acordar las recomendaciones finales, teniendo en cuenta los riesgos, el valor de los beneficios y las preferencias.

Resultados esperados

Los resultados clave esperados de la reunión fueron (1) proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia por cada resultado, (2) identificar los vacíos de investigación relevantes por cada resultado, y (3) acordar los elementos clave para un plan de difusión de las nuevas pautas, e identificar los socios clave para ese propósito.

Bases sanitarias, sociales y jurídicas de la reunión

El objetivo general de la consulta era hacer recomendaciones sobre la prevención del embarazo demasiado precoz, por un lado para reconocer las consecuencias sanitarias y sociales negativas que entraña, y por otro para cumplir con los tratados internacionales que citan el derecho al “libre y pleno” consentimiento para el matrimonio (Declaración Universal de los Derechos Humanos), y el derecho a la protección contra el matrimonio infantil (Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer). Además se establece la adopción de todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para contraer matrimonio.

Metodología y proceso de la reunión

La reunión fue inaugurada por la Dra. Elizabeth Mason, Directora del CAH y Directora en funciones del MPS.

Todos los participantes recibieron un formulario de declaración de conflicto de intereses que debían llenar antes de la reunión. Después de recibir la explicación del proceso de declaración de interés, se solicitó a cada participante que se pusiera de pie y que hiciera su propia declaración de interés (declarando si tenían o no un conflicto de

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

intereses). Los consultores (Ver el Anexo 1 – Lista de participantes, Consultores SR) que participaron en la revisión sistemática de la literatura declararon su participación en la revisión de la evidencia y, por lo tanto, se abstuvieron de hacer más comentarios sobre la misma al articular las recomendaciones.

Se presentó el resumen de la evidencia por cada uno de los seis resultados, incluyendo una breve presentación que narra los resultados de las revisiones sistemáticas de la literatura, los perfiles del cuadro GRADE y el resumen de la evidencia. Además, durante la reunión el grupo de expertos recibió como referencia todos los documentos relevantes relacionados con las revisiones sistemáticas de la literatura y los artículos individuales. Por ende, la discusión se centró en las recomendaciones, y a su vez se fue llevando un registro electrónico de los cambios sugeridos por el grupo. Al formular las recomendaciones y calificar su fuerza, se solicitó al grupo que ponderara cuatro factores principales: (1) la calidad de la evidencia; (2) el equilibrio entre los beneficios y los perjuicios y cargas;⁶ (3) las diferencias en los valores;⁷ (4) y los recursos necesarios.⁸

Proceso de toma de decisiones utilizado en la reunión

Para reformular las recomendaciones propuestas se exigía el acuerdo del grupo. La definición de acuerdo o consenso que se aplicó fue que la mayoría estuviera de acuerdo, que los que no estuvieran de acuerdo no tuvieran objeciones fuertes, y que todos tuvieran una oportunidad de expresar su opinión. En caso de no lograr el consenso, se haría una votación.

Temas transversales en la discusión de las recomendaciones:

Observaciones sobre la metodología

- **Limitaciones del estudio de diseño.** Muchas revisiones sistemáticas de la literatura y artículos fueron excluidos de la selección y de la revisión siguiendo los criterios de inclusión de la metodología (es decir, la revisión no establecía ninguna restricción de idioma, las palabras clave utilizadas y los términos principales de los resultados y las preguntas clave incluían la palabra adolescentes; y la ubicación geográfica de los países según sus ingresos por el Banco Mundial). Fueron menos aún las revisiones sistemáticas de la literatura elegibles para los cuadros GRADE. Por lo tanto, con frecuencia el número final de estudios o revisiones sistemáticas de la literatura que se utilizó para las recomendaciones fue una proporción menor de los estudios hallados con las múltiples estrategias de búsqueda. Dada esta falta de conexión entre el nivel de la investigación existente y el nivel de las evidencias necesarias para fundamentar las recomendaciones, el panel planteó la conveniencia de tener eso en cuenta en las recomendaciones para futuras investigaciones.
- **Retos especiales para la evaluación.** En todos los resultados se planteó el tema de los desafíos implícitos que entraña la evaluación de intervenciones con múltiples componentes. Los tipos de intervenciones que abordan los resultados de interés a menudo tienen múltiples aristas y se encuentran inmersos en el seno de una programación muy completa. Por lo tanto, muchas de las evaluaciones de las intervenciones no valoraron explícitamente un aspecto o una estrategia de las intervenciones frente a los

⁶ Cuanto mayor sea la diferencia entre una consecuencia deseable y una no deseable, mayor la probabilidad de una recomendación fuerte. Cuanto menor sea el beneficio neto y menor la certeza de obtener dicho beneficio, mayor la probabilidad de una recomendación condicionada o débil.

⁷ Cuanto mayor sea la variabilidad o incertidumbre en los valores y preferencias, mayor garantía de obtener una recomendación condicionada o débil.

⁸ Cuanto mayores sean los costos de una intervención - o sea, más cantidad de recursos consumidos - mayor garantía de obtener una recomendación condicionada o débil.

resultados de interés. El panel sugirió tener esto en cuenta en las recomendaciones para la investigación futura, proponiendo metodologías, y haciendo que las futuras directrices y recomendaciones consideren los retos particulares que plantea la evaluación ya al definir los criterios de elegibilidad.

- **Limitaciones de la metodología para evaluar la efectividad de las políticas relacionadas con la intervención.** Dado que se consideró la efectividad de las intervenciones de políticas y normativa (formulación y/o aplicación de leyes o políticas) como parte de la revisión sistemática de la literatura, el grupo sugirió que en un futuro se identifique una metodología y fuentes de datos alternativas para llevar a cabo este tipo de evaluación. Asimismo, se sugirió considerar fuentes de información y métodos alternativos que vayan más allá de la bibliografía arbitrada y la literatura gris de salud pública y de la investigación en ciencias sociales, con el fin de incluir a los sectores jurídicos y policiales. Además, se sugirió que cuando se contara con los resultados de las intervenciones de políticas o legislativas, estos se documentaran periódicamente para avanzar en la comprensión sobre este tema basándose en la evidencia.
- **Retos de las intervenciones con múltiples componentes:** el problema de estas intervenciones es que a menudo abordan múltiples resultados, por lo que atribuir los cambios en un resultado discreto a cualquiera de los componentes de la intervención plantea un importante reto para el diseño de la evaluación.
- **La robustez de los resultados del estudio** puede ser cuestionable, ya que varios de los hallazgos comunicados eran resultados secundarios de los estudios revisados. Todos los estudios basan las estimaciones de tamaño de la muestra en el objetivo principal del estudio. Para los estudios en los que los resultados examinados no fueran los objetivos principales del estudio, es menos probable que las estimaciones de los efectos sean precisas.

Posibilidades para futuros análisis secundarios con el fin de obtener nuevas evidencias

- **Identificar las posibilidades de llevar a cabo un análisis de la subpoblación de adolescentes** en los casos en los que los estudios de intervención incluyeron los resultados de interés, abarcando hombres y mujeres. Además de desagregar los datos por edad, se destacó la posibilidad de desagregar más aún por estado civil, dada la relevancia de este factor para determinar la vulnerabilidad y/o el grado de protección en muchos contextos socioculturales.
- **Para profundizar en el análisis de la educación como variable, es preciso desglosar la educación.** El grupo identificó la necesidad de comprender mejor las estrategias y los determinantes de la eficacia de las intervenciones en educación con respecto a los resultados de interés (es decir, enseñanza de aptitudes para la vida frente a la educación académica básica y frente a la educación integral en sexualidad). El grupo analizó el tema y sugirió que, de ser posible, habría que hacer un análisis secundario de las intervenciones en educación, teniendo en cuenta el efecto de diferentes estrategias claramente definidas y dirigidas selectivamente, frente a la educación como un concepto amplio. Además, el grupo sugirió que no sólo se considerara la cobertura educativa al analizar los resultados, sino que la calidad de la educación también debía considerarse como un factor importante.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

Reseña general de las recomendaciones por cada estrategia de intervención y cada público objetivo

Sobre la base de la síntesis de la evidencia, que incluye (1) calidad de las evidencias, (2) equilibrio entre los beneficios y los perjuicios y cargas,⁹ (3) diferencias en los valores¹⁰ (4) y recursos necesarios,¹¹ el grupo sugirió recomendaciones para cada resultado. A continuación se incluye el resumen de las recomendaciones que surgieron de la discusión del grupo. Es de destacar que estas son las recomendaciones que se han distribuido al grupo para su comentario final. Las recomendaciones finales se incluirán en las directrices.

Recomendaciones Propuestas:

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN SOBRE	
Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Deben intensificarse las intervenciones destinadas a informar y empoderar a las jóvenes en los contextos pertinentes, en combinación con intervenciones que influyan en las normas familiares y de la comunidad para retrasar el matrimonio. • Deben emprenderse intervenciones con el objetivo de influir en las normas de la familia y la comunidad para apoyar la postergación de los matrimonios de las jóvenes menores de 18 años.
Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben priorizar los esfuerzos destinados a aumentar las oportunidades educativas de las jóvenes a través de canales formales y no formales. • Se deben dirigir esfuerzos a apelar a los responsables de políticas, planificadores y a la comunidad para formular y hacer cumplir leyes que prohíben el matrimonio de las jóvenes antes de cumplir los 18 años.
RECOMENDACIONES PARA PROFUNDIZAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE	
Leyes y políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Debe profundizarse la investigación para mejorar la comprensión de las intervenciones que dan lugar a la formulación de leyes, y de la forma en que las leyes han sido aplicadas, incluyendo las posibles consecuencias perjudiciales imprevistas de la aplicación de la ley, y cómo se ha hecho el seguimiento de su aplicación.
Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Debe profundizarse la investigación para evaluar la viabilidad y las estrategias que permitan aumentar la escala de las intervenciones que informan y empoderan a las jóvenes, combinándolas con intervenciones que influyan sobre las normas familiares y de la comunidad para retrasar el matrimonio.
Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Debe profundizarse la investigación para determinar la viabilidad y eficacia de los esquemas de transferencia de dinero en efectivo a las jóvenes adolescentes y/o a sus familias como un medio de retrasar la edad de matrimonio en contextos específicos y para evaluar el impacto a largo plazo.

⁹ Cuanto mayor sea la diferencia entre una consecuencia deseable y una no deseable, mayor la probabilidad de una recomendación fuerte. Cuanto menor sea el beneficio neto y menor la certeza de obtener dicho beneficio, mayor la probabilidad de una recomendación condicionada o débil.

¹⁰ Cuanto mayor sea la variabilidad o incertidumbre en los valores y preferencias, mayor garantía de obtener una recomendación condicionada o débil.

¹¹ Cuanto mayores sean los costos de una intervención - o sea, más cantidad de recursos consumidos - mayor garantía de obtener una recomendación condicionada o débil.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 2

Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Apuntar a la retención escolar de las jóvenes en la escuela primaria, con especial énfasis en la escuela secundaria.
- Combinar intervenciones que incluyan educación sexual¹² incorporada al programa educativo junto con la promoción de los anticonceptivos entre las adolescentes a fin de reducir las tasas de embarazo.
- Ofrecer intervenciones de promoción de la anticoncepción posparto y posaborto a las adolescentes, mediante múltiples visitas a sus hogares y/o visitas a la clínica, para reducir los embarazos subsecuentes.

Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Continuar con los esfuerzos dirigidos a los interesados directos en la prevención del embarazo adolescente a través de estrategias que aborden los determinantes proximales de este resultado (como la información y el desarrollo de habilidades, la modificación del comportamiento individual, la educación sexual y otros aspectos típicos de un ambiente facilitador en la comunidad y en las políticas).

RECOMENDACIONES PARA PROFUNDIZAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE

Leyes y políticas

- Seguir investigando para entender mejor el efecto de la disponibilidad de educación (enseñanza formal y no formal, y exploración de la educación como un sustituto de la educación sexual) sobre la prevención del embarazo adolescente, considerando posibles factores de mitigación, como la condición socioeconómica o el estado civil.

Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Seguir investigando sobre el efecto de las intervenciones y políticas especialmente dirigidas a retener a las adolescentes en el sistema educativo (incluyendo apoyo a las madres adolescentes) con grupos clave de la población conexos, para reducir los embarazos subsecuentes y para retrasar el embarazo en adolescentes.

Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Seguir investigando para determinar la eficacia de los tipos de intervenciones destinadas a reducir los embarazos entre las jóvenes menores de 20 años, considerando el contexto sociocultural, en cada uno de los grupos clave pertinentes de la población objetivo.
- Seguir investigando para comprender mejor la relación entre nivel económico, empleo, escolaridad, y otros resultados de nivel intermedio y los factores de mediación con respecto a las tasas de natalidad en las adolescentes.

¹² International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach for Schools Teachers and Health Educators. Diciembre 2009. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, World Bank, WHO.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Empezar intervenciones para influir sobre los miembros de la comunidad para que apoyen el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos.
- Ampliar las intervenciones para mejorar la prestación de servicios de salud a los adolescentes, incluyendo la capacitación de los trabajadores de la salud, mejoras en las instalaciones y disponibilidad de insumos, además de acciones en la comunidad para asegurar la aceptabilidad e incrementar la demanda, como una manera de mejorar el acceso de los adolescentes y su uso de la información sobre los servicios y métodos anticonceptivos, incluyendo los anticonceptivos de emergencia.
- Realizar esfuerzos para reducir los costos de los anticonceptivos para los adolescentes
- Ampliar las intervenciones, en particular, los programas curriculares integrales de educación sexual, para proporcionar a los adolescentes información precisa y educación acerca de anticonceptivos.

Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Hacer esfuerzos con los responsables de políticas y los planificadores para formular leyes y políticas para aumentar el acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar y a la información sobre anticonceptivos, incluyendo los anticonceptivos de emergencia.

RECOMENDACIONES PARA PROFUNDIZAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE

Leyes y políticas

- Empezar más investigación para comprender mejor las intervenciones que dan lugar a la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de adolescentes a los servicios de planificación familiar y a la información sobre anticonceptivos, incluyendo los anticonceptivos de emergencia.

Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Profundizar la investigación para identificar, definir y evaluar la factibilidad y efectividad de las intervenciones para mejorar la venta libre de anticonceptivos hormonales a adolescentes.
- Profundizar la investigación para determinar la eficacia relativa de la intervención en diversos ámbitos (dentro y fuera de los centros de estudios) y diversas poblaciones.
- Profundizar la investigación para identificar, definir y evaluar la viabilidad y eficacia de las intervenciones para involucrar a los hombres (adolescentes y adultos) en las decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos por parte de sus parejas y de ellos mismos.
- Profundizar la investigación para determinar la viabilidad y el impacto de la reducción del precio de venta de los anticonceptivos a los adolescentes en particular.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Profundizar la investigación para identificar, definir y evaluar intervenciones que influyan sobre las actitudes de la comunidad para apoyar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 4 Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN	
<p>Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar intervenciones para aumentar la autoestima de las adolescentes, construir sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y la negociación, para mejorar sus vínculos con las redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social, y para dar a las jóvenes la capacidad de resistirse al sexo bajo coacción. Estas intervenciones deben combinarse con las intervenciones de apoyo a la creación de las normas sociales. • Instrumentar intervenciones para involucrar a los hombres y los niños a evaluar críticamente las normas de género (por ejemplo, los enfoques transformadores de género) que se relacionan con la coacción sexual y la violencia, combinadas con intervenciones para influir en normas sociales más amplias, de manera de reducir la coacción sexual en las adolescentes.
<p>Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguir con los esfuerzos para formular leyes y políticas que castiguen a los responsables de relaciones sexuales bajo coacción, para que se aplique la legislación de una manera que empodere a las víctimas y sus familias, y para velar por su cumplimiento.
RECOMENDACIONES PARA PROFUNDIZAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE	
<p>Leyes y políticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar la investigación para evaluar cómo se formularon y aplicaron las leyes y políticas, cómo se hizo su seguimiento y cuáles han sido sus resultados, utilizando métodos y materiales apropiados.
<p>Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna
<p>Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 5 Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN	
<p>Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Junto con los esfuerzos para formular leyes y políticas que permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro, deben hacerse esfuerzos para informar a todos los actores de la comunidad sobre: (a) qué servicios de aborto seguro se encuentran disponibles; (b) dónde y bajo qué condiciones se los puede obtener de forma legal. • Junto con los esfuerzos para formular leyes y políticas que permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro y los esfuerzos para informar a todos los actores de la comunidad sobre los servicios de aborto seguro disponibles, y dónde y bajo qué condiciones se los puede obtener de forma legal, se deben hacer esfuerzos para identificar y superar los obstáculos a su prestación (con los trabajadores de la salud) y su utilización (por parte de las adolescentes). • Realizar esfuerzos para garantizar el acceso de las adolescentes a atención calificada posaborto como una intervención médica que salva vidas, independientemente de la legalidad o no del aborto o del intento de aborto. • Realizar esfuerzos para garantizar que las adolescentes que recibieron servicios de aborto puedan obtener información y servicios anticonceptivos.
<p>Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con los esfuerzos para que las leyes y políticas permitan a los adolescentes obtener servicios de aborto seguro.
RECOMENDACIONES PARA PROFUNDIZAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE	
<p>Leyes y políticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar la investigación para evaluar cómo se formularon y aplicaron las leyes y políticas que permiten a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro, cómo se hizo su seguimiento y cuáles han sido sus resultados, utilizando métodos y materiales apropiados.
<p>Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar la investigación para investigar la viabilidad y eficacia de los esfuerzos que garanticen el acceso de las adolescentes a la atención calificada posaborto.
<p>Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar la investigación para investigar la viabilidad y eficacia de las intervenciones que identifiquen y superen las barreras que dificultan la prestación y utilización de los servicios de aborto.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 6

Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Proporcionar información acerca de la importancia de recurrir a expertos APN a todas las adolescentes embarazadas y las poblaciones clave pertinentes.
- Proporcionar información acerca de la importancia de recurrir a asistentes calificados para atender el parto a todas las adolescentes embarazadas y las poblaciones clave pertinentes.
- La preparación para el nacimiento y para emergencias es un componente clave de las Directrices APN de la OMS,^{13,14} y siempre debe ser promovida en las estrategias para adolescentes embarazadas (en el hogar, la comunidad, y en las dependencias en las que se prestan esos servicios).

Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Ampliar la disponibilidad y el acceso a los cuidados obstétricos de emergencia básicos (COEm básicos) e integrales (COEm integrales).

RECOMENDACIONES PARA PROFUNDIZAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE

Leyes y políticas

- Profundizar la investigación para investigar estrategias de intervención específicas para ampliar la disponibilidad y el acceso a COEm básicos e integrales por parte de las adolescentes.

Intervenciones dirigidas a abordar los determinantes individuales y comunitarios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva

- Profundizar la investigación para determinar el efecto de diferentes estrategias que buscan informar a las distintas poblaciones clave sobre la APN para las adolescentes con el fin de mejorar su acceso y uso.
- Profundizar la investigación para determinar el efecto de diferentes estrategias que buscan informar a las distintas poblaciones clave sobre la atención calificada del parto para adolescentes, con el fin de mejorar su acceso y uso.
- Profundizar la investigación para identificar las intervenciones eficaces vinculadas al tipo de cambios que se necesitan en los servicios de salud para mejorar el acceso de las adolescentes a la APN y mejorar su uso.
- Profundizar la investigación para identificar las intervenciones que abordan los aspectos específicos necesarios para prepararse para emergencias y nacimientos en madres adolescentes, concentrándose en los resultados intermedios (tales como un mayor uso de la atención especializada durante el embarazo, parto y posparto), además de los resultados a distancia, como la morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo.

¹³ WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for Implementation of the New Model. Ref. WHO/RHR/01.30-45 pages. http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/

¹⁴ Birth and emergency preparedness in antenatal care, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPACT). http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.9N.pdf

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 6
Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

	<ul style="list-style-type: none">• Profundizar la investigación para identificar intervenciones eficaces, incluyendo los tipos de cambios en los servicios de salud necesarios para mejorar el acceso y la utilización de partos calificados por parte de las adolescentes.• Profundizar la investigación para identificar estrategias de intervención para adaptar los servicios de atención calificada prenatal, del parto y posnatal específicamente para atender adolescentes, teniendo en cuenta los diferentes contextos y características de los servicios existentes y la heterogeneidad de esas adolescentes.
<p>Intervenciones que encaren los factores determinantes sociales más amplios del embarazo precoz y sus efectos deletéreos sobre la salud reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none">• Profundizar la investigación para identificar estrategias eficaces para reducir las barreras que se oponen al incremento del acceso y uso de atención calificada prenatal, del parto y posnatal por parte de las adolescentes. Considerando la heterogeneidad de las adolescentes, es probable que las estrategias tengan que variar, apuntando a los obstáculos concretos y abordando los determinantes estructurales de dicho acceso.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

Observaciones detalladas por resultado:

RESULTADO 1 Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Presentadora:

Ann Wagner, International Center for Research on Women (ICRW)

De los 41 artículos, 14 fueron identificados como adecuados para su plena inclusión en la revisión sistemática de la literatura, mientras que otros 8 estudios se retuvieron hasta obtener información adicional, a pesar de que el diseño de los estudios no incluía grupos de control. No se consideró que ningún estudio fuera elegible para el proceso de GRADE. La información de los 14 estudios con las evaluaciones más robustas sirvió de base para el debate que llevó a la elaboración de las recomendaciones.

Intervenciones sobre las leyes y políticas

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó estudios elegibles (en base a los criterios de inclusión) que demostraran que las intervenciones dirigidas a los responsables de políticas o planificadores (incluyendo aquellos en la comunidad) hubieran dado lugar a la formulación de leyes y políticas para prohibir el matrimonio de las jóvenes menores de 18 años o que fueran eficaces para hacer respetar las leyes que prohíben el matrimonio de jóvenes menores de 18 años.

El panel observó que es muy poco probable que los estudios de las intervenciones aborden los esfuerzos que apuntan a formular leyes y políticas, hacerlas cumplir y vigilar su cumplimiento.

Algunos miembros del panel advirtieron que la legislación por sí sola no lograría necesariamente los resultados deseados, ya que a menudo las leyes existentes no se aplican. Por lo tanto, la recomendación combinó elementos correspondientes a la formulación y a la aplicación de la legislación. Además, es preciso comprender la naturaleza de la aplicación en relación con el éxito de los resultados. Por ejemplo, la aplicación de la ley podría acarrear consecuencias nocivas, como el envío a prisión de los padres de una menor por contravenir las leyes, arriesgando así el sustento económico y el bienestar de las familias.

Asimismo, en esta discusión sobre las intervenciones vinculadas a políticas, el panel subrayó las limitaciones de la metodología para identificar intervenciones eficaces. Había una sensación de que se ha logrado mucho en este área, logrando avances en la formulación y modificación de la legislación. Por ende, se sugirió adoptar métodos más flexibles para la definición de las intervenciones eficaces. También se sugirió documentar el proceso en los países en los que se hubieran aprobado leyes recientemente, para comprender mejor las medidas adoptadas, con el fin de estimular la promulgación de leyes relacionadas con el matrimonio temprano.

A pesar de que en las intervenciones dirigidas hacia los responsables de políticas y planificadores no se hallaron evidencias elegibles para el resultado de reducción del matrimonio en menores de, teniendo en cuenta los derechos que están en juego, así como los múltiples resultados negativos consabidos del matrimonio temprano, **el panel concluyó que (1) habría que redoblar los esfuerzos para promover leyes que prohíban el matrimonio, como una medida importante para evitar embarazos precoces, y que la investigación podría ayudar a avanzar con esas iniciativas; asimismo, el grupo también sugirió que (2) debe realizarse una investigación para mejorar la comprensión de las intervenciones que derivan en la formulación de leyes, y de qué forma se las hace cumplir, incluyendo las posibles consecuencias nocivas imprevistas perjudiciales para su aplicación, y cómo se ha hecho el seguimiento de esa aplicación.**

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Intervenciones que abordan los factores determinantes a nivel comunitario

Existe alguna evidencia de la eficacia de los esfuerzos para incidir en las normas de la familia y la comunidad sobre el matrimonio, aunque son pocos los programas que apunten a las normas de la familia y la comunidad exclusivamente. Las modificaciones de las normas familiares y comunitarias casi siempre se encaran en combinación con otros esfuerzos a nivel individual, por lo que es imposible diferenciar el efecto de esta estrategia del efecto de los otros esfuerzos. El estudio de Alim (2007) es el único que analiza un programa que evalúa sólo las actividades de sensibilización dirigidas a la familia y la comunidad, pero el estudio no incluyó ningún grupo de control para determinar su eficacia. Más específicamente, los estudios que se incluyeron en la revisión mostraron un efecto positivo directo e indirecto sobre las actitudes de los miembros de la comunidad y la familia en relación con el matrimonio temprano. (Brady 2007, Erulkar y Muthengi 2009, Kanethasan 2008). Sin embargo, sus aspectos metodológicos (falta de grupo control, selección no aleatoria de la muestra, ausencia de evidencias de significación, entre otros) y la falta de especificidad en las intervenciones hacen difícil sacar conclusiones (Alim 2007, UNICEF 2008).

Las modificaciones de las normas sociales son esenciales para retrasar la edad del matrimonio, y si bien esto puede amenazar opiniones muy arraigadas y dar lugar a polémica, el grupo sostuvo que los beneficios superan cualquier perjuicio potencial. Los costos exactos y las perspectivas de sostenibilidad de estas intervenciones no han sido establecidos, y no se las puede comparar con otras intervenciones (como las transferencias en efectivo).

El panel concluyó que deben emprenderse intervenciones dirigidas a influir en las normas de la familia y la comunidad para apoyar la postergación del matrimonio de las adolescentes menores de 18 años.

Intervenciones que ofrecen transferencias de dinero en efectivo a las familias

Cierta evidencia sugiere que los esquemas de transferencia de dinero en efectivo para las familias son eficaces en retrasar el matrimonio de jóvenes menores de 18 años (Baird 2009; Duflo 2007; Arends-Kuenning y Amin 2000); sin embargo, todos los estudios presentaron alguna limitación en su diseño, y dudas en cuanto al equilibrio entre los beneficios y los potenciales perjuicios, y la sostenibilidad (Baird y col 2009; Duflo, 2007). El estudio de Baird (2009) demostró que la entrega de transferencias en efectivo y el apoyo mediante el pago de la matrícula de estudios efectivamente disminuyeron la proporción de matrimonios entre jóvenes que no asistían a centros de estudios al comenzar el estudio, pero no se diferenció por edad entre las participantes de entre 15 y 22 años. No está claro si había un efecto significativo en las jóvenes menores de 18 años. Duflo (2007) demostró que las jóvenes que recibieron uniformes gratuitos tuvieron una probabilidad 12% menor de casarse tempranamente que las jóvenes de otras escuelas. Sin embargo, el hallazgo fue estadísticamente significativo sólo al nivel del 90%. El estudio de Arends-Kuenning y Amin (2000) evaluó el impacto de un programa de becas, pero careció de grupos de control.

La discusión se centró en los daños (problemas a la seguridad física y la integridad psicológica), la intensidad de los recursos necesarios, y los retos inherentes a este tipo de intervenciones. El grupo señaló que los datos disponibles no dejan claro si las jóvenes que reciben transferencias de dinero en efectivo directamente están en mayor riesgo de

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

presentar un mayor perjuicio que las demás. Se han comenzado algunos estudios de costo-efectividad en los esquemas de transferencia de dinero en efectivo de un modo más general, pero aún no quedan claras las implicaciones de recursos y la sostenibilidad de dicha medida.

Además, el panel destacó la tendencia creciente en el uso de esquemas de transferencia de dinero en efectivo para estimular el cambio social, incluso en las actitudes hacia el matrimonio temprano.

El panel concluyó que se precisaría una mayor investigación para determinar la viabilidad y eficacia de los esquemas de transferencia de dinero en efectivo a las jóvenes adolescentes y/o a sus familias como un medio de retrasar la edad de matrimonio en contextos específicos, y para evaluar el impacto a largo plazo.

Intervenciones que influyen en los determinantes a nivel individual

Informar y empoderar a las adolescentes

Hay evidencias bastante contundentes que sugieren que los esfuerzos para informar y empoderar a las adolescentes son eficaces en retrasar el matrimonio de jóvenes menores de 18 años. Estos esfuerzos se traducen principalmente en habilidades para la vida (N=7), información sobre salud reproductiva (N=5), y conocimiento e información de índole deportiva (N=2). Un estudio demostró que luego de asistir a un curso de 1 año de duración diseñado para informar y empoderar a las jóvenes, se observó un aumento en la edad media de matrimonio y una disminución de la proporción de jóvenes que contraían matrimonio en el área de intervención (en comparación con ningún cambio en el área de control), si bien el estudio presentó un sesgo de selección. Por otra parte, estas actividades se dieron siempre en combinación con otras intervenciones y actividades – incluyendo trabajo de extensión con los padres (Pande y col 2006). Otro estudio mostró que un programa para mejorar el conocimiento de las jóvenes sobre los principales temas de su salud y sus derechos, incluyendo el matrimonio temprano, llevó a un cambio en las actitudes acerca de la edad ideal para el matrimonio, y se reflejó en menores tasas de matrimonio entre las participantes. No obstante ello, este programa también incluía otros componentes y presentó sesgos de selección de los participantes, por lo que la robustez de la evaluación es un poco limitada (Brady y col 2007). Finalmente en India se llevó a cabo el programa Disha, para proporcionar servicios de salud reproductiva especialmente diseñados para atender adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años. En el marco del programa se busca aumentar el conocimiento de esa población acerca de la edad legal exigida para contraer matrimonio, y se promueve un cambio de actitud con respecto a la edad ideal para contraer matrimonio. Sin embargo, el programa incluye muchos otros componentes relacionados con desarrollar capacidades y lograr el apoyo de la comunidad, y no hay evidencias que demuestran modificaciones en el comportamiento marital de las jóvenes (Kanesathasan y col 2008).

En resumen, los programas que incluyen un componente que trabaje directamente con las jóvenes para informarlas y empoderarlas son los que tienden a mostrar la mayor efectividad en el cambio de actitudes y comportamientos relacionados con el matrimonio. Empero, la calidad de la evidencia es baja. La fuerza de estos estudios también se ve limitada por el sesgo de selección de las participantes y por el hecho de que suelen ser ejecutados y evaluados en combinación con otros componentes, como parte de una intervención que abarca múltiples componentes. (Amin 2005, Pande y col 2006,

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

Brady y col 2007, Kanesathasan y col 2008 CREPHA 2002, Mathur 2004, NSCE 2003, Rashid 2003, Nawaz 2009, CEDPA 2001)

El panel destacó la evidencia de la eficacia de diversas intervenciones para influir en las actitudes de las jóvenes hacia el matrimonio temprano. A pesar de la debilidad del diseño de evaluación y la imposibilidad de determinar con precisión la efectividad relativa de intervenciones específicas, el panel concluyó que el beneficio potencial supera tales inquietudes técnicas, y compensa cualquier preocupación por algún perjuicio potencial.

Los expertos destacaron que puede resultar muy difícil para las jóvenes actuar según esta nueva información y habilidades en ausencia de un entorno favorable. El desafiar las normas sociales en algunos contextos podría desencadenar una reacción negativa en contra de la niña o adolescente. Por lo tanto, el grupo hizo hincapié en la importancia de adherir al modelo ecológico de las intervenciones que combinan elementos dirigidos a las jóvenes individualmente, pero junto con objetivos que apunten a su entorno social (es decir, familias y comunidades) para maximizar las oportunidades de cambiar los resultados. Además, dado que los enfoques de información y de empoderamiento pueden tomar muchas formas, no se pueden plantear conclusiones generales para determinar los recursos financieros que implicarían.

El panel concluyó que: (1) deben intensificarse las intervenciones destinadas a informar y empoderar a las jóvenes en los contextos pertinentes, en combinación con las destinadas a incidir sobre las normas de la familia y la comunidad para retrasar el matrimonio; y (2) debe emprenderse una mayor investigación con el fin de informar sobre la viabilidad y las estrategias de ampliación de escala que puedan tener dichas intervenciones.

Mayor disponibilidad de la educación formal y no formal para las jóvenes

Hay datos de evaluación sumamente limitados que sugieren que los esfuerzos programáticos que extienden la disponibilidad de la educación a las jóvenes individualmente han retrasado la edad del matrimonio (Brady y col 2007, CREPHA 2002, Gandhi 2006). Un estudio demostró que las jóvenes (y sus familias) que recibieron una transferencia de dinero en efectivo para retomar los estudios presentan una menor proporción de matrimonios en este grupo de edad, un efecto que no se constató en las jóvenes que ya estaban concurriendo a un centro educativo al inicio del estudio (Baird y col 2009).

Mientras que la calidad de la evidencia de las intervenciones que amplían el acceso a la educación de las jóvenes es baja, su importancia y sus resultados positivos en materia social, económica y sanitaria llevó al grupo a incluirlas en sus recomendaciones. Concretamente, el panel destacó los derechos fundamentales de los adolescentes a la educación, así como los datos a nivel de población en relación con el aumento de los años de escolaridad, el aumento de la edad de matrimonio y la mejora y los resultados en los hábitos de salud reproductiva. El acceso creciente de las jóvenes a la educación conlleva importantes beneficios económicos y sociales, además de postergar la edad del matrimonio.

Además de considerar la base de las evidencias y calidad de las mismas, el panel debatió sobre los posibles perjuicios e implicaciones financieras de hacer una recomendación a favor de este tipo de intervención. Al analizar las posibles consecuencias negativas, como sucede con cualquier estrategia de transformación de género (que desafíe las normas de género predominantes), existe la posibilidad de generar una reacción contraproducente

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

o de resistencia de parte de las familias y comunidades. Además, las implicaciones de recursos varían considerablemente dependiendo del tipo de intervención educativa (es decir, para la educación no formal o la expansión del sistema académico formal).

El panel concluyó que (1) se deben priorizar esfuerzos para aumentar las oportunidades educativas para las jóvenes a través de canales formales y no formales, y que (2) debe estudiarse el impacto de una mayor disponibilidad de educación y de la prolongación de la escolarización sobre la edad de matrimonio.

Ampliación de las oportunidades para lograr medios de sustento

Si bien se incluyeron los medios de sustento como un componente en 7 de 14 programas, ningún programa estudia el efecto de los programas que promovieran la adquisición de un medio de sustento. El panel señaló que existe evidencia limitada que muestre que las intervenciones destinadas a mejorar las condiciones de vida de las adolescentes retrasen su matrimonio. Además, algunos miembros del panel señalaron las enormes dificultades que podría plantear la ejecución de ese componente.

El panel señaló los posibles perjuicios que podría ocasionar la participación de las jóvenes en los programas de promoción de medios de vida, incluyendo problemas para su seguridad personal y para su integridad física, ya que pueden convertirse en blanco de la violencia, o ser vistas como amenazas a las normas culturales. Estos programas también pueden despertar expectativas excesivas en las participantes y sus familias, quienes pueden pensar que van a ganar dinero, cosa que no siempre se cumple. Finalmente, el panel señaló que es posible que las actividades generadoras de ingresos tengan un efecto contraproducente, ya que pueden desincentivar a las jóvenes a asistir a clase. Además, las implicaciones de recursos dependerán en gran medida del tipo y alcance de la intervención (por ejemplo, enseñanza de temas financieros y de oficios, actividades de ahorro y préstamo). Sin embargo, la importancia de proteger a las adolescentes muy jóvenes de actividades laborales mal remuneradas, mejorando su capacidad para ganar dinero, y los consiguientes beneficios a nivel individual, social y económico, compensa cualquier daño potencial.

El panel concluyó que se necesita una mayor investigación para determinar la viabilidad de las intervenciones para mejorar las condiciones de vida de las adolescentes, así como su impacto en el retraso del matrimonio.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 2

Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

Presentadora:

Donna McCarraher, Family Health International (FHI)

Comentarios del panel:

Intervenciones que abordan los factores determinantes a nivel comunitario¹⁵

Todos los estudios de intervención en esta revisión apuntaron a niñas o adolescentes mujeres. Varias intervenciones fueron multifacéticas (Oringanje 2010) y algunas incluyeron públicos adicionales, tales como niños, hombres adultos, padres y miembros de la comunidad. Ninguno de los estudios revisados estuvo dirigido explícitamente a los responsables de políticas o a los tomadores de decisiones. Muchas de las intervenciones fueron descritas como basadas en la comunidad.

Mientras que varios de los estudios encontrados en el marco de la revisión incluían múltiples públicos objetivo, no había manera de atribuir algún efecto de “reducir los embarazos entre las jóvenes menores de 20 años” a los esfuerzos que se habían dirigido a un grupo en particular. Por lo tanto, el panel no pudo concluir que los esfuerzos dirigidos a segmentos específicos de la población tuvieran efecto en sí mismos. Aun así, el panel reconoció la importancia de comprender mejor qué tipos de estrategias de intervención selectiva sirven, y con qué grupos dan resultados positivos para prevenir el embarazo precoz.

El panel concluyó que (1) deben continuarse los esfuerzos para llegar a los interesados directos clave para apoyar la prevención del embarazo adolescente a través de estrategias que aborden los determinantes proximales de este resultado (como la información y el desarrollo de habilidades, la modificación del comportamiento individual, la educación sexual y otros aspectos de apoyo que puedan ofrecer la comunidad y el entorno de políticas), y que (2) se requiere investigar más en pos de determinar la eficacia de los tipos de intervenciones para reducir los embarazos entre jóvenes menores de 20 años de edad, teniendo en cuenta el contexto sociocultural de cada uno de los principales grupos de la población objetivo.

Intervenciones que abordan los factores determinantes a nivel individual

Mejorar la situación económica de las jóvenes

Los estudios poblacionales reflejan una fuerte asociación entre la condición socioeconómica y las tasas de maternidad en adolescentes. Sólo se identificó un estudio que vincula la situación económica de las jóvenes con el embarazo precoz que pudiera ser incluido en la revisión. El estudio CCT (Transferencias de Efectivo Condicionales) realizado en Malawi por Baird y col en 2009 demostró una relación entre los incentivos financieros (transferencia de dinero en efectivo), la retención escolar y las tasas de embarazo. Se demostró que las transferencias de dinero en efectivo a las familias de las estudiantes de escuela secundaria pueden reducir las tasas de embarazo adolescente. Sin embargo, el trabajo que refleja este hallazgo fue parte de una intervención mucho más amplia. Por lo tanto, no está claro si la transferencia, como un componente de la intervención, podría estar vinculada a los resultados deseados en la prevención del embarazo. El panel también destacó la necesidad de una investigación que demuestre una relación basada en la evidencia entre embarazo adolescente y la mejora económica, incluyendo el empleo.

¹⁵ Los grupos de población incluyen a la comunidad (líderes comunitarios, miembros de la comunidad, decisores políticos); las familias (padres, madres y suegras); los adolescentes (parejas, varones, mujeres, niños y niñas) y la población general.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 2 Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

En el contexto del debate sobre el estudio, el panel también señaló que, a veces, el mantener a las jóvenes en la enseñanza se utiliza en paralelo o se postula como un sustituto para mejorar su situación económica. No obstante, se observó que no necesariamente la situación económica de un individuo mejora por el hecho de continuar los estudios.

El panel concluyó que se necesitan más investigaciones para comprender mejor la relación entre la condición económica, el empleo, la escolaridad, y otros resultados de nivel intermedio, y los factores que median en las tasas de natalidad en las adolescentes.

Mayor disponibilidad de educación formal y no formal para las jóvenes y/o permanencia en la escuela

En general se estuvo de acuerdo en cuanto a la importancia de la educación en los resultados a largo plazo. Sin embargo, se necesita comprender mejor las estrategias específicas para lograrlo. Mantener a las jóvenes en la escuela es importante en sí mismo, desde el punto de vista de sus derechos. Por lo tanto, el panel hizo especial hincapié en la necesidad de incluir una recomendación al respecto, al tiempo que reconoce la escasa investigación existente que vincule ese factor a la reducción de embarazos en la adolescencia (Harden 2006).

El panel identificó la necesidad de comprender mejor las estrategias y los determinantes de la eficacia de las intervenciones en educación con respecto a los resultados de interés (a saber, enseñanza de aptitudes para la vida, frente a la educación escolar básica y frente a una educación integral en sexualidad). El panel discutió y sugirió que, en la medida de lo posible, se hiciera un análisis secundario de las intervenciones en educación, teniendo en cuenta el efecto de diferentes estrategias, dirigidas a la educación como un concepto amplio. Además, el panel sugirió que la calidad de la educación debe ser un factor a considerar en el análisis de la prevención del embarazo precoz, y no debe tenerse en cuenta sólo la cobertura.

El panel también sugirió que se identificaran las posibilidades de llevar a cabo análisis secundarios de subpoblaciones de adolescentes en el futuro. Estudios de intervención que incluyan los resultados de interés y que incluyan hombres y mujeres. Además de desglosar los datos por edad, se propuso la posibilidad de desagregar más por estado civil, dada la importancia de ese factor como determinante de vulnerabilidad y/o protección en muchos contextos socioculturales. Por ejemplo, en el sur de Asia, los elementos asociados a demoras en el embarazo son más fuertes entre las adolescentes casadas. Sin embargo, en estos contextos los adolescentes no casados padecen de un gran vacío de información. Otra área de investigación que se sugirió fue la de la retención escolar entre las adolescentes ya embarazadas –después del embarazo o el nacimiento del niño– y en las estrategias de intervención psicosociales y referentes a la educación especial en países de renta media y baja, para apoyar la retención escolar entre las adolescentes.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 2

Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

El panel concluyó que habría que combinar las recomendaciones para las intervenciones destinadas a aumentar la exposición a la escolaridad (aumentando la oferta de educación formal y no formal para las jóvenes, así como las intervenciones de retención escolar). En concreto, el panel concluyó que los actores deben (1) propender a la retención escolar de las niñas y adolescentes en la escuela primaria, con especial énfasis en la escuela secundaria; (2) se necesitan más estudios para comprender mejor el efecto de la oferta educativa (enseñanza formal y no formal y exploración de la educación como un sustituto de la educación sexual) sobre la prevención del embarazo adolescente, teniendo en cuenta los posibles factores de mitigación, como los factores socioeconómicos o el estado civil; y (3) se necesitan más estudios que analicen el efecto de las políticas y de las intervenciones dirigidas a la retención educativa (incluyendo el apoyo a las madres adolescentes) con los grupos de poblaciones clave relacionadas, sobre la reducción de los embarazos subsecuentes y el retraso del embarazo en adolescentes.

Programas de educación sexual para adolescentes de ambos sexos

En lo que respecta a la educación sexual y prevención del embarazo, se evaluó una revisión sistemática de la literatura. Si bien la revisión sistemática de la literatura (Oringaje, 2009) incluía países en desarrollo además de países desarrollados, eran pocos los estudios realizados en los países en desarrollo y es poca la evidencia que surge de ellos. Además, al excluir los ensayos con muchas pérdidas de seguimiento se redujo aún más la medida combinada del efecto de la intervención.

En la discusión sobre la educación sexual, en lo que respecta a la reducción de los embarazos precoces, los temas tratados incluyen la manera de integrar los elementos clave de la educación sexual en el programa de desarrollo de destrezas (incluyendo habilidades de negociación sexual para las jóvenes, exploración del rol de madres), las formas de fortalecer la educación sexual actual para prevenir el embarazo precoz (importancia del suministro de anticonceptivos) y la necesidad de seguir investigando.

En términos de responder a la necesidad de nuevas investigaciones sobre el efecto de la educación sexual en la reducción de los embarazos precoces, el panel destacó la importancia de las evaluaciones de contexto específico del programa curricular de educación sexual. Además, el grupo acordó que dicho programa curricular no debía limitarse exclusivamente a los centros de estudios, si bien es cierto que estos son los escenarios más comunes en los que se ofrece el plan de estudios que integra la educación sexual actualmente.

El panel concluyó que se debe ofrecer intervenciones combinadas que incluyan educación sexual integrada en el plan de estudios¹⁶ junto con la promoción de anticonceptivos entre las adolescentes para reducir la tasa de embarazos.

Resultado secundario: Reducción de embarazos subsecuentes

Anticoncepción posparto y posaborto para reducir la repetición de embarazos

La pequeña base de evidencia sugiere que los programas con múltiples contactos después del parto pueden mejorar el uso de anticonceptivos y reducir las tasas de repetición de embarazos en adolescentes. Además, la evidencia es de muy baja calidad (Perfil GRADE, López y col, 2009), con métodos poco claros, muestras pequeñas y períodos breves de seguimiento.

¹⁶ International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach for Schools Teachers and Health Educators. Diciembre 2009. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, World Bank, WHO.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 2 Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

Al discutir cómo participar en el medio educativo (formal o informal), se planteó la exclusión social como un factor importante que incide en la capacidad de acceder a la educación durante y después del embarazo, y por lo tanto es un factor que incide en la prevención de embarazos subsecuentes. En los países desarrollados, así como en algunos países de renta media, existe una alta correlación entre el embarazo adolescente y la exclusión social.

El panel concluyó que las adolescentes deberían recibir intervenciones de promoción de la anticoncepción posparto y posaborto, a través de múltiples visitas a los hogares y/o a la clínica, para reducir la frecuencia de los embarazos subsecuentes.

Programas de apoyo social para reducir los embarazos repetidos

El grupo discutió la importancia de establecer y probar las definiciones de apoyo social (como trabajar con las comunidades y las familias) en los diferentes contextos socioculturales. Para este tipo de intervenciones no se está realizando ninguna recomendación de acción – no sólo debido a la falta de evidencias, sino también porque la definición de apoyo social no es clara, mientras que las recomendaciones anteriores y las preguntas clave relacionadas se refieren a servicios específicos ya existentes.

Por consiguiente, el panel concluyó que se necesitan más estudios para definir las intervenciones y acciones relacionadas con el apoyo social, su viabilidad y eficacia en la reducción de los embarazos subsecuentes.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

Presentadora:

Donna McCarraher, Family Health International (FHI)

Comentarios del panel:

Intervenciones sobre la legislación y las políticas

Ninguno de los estudios revisados considerados como elegibles examinó los esfuerzos dirigidos a responsables de políticas y planificadores, incluyendo aquellos en la comunidad, para aumentar el acceso de las adolescentes a servicios de anticoncepción y a la información pertinente. Sin embargo, el panel reconoció la utilidad de las leyes y políticas, con disposiciones específicas para adolescentes, para mejorar el acceso a la información y los servicios anticonceptivos. El panel también convino en que la evaluación de leyes y políticas (formulación y/o aplicación) requiere de una metodología diferente a la aplicada en esta revisión, y sugirió además que habría que documentar periódicamente los resultados de las intervenciones legales y vinculadas a políticas para avanzar en la comprensión de este tema sobre la base de evidencia.

En concreto, al sopesar los posibles beneficios contra los perjuicios, el panel concluyó que los beneficios superan los posibles daños; es decir, las leyes y políticas favorecen el acceso de los adolescentes a la prestación de servicios anticonceptivos con facilidad. También se hizo mención a un posible daño debido a pérdida de capital político por defender una política o acción legal en un tema delicado, tal vez controvertido.

El panel concluyó que (1) se deben hacer esfuerzos con los responsables de políticas y los planificadores para formular leyes y políticas que aumenten el acceso de los adolescentes a los servicios de anticoncepción y a la información pertinente, incluyendo los anticonceptivos de emergencia, y (2) se debe investigar para mejorar la comprensión de las intervenciones que dan lugar a la formulación de dichas leyes y políticas.

Intervenciones que abordan los factores determinantes a nivel comunitario

No se encontraron estudios elegibles en las revisiones calificadas o sin calificar, ni en los estudios individuales incluidos de acciones de las comunidades. Por lo tanto, resulta difícil determinar el aporte de las acciones en las comunidades, y no se ha encontrado ningún efecto independiente.

El panel señaló que hay evidencia limitada de intervenciones específicas que pretenden influir en las actitudes de la comunidad hacia la disponibilidad de anticonceptivos para los adolescentes. La aceptación de la comunidad fue vista ya sea como una barrera o como un motor para la mejora del acceso a la anticoncepción por parte de los adolescentes. Además, los recursos invertidos en la promoción de cambios de actitud en los miembros de la comunidad no son gratuitos, pero no se cuenta con una estimación precisa de cuáles serían sus costos.

El panel concluyó que (1) deben llevarse a cabo intervenciones para influir en los miembros de la comunidad de manera que apoyen el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos, y (2) debe investigarse para identificar, definir y evaluar las intervenciones pretenden influir en las actitudes de la comunidad para apoyar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos.

Mejoras en la salud, ofreciendo un mayor acceso a los servicios (incluyendo la anticoncepción de emergencia)

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 3 Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

El panel destacó los limitados estudios elegibles que reflejan que una mejor prestación de servicios de salud contribuye aumentando el uso de anticonceptivos.

Sin embargo, el grupo señaló la importancia del acceso de los adolescentes a servicios de salud en general, incluyendo, entre otros, información sobre métodos anticonceptivos (y encarando las barreras que dificultan el suministro de anticonceptivos – como las actitudes de los proveedores), para la regulación del uso de anticonceptivos y la fertilidad actual y futura.

El panel concluyó que habría que ampliar las intervenciones para mejorar la prestación de servicios de salud a los adolescentes, incluyendo capacitar a los trabajadores de la salud, mejorar ciertos aspectos de las instalaciones y la disponibilidad de insumos y acciones en la comunidad, para asegurar la aceptabilidad y mejorar la demanda como un medio para mejorar el acceso de los adolescentes a la información y el uso de los servicios anticonceptivos.

Intervenciones para lograr la venta libre de los métodos anticonceptivos, incluyendo los anticonceptivos de emergencia

El panel señaló la limitada evidencia con que se cuenta para responder esta pregunta. Sin embargo, señaló que en muchos casos la venta libre de preservativos era cosa común y que esto puede mejorar el acceso en comparación con la prestación de servicios estáticos de salud.¹⁴

Sin embargo, el panel no hizo ninguna recomendación para la acción, destacando una serie de interrogantes e inquietudes debido a la ausencia de datos sobre la precisión y completud de la información brindada sobre los anticonceptivos hormonales, incluyendo los anticonceptivos de emergencia; no se sabe cuáles podrían ser los efectos adversos de no exigir receta médica; la posibilidad de perpetuar el estigma y crear nuevos obstáculos si los farmacéuticos reflejan actitudes negativas.

Por lo tanto, el grupo señaló la importancia de seguir investigando, sobre todo para explorar los motores y los factores relacionados con la aceptabilidad del suministro de anticonceptivos a través de los farmacéuticos o proveedores, incluyendo la forma en que se relaciona la aceptabilidad con la posibilidad de aumentar sus ingresos.

El panel concluyó que debe investigarse más para identificar, definir y evaluar la viabilidad y efectividad de las intervenciones destinadas a mejorar la disponibilidad de los anticonceptivos hormonales para la venta a los adolescentes.

Acceso a información precisa y educación sexual

La revisión sistemática de la literatura (Oringanje) incluyó algunos pocos estudios de países en desarrollo, aunque de baja calidad. Se bajó la calificación de los estudios realizados en países desarrollados que indican que la educación sexual integrada al plan de estudios aumentaba el uso de anticonceptivos entre los adolescentes sexualmente activos.

Al hablar de los perjuicios o las cargas, la diferencia en los valores y los recursos necesarios, el panel concordó en que este tipo de intervenciones parece no tener daños o cargas comprobables. Además, los estudios han demostrado que los programas curriculares de educación sexual (CBSE) no aumentan la iniciación sexual. La aceptabilidad de la educación sexual varía considerablemente y se ve influida por los

¹⁴ Oringanje 2009 systematic review including Raine 2005 - RCT - USA - No increase in EC use (Direct access vs. advanced provision vs clinic control); Lopez - EMC Raymond and Raines no effects on contraceptives from pharmacy based.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 3 Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

contextos socioculturales. Si bien se están realizando estudios de costos, a la fecha no se cuenta con sus resultados. Por consiguiente, es probable que los costos de mantener y asegurar una amplia cobertura con programas de buena calidad sean considerables

El panel concluyó que (1) deben ampliarse las intervenciones, en particular, programas curriculares de educación sexual, para enseñar acerca de anticonceptivos a los adolescentes y proporcionar información precisa, y (2) se debe seguir investigando para mejorar la eficacia relativa de la intervención en diversos ambientes (dentro y fuera del ámbito estudiantil) y en diversas poblaciones.

Participación masculina

El panel destacó el limitado número de estudios elegibles que demuestran la mejora en el uso de preservativos gracias a intervenciones dirigidas a transformar las actitudes de género entre los adolescentes varones. Por lo tanto, el grupo acordó incluir los datos del Proyecto H, un estudio que muestra un aumento en el uso del preservativo masculino por parte de los hombres y los adolescentes varones, como base para la recomendación a la acción.

El panel analizó el papel estratégico de las intervenciones para alentar el uso “autónomo” del preservativo por parte del varón, así como para influir en las actitudes de los hombres para que apoyen el uso de anticonceptivos por parte de sus parejas.

Al referirse a los posibles perjuicios y las cargas de las estrategias que involucren a los varones para mejorar el uso de anticonceptivos, hubo una discusión en torno a la definición de la “participación masculina” y la suposición de que “la participación del varón” es de por sí positiva para las adolescentes. El panel señaló que, dada la naturaleza encubierta del uso de anticonceptivos entre las mujeres en algunos países, la participación masculina podría inclusive perjudicar la autonomía de las mujeres al usar anticonceptivos. Hubo acuerdo en que eso depende en gran medida del contexto sociocultural.

El panel concluyó que se necesita investigación adicional para identificar, definir y evaluar la viabilidad y eficacia de las intervenciones que involucren a los hombres (adolescentes y adultos) en las decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos por sus parejas, así como por ellos mismos.

Reducción del costo financiero de los anticonceptivos

El panel observó que el costo es con frecuencia un obstáculo para los adolescentes, dado que en general sus recursos financieros son acotados. Asimismo, hicieron notar la limitada evidencia que indica la efectividad de las intervenciones destinadas a reducir dichos costos. No obstante ello, la sostenibilidad de este tipo de intervenciones amerita un examen más profundo.

Los beneficios a la salud de la anticoncepción para prevenir embarazos peligrosos o no deseados en las adolescentes supera la carga asociada a los costos administrativos y los costos reales de la subvención de anticonceptivos. Es probable que la sostenibilidad de estas intervenciones constituya un problema. Mejorar el acceso de las adolescentes a los anticonceptivos sigue siendo un reto en algunos contextos socioculturales, donde las normas sociales no reconocen la sexualidad adolescente como parte de la salud y el bienestar.

El panel concluyó que (1) deben realizarse esfuerzos para reducir los costos de los anticonceptivos a los adolescentes, y (2) las investigaciones futuras deberían determinar la viabilidad y el impacto de la reducción de los costos de anticonceptivos para los adolescentes en particular.

RESULTADO 4 Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

Presentadora:

Althea Anderson, Consejo de Población

Comentarios del panel:

Intervenciones destinadas a la legislación y las políticas

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó estudios elegibles que demostraran la eficacia de las intervenciones para contribuir a este resultado. Nota: sólo se identificaron dos casos (LCWRI 2007; LCWRI 2008; República de Sudáfrica 2007, República de Sudáfrica 2010) de países en desarrollo que hayan promulgado legislación específica para proteger a las mujeres contra la violencia sexual, y que incluye delitos de índole sexual coercitiva y prevé opciones de reparación. Hasta la fecha no se ha evaluado formalmente el impacto de estas leyes. El panel señaló otros países que recientemente han adoptado leyes y políticas que específicamente castigan la coacción sexual hacia las adolescentes. Sin embargo, el grupo observó que es muy poco probable que los estudios de intervención aborden los esfuerzos para formular leyes y políticas, hacerlas cumplir y vigilar su cumplimiento.

A pesar de la falta de evidencias, el grupo debatió sobre una variedad de temas relacionados con las intervenciones legales para reducir las relaciones sexuales bajo coacción: la importancia de las leyes y políticas (existencia, control y aplicación) para evitar las relaciones sexuales bajo coacción, la necesidad de identificar los métodos alternativos para evaluar el impacto de leyes y políticas sobre las relaciones sexuales bajo coacción, además de otros resultados de salud sexual y reproductiva, y la necesidad de documentar las intervenciones legales/políticas periódicamente para avanzar en la comprensión basada en la evidencia sobre este tema.

El panel concluyó que (1) deben continuarse los esfuerzos para formular leyes y políticas que castiguen a los responsables de relaciones sexuales bajo coacción, para que se cumplan de una manera que empodere a las víctimas y sus familias, y para supervisar su ejecución, y que (2) en el futuro deberían realizarse investigaciones para evaluar cómo han sido formuladas esas leyes y políticas, la forma en que se han aplicado, cómo se ha supervisado su aplicación, y lo que esto ha dado como resultado, utilizando métodos y materiales apropiados para este tema.

Intervenciones que influyen en determinantes a nivel individual

Intervenciones que empoderan a las adolescentes

Los estudios que se incluyeron en la revisión muestran que las intervenciones para construir la autoestima de las adolescentes, para construir sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y la negociación, para mejorar sus vínculos con las redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social, en combinación con intervenciones para crear normas sociales de apoyo, tienen efectos positivos directos e indirectos sobre las actitudes y comportamientos para resistir a la coacción sexual (Askew y col 2004; Kim y col 2001; NKWE 2009; Ross y col 2007). Sin embargo, la calidad de la evidencia es baja. A pesar de ello, el panel concluyó que los beneficios potenciales del desarrollo de habilidades y el empoderamiento son muy superiores a los posibles riesgos. Las intervenciones arriba enumeradas requieren recursos para la planificación, ejecución y seguimiento.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 4 Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

El panel concluyó que deberían realizarse intervenciones para construir la autoestima de las adolescentes, para construir sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y la negociación, para mejorar sus vínculos con las redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social, y para que las jóvenes puedan vincularse mejor y logren obtener el apoyo de las redes sociales en sus comunidades. Estas intervenciones deben combinarse con las intervenciones de apoyo a la creación de las normas sociales.

Intervenciones dirigidas a los hombres

Los estudios examinados en la revisión muestran que las intervenciones dirigidas a desafiar y transformar las normas de género vinculadas con la coacción sexual y la violencia tienen efectos positivos directos e indirectos sobre las actitudes de los adolescentes varones y los comportamientos relacionados con la coacción sexual (Askew, Kim; NKWE; Ross). Sin embargo, la calidad de la evidencia es baja.

El grupo debatió sobre los perjuicios o las cargas, la diferencia en los valores y las consecuencias financieras relacionadas con las intervenciones que apuntan al hombre con el fin de reducir las relaciones sexuales bajo coacción que involucren adolescentes. El panel estuvo de acuerdo en que los posibles beneficios de la participación de los varones superan con creces a los posibles riesgos. Es decir, el comprometer a los hombres y los niños a evaluar críticamente las normas de género vinculadas a la coacción sexual y la violencia, y a influir sobre normas sociales más amplias, puede contribuir a disminuir las conductas sexuales coercitivas, lo que contribuye a los resultados de la prevención de embarazos precoces. Se observó, sin embargo, que las intervenciones para reducir la coacción sexual pueden llevar a los hombres y niños a utilizar estrategias alternativas que les permitan retomar el control en los encuentros sexuales. Además, las intervenciones mencionadas requerirían recursos para su planificación, ejecución y seguimiento.

El panel concluyó que para reducir la coacción sexual de las adolescentes es preciso realizar intervenciones que involucren a los hombres y los niños, invitándolos a evaluar las normas de género críticamente (por ejemplo, enfoques transformadores de género) que se relacionan con la coacción sexual y la violencia, combinadas con intervenciones que busquen empoderar a las jóvenes adolescentes y aquellas que influyen en normas sociales más amplias.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 5

Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

Presentadora:

Akin Bankole, Alan Guttmacher Institute (AGI)

Observaciones del panel:

Intervenciones sobre legislación y políticas

El panel hizo notar que es poco probable que en los estudios de intervención se aborden los esfuerzos destinados a formular leyes y políticas, aplicarlas y determinar los efectos de su aplicación. El panel observó también que es probable que las leyes y políticas que permiten a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro puedan reducir el aborto inseguro si su formulación se combina con esfuerzos para ponerlas en práctica. Hubo coincidencia de opiniones en que la formulación de leyes y políticas contribuiría a satisfacer las necesidades y el cumplimiento de los derechos de las adolescentes.

Por lo tanto, el panel concluyó que (1) deben continuarse los esfuerzos para asegurar que las leyes y políticas permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro, y que (2) deben realizarse estudios para evaluar cómo han sido formuladas esas leyes y políticas, la forma en que han sido puestas en práctica, y lo que esto ha dado como resultado, utilizando métodos y materiales apropiados para este tema.

Intervenciones que abordan los factores determinantes a nivel comunitario

Crear conciencia entre los grupos de población objetivo¹⁸ sobre las condiciones bajo las cuales los abortos son legales

El proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó estudios elegibles que vincularan intervenciones específicas de información para las poblaciones que resultan clave para el resultado. El panel reconoció que es probable que si se informa a todos los actores de la comunidad acerca de los servicios de aborto que están disponibles, y dónde y bajo qué condiciones puede obtenerse esos servicios de forma legal, se estaría en condiciones de reducir el aborto inseguro, si además se realizan esfuerzos complementarios para garantizar su suministro. El panel también concluyó que estos esfuerzos contribuirán a satisfacer las necesidades y el cumplimiento de los derechos de las adolescentes. El panel no puede pronunciarse sobre la implicación de recursos, ya que no se definieron las intervenciones.

El panel concluyó que paralelamente a los esfuerzos para formular leyes y políticas que permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro, se deben hacer esfuerzos para informar a todos los actores de la comunidad sobre los siguientes temas:

- ¿Qué servicios de aborto seguro están disponibles?
- ¿Dónde y bajo qué condiciones se los puede obtener de forma legal?

Intervenciones dirigidas a las barreras de acceso

Mientras que el proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible que uniera las intervenciones dirigidas contra las barreras al acceso y la obtención del resultado, el panel decidió hacer una recomendación para la acción, reconociendo los siguientes aspectos: cuando los servicios de aborto seguro están disponibles, la identificación y superación de las barreras podría mejorar el acceso y el uso de los servicios de aborto seguro, y por lo tanto podría reducir el aborto inseguro;

¹⁸ Los grupos de población incluyen a la comunidad (líderes comunitarios, miembros de la comunidad, decisores políticos); las familias (padres, madres y suegras); los adolescentes (parejas, varones, mujeres, niños y niñas) y la población general.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 5 Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

necesidades y derechos de las adolescentes, principios generales de la recomendaciones de la OMS sobre aborto seguro.¹⁹

El panel concluyó que (1) paralelamente a los esfuerzos para formular leyes y políticas que permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro y los esfuerzos para informar a todos los actores de la comunidad sobre la disponibilidad de los servicios de aborto seguro, informando además dónde y bajo qué condiciones se podrían obtener legalmente, deben hacerse esfuerzos para identificar y superar los obstáculos a su suministro (por parte de los trabajadores de la salud) y su utilización (por parte de las adolescentes), y (2) las investigaciones futuras deberían investigar la viabilidad y efectividad de las intervenciones, para identificar y superar los obstáculos a la provisión y utilización de los servicios de aborto.

Resultados secundarios

Aumentar la disponibilidad de servicios posaborto para reducir la mortalidad y la morbilidad posaborto

Si bien el proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible que vinculara una mayor disponibilidad de servicios posaborto a la reducción de la morbilidad y la mortalidad posaborto, el panel decidió hacer una recomendación para la acción reconociendo, por un lado, que garantizar el acceso de las adolescentes a los servicios de atención calificada posaborto podría servir como una medida de vida o muerte, y por otro, reconociendo las necesidades y los derechos de las adolescentes.

¹⁹ Base para la recomendación: Capítulo 4 (Consideraciones legales y políticas) en OMS Aborto sin riesgos, Guía Técnica y de políticas para Sistemas de Salud, 2003, actualizado en 2010: "Los fundamentos legales y el alcance de su interpretación son apenas una de las dimensiones del entorno legal y político que afecta el acceso de las mujeres a un aborto sin riesgos. Las leyes, normativas, políticas y prácticas pueden también limitar el acceso. Estas limitaciones se dan cuando:

- (a) se prohíbe el acceso a la información sobre servicios de aborto legales, o no se informa públicamente sobre el estatus legal del aborto;
- (b) se impone una edad gestacional para la realización del aborto;
- (c) se exige la autorización de una tercera parte, ya sea de uno o más profesionales médicos, un comité hospitalario, la corte o la policía, un padre o tutor, o el esposo o pareja de la mujer;
- (d) se limita la gama de métodos de aborto disponibles, incluyendo métodos quirúrgicos y médicos debido a, por ejemplo, falta de aprobación de los medicamentos esenciales;
- (e) se limita la gama de profesionales de la salud y/o establecimientos de salud que pueden proveer los servicios sin riesgos (por ejemplo, permitiendo que solamente lo realicen médicos en establecimientos con internación y equipamiento sofisticado);
- (f) se permite la objeción de conciencia de parte del personal de salud, sin existir una normativa al respecto;
- (g) se exige consejería orientativa o se establecen periodos de espera obligatorios, o no se protege a la mujer del abuso de la objeción de conciencia asegurándole una derivación inmediata;
- (h) se excluye la cobertura de los servicios de aborto por parte de los seguros de salud, o no se eliminan o reducen las tarifas por los servicios;
- (i) no se garantiza la confidencialidad y la privacidad del servicio, incluyendo la atención posaborto;
- (j) se exige a la mujer que identifique a quien le realizó el aborto inseguro antes de brindarle atención posaborto. Estas barreras afectan los derechos humanos a la vida, a la salud y a la no discriminación ya que contribuyen a los abortos de riesgo, un daño reconocido legalmente. Dichas barreras:
 - desalientan a la mujer que necesita un aborto e impiden que el proveedor de salud brinde los servicios dentro del sistema formal de salud;
 - producen demoras en el acceso a los servicios que pueden resultar en negación de la atención debido a límites gestacionales impuestos por ley;
 - crean procedimientos administrativos complejos y morosos;
 - aumentan los costos de acceso a los servicios de aborto; y
 - limitan la disponibilidad de los servicios y su equitativa distribución geográfica.

Por lo tanto, dichas barreras constituyen una violación de los derechos humanos de las mujeres a la vida, a la salud y a la no discriminación. Dadas sus obligaciones en relación a los derechos humanos, los gobiernos –incluyendo los ministerios de salud y actores tales como las asociaciones profesionales– deben tomar medidas para corregir o eliminar estas barreras de acceso. Como se indica más abajo, se pueden tomar muchas medidas para facilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal.

§ Acceso a la información

§ Autorización por terceros

§ Disponibilidad de medicamentos esenciales

§ Habilitación de establecimientos y proveedores de salud

§ Objeción de conciencia

§ Periodos de espera y consejería orientativa

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 5 Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

El panel concluyó que (1) deben hacerse esfuerzos para garantizar el acceso de las adolescentes a atención calificada posaborto como una intervención médica de vida o muerte, sea el aborto o el intento de aborto legal o ilegal, y (2) los futuros estudios deberían investigar la viabilidad y eficacia de los esfuerzos, para asegurar el acceso de las adolescentes a la atención posaborto.

Aumentar la disponibilidad de servicios de anticoncepción posaborto para reducir la mortalidad y la morbilidad posaborto

Si bien el proceso de revisión sistemática de la literatura no identificó ningún estudio elegible que vinculara una mayor disponibilidad de servicios de anticoncepción posaborto a la reducción de la morbilidad y mortalidad posaborto, el panel decidió hacer una recomendación para la acción reconociendo: las necesidades y los derechos de las adolescentes y los *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos*, OMS actualizado en 2008. Los criterios establecen que (1) las mujeres pueden comenzar el tratamiento hormonal anticonceptivo en el momento del aborto quirúrgico, o ya con la administración de la primera píldora de un régimen de aborto médico, y (2) después de un aborto medicamentoso, se puede colocar un dispositivo intrauterino cuando hay una certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada.

Mayor disponibilidad de servicios de anticoncepción posaborto para reducir la mortalidad y morbilidad posaborto

El panel concluyó en la necesidad de hacer esfuerzos para asegurar que las adolescentes que han obtenido servicios posaborto puedan obtener información y servicios anticonceptivos.

RESULTADO 6

Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

Presentador:

Guillermo Carroli, Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)

Observaciones del panel:

Intervenciones que abordan los determinantes a nivel de la comunidad

Apuntando a segmentos específicos de la población²⁰

Si bien el proceso de revisión sistemática de la literatura reveló la existencia de un número limitado de estudios que vinculen el suministro de información a través de la movilización comunitaria y la sensibilización con el uso de APN (atención prenatal), atención del parto, y/o atención posnatal calificadas, el panel hizo una recomendación para la acción reconociendo el derecho a la información y la especial necesidad de información de las adolescentes, dadas las variadas barreras que enfrentan para acceder a los servicios (incluyendo la APN y los cuidados del parto).

El grupo debatió sobre los prejuicios o las cargas, la diferencia en los valores y las consecuencias financieras relacionadas con las intervenciones comunitarias para aumentar la APN, la atención al parto, y/o intervenciones posparto. Si bien no se prevé ningún perjuicio, al haber una mayor demanda de servicios debe instalarse una adecuada calidad de atención. Se mencionaron consideraciones sobre barreras específicas que en ciertos contextos socioculturales dificultarían el acceso a la atención a ciertas subpoblaciones de adolescentes (por ejemplo, adolescentes no casadas, jóvenes de la calle, y otros grupos marginados), además de las consideraciones referentes a la disponibilidad del servicio. El panel estuvo de acuerdo en que las intervenciones de información específica, incluyendo los esfuerzos de movilización de la comunidad, acarrear implicaciones financieras. Sin embargo, no fue posible evaluar ni ampliar los comentarios sobre los gastos específicos.

Dada la limitada investigación existente, el panel también discutió las recomendaciones para futuras investigaciones, incluyendo un enfoque en la identificación de la mejor manera de proporcionar información a los adolescentes, además de las poblaciones clave pertinentes.

El panel concluyó que (1) todas las adolescentes embarazadas y las poblaciones pertinentes más importantes deben recibir información acerca de la importancia de utilizar APN calificados; (2) todas las adolescentes embarazadas y las poblaciones pertinentes más importantes deben recibir información acerca de la importancia de recurrir a personal capacitado en el parto; (3) deben investigarse intervenciones para determinar el efecto de diferentes estrategias utilizadas para informar a las distintas poblaciones clave sobre la APN para adolescentes, con el fin de mejorar su acceso y uso, y (4) deben investigarse intervenciones para determinar el efecto de diferentes estrategias tendientes a informar a las distintas poblaciones clave sobre la atención calificada del parto para adolescentes, con el fin de mejorar su acceso y uso.

Modificaciones en los servicios de salud y un mayor acceso y uso de APN calificada.

En el transcurso del proceso de revisión sistemática de la literatura no se encontraron estudios elegibles que vincularan las “modificaciones de los servicios de salud” con un mayor uso de APN calificada.

²⁰ Los grupos de población incluyen a la comunidad (líderes comunitarios, miembros de la comunidad, decisores políticos); las familias (padres, madres y suegras); los adolescentes (parejas, varones, mujeres, niños y niñas) y la población general.

RESULTADO 6

Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

La discusión se centró en las barreras especiales que enfrentan las adolescentes para acceder a la APN, incluyendo los servicios y actitudes de los prestadores que resulten acogedores para las jóvenes, la movilidad (las adolescentes casadas en algunos contextos socioculturales a menudo tienen su libertad restringida para circular de forma independiente), y la baja edad (10-14 años). El panel acordó considerar estas barreras especiales, junto con la barrera a la información, como un obstáculo para la APN.

El panel concluyó que debía profundizarse la investigación de intervenciones para identificar los tipos de cambios en los servicios de salud que serían necesarios para mejorar el acceso y uso de la APN por parte de las adolescentes.

Intervenciones que abordan los factores determinantes a nivel individual

Preparación para el parto y resultados relacionados con el embarazo

Dada la evidencia sobre la preparación para el parto como una intervención efectiva para mejorar los resultados neonatales y perinatales, el grupo logró hacer una recomendación para la acción. En concreto, la preparación para el parto es una intervención del paquete de atención de la APN de la OMS, sobre la base de ensayos clínicos aleatorios multicéntricos,^{18, 19} que demuestran la efectividad del paquete de APN para mejorar los resultados neonatales y perinatales. Además, algunos estudios basados en la comunidad –incluyendo la preparación ante el nacimiento y las posibles complicaciones– muestran una mejora del acceso y del uso de atención calificada en la etapa perinatal y en el parto.

El panel debatió sobre los perjuicios o las cargas, la diferencia en los valores y las implicaciones financieras relacionadas con las intervenciones de preparación para el nacimiento. El panel señaló que no hubo perjuicios ni cargas, o diferencia en los valores, pero que a nivel de la comunidad puede haber costos relacionados con las intervenciones de preparación para el parto y sus complicaciones.

El panel concluyó que (1) la preparación para el parto y para emergencias es un componente clave de las Directrices de APN de la OMS,^{23,24} y que la APN debe ser siempre promovida en las estrategias dirigidas a adolescentes embarazadas (en el hogar, la comunidad, y las dependencias de asistencia), y (2) deben investigarse intervenciones para identificar los aspectos necesarios para el nacimiento y la preparación para emergencias específicas de las adolescentes, centrándose en los resultados intermedios (tales como un mayor uso de la atención calificada durante el embarazo, el parto y en el período posnatal), además de los resultados distales como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el embarazo.

Modificaciones en el uso de los servicios de salud de la atención calificada del parto

Puesto que en el proceso de revisión sistemática de la literatura no se encontraron estudios elegibles que vincularan las “modificaciones en los servicios de salud” con un aumento del uso de la atención calificada del parto, el grupo señaló la necesidad de seguir investigando.

¹⁸ WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for Implementation of the New Model. Ref. WHO/RHR/01.30-45 pages. http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/

¹⁹ Birth and emergency preparedness in antenatal care, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPACT). http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.9N.pdf

²³ WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for Implementation of the New Model. Ref. WHO/RHR/01.30-45 pages. http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/

²⁴ Birth and emergency preparedness in antenatal care, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPACT). http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.9N.pdf

RESULTADO 6

Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

El panel concluyó que se deben investigar las intervenciones que permitan identificar los tipos de modificaciones en los servicios de salud necesarias para mejorar el acceso de las adolescentes a la atención calificada del parto y un aumento de su utilización por parte de las adolescentes.

Apuntar selectivamente, reducir las barreras y aumentar el uso de los servicios de atención calificada prenatal, del parto, y posparto

Un estudio identificado en el proceso de revisión sistemática de la literatura, que aplicó un análisis desagregado por edad, demostró el uso creciente de la atención calificada prenatal, del parto y posnatal a través de la reducción de las barreras financieras (Lim 2010). El estudio extrajo los datos de encuestas de hogares y mostró un aumento del odds ratio de los esquemas financieros y un incremento en la atención prenatal, de los nacimientos institucionales y de asistencia calificada del parto, y una reducción de las probabilidades de muerte perinatal y neonatal en las madres adultas y adolescentes.

El panel destacó las prioridades para investigaciones futuras, incluyendo: la importancia de conducir un análisis secundario de la información existente de los planes de “transferencias de dinero en efectivo condicionales” –o sistemas de bonos– (que se han llevado a cabo en Nepal, Camboya, Bangladesh, Indonesia, Honduras y México, entre otros países), y evaluar de qué manera la inclusión en un plan de seguro podría mejorar el acceso a los servicios de atención prenatal, del parto y posparto. El grupo también señaló que la investigación no sólo debe centrarse en los obstáculos financieros; también es preciso que aborde la enorme cantidad de barreras adicionales que enfrentan las adolescentes con respecto al acceso a cuidados prenatales, del parto y posparto. Por lo tanto, la investigación también debe considerar las barreras especiales que dificultan la consulta, la educación, el empleo, el seguro de salud, el uso de modelos alternativos de atención, la actitud del prestador de los servicios e insumos, y los estándares de calidad de la atención específica de los adolescentes, entre otros obstáculos. Además, se deben dirigir ingentes esfuerzos a seleccionar la población más vulnerable (los más pobres de los pobres, aislados geográficamente, en áreas rurales, los más jovencitos y otros grupos marginados).

El panel concluyó que debe investigarse la intervención que posibilite identificar estrategias eficaces que reduzcan las barreras, para así incrementar el acceso de las adolescentes a la atención calificada prenatal, del parto y posnatal y aumentar su utilización. Teniendo en cuenta la heterogeneidad de las adolescentes, es probable que las estrategias tengan que variar, seleccionándose obstáculos concretos y abordando los determinantes estructurales de acceso.

Adaptación de la atención prenatal, del parto y los servicios de atención posnatal calificados para mejorar los resultados materno-infantiles

La revisión sistemática de la literatura identificó un estudio (Aracena, 2009) que cumplía con los criterios de inclusión, evaluando las visitas a domicilio como una forma de intervención especialmente adaptada para las adolescentes cursando el último trimestre de embarazo y prestando cuidado posnatal, además de la atención prenatal y la atención estándar durante la internación; el estudio refleja un mayor uso. En concreto, el estudio abordó el acceso a la atención prenatal estándar, incluyendo visitas domiciliarias programadas por los educadores de salud de la comunidad, bajo la supervisión de personal capacitado (enfermeras-parteras), e incluyendo visitas de control

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

RESULTADO 6 Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

posnatal programadas a domicilio (hasta 12 visitas) realizadas por educadores en salud comunitarios entrenados y supervisados (Aracena 2009). Los resultados son consistentes con las revisiones y los estudios incluidos (Olds y Kitzman (1990 y 2004), Larson (1980), Korfmacher, Kitzman y Olds (1998), Cumsille y Ramírez (1999), Viejos y col (2002, 2004)). Sin embargo, la calidad de la evidencia se calificó de muy baja.

Teniendo en cuenta los hallazgos limitados de las investigaciones en los países de renta media y baja, y la alta implicación de recursos de incluir una recomendación para la ampliación de los servicios, el panel decidió centrarse en la necesidad de seguir investigando para identificar las intervenciones eficaces que inciden en los resultados de la salud materna, perinatal e infantil. En concreto, teniendo en cuenta la diversidad y complejidad de los problemas de acceso que enfrentan las adolescentes, y su carácter heterogéneo en el seno de contextos socioculturales muy diversos, se discutió que la investigación podría centrarse en si alcanzaría con “adaptar” los servicios estándar o si habría que incluir el apoyo adicional (visitas a domicilio) como parte del paquete recomendado para las adolescentes. Habría que evaluar los esfuerzos realizados en los países en desarrollo por adaptar la atención materna e infantil a la medida de las adolescentes, para así suministrar más información a los enfoques programáticos y políticos.

El panel concluyó que deberían investigarse intervenciones que identifiquen las estrategias para adaptar los servicios de atención prenatal, del parto y posparto específicamente para atender a las adolescentes, teniendo en cuenta los diferentes contextos y características de los servicios existentes y la heterogeneidad de las adolescentes.

Ampliar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia básica e integral para mejorar los resultados materno-infantiles

La atención obstétrica de emergencia básica e integral son intervenciones de vida o muerte. Por lo tanto, las adolescentes tienen el derecho a que se les provea el acceso garantizado. Dada la elevada proporción de muertes maternas adolescentes atribuibles a complicaciones relacionadas con el aborto en muchos países en desarrollo, es esencial que la atención obstétrica de emergencia básica y la atención obstétrica de emergencia integral aborden las barreras especiales que enfrentan las adolescentes con respecto a las complicaciones relacionadas con el aborto.

Además de las barreras especiales, también se mencionó la singular vulnerabilidad de las adolescentes como una consideración importante para el diseño de la intervención. Por ejemplo, el seguimiento de las normas de calidad de la salud materna durante el embarazo, el parto y el puerperio es importante no sólo para asegurar la calidad de la atención, sino también para evitar el abuso de procedimientos (por ejemplo, de las cesáreas).

El panel concluyó que (1) se debe ampliar la disponibilidad y el acceso a COEm básicos e integrales, y (2) se debe emprender la investigación de intervenciones para la identificación de iniciativas específicas para ampliar la disponibilidad y el acceso a COEm básicos e integrales por parte de las adolescentes.

ANEXO 2 – Informe del panel de expertos

Próximos pasos:

- 1. CAH preparará un borrador de las recomendaciones que surgieron de la reunión y los hará circular entre los miembros del panel para que hagan sus aportes finales antes de incluirlas en el documento de directrices.**
- 2. CAH finalizará las directrices y el informe de recomendaciones y lo remitirá al Comité de Examen de las Directrices.**
- 3. Se publicarán y diseminarán las directrices en base al plan de difusión coordinado entre la OMS y Family Care International.**

ANEXO 3 – Preguntas clave para cada resultado

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

- 1.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas destinadas a prohibir el matrimonio de las menores de 18 años?
- 1.2. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos dirigidos a responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– para hacer cumplir las leyes que prohíben el casamiento de las jóvenes menores de 18 años?
- 1.3. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos destinados a influir sobre las normas sociales y familiares relativas al matrimonio sean eficaces para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?
- 1.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de esquemas de transferencia de dinero en efectivo a las familias para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?
- 1.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a informar y empoderar a los adolescentes para retrasar el matrimonio entre las menores de 18 años?
- 1.6. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de la educación de las niñas y adolescentes para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?
- 1.7. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de ampliar la disponibilidad de oportunidades de subsistencia para las niñas y adolescentes en favor de retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?

RESULTADO 2

Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

- 2.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos dirigidos a las adolescentes y otros grupos de interés para reducir el embarazo en las menores de 20 años?
- 2.2. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a mejorar la situación económica de las niñas y adolescentes para reducir el embarazo en las menores de 20 años?
- 2.3. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de la educación formal y no formal que se ofrece a las niñas y adolescentes para reducir el embarazo en las menores de 20 años?
- 2.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los programas de educación sexual destinados a los adolescentes de ambos sexos para reducir el embarazo en las menores de 20 años?
- 2.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a proporcionar anticoncepción posparto y posaborto en la reducción de embarazos subsecuentes en las adolescentes?
- 2.6. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los programas sociales de apoyo en la reducción de los embarazos subsecuentes durante la adolescencia?

ANEXO 3 – Preguntas clave para cada resultado

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

- 3.1. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de los adolescentes a servicios de anticoncepción y a la información pertinente?
- 3.2. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de los adolescentes a la anticoncepción de emergencia?
- 3.3. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos dirigidos a miembros de la comunidad y líderes sean eficaces para aumentar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos?
- 3.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a mejorar los servicios de salud para aumentar el acceso de los adolescentes a la información y a los servicios de anticoncepción (incluyendo la anticoncepción de emergencia)?
- 3.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a liberar la venta de métodos anticonceptivos (incluyendo los de emergencia) para aumentar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos?
- 3.6. ¿Hay alguna evidencia que muestre la eficacia de los esfuerzos destinados a proporcionar información precisa y educación a los adolescentes acerca de la anticoncepción para aumentar el uso de anticonceptivos entre éstos?
- 3.7. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a involucrar a los varones en las decisiones sobre anticoncepción “por parte de la pareja” para aumentar el uso de anticonceptivos en los adolescentes?
- 3.8. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a reducir el costo financiero de los anticonceptivos para los adolescentes para aumentar su uso en esta población?

RESULTADO 4

Reducción las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

- 4.1. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan en la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas destinadas a castigar a quienes someten a adolescentes a relaciones sexuales bajo coacción o a apoyar a quienes denuncien esas prácticas?
- 4.2. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan en la comunidad– hayan dado lugar a la aplicación de leyes referentes a relaciones sexuales bajo coacción que involucran a adolescentes?
- 4.3. ¿Hay alguna evidencia que muestre el impacto de los esfuerzos dirigidos a lograr que las adolescentes se resistan a las relaciones sexuales bajo coacción?
- 4.4. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos destinados a reducir el uso de la coacción por parte de los varones para obtener relaciones sexuales tuviera algún impacto?

ANEXO 3 – Preguntas clave para cada resultado

RESULTADO 5 Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

- 5.1. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores y líderes de la comunidad sean eficaces para mejorar el acceso de los adolescentes al aborto seguro de acuerdo con la legislación vigente?
- 5.2. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos por informar a los adolescentes y otros interesados directos acerca de las condiciones en que es legal hacerse un aborto sean eficaces para reducir los abortos inseguros en las adolescentes?
- 5.3. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos por reducir las barreras son eficaces para aumentar el acceso y el uso de los servicios de aborto seguro en las adolescentes de acuerdo con la legislación vigente?
- 5.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a aumentar la disponibilidad de los servicios posaborto para reducir la morbilidad y mortalidad posaborto en las adolescentes?
- 5.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ofrecer servicios de anticoncepción posaborto en la reducción de la morbilidad y mortalidad adolescente?

RESULTADO 6 Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

RESULTADO 6a: Aumento del uso de atención calificada prenatal en las adolescentes

- 6a.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos por informar a los adolescentes y otros interesados directos acerca de la atención prenatal para aumentar el acceso y el uso de la atención prenatal calificada por parte de las adolescentes?
- 6a.2. ¿Hay alguna evidencia que indique que los cambios en los servicios de salud incidan en el acceso y la utilización de la atención prenatal calificada por parte de las adolescentes?
- 6a.3. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a aumentar la preparación para el parto para mejorar los resultados vinculados al embarazo en las adolescentes?

RESULTADO 6b: Aumento del uso de atención calificada durante el parto en las adolescentes

- 6b.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos por informar a los adolescentes y otros interesados directos sobre la importancia de aumentar el acceso y el uso de atención calificada del parto por parte de las adolescentes?
- 6b.2. ¿Hay alguna evidencia que indique que los cambios en los servicios de salud tienen un impacto en el aumento del acceso y el uso de la atención calificada del parto por parte de las adolescentes?

ANEXO 3 – Preguntas clave para cada resultado

RESULTADO 6c: Aumento de uso de atención prenatal, perinatal y posnatal calificada en las adolescentes

6c.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos por reducir las barreras para aumentar el acceso y el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes?

6. c.2. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a adaptar los servicios de atención prenatal, perinatal y posparto específicamente para las adolescentes para mejorar los resultados materno-infantiles en esa población?

6c.3. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia –tanto básica como integral– para mejorar los resultados materno-infantiles en las adolescentes?

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

RESULTADO 1

Reducción del matrimonio en menores de 18 años

ALCANCE: Preguntas clave

1.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas destinadas a prohibir el matrimonio de las menores de 18 años?

1.2. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos dirigidos a responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– para hacer cumplir las leyes que prohíben el matrimonio de las jóvenes menores de 18 años?

1.3. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos destinados a influir sobre las normas sociales y familiares relativas al matrimonio sean eficaces para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?

1.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de entregar transferencias de dinero en efectivo a las familias para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?

1.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a informar y empoderar a las adolescentes para retrasar el matrimonio entre las menores de 18 años?

1.6. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de la educación de las niñas y adolescentes para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?

1.7. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de ampliar la disponibilidad de oportunidades de subsistencia para las niñas y adolescentes para retrasar el matrimonio en las menores de 18 años?

Estrategia de búsqueda y revisión

En la revisión, análisis y selección de los informes de evaluación de programas y políticas que fueron identificados, se definieron las intervenciones referentes al matrimonio temprano como aquellas que cumplen al menos con uno de los siguientes criterios:

- En su descripción el programa plantea abordar o prevenir el matrimonio temprano de las menores como un objetivo específico;
- Como parte de la intervención del programa o de la estrategia de sus políticas incluye actividades deliberadas para hacer frente a las causas y las consecuencias reconocidas del matrimonio temprano; o
- En su evaluación incluye algún intento por medir el cambio de **comportamientos relacionados con el matrimonio temprano** (por ejemplo, el matrimonio temprano en sí, las prácticas vinculadas a officiar en los matrimonios tempranos, la aceptación de ofrecimientos de matrimonio a menores de 18 años, etc.) o las **actitudes frente al matrimonio temprano** entre interesados directos (por ejemplo, niñas en riesgo de matrimonio infantil, padres, líderes comunitarios, líderes religiosos, diseñadores de políticas, etc.) debido a una intervención u otra actividad intencional.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Inicialmente la OMS proporcionó 6.795 citas de su búsqueda en las bases de datos internacionales, incluyendo 19 revisiones sistemáticas de la literatura. Se comenzó por seleccionar las citas, para luego clasificarlas por título en una de dos categorías: *no pertinentes o posiblemente pertinentes*. En una segunda ronda de preselección se examinaron los resúmenes de las citas clasificadas como posiblemente pertinentes y se las volvió a clasificar en dos categorías: *no pertinentes o posiblemente pertinentes*. La tercera ronda de análisis consistió en examinar el texto completo de los documentos teniendo en cuenta su pertinencia esencial; mediante este proceso se determinó si las actividades descritas en el documento hacían referencia a intervenciones que abordaban el matrimonio infantil de alguna manera, y si se intentó hacer una evaluación de esas intervenciones. Los documentos fueron clasificados de nuevo en las categorías *no pertinentes o posiblemente pertinentes*. Posteriormente, estos documentos fueron revisados en detalle para determinar si era apropiado incluirlos en la revisión sistemática de la literatura.

El mismo proceso se realizó con los resultados de la búsqueda en las bases de datos de la OMS y regionales, tales como la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO) y la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Inicialmente la OMS proporcionó 88 citas de estas búsquedas. También se analizó una amplia gama de artículos, revisiones sistemáticas de la literatura y literatura gris sobre el matrimonio temprano, incluyendo un informe del Centro Internacional para Investigación en la Mujer (ICRW), así como un análisis de las intervenciones sobre matrimonio infantil realizado por ICRW en 2007 para identificar más intervenciones. A su vez se realizó una búsqueda general adicional en línea de las intervenciones citadas en las referencias, para determinar si habían sido efectivamente evaluadas. En aquellos casos en los que no se pudo determinar si la intervención había sido evaluada, o en los que no se pudo localizar una referencia de la evaluación, se consultó al personal de las organizaciones correspondientes por correo electrónico. También se efectuó una búsqueda general en línea a través de Google con diferentes combinaciones de palabras clave relacionadas con cada una de las preguntas mencionadas anteriormente bajo el Resultado 1. Como resultado de esta búsqueda se obtuvieron documentos sobre otras intervenciones y algunas evaluaciones que luego fueron revisadas en un proceso idéntico al descrito más arriba. Se consultó a varias organizaciones para obtener sugerencias sobre otras intervenciones pertinentes.

Todos los documentos identificados siguiendo estos pasos fueron analizados detalladamente, para determinar si era apropiado incluirlos en la revisión sistemática de la literatura. En esta última etapa se revisaron 41 artículos; de estos se consideró que 14 eran adecuados para ser incluidos en la revisión sistemática de la literatura, mientras que otras ocho evaluaciones fueron retenidas para obtener información adicional, a pesar de que el diseño no incluía grupos de control. De las citas obtenidas de las bases de datos de EndNote y la OMS, así como de aquellas obtenidas siguiendo los pasos mencionados, las 19 que fueron clasificadas como *no pertinentes* por lo general abordaban uno de los siguientes puntos, sin hacer referencia a una intervención específica:

- La *prevalencia* y/o los factores determinantes del matrimonio infantil en un contexto particular; y
- El comportamiento sexual y reproductivo y los resultados adversos asociados al matrimonio infantil (no vinculados a una intervención).

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Al revisar los estudios se extrajeron los datos pertinentes, se incorporaron a una planilla Excel y se remitieron a la OMS, junto con las versiones electrónicas de los artículos seleccionados.

Ninguno de los estudios reunía los requisitos necesarios para ser incluido en el proceso GRADE utilizado por la OMS. Se utilizó la información de los 14 estudios con las evaluaciones más sólidas para contribuir al análisis y para elaborar las recomendaciones.

Modalidades

Para poner en práctica las intervenciones analizadas se utilizaron varias modalidades, tales como la formación de grupos de niñas en riesgo de matrimonio temprano, la educación y asesoramiento entre pares, la concientización a nivel de los padres y/o de la comunidad, y/o un cierto grado de compromiso con los líderes de la comunidad u otros responsables de las decisiones o residentes influyentes. Una de las intervenciones (3) también utilizó un enfoque participativo para desarrollar y poner en práctica las intervenciones y estudió su eficacia.

Ubicación geográfica

Hay once países representados en las intervenciones incluidas en esta revisión, siendo la India y Bangladesh los más representados (Ver Tabla A5-1). Debido a que la India y Bangladesh tienen poblaciones tan grandes, son los dos países con el mayor número de niñas que se casan antes de los 18 años. Por lo tanto, las intervenciones exitosas de reducción del matrimonio temprano en estos países puede tener un impacto demográfico muy importante.

Tabla A5-1: Resumen de los países incluidos en las intervenciones analizadas

País de intervención	Número de intervenciones analizadas	País de intervención (Sin control)	Número de intervenciones analizadas
Bangladesh	2	Afganistán	1
Egipto	2	Bangladesh	4
Etiopía	1	India	1
India	4	Yemen	1
Indonesia	1		
Kenia	1		
Malawi	1		
Nepal	1		
Senegal	1		
TOTAL	14		7

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Elección del sitio de estudio

- Varias evaluaciones proporcionaron poca o ninguna información sobre la selección de los lugares de intervención (por ejemplo, Better Life Options Program en India) (4).
- Pocas de las intervenciones analizadas utilizaron una selección aleatoria para determinar los sitios de intervención y de control. Sin embargo, en algunas se seleccionó de manera deliberada la totalidad de la región geográfica, pero luego se seleccionaron al azar los pueblos/comunidades y/o participantes dentro de la región en su conjunto (por ejemplo, Malawi Conditional Cash Transfer Program-Baird y col 2009).
- Muchas intervenciones, tales como el programa de Kishori Abhijan en Bangladesh (4), se realizaron en sitios donde está situada la ONG ejecutora.
- Varias de las intervenciones analizadas estaban dirigidas intencionalmente a zonas donde la infraestructura se encuentra más desarrollada (por ejemplo, el Proyecto Participativo en Nepal) (3), mientras que otras, como el programa de Ishraq en Egipto (7), se concentraron en zonas con infraestructura precaria o con otros indicadores de carencia socioeconómica.

Tipos de resultados medidos en las evaluaciones

- La mayoría de las intervenciones (13 de 14) midieron los cambios en el comportamiento con respecto al matrimonio temprano en la zona del programa en comparación con un área de control; por ejemplo, un estudio comparó el porcentaje de niñas que se casaron en el área de intervención con el del área de control durante el período de la intervención (4).
- Un número considerablemente menor de evaluaciones (6 de 14) midió los cambios en la actitud o el conocimiento con respecto al matrimonio temprano, si bien ésta fue una de las metas/objetivos comunes a muchas de las intervenciones analizadas. Un mayor porcentaje de las evaluaciones sin grupos de control estaba dirigido a evaluar los cambios en las actitudes o el conocimiento (4 de 7) más que en la conducta (1 de 7).¹

Resumen de las limitaciones de los estudios

Entre los 14 estudios incluidos en la tabla A5-1 se identificaron las siguientes limitaciones:

- No hubo distribución aleatoria de los sitios de tratamiento o control.
- El grupo testigo no siempre fue comparable al de intervención (por ejemplo, en el Programa Ishraq) (7). Dada la multiplicidad de posibles influencias sobre la edad de las niñas al casarse, es esencial incluir un grupo de control comparable, para avalar los postulados del impacto de la intervención.
- Muy pocas evaluaciones incorporaron análisis multivariados o pruebas de significación estadística en los análisis de dos variables.
- Los dos componentes más comunes de las intervenciones en los 14 estudios sobre programas para prevenir el matrimonio temprano incluidos fueron la enseñanza de habilidades para la vida (N=7) y la capacitación en medios de subsistencia (N=7).

¹ Dos de las evaluaciones que no usaron grupo control presentaron resultados sin suficiente detalle como para poder ser incluidas en este análisis.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Resumen de temas y tipos de intervención

- En los 14 estudios sobre programas para prevenir el matrimonio temprano evaluados, los dos componentes de intervenciones más comunes eran la capacitación en habilidades para la vida (N=7) y la capacitación en medios de subsistencia (N=7). La mayoría de las intervenciones evaluadas incluían al menos dos componentes distintos, y la mayoría incluía tres o más. Los componentes que se combinaban con más frecuencia eran las habilidades para la vida y la capacitación en medios de subsistencia (N=5).
- Los siguientes dos componentes más frecuentes de las 14 intervenciones evaluadas incluían acciones para cambiar las normas entre padres de niñas en situación de riesgo o a nivel comunitario (N=6), y actividades para educar a los adolescentes sobre SSR o educación para la vida familiar (N=5). Otros componentes incluían microcréditos, apoyo financiero para la educación de las niñas (en efectivo o en especies), creación de espacios seguros de reunión y socialización para mujeres jóvenes, formación de docentes, deportes y actividad física, creación de servicios adicionales de SSR dirigidos a jóvenes, y reforma legal.
- Aparte de los 14 estudios que incluían grupos de control, también se analizaron ocho estudios sin grupo de control. De estos 8 estudios, los componentes más comunes incluían la formación en SSR o la educación familiar, la capacitación en medios de subsistencia, la educación no formal o general, y actividades dirigidas a cambiar las normas comunitarias relativas al matrimonio temprano.
- Muchas de las intervenciones estaban dirigidas a más de un público objetivo (por ejemplo, niñas, padres, líderes comunitarios, líderes religiosos, etc.).
- Las búsquedas de literatura pertinente y en Internet arrojaron una sola evaluación de un cambio jurídico.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

RESULTADO 2

Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

ALCANCE: Preguntas clave

- 2.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos dirigidos a los adolescentes y otros interesados directos² para reducir el embarazo en las menores de 20 años?
- 2.2. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a mejorar la situación económica de las niñas y adolescentes para reducir el embarazo en las menores de 20 años?
- 2.3. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de la educación formal y no formal que se ofrece a las niñas y adolescentes para reducir el embarazo en las menores de 20 años?
- 2.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los programas de educación sexual destinados a los adolescentes de ambos sexos para reducir el embarazo en las menores de 20 años?

Prevención de embarazos subsecuentes

- 2.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a proporcionar anticoncepción posparto y posaborto en la reducción de embarazos subsecuentes en las adolescentes?
- 2.6. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los programas sociales de apoyo en la reducción de los embarazos subsecuentes durante la adolescencia?

Estrategia de búsqueda y revisión

De la búsqueda en la bibliografía de la OMS se obtuvieron dos revisiones sistemáticas de la literatura (8,9) que evaluaban intervenciones para prevenir el embarazo en adolescentes de países en desarrollo. Sólo la revisión pudo incluirse en GRADE (8).

Una revisión Cochrane sólo incluyó ensayos aleatorios, que en su mayoría fueron realizados en los segmentos socioeconómicos más pobres de la población de países desarrollados (8). Esta revisión mostró que varias de las intervenciones habían sido eficaces para reducir la tasa de embarazos no deseados en adolescentes. El impacto sobre factores secundarios de comportamiento fue menos uniforme. Se concluyó además que las intervenciones combinadas (las que incorporaban aspectos educativos y anticonceptivos) fueron las más efectivas para prevenir embarazos no deseados, especialmente al excluirse los ensayos con altas tasas de deserción. Sin embargo, la inferencia se vio limitada por la falta de datos sobre los resultados biológicos, la variabilidad en las poblaciones estudiadas, y la escasez de comparaciones de las diferentes intervenciones. En los cuadros 1 y 2 se muestran los perfiles de evidencia GRADE para los diferentes resultados incluidos en la revisión (Ver los cuadros en la Sección 3).

En la búsqueda en la bibliografía de la OMS se encontró una revisión sistemática de la literatura Cochrane (10) sobre intervenciones posparto en adolescentes y mujeres para prevenir futuros embarazos. La revisión de Cochrane por López y colegas incluyó tres ensayos aleatorios controlados que analizaban intervenciones posparto en países en

² Esto incluye a los líderes comunitarios y los miembros de la familia (como padres, madres, tutores y parejas).

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

desarrollo, pero sólo uno incluía el embarazo como un resultado (10). El estudio de Siria hizo un seguimiento de las mujeres durante cuatro meses después del parto, pero sería difícil observar un efecto en un período de tiempo tan corto. Teniendo en cuenta los ensayos tanto en países desarrollados como en desarrollo, tres de las cuatro intervenciones con múltiples contactos tuvieron un impacto favorable sobre el uso de anticonceptivos y la repetición del embarazo. Los autores concluyeron que las intervenciones a más largo plazo son prometedoras, y que no necesariamente son más caras que la atención habitual. Pero la base de la evidencia sobre las intervenciones posparto es sin duda insuficiente. En el cuadro 3 se detalla el perfil de evidencia GRADE.

La búsqueda en la bibliografía de la OMS arrojó cinco revisiones sistemáticas de la literatura posiblemente pertinentes (11-15), y que se centran en países de altos ingresos (Estados Unidos de América y el Reino Unido). Dichas revisiones se resumen en el cuadro 4.

Tres de estas revisiones contenían metanálisis que concluían que las intervenciones eran eficaces para reducir el embarazo (13, 15) y la repetición del embarazo (11). Sin embargo, las intervenciones evaluadas en estos estudios eran dispares. Harden y col examinaron los programas para la primera infancia y para el desarrollo de los jóvenes (13). Franklin y col informaron sobre los programas de educación sexual (incluyendo los centrados en la abstinencia y la educación sexual más amplia, con información sobre anticoncepción) que se impartían en escuelas y comunidades (15). La mayoría de los análisis incluidos en la revisión de Corcoran y col estaban basados en datos de hospitales: 25% correspondía a visitas domiciliarias y 38% era integral e incluía el manejo de casos, derivaciones y asesoramiento individual (11). Los tres metanálisis evaluaron la calidad de los estudios incluidos, pero diferían en sus criterios de evaluación. Los tres metanálisis comparten las limitaciones comunes a la mayoría de estos esfuerzos: la falta de inclusión de la investigación pertinente, la presentación incompleta de los resultados, y la incapacidad de obtener datos de los autores originales (11, 13, 15).

Las otras dos publicaciones fueron las revisiones sistemáticas de la literatura. DiCenso y col informaron que no hubo efecto de las estrategias de prevención primaria para reducir el embarazo (12). Se incluyeron estudios sobre educación sexual en las escuelas (algunos dirigidos por pares y otros en dependencias sanitarias), programas de abstinencia (escolares y comunitarios), e intervenciones multifacéticas (educación sexual y oferta de servicios). Sin embargo, 7 de los 11 estudios examinados fueron calificados como de mala calidad. Un estudio encontró una reducción en las tasas de embarazo en el grupo de la intervención multifacética (educación con oferta de servicios) (16). La revisión de Moos y col incluyó tres estudios centrados en adolescentes (14). Sólo uno de esos estudios incluyó embarazos, pero no se conoce el efecto de la orientación llevada a cabo en clínicas ya que el grupo no presentó los datos correspondientes.

Se identificaron otras publicaciones e informes no publicados que describían intervenciones para prevenir el embarazo en adolescentes en los países menos desarrollados, pero no fueron incluidos en las revisiones sistemáticas de la literatura. Los informes que se pudieron incluir en GRADE aparecen en los cuadros 5a a 5e. En el cuadro 6 se presentan los informes que no se pudieron incluir en ninguna de las revisiones sistemáticas de la literatura ni en GRADE, y en el cuadro 7 se muestra una evaluación más detallada de sus características, resultados y calidad.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Las lecciones aprendidas y las recomendaciones pueden y deben incorporar los datos de los ensayos clínicos aleatorios rigurosos, así como de los estudios de observación bien conducidos. Las recomendaciones concretas se deben basar en los resultados de las investigaciones cualitativas que presentan grupos de control adecuados y muestran resultados biológicos. Se recopiló la información de las revisiones sistemáticas de la literatura de Cochrane, de las revisiones sistemáticas de la literatura que no se pudieron incluir en GRADE, así como los estudios observacionales más robustos no incluidos en las revisiones. Se le asignó mayor peso a los estudios controlados aleatorios que a los resultados de estudios observacionales, así como a los resultados obtenidos en países en desarrollo, y también a los datos de los resultados sobre embarazos, más que al consumo o la intención de consumir anticonceptivos. La síntesis indicó que las intervenciones multifacéticas (combinación de intervenciones con anticonceptivos y educación) son las que reducen la tasa de embarazos no deseados en adolescentes.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

RESULTADO 3

Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado

ALCANCE: Preguntas clave

- 3.1. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de los adolescentes a servicios de anticoncepción y a la información pertinente?
- 3.2. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan a nivel de la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas que aumenten el acceso de las adolescentes a la anticoncepción de emergencia?
- 3.3. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos dirigidos a miembros de la comunidad y líderes sean eficaces para aumentar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos?
- 3.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a mejorar los servicios de salud para aumentar el acceso de los adolescentes a la información y a servicios de anticoncepción (incluyendo la anticoncepción de emergencia)?
- 3.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a liberar la venta de métodos anticonceptivos (incluyendo los de emergencia) para aumentar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos?
- 3.6. ¿Hay alguna evidencia que muestre la eficacia de los esfuerzos destinados a proporcionar información precisa y educación a los adolescentes acerca de la anticoncepción para aumentar el uso de anticonceptivos en este grupo?
- 3.7. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a involucrar a los varones en las decisiones sobre anticoncepción “por parte de la pareja” para aumentar el uso de anticonceptivos en los adolescentes?
- 3.8. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a reducir el costo financiero de los anticonceptivos para los adolescentes en favor de aumentar su uso en esta población?

Estrategia de búsqueda y revisión

Resumen de las limitaciones de los estudios

Muchos estudios midieron el uso de preservativos, a pesar de que los mismos no son el método más eficaz para prevenir el embarazo (aunque sí resulte necesario para la prevención de VIH y las ITS). Para definir el uso del preservativo en los estudios se aplicaron varias definiciones y/o indicadores (en la última relación sexual, siempre, etc.). Es importante destacar que la validez de las declaraciones de los involucrados en cuanto al uso de preservativos es cuestionable. Muchos estudios se centraron en VIH, por lo que se puede cuestionar la pertinencia de incluirlos, dado que las preguntas clave apuntaban a la prevención del embarazo precoz y los resultados adversos en salud reproductiva. Además, también resulta cuestionable la precisión de las estimaciones de los parámetros, ya que el uso del preservativo es el resultado secundario, y no un resultado primario.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

RESULTADO 4

Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

ALCANCE: Preguntas clave

4.1. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan en la comunidad– hayan dado lugar a la formulación de leyes y políticas destinadas a castigar a quienes someten a adolescentes a relaciones sexuales bajo coacción o a apoyar a quienes denuncien esas prácticas?

4.2. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y/o planificadores –incluyendo aquellos que actúan en la comunidad– hayan dado lugar a la aplicación de leyes referentes a relaciones sexuales bajo coacción involucrando a adolescentes?

4.3. ¿Hay alguna evidencia que muestre el impacto de los esfuerzos dirigidos a lograr que las adolescentes se resistan a las relaciones sexuales bajo coacción?

4.4. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos destinados a reducir el uso de la coacción por parte de los varones para obtener relaciones sexuales tuviera algún impacto?

Estrategia de búsqueda y revisión

Para la revisión, análisis y selección de las intervenciones programáticas y políticas relacionadas con la coacción sexual se aplicaron los siguientes criterios de elegibilidad:

- Programas o políticas cuyo objetivo primario o secundario fuera abordar la coacción sexual de las jóvenes adolescentes;
- Inclusión de actividades destinadas a abordar las causas y consecuencias de la coacción sexual como parte de la intervención del programa o de la estrategia política, recurriendo al debate público, la reflexión crítica o la discusión explícita acerca de cómo pueden las normas de género afectar la conducta sexual (las intervenciones de los programas o estrategias políticas podían incluir actividades educativas grupales, campañas en los medios de comunicación masiva, mensajes políticos o prácticas institucionales diseñadas para adolescentes de ambos sexos); y
- Inclusión de indicadores para evaluar los cambios de actitud entre los adolescentes de ambos sexos en cuanto a la aceptabilidad de la coacción sexual, los cambios de comportamiento entre las adolescentes y su relación con la coacción sexual, o los cambios de comportamiento entre los varones adolescentes que participan en prácticas sexuales coercitivas.

Fuentes de búsqueda sistemática de la literatura

En la búsqueda de literatura pertinente se consideraron múltiples fuentes, incluyendo:

- A Review of Sex without Consent: Young People in Developing Countries (17)
- Bases de datos de la OMS, EndNote Web y regionales
- Bases de datos electrónicas de bibliografía formal
- Expertos en políticas de salud sexual y reproductiva en adolescentes

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: Cochrane Library, PubMed, Embase, POPLINE, LILACS, EMRO, y African Index Medicus (AIM). Las búsquedas se realizaron mediante la asignación de palabras clave, Descriptores en Ciencias de la Salud (MeSH), y mapeo de descriptores temáticos. En PubMed se hizo la búsqueda utilizando todos los términos, incluyendo, entre otros, adolescentes, niños y jóvenes, en combinación con todas las palabras relacionadas con las relaciones sexuales bajo coacción o la violación. Se recurrió al truncamiento en aquellos casos donde se lo consideró necesario. Esta búsqueda se combinó con otra que incluía a todos los países de renta media y baja (utilizando descriptores temáticos, así como texto libre). Los términos y estrategias utilizados con PubMed se tradujeron en estrategias apropiadas para otras bases de datos. Se incluyeron todos los años e idiomas. Se excluyeron los estudios de casos, comentarios, editoriales, conferencias, casos legales o normativos, artículos de periódicos y folletos educativos para pacientes. Las referencias se descargaron a EndNote, y luego se cargaron en EndNote Web.

Resultados de la búsqueda

Número de referencias encontradas en los artículos de revisión			
Base de datos	Cochrane	PubMed	Embase
Número	5	5	0
Duplicados	-	-	-

Número de referencias encontradas fuera de los artículos de revisión							
Base de datos	Cochrane	PubMed	Embase	POPLINE	LILACS	EMRO	AIM
Número	0	1095	437	371	98	3	1
Duplicados	-	-	171	74	-	-	-

Estudios e informes no pertinentes

Las citas clasificadas como no pertinentes eran por lo general de carácter descriptivo y abordaban alguna de las siguientes áreas temáticas:

- Prevalencia de la violencia sexual dentro de una ubicación geográfica particular;
- Conciencia de los adolescentes de la coacción sexual;
- Comportamiento sexual y reproductivo y resultados adversos relacionados con la violencia y coacción sexual (no ligada a una intervención);
- Mejora en la prestación de servicios de salud de calidad para los sobrevivientes de coacción sexual;
- Revisiones de intervenciones que abordaban abuso sexual o violación en niños.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Estudios e informes excluidos

En la fase final del análisis, se excluyeron los estudios e informes considerados como posiblemente pertinentes y relevantes por las siguientes razones:

- Faltaba una medida directa o indirecta de coacción sexual de los adolescentes;
- No constituía una intervención o bien esta no estaba evaluada;
- No incluía a la población objetivo; y
- Medía las normas sociales percibidas frente a las actitudes personales.

Análisis de la estrategia

Se evaluaron los principales hallazgos de la investigación original, considerando los efectos relacionados con la actitud y el comportamiento sobre la reducción de la coacción sexual de adolescentes. Los resultados de la revisión sistemática de la literatura fueron utilizados para elaborar un resumen de los resultados, incluyendo además el diseño del estudio, su calidad, la coherencia de los efectos comunicados, y la determinación de si tenían o no una relación directa con el estudio de medidas destinadas a reducir la coacción sexual que implique adolescentes.

Resumen de la evidencia

Las revisiones sistemáticas de la literatura realizadas no encontraron revisiones que evaluaran directamente los esfuerzos de incidir sobre la ocurrencia de relaciones sexuales bajo coacción entre adolescentes. Sólo se encontró un artículo publicado que abordaba directamente las cuatro preguntas detalladas anteriormente (específicamente las preguntas 4.3 y 4.4). La mayor parte de la literatura se concentraba en la revisión de la existencia de relaciones sexuales bajo coacción y sus consecuencias.

Se identificaron cuatro artículos y dos políticas vinculadas a las preguntas arriba mencionadas, que brindaban una evaluación de los programas dirigidos al comportamiento y las actitudes sexuales de los adolescentes. Un estudio, que puso en práctica intervenciones en comunidades de Kenia, incluía como resultado la detección de casos de relaciones sexuales bajo coacción (18). Los análisis retrospectivos que compararon los resultados de la coacción sexual entre el sitio de la intervención y el sitio control muestran el impacto positivo de la intervención en las niñas que relataban ser víctimas de coacción sexual, así como en los varones con conductas sexuales coercitivas entre el primer grupo de intervención (sitio A) y el grupo control (sitio C). Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cautela, ya que una comparación entre el segundo grupo de intervención (sitio B) y el control (sitio C) muestra el efecto contrario en algunos resultados. Además, las observaciones informadas para cada resultado son relativamente reducidas. Los tres estudios restantes (Soul City Botswana, 19,20) no evaluaron directamente el impacto de las intervenciones utilizadas en las relaciones sexuales bajo coacción. Sin embargo, las intervenciones en los estudios mencionados abordan sí un cambio de actitud en los adolescentes de ambos sexos en lo referente a la coacción sexual, lo que puede incidir indirectamente sobre la capacidad de las jóvenes a resistir encuentros sexuales no deseados, así como la prevención de conductas sexuales coercitivas entre los varones. Por lo tanto, de manera indirecta, estos estudios están relacionados con el resultado de reducir la coacción sexual de las adolescentes.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

RESULTADO 5

Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

ALCANCE: Preguntas clave

- 5.1. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos dirigidos a los responsables de políticas y planificadores y líderes de la comunidad sean eficaces para mejorar el acceso de adolescentes al aborto seguro de acuerdo con la legislación vigente?
- 5.2. ¿Hay alguna evidencia que indique que los esfuerzos por informar a las adolescentes y otros interesados directos acerca de las condiciones en que es legal hacerse un aborto sean eficaces para reducir los abortos inseguros en adolescentes?
- 5.3. ¿Hay alguna evidencia que muestre que los esfuerzos por reducir las barreras son eficaces para aumentar el acceso y el uso de los servicios de aborto seguro en las adolescentes de acuerdo con la legislación vigente?
- 5.4. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a aumentar la disponibilidad de los servicios posaborto para reducir la morbilidad y mortalidad posaborto en las adolescentes?
- 5.5. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ofrecer servicios de anticoncepción posaborto en la reducción de la morbilidad y mortalidad adolescente?

Estrategia de búsqueda y revisión

Se realizaron revisiones sistemáticas de la literatura en las siguientes bases de datos sistemáticas de la literatura electrónicas: Cochrane Library, PubMed, Embase, POPLINE, LILACS, EMRO, y AIM. Las búsquedas se realizaron mediante la asignación de palabras clave, MeSH, y mapeo de descriptores temáticos. En PubMed se hizo la búsqueda utilizando todos los términos incluyendo, entre otros, adolescentes o niños o jóvenes, y combinándolos con todas las palabras relacionadas con aborto inseguro. Cuando se lo consideró necesario, se procedió al truncamiento. Esta búsqueda se combinó con otra que incluía a todos los países de renta media y baja (utilizando descriptores temáticos, así como texto libre). Los términos y estrategias utilizados con PubMed se adaptaron a las otras bases de datos. Se excluyeron los estudios de casos, comentarios, editoriales, conferencias, casos legales o normativos, artículos de periódicos y folletos educativos para pacientes. Se incluyeron todos los años e idiomas.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Resultados de la búsqueda

Número de referencias encontradas en los artículos de revisión			
Base de datos	Cochrane	PubMed	Embase
Número	6	1	0
Duplicados	-	-	-

Número de referencias encontradas fuera de los artículos de revisión							
Base de datos	Cochrane	PubMed	Embase	POPLINE	LILACS	EMRO	AIM
Número	0	439	73	25	366	52	7
Duplicados	-	-	31	6	-	-	-

Las referencias se descargaron a EndNote, y luego se cargaron en EndNote Web.

Las búsquedas sistemáticas de literatura pertinente realizadas no arrojaron revisiones que evaluaran directamente los intentos de reducir el aborto inseguro en adolescentes. Los cuatro estudios posiblemente pertinentes hallados se encuentran resumidos abajo, en el cuadro A5-2 de resumen de la evidencia. Dada la falta de datos comparativos, ninguno de los estudios pudo incluirse en GRADE.

Resumen de la evidencia

De los cuatro estudios encontrados, sólo uno de la República Dominicana tenía una relevancia limitada con respecto al aborto inseguro, ya que se concentraba en la entrega de información sobre anticoncepción a las adolescentes después de un aborto (21). Sin embargo, no existía una evaluación de la morbilidad y mortalidad posaborto, y por lo tanto no había datos sobre el impacto de la intervención sobre estos resultados. El estudio tampoco proporcionaba comparación alguna entre pre y post intervención en el grupo intervenido, ni tampoco comparaciones estadísticas entre el grupo de intervención y el control.

El análisis de los tres estudios restantes reveló que ninguno de los estudios era pertinente para las preguntas detalladas anteriormente. Por lo tanto, prácticamente no hay datos relevantes sobre los esfuerzos para reducir el aborto inseguro en adolescentes.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Cuadro A5-2: Resumen de los estudios disponibles sobre aborto inseguro

ESTUDIO/ UBICACIÓN	DISEÑO/OBJETIVO	POBLACIÓN DE PACIENTES/N	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CALIDAD
Bruno 1998/Brasil (22)	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de cohorte observacional Determinar si el resultado del embarazo (nacimiento o aborto) afecta aspectos de la vida de las adolescentes a los 45 días y un año después del parto o del aborto^a Si la intención de quedar embarazada tiene efectos sobre el desarrollo del lactante al año de vida^a 	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes de ≤ 18 años de edad Pacientes prenatales n=367^b Pacientes posaborto n=196 (n=115 inducidos y n=81 espontáneos) 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Si bien el estudio pretendía comparar las adolescentes prenatales y posaborto en términos de bienestar psicosocial, escolaridad, empleo, relaciones con la familia y la pareja, y percepción del impacto del embarazo, sólo se comunicaron algunas proporciones para algunos resultados y no se brindaron comparaciones reales. 46% de las adolescentes prenatales y 13% de las adolescentes posaborto respondieron que 'sí' cuando se les preguntó si querían ese embarazo; cuando se les preguntó si hubieran querido retardar el embarazo, 61% y 91% dijeron 'sí', respectivamente. A los 45 días posparto o posaborto, la autoestima había aumentado significativamente entre las pacientes con aborto inducido y las que dieron a luz. Las adolescentes con aborto espontáneo no presentaron un cambio en su autoestima. La inscripción en centros de estudio disminuyó tanto para las adolescentes posparto como posaborto, de 50% a nivel basal a 30% a los 45 días. Las adolescentes posaborto tuvieron una propensión significativamente menor de comunicar un impacto positivo comparado con las adolescentes cuyo embarazo había sido planificado. La inscripción en centros de estudio disminuyó tanto para las adolescentes posparto como posaborto, de 50% a nivel basal a 30% a los 45 días. Las adolescentes posaborto tuvieron una propensión significativamente menor de comunicar un impacto positivo comparado con las adolescentes cuyo embarazo había sido planificado. 	<ul style="list-style-type: none"> Baja - estudio observacional en el que no se comunicaron comparaciones estadísticas; postulados tales como 'significativamente menor autoestima' no se vieron avalados por valores numéricos o ninguna indicación de pruebas estadísticas.
<p>Pertinencia: ninguna. El estudio no utiliza una intervención y no brinda evidencias sobre el impacto de los esfuerzos para mejorar el acceso al aborto seguro, o esfuerzos para reducir las barreras al aborto seguro, o impacto sobre los servicios posaborto, sobre la mortalidad y morbilidad.</p>					

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

ESTUDIO/ UBICACIÓN	DISEÑO/OBJETIVO	POBLACIÓN DE PACIENTES/N	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CALIDAD
CESDEM 2007/República Dominicana (21)	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de cohorte observacional Determina % de pacientes con APA dadas de alta con métodos anticonceptivos Evalúa % de pacientes APA que comunican haber recibido asesoramiento sobre APA vinculado a riesgo inmediato de embarazo, disponibilidad de métodos y complicaciones posaborto Determina si hay diferencias entre las pacientes APA ≤19 años y pacientes de entre 20-35 años con respecto a los dos objetivos arriba descritos Evalúa el impacto de las intervenciones sobre actitudes de los prestadores, asesoramiento, conocimiento y práctica 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes tratadas con VAM o Dyc Pacientes adolescentes ≤19 años (n=140) Pacientes de 20-35 años (n=134) Los prestadores (n=88) fueron personal de hospital, no se brindó ninguna otra información 	<ul style="list-style-type: none"> Formación de los prestadores Las pacientes recibieron servicios APA (sin embargo no se incluyó ninguna evaluación previa a la intervención) 	<ul style="list-style-type: none"> 55% de las pacientes adolescentes relataron haber recibido métodos de consejería APA sobre el riesgo inmediato de embarazo; 42% comunicó haber recibido información sobre disponibilidad de métodos y 49% comunicó haber recibido información sobre complicaciones posteriores al aborto. Las proporciones fueron similares para las mujeres de más edad, aunque no se hicieron comparaciones entre los grupos. 40% (IC 95% : 32%-48%) de las adolescentes que querían retardar el embarazo se fueron del hospital con un método anticonceptivo comparado con 45% (IC 95% : 36%-54%) de las mujeres de más edad. El conocimiento y las actitudes del prestador cambiaron entre el nivel basal y el seguimiento, aunque no se brindaron comparaciones estadísticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Baja - el estudio observacional no brindó una evaluación previa a la intervención para las pacientes adolescentes, por lo que no se puede determinar ninguna diferencia entre la situación pre evaluación y post evaluación. No se brindaron comparaciones estadísticas entre las adolescentes y las mujeres de más edad (grupo control) o entre las evaluaciones basales y de seguimiento APA, por lo que no se puede cuantificar las diferencias en las proporciones.
<p>Pertinencia: limitada. Este estudio se enfoca en el suministro de información sobre la anticoncepción posaborto, aunque no hay una evaluación de la morbilidad y mortalidad posaborto y por lo tanto no da indicación del impacto de la intervención sobre estos resultados.</p>					

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

ESTUDIO/ UBICACIÓN	DISEÑO/OBJETIVO	POBLACIÓN DE PACIENTES/N	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CALIDAD
Lugones-Botell y col, 2007/Cuba (23)	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de cohorte observacional No estableció claramente si las actividades educativas tenían como propósito aumentar el uso anticonceptivo entre las adolescentes que consultaban por anticoncepción (grupo A) y amenorrea (grupo B); y medir el impacto del tratamiento médico entre las adolescentes que consultaban por infecciones vaginales. 	<ul style="list-style-type: none"> 240 pacientes adolescentes entre 11-19 años de edad que consultaron el departamento de ginecología por tres razones principales: <ul style="list-style-type: none"> Grupo A solicitando anticonceptivos (n=80, la mitad en el grupo de estudio y la mitad en el grupo control)^{vi} Grupo B consultando por amenorrea (n=80, la mitad en el grupo de estudio y la mitad en el grupo control)^{vi} Grupo C consultando por infecciones vaginales (n=80, la mitad en el grupo de estudio y la mitad en el grupo de control)^{vi} 	<ul style="list-style-type: none"> Educación en aspectos relacionados con cada una de las tres razones de consulta principales. Sin embargo, el estudio no explica el tipo de actividades educativas y el seguimiento de cada grupo. 	<p>Grupo A</p> <ul style="list-style-type: none"> Las adolescentes en el grupo de estudio fueron más propensas a seleccionar inyectables (50%), seguido de doble protección (30%) y la píldora (28%), mientras que en el grupo control las participantes fueron más propensas a seleccionar el DIU (40%) y el método de doble protección (5%). 7.5% del grupo de estudio abandonó el método, comparado con 37.5% del grupo control. El estudio no menciona qué método y después de cuántas semanas/meses de uso. <p>Grupo B</p> <ul style="list-style-type: none"> La proporción de adolescentes que requirió un MR fue similar en ambos grupos (92.5% en el grupo de estudio contra 90% en el grupo control), pero la proporción en que realmente se hizo el procedimiento fue más elevada (85%) en el grupo de estudio comparado con el grupo control (62.5%). El uso de anticonceptivos posaborto fue más elevado en el grupo de estudio (88.2%), comparado con el 76% en el grupo control. <p>Grupo C</p> <ul style="list-style-type: none"> Se curó el 88% de las que tuvieron leucorrea del grupo de estudio, comparado con el 74% en el grupo control; de las que tenían cervicitis, se curaron 57% y 33% en los grupos de estudio y control respectivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Baja – estudio observacional. Se reporta que se aplicó la estadística no paramétrica de χ^2. Sin embargo, sólo aparece un test estadístico bajo la tabla del grupo que solicitó anticonceptivos, sin una explicación en cuanto a si el test se refiere a las diferencias en el método seleccionado, a los abandonos, o a ambos. Además, el trabajo sostiene que las pacientes en el grupo de estudio mantuvieron el uso de anticonceptivos durante más tiempo, y que hubo menos abandonos, pero no hay ninguna explicación en cuanto a durante cuánto tiempo se hizo el seguimiento^o.
<p>Pertinencia: ninguna. El estudio no está descrito claramente: por lo tanto, pareciera que se utilizó una intervención educativa para aumentar el uso de anticonceptivos entre adolescentes que solicitaron asesoramiento anticonceptivo y entre aquellas que consultaron por amenorrea y que fueron sometidas a un procedimiento MR. El estudio no es pertinente a las preguntas para el Resultado 5: es decir, no hay ninguna evidencia que mejore el acceso al aborto seguro o esfuerzos para reducir barreras al aborto seguro o incidencia de los servicios posaborto sobre mortalidad y morbilidad.</p>					

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

ESTUDIO/ UBICACIÓN	DISEÑO/OBJETIVO	POBLACIÓN DE PACIENTES/N	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CALIDAD
Vazquez y col 2006/ Argentina (24)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de cohorte observacional • Analizar el tipo de complicaciones y consecuencias del aborto inducido entre adolescentes que utilizaron misoprostol con indicación médica, y en aquellas que consultaron en un hospital por diferentes razones • Explorar cómo se enteran las adolescentes sobre el misoprostol y cómo pueden obtener la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • 59 adolescentes entre 13-21 años de edad que consultaron en el hospital luego de usar misoprostol y pacientes internadas que se hicieron raspaje luego del uso de misoprostol. • 18 entrevistas en profundidad con adolescentes y una con una madre adolescente de 13 años de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • 92% utilizó misoprostol por primera vez y el % restante lo había utilizado antes • 61% lo utilizó oralmente y por vía vaginal (el porcentaje restante no está descrito, ni se presentan cuadros al respecto) • 91.5% presentaron metrorragia (escasa 30.5%; leve 27.1%; intensa 33.4%) • El tiempo transcurrido entre la primera dosis y la aparición de sangrado fluctuó entre 1-47 horas • 42.4% presentaron dolor severo • 39% tuvieron un aborto completo, 40.1% requirieron raspaje y 20.3% continuaron con el embarazo • 2 casos tuvieron complicaciones (un caso dudoso de infección y un caso requirió transfusión sanguínea) 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja - estudio observacional que sólo reporta estadísticas descriptivas y basado fundamentalmente en datos cualitativos obtenidos en entrevistas en profundidad.
<p>Pertinencia: ninguna. El estudio no utiliza una intervención y no brinda evidencia en cuanto al impacto de los esfuerzos para mejorar el acceso al aborto seguro o para reducir las barreras al aborto seguro, o el impacto de los servicios posaborto sobre la mortalidad y morbilidad.</p>					

CESEM=Proyecto Conecta y Centro de Estudios Sociales y Demográficos; PAC=atención posaborto; MVA=aspiración posaborto; D-C=dilatación y curetaje

* El trabajo no presenta resultados de 1 año.

* El trabajo establece que las que indicaban que querían el embarazo en el momento que ocurrió y que no hubieran preferido esperar se clasificaron como nacimientos "planeados", y las que indicaban que hubieran preferido esperar hasta más adelante o que no sabían se clasificaron como nacimientos "no planeados". El trabajo no menciona los "n" para estos dos grupos y los resultados que arrojaron (46% respondieron "sí" cuando se les preguntó si deseaban este embarazo mientras que 61% dijo "sí" cuando se les preguntó si hubieran querido demorar el embarazo) un total de más de 100%.

* El trabajo no brinda ningún valor numérico o pruebas estadísticas que avalen este postulado.

* El informe no describe cómo se hizo la selección de la muestra, es decir, si las pacientes se eligieron entre las pacientes del año anterior o de los cuatro años entre 2003 y 2006.

* El trabajo no brinda una descripción sobre durante cuánto tiempo se observó o hizo el seguimiento de los grupos y los resultados suministrados para asegurar que se usaban los anticonceptivos durante más tiempo en el grupo de estudio que en el grupo control.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

RESULTADO 6

Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes

ALCANCE: Preguntas clave

Resultado 6a: Aumento del uso de atención calificada prenatal en las adolescentes

6a.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos por informar a las adolescentes y los interesados directos relevantes acerca de la atención prenatal para aumentar el acceso y el uso de la atención prenatal calificada en las adolescentes?

6a.2. ¿Hay alguna evidencia que indique que los cambios en los servicios de salud incidan en el acceso y la utilización de la atención prenatal calificada por parte de las adolescentes?

6a.3. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a aumentar la preparación para el parto para mejorar los resultados vinculados al embarazo en las adolescentes?

Resultado 6b: Aumento del uso de atención calificada durante el parto en las adolescentes

6b.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos por informar a las adolescentes y otros interesados directos sobre la importancia de aumentar el acceso y el uso de atención calificada del parto en las adolescentes?

6b.2. ¿Hay alguna evidencia que indique que los cambios en los servicios de salud tienen un impacto en el aumento del acceso y el uso de la atención calificada del parto en las adolescentes?

Resultado 6c: Aumento del uso de atención prenatal, perinatal y posnatal calificada en las adolescentes

6c.1. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos por reducir las barreras para aumentar el acceso y el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes?

6. c.2. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a adaptar los servicios de atención prenatal, perinatal y posparto específicamente para las adolescentes en favor de mejorar los resultados materno infantiles en esa población?

6c.3. ¿Hay alguna evidencia que respalde la eficacia de los esfuerzos destinados a ampliar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia –tanto básica como integral– para mejorar los resultados materno infantiles en las adolescentes?

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Estrategia de búsqueda y revisión

Se realizaron revisiones sistemáticas en las siguientes bases de datos electrónicas: Cochrane Library, PubMed, Embase, POPLINE, LILACS, EMRO, y AIM.

Las búsquedas se realizaron mediante la asignación de palabras clave, MeSH, y mapeo de descriptores temáticos. En PubMed, se hizo la búsqueda utilizando todos los términos, incluyendo, entre otros, adolescentes o niños o jóvenes, y combinándolos con todas las palabras vinculadas con la atención prenatal, perinatal y posnatal. Cuando se lo consideró necesario, se procedió al truncamiento. Esta revisión se combinó después con otra que incluía a todos los países de renta media y baja (utilizando descriptores temáticos así como texto libre).

Los términos y estrategias utilizados con PubMed se adaptaron a las otras bases de datos. Se excluyeron los estudios de casos, comentarios, editoriales, conferencias, casos legales o normativos, artículos de periódicos y folletos educativos para pacientes. Se incluyeron todos los años e idiomas.

Número de referencias encontradas en los artículos de revisión			
Base de datos	Cochrane	PubMed	Embase
Número	103	60	7
Duplicados	-	2	-

Número de referencias encontradas fuera de los artículos de revisión							
Base de datos	Cochrane	PubMed	Embase	POPLINE	LILACS	EMRO	AIM
Número	0	7379	2296	2675	1186	89	4
Duplicados	-	-	546	326	-	-	-

Las referencias se descargaron a EndNote, y luego se cargaron en EndNote Web.

ANEXO 4 – Estrategias de búsqueda y resultados

Bibliografía

1. Das Gupta S et al. *Knot ready: lessons from India on delaying marriage for girls*. Washington DC: International Center for Research on Women, 2009.
2. Jain S, Kurz K. *New insights on preventing child marriage: a global analysis of factors and programs*. Washington DC, International Center for Research on Women, 2007.
3. Mathur S, Mehta M, Malhotra A. *Youth Reproductive Health in Nepal: Is Participation the Answer?* Washington DC, International Center for Research on Women and EngenderHealth, 2004.
4. *Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment*. Washington DC: The Centre for Development and Population Activities, 2001.
5. Baird S et al. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics*, 2010, 19: 55–68.
6. Amin S, Suran L. *Program efforts to delay marriage through improved opportunities. Some evidence from rural Bangladesh*. New York, Population Council. (Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Philadelphia, 31 March–2 April, 2005).
7. *Providing new opportunities to adolescent girls in socially conservative settings: the Ishraq program in rural Upper Egypt*. New York, Population Council, 2007.
8. Oringanje C. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, issue 4.
9. Kirby D, Laris BA, Rolleri L. *Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries*. Youth Research Working Paper No. 2. Durham, Family Health International, 2005.
10. Lopez LM et al. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, CD001863.
11. Corcoran J, Pillai VK. Effectiveness of secondary pregnancy prevention programs: a meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 2007, 17:5–18.
12. DiCenso A et al. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 2002, 324:1426.
13. Harden A et al. *Young people, pregnancy and social exclusion: a systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 2006.
14. Moos M, Bartholomew NE, Lohr KN. 2003. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception*, 67, 115–132.
15. Franklin C et al. Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: a meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59: 551–567.
16. Allen JP et al. Preventing teen pregnancy and academic failure: experimental evaluation of a developmentally based approach. *Child Development*, 1997, 64:729–42.
17. Jejeehoy SJ, Shah I and Thapa S. *Sex without consent*. London, Zed Books, 2005.
18. Askew I et al. and Kenya Ministry of Health, Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Gender, Sport, Culture and Social Services. A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project. June 2004.
19. Ross DA et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*, 2007, 21:1943–55.
20. Kim YM. Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1): 11–19.
21. *Operations research study to improve post-abortion care services among adolescents in the Dominican Republic*. Youth Research Working Paper No. 7. Durham, Family Health International, 2007.
22. Bruno ZV, Bailey P. Brazil: *Adolescent longitudinal study. Summary of Final Report*. Prepared for the Women's Studies Project, Family Health International, 1998.
23. Lugones-Botell M, Ramirez-Bermudez M, Machado-Rodriguez H. *Intervención educativa en adolescentes atendidas en consulta de ginecología infanto-juvenil*. Revista Cubana de Pediatría, 2007, 80(2).
24. Vázquez S, Calandra N, Berner N. El aborto en la adolescencia. *Investigación sobre el uso del misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes*. Buenos Aires, Asociación Argentina de Educadoras/es Sexuales, 2006.

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

RESULTADO 1

Búsqueda 1: Reducción del matrimonio en menores de 18 años

A.

Adolescent[mesh] o Minors[mesh] o teen[all fields] o teens[all fields] o teenager[all fields] o teenagers[all fields] o teenaged[all fields] o juvenile* o preteen* o pre-teen* o minor o minors o adolescent o youth[text] o youths[text] o girl[all fields] o girls[all fields]

Y

Marriage[mesh] o spouses[mesh] o conjugal relationship o marriage* o marital o nuptial o spouse o spouses o wedlock o wedding o weddings o “consensual union” o cohabitation o cohabitated

Y

B.

Argentina o Bolivia o Brazil o Chile o Colombia o Ecuador o “French Guiana” o Guyana o Paraguay o Peru o Suriname o Uruguay o Venezuela o Mexico o Belize o “Costa Rica” o “El Salvador” o Guatemala o Honduras o Nicaragua o Panama o “West Indies” o Antigua o Bahamas o Barbados o Cuba o Dominica o “Dominican Republic” o Grenada o Guadeloupe o Haiti o Jamaica o Martinique o Antilles o “Saint Kitts and Nevis” o “Saint Lucia” o “Saint Vincent and the Grenadines” o Trinidad o Tobago o “Virgin Islands” o Kazakhstan o Kyrgyzstan o Tajikistan o Turkmenistan o Uzbekistan o Borneo o Brunei o Cambodia o “East Timor” o Indonesia o Laos o Malaysia o “Mekong Valley” o Myanmar o Burma o Philippines o Singapore o Thailand o Vietnam o Bangladesh o Bhutan o India o Nepal o Pakistan o “Sri Lanka” o China o Korea o Macao o Mongolia o Taiwan o Afghanistan o Bahrain o Iran o Iraq o Israel o Jordan o Kuwait o Lebanon o Oman o Qatar o “Saudi Arabia” o Syria o Turkey o “United Arab Emirates” o Yemen o Fiji o “New Caledonia” o “Papua New Guinea” o Vanuatu o Micronesia o Melanesia o Guam o Palau o Polynesia o Samoa o Tonga o Armenia o Azerbaijan o (Georgia NO Georgia[MeSH]) o Albania o Estonia o Latvia o Lithuania o Bosnia o Herzegovina o Bulgaria o Belarus o Croatia o “Czech Republic” o Hungary o Macedonia o Moldova o Montenegro o Poland o Romania o Russia o Bashkiria o Dagestan o Slovakia o Slovenia o Ukraine o Cameroon o “Central African Republic” o Chad o Congo o “Democratic Republic of the Congo” o “Equatorial Guinea” o Gabon o Burundi o Djibouti o Eritrea o Ethiopia o Kenya o Rwanda o Somalia o Sudan o Tanzania o Uganda o Angola o Botswana o Lesotho o Malawi o Mozambique o Namibia o “South Africa” o Swaziland o Zambia o Zimbabwe o Benin o “Burkina Faso” o “Cote d’Ivoire” o Gambia o Ghana o Guinea o “Guinea-Bissau” o Liberia o Mali o Mauritania o Niger o Nigeria o Senegal o “Sierra Leone” o Togo o Algeria o Egypt o Libya o Morocco o Tunisia o Comoros o Madagascar o Mauritius o Reunion o Seychelles o “developing country” o “third-world country” o “third world country” o “less developed” o “sub-Saharan” o “Caribbean Region”[Mesh] O “Pacific Islands”[Mesh] O “Mexico”[Mesh] O “Latin America”[Mesh] O “Indian Ocean Islands”[Mesh] O “Central America”[Mesh] O “Asia”[Mesh] O “Africa”[Mesh] O “Europe, Eastern”[Mesh] O “South America”[Mesh] O “Africa, Northern” [Mesh] o “Africa South of the Sahara” [Mesh] o “Asia, Central”[Mesh] o “Asia, Southeastern” [Mesh] o “Asia, Western” [Mesh] o “Far East” [Mesh] o “Developing Countries”[MeSH]

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

NO

C.

case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt]

RESULTADO 2

Búsqueda 2: Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad

A.

pregnancy in adolescence[mesh]

O

Adolescent[mesh] o Minors[mesh] o teen[all fields] o teens[all fields] o teenager[all fields] o teenagers[all fields] o teenaged[all fields] o juvenile* o preteen* o pre-teen* o minor o minors o adolescent o youth[text] o youths[text] o girl[all fields] o girls[all fields]

Y

Pregnancy[mesh] o “pregnant women” o parturition[mesh] o mothers[mesh] o “maternal health services”[mesh] o pregnancy o pregnant o parturition o mother* o gestation o gestational o childbirth o childbirths o maternal o maternity

Y

B.

Argentina o Bolivia o Brazil o Chile o Colombia o Ecuador o “French Guiana” o Guyana o Paraguay o Peru o Suriname o Uruguay o Venezuela o Mexico o Belize o “Costa Rica” o “El Salvador” o Guatemala o Honduras o Nicaragua o Panama o “West Indies” o Antigua o Bahamas o Barbados o Cuba o Dominica o “Dominican Republic” o Grenada o Guadeloupe o Haiti o Jamaica o Martinique o Antilles o “Saint Kitts and Nevis” o “Saint Lucia” o “Saint Vincent and the Grenadines” o Trinidad o Tobago o “Virgin Islands” o Kazakhstan o Kyrgyzstan o Tajikistan o Turkmenistan o Uzbekistan o Borneo o Brunei o Cambodia o “East Timor” o Indonesia o Laos o Malaysia o “Mekong Valley” o Myanmar o Burma o Philippines o Singapore o Thailand o Vietnam o Bangladesh o Bhutan o India o Nepal o Pakistan o “Sri Lanka” o China o Korea o Macao o Mongolia o Taiwan o Afghanistan o Bahrain o Iran o Iraq o Israel o Jordan o Kuwait o Lebanon o Oman o Qatar o “Saudi Arabia” o Syria o Turkey o “United Arab Emirates” o Yemen o Fiji o “New Caledonia” o “Papua New Guinea” o Vanuatu o Micronesia o Melanesia o Guam o Palau o Polynesia o Samoa o Tonga o Armenia o Azerbaijan o (Georgia NO Georgia[MeSH]) o Albania o Estonia o Latvia o Lithuania o Bosnia o Herzegovina o Bulgaria o Belarus o Croatia o “Czech Republic” o Hungary o Macedonia o Moldova o Montenegro o Poland o Romania o Russia o Bashkiria o Dagestan o Slovakia o Slovenia o Ukraine o Cameroon o “Central African Republic” o Chad o Congo o “Democratic Republic of the Congo” o “Equatorial Guinea” o Gabon o Burundi o Djibouti o Eritrea o Ethiopia o Kenya o Rwanda o Somalia o

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

Sudan o Tanzania o Uganda o Angola o Botswana o Lesotho o Malawi o Mozambique o Namibia o “South Africa” o Swaziland o Zambia o Zimbabwe o Benin o “Burkina Faso” o “Cote d’Ivoire” o Gambia o Ghana o Guinea o “Guinea-Bissau” o Liberia o Mali o Mauritania o Niger o Nigeria o Senegal o “Sierra Leone” o Togo o Algeria o Egypt o Libya o Morocco o Tunisia o Comoros o Madagascar o Mauritius o Reunion o Seychelles o “developing country” o “third-world country” o “third world country” o “less developed” o “sub-Saharan” o “Caribbean Region”[Mesh] o “Pacific Islands”[Mesh] o “Mexico”[Mesh] o “Latin America”[Mesh] o “Indian Ocean Islands”[Mesh] o “Central America”[Mesh] o “Asia”[Mesh] o “Africa”[Mesh] o “Europe, Eastern”[Mesh] o “South America”[Mesh] o “Africa, Northern” [Mesh] o “Africa South of the Sahara” [Mesh] o “Asia, Central”[Mesh] o “Asia, Southeastern” [Mesh] o “Asia, Western” [Mesh] o “Far East” [Mesh] o “Developing Countries”[MeSH]

NO

C.

case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o conference[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt]

RESULTADO 3

**Búsqueda 3:
Aumento del uso de
anticonceptivos en
adolescentes con
riesgo de embarazo
no deseado**

A.

Adolescent[mesh] o Minors[mesh] o teen[all fields] o teens[all fields] o teenager[all fields] o teenagers[all fields] o teenaged[all fields] o juvenile* o preteen* o pre-teen* o minor o minors o adolescent o youth[text] o youths[text] o girl[all fields] o girls[all fields]

Y

“contraceptive agents”[mesh] o “family planning services”[MeSH] o “reproductive health services”[mesh] o condoms[mesh] o “Intrauterine Devices”[mesh] o “contraceptives, oral”[MeSH] o “contraception, postcoital”[MeSH] o contraception o contraceptive* o prophylactic* o condom o condoms o “birth control pills” o “birth control pill” o iud o “intrauterine device” o “intrauterine devices” o abstinence o pregnancy prevention o birth prevention o conception prevention o diaphragm o “family planning” o “reproductive health services” o “fertility control” o “ru486” o “plan B” o Levonorgestrel

Y

B.

Argentina o Bolivia o Brazil o Chile o Colombia o Ecuador o “French Guiana” o Guyana o Paraguay o Peru o Suriname o Uruguay o Venezuela o Mexico o Belize o “Costa Rica” o “El Salvador” o Guatemala o Honduras o Nicaragua o Panama o “West Indies” o Antigua o Bahamas o Barbados o Cuba o Dominica o “Dominican Republic” o Grenada o Guadeloupe o Haiti o Jamaica o Martinique o Antilles o “Saint Kitts and Nevis” o

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

“Saint Lucia” o “Saint Vincent and the Grenadines” o Trinidad o Tobago o “Virgin Islands” o Kazakhstan o Kyrgyzstan o Tajikistan o Turkmenistan o Uzbekistan o Borneo o Brunei o Cambodia o “East Timor” o Indonesia o Laos o Malaysia o “Mekong Valley” o Myanmar o Burma o Philippines o Singapore o Thailand o Vietnam o Bangladesh o Bhutan o India o Nepal o Pakistan o “Sri Lanka” o China o Korea o Macao o Mongolia o Taiwan o Afghanistan o Bahrain o Iran o Iraq o Israel o Jordan o Kuwait o Lebanon o Oman o Qatar o “Saudi Arabia” o Syria o Turkey o “United Arab Emirates” o Yemen o Fiji o “New Caledonia” o “Papua New Guinea” o Vanuatu o Micronesia o Melanesia o Guam o Palau o Polynesia o Samoa o Tonga o Armenia o Azerbaijan o (Georgia NO Georgia[MeSH]) o Albania o Estonia o Latvia o Lithuania o Bosnia o Herzegovina o Bulgaria o Belarus o Croatia o “Czech Republic” o Hungary o Macedonia o Moldova o Montenegro o Poland o Romania o Russia o Bashkiria o Dagestan o Slovakia o Slovenia o Ukraine o Cameroon o “Central African Republic” o Chad o Congo o “Democratic Republic of the Congo” o “Equatorial Guinea” o Gabon o Burundi o Djibouti o Eritrea o Ethiopia o Kenya o Rwanda o Somalia o Sudan o Tanzania o Uganda o Angola o Botswana o Lesotho o Malawi o Mozambique o Namibia o “South Africa” o Swaziland o Zambia o Zimbabwe o Benin o “Burkina Faso” o “Cote d’Ivoire” o Gambia o Ghana o Guinea o “Guinea-Bissau” o Liberia o Mali o Mauritania o Niger o Nigeria o Senegal o “Sierra Leone” o Togo o Algeria o Egypt o Libya o Morocco o Tunisia o Comoros o Madagascar o Mauritius o Reunion o Seychelles o “developing country” o “third-world country” o “third world country” o “less developed” o “sub-Saharan” o “Caribbean Region”[Mesh] O “Pacific Islands”[Mesh] O “Mexico”[Mesh] O “Latin America”[Mesh] O “Indian Ocean Islands”[Mesh] O “Central America”[Mesh] O “Asia”[Mesh] O “Africa”[Mesh] O “Europe, Eastern”[Mesh] O “South America”[Mesh] O “Africa, Northern” [Mesh] o “Africa South of the Sahara” [Mesh] o “Asia, Central”[Mesh] o “Asia, Southeastern” [Mesh] o “Asia, Western” [Mesh] o “Far East” [Mesh] o “Developing Countries”[MeSH]

NO

C.

case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt]

NO

C.

case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o conference[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt]

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

RESULTADO 4

Búsqueda 4: Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción en adolescentes

A.

Adolescent[mesh] o Minors[mesh] o teen[all fields] o teens[all fields] o teenager[all fields] o teenagers[all fields] o teenaged[all fields] o juvenile* o preteen* o pre-teen* o minor o minors o adolescent o youth[text] o youths[text] o girl[all fields] o girls[all fields]

Y

Rape[mesh] o “sex offenses”[mesh] o “coerced sex” o rape o “sex abuse” o “sexual abuse” o “sex offense” o “sex offenses” o “sexual violation” o “sexual assault” o “sexual molestation” o compelled sexual act

Y

B.

Argentina o Bolivia o Brazil o Chile o Colombia o Ecuador o “French Guiana” o Guyana o Paraguay o Peru o Suriname o Uruguay o Venezuela o Mexico o Belize o “Costa Rica” o “El Salvador” o Guatemala o Honduras o Nicaragua o Panama o “West Indies” o Antigua o Bahamas o Barbados o Cuba o Dominica o “Dominican Republic” o Grenada o Guadeloupe o Haiti o Jamaica o Martinique o Antilles o “Saint Kitts and Nevis” o “Saint Lucia” o “Saint Vincent and the Grenadines” o Trinidad o Tobago o “Virgin Islands” o Kazakhstan o Kyrgyzstan o Tajikistan o Turkmenistan o Uzbekistan o Borneo o Brunei o Cambodia o “East Timor” o Indonesia o Laos o Malaysia o “Mekong Valley” o Myanmar o Burma o Philippines o Singapore o Thailand o Vietnam o Bangladesh o Bhutan o India o Nepal o Pakistan o “Sri Lanka” o China o Korea o Macao o Mongolia o Taiwan o Afghanistan o Bahrain o Iran o Iraq o Israel o Jordan o Kuwait o Lebanon o Oman o Qatar o “Saudi Arabia” o Syria o Turkey o “United Arab Emirates” o Yemen o Fiji o “New Caledonia” o “Papua New Guinea” o Vanuatu o Micronesia o Melanesia o Guam o Palau o Polynesia o Samoa o Tonga o Armenia o Azerbaijan o (Georgia NO Georgia[MeSH]) o Albania o Estonia o Latvia o Lithuania o Bosnia o Herzegovina o Bulgaria o Belarus o Croatia o “Czech Republic” o Hungary o Macedonia o Moldova o Montenegro o Poland o Romania o Russia o Bashkiria o Dagestan o Slovakia o Slovenia o Ukraine o Cameroon o “Central African Republic” o Chad o Congo o “Democratic Republic of the Congo” o “Equatorial Guinea” o Gabon o Burundi o Djibouti o Eritrea o Ethiopia o Kenya o Rwanda o Somalia o Sudan o Tanzania o Uganda o Angola o Botswana o Lesotho o Malawi o Mozambique o Namibia o “South Africa” o Swaziland o Zambia o Zimbabwe o Benin o “Burkina Faso” o “Cote d’Ivoire” o Gambia o Ghana o Guinea o “Guinea-Bissau” o Liberia o Mali o Mauritania o Niger o Nigeria o Senegal o “Sierra Leone” o Togo o Algeria o Egypt o Libya o Morocco o Tunisia o Comoros o Madagascar o Mauritius o Reunion o Seychelles o “developing country” o “third-world

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

country” o “third world country” o “less developed” o “sub-Saharan” o “Caribbean Region”[Mesh] O “Pacific Islands”[Mesh] O “Mexico”[Mesh] O “Latin America”[Mesh] O “Indian Ocean Islands”[Mesh] O “Central America”[Mesh] O “Asia”[Mesh] O “Africa”[Mesh] O “Europe, Eastern”[Mesh] O “South America”[Mesh] O “Africa, Northern” [Mesh] o “Africa South of the Sahara” [Mesh] o “Asia, Central”[Mesh] o “Asia, Southeastern” [Mesh] o “Asia, Western” [Mesh] o “Far East” [Mesh] o “Developing Countries”[MeSH]

NO

C

case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt]

RESULTADO 5

Búsqueda 5: Reducción del aborto inseguro en las adolescentes

A.

Adolescent[mesh] o Minors[mesh] o teen[all fields] o teens[all fields] o teenager[all fields] o teenagers[all fields] o teenaged[all fields] o juvenile* o preteen* o pre-teen* o minor o minors o adolescent o youth[text] o youths[text] o girl[all fields] o girls[all fields]

Y

“abortion, criminal”[mesh] o “Unsafe abortion” o “unsafe abortions” o “criminal abortion” o “criminal abortions” o “illegal abortion” o “illegal abortions” o (unsafe and terminations) o “unsafe termination” o (unsafe and TOP) o (unsafe and tops) o “unsafe induced abortions” o “septic abortion” o “septic abortions” o (abortion and unsafe)

Y

B.

Argentina o Bolivia o Brazil o Chile o Colombia o Ecuador o “French Guiana” o Guyana o Paraguay o Peru o Suriname o Uruguay o Venezuela o Mexico o Belize o “Costa Rica” o “El Salvador” o Guatemala o Honduras o Nicaragua o Panama o “West Indies” o Antigua o Bahamas o Barbados o Cuba o Dominica o “Dominican Republic” o Grenada o Guadeloupe o Haiti o Jamaica o Martinique o Antillas o “Saint Kitts and Nevis” o “Saint Lucia” o “Saint Vincent and the Grenadines” o Trinidad o Tobago o “Virgin Islands” o Kazakhstan o Kyrgyzstan o Tajikistan o Turkmenistan o Uzbekistan o Borneo o Brunei o Cambodia o “East Timor” o Indonesia o Laos o Malaysia o “Mekong Valley” o Myanmar o Burma o Philippines o Singapore o Thailand o Vietnam o Bangladesh o Bhutan o India o Nepal o Pakistan o “Sri Lanka” o China o Korea o Macao o Mongolia o Taiwan o Afghanistan o Bahrain o Iran o Iraq o Israel o Jordan o Kuwait o Lebanon o Oman o Qatar o “Saudi Arabia” o Syria o Turkey o “United Arab Emirates” o Yemen o Fiji o “New Caledonia” o “Papua New Guinea” o Vanuatu o Micronesia o Melanesia o Guam o Palau o Polynesia o Samoa o Tonga o Armenia o Azerbaijan o (Georgia NO Georgia[MeSH]) o Albania o Estonia o Latvia o Lithuania o Bosnia o Herzegovina o Bulgaria o Belarus

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

o Croatia o “Czech Republic” o Hungary o Macedonia o Moldova o Montenegro o Poland o Romania o Russia o Bashkiria o Dagestan o Slovakia o Slovenia o Ukraine o Cameroon o “Central African Republic” o Chad o Congo o “Democratic Republic of the Congo” o “Equatorial Guinea” o Gabon o Burundi o Djibouti o Eritrea o Ethiopia o Kenya o Rwanda o Somalia o Sudan o Tanzania o Uganda o Angola o Botswana o Lesotho o Malawi o Mozambique o Namibia o “South Africa” o Swaziland o Zambia o Zimbabwe o Benin o “Burkina Faso” o “Cote d’Ivoire” o Gambia o Ghana o Guinea o “Guinea-Bissau” o Liberia o Mali o Mauritania o Niger o Nigeria o Senegal o “Sierra Leone” o Togo o Algeria o Egypt o Libya o Morocco o Tunisia o Comoros o Madagascar o Mauritius o Reunion o Seychelles o “developing country” o “third-world country” o “third world country” o “less developed” o “sub-Saharan” o “Caribbean Region”[Mesh] O “Pacific Islands”[Mesh] O “Mexico”[Mesh] O “Latin America”[Mesh] O “Indian Ocean Islands”[Mesh] O “Central America”[Mesh] O “Asia”[Mesh] O “Africa”[Mesh] O “Europe, Eastern”[Mesh] O “South America”[Mesh] O “Africa, Northern” [Mesh] o “Africa South of the Sahara” [Mesh] o “Asia, Central”[Mesh] o “Asia, Southeastern” [Mesh] o “Asia, Western” [Mesh] o “Far East” [Mesh] o “Developing Countries”[MeSH]

NO

C.

case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt]

RESULTADO 6

Búsqueda 6: Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en adolescentes

Estrategia de búsqueda:
(enero 2010)

A.

Adolescent[mesh] o Minors[mesh] o teen[all fields] o teens[all fields] o teenager[all fields] o teenagers[all fields] o teenaged[all fields] o juvenile* o preteen* o pre-teen* o minor o minors o adolescent o youth[text] o youths[text] o girl[all fields] o girls[all fields]

Y

“prenatal care”[mesh] o “maternal health services”[mesh] o “perinatal care”[mesh] o antenatal care o prenatal care o care in pregnancy o maternal health services o “perinatal care” o “peri-natal care” o ANC

O

Midwifery[mesh] o delivery care o intrapartum care o parturition care o perinatal care o skilled birth attendant o midwife o (doctor and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o ((nurse not breastfeeding[mesh]) and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o (health practitioner[tiab] and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o (medical professional and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o institutional delivery o (health facility and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*))

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

O

“Posnatal care”[mesh] o (“postpartum period”[mesh] and care) posnatal care o post delivery care o puerperium care o postpartum care o postpartum service* o postpartum program*

Y

B.

Argentina o Bolivia o Brazil o Chile o Colombia o Ecuador o “French Guiana” o Guyana o Paraguay o Peru o Suriname o Uruguay o Venezuela o Mexico o Belize o “Costa Rica” o “El Salvador” o Guatemala o Honduras o Nicaragua o Panama o “West Indies” o Antigua o Bahamas o Barbados o Cuba o Dominica o “Dominican Republic” o Grenada o Guadeloupe o Haiti o Jamaica o Martinique o Antilles o “Saint Kitts and Nevis” o “Saint Lucia” o “Saint Vincent and the Grenadines” o Trinidad o Tobago o “Virgin Islands” o Kazakhstan o Kyrgyzstan o Tajikistan o Turkmenistan o Uzbekistan o Borneo o Brunei o Cambodia o “East Timor” o Indonesia o Laos o Malaysia o “Mekong Valley” o Myanmar o Burma o Philippines o Singapore o Thailand o Vietnam o Bangladesh o Bhutan o India o Nepal o Pakistan o “Sri Lanka” o China o Korea o Macao o Mongolia o Taiwan o Afghanistan o Bahrain o Iran o Iraq o Israel o Jordan o Kuwait o Lebanon o Oman o Qatar o “Saudi Arabia” o Syria o Turkey o “United Arab Emirates” o Yemen o Fiji o “New Caledonia” o “Papua New Guinea” o Vanuatu o Micronesia o Melanesia o Guam o Palau o Polynesia o Samoa o Tonga o Armenia o Azerbaijan o (Georgia NO Georgia[MeSH]) o Albania o Estonia o Latvia o Lithuania o Bosnia o Herzegovina o Bulgaria o Belarus o Croatia o “Czech Republic” o Hungary o Macedonia o Moldova o Montenegro o Poland o Romania o Russia o Bashkiria o Dagestan o Slovakia o Slovenia o Ukraine o Cameroon o “Central African Republic” o Chad o Congo o “Democratic Republic of the Congo” o “Equatorial Guinea” o Gabon o Burundi o Djibouti o Eritrea o Ethiopia o Kenya o Rwanda o Somalia o Sudan o Tanzania o Uganda o Angola o Botswana o Lesotho o Malawi o Mozambique o Namibia o “South Africa” o Swaziland o Zambia o Zimbabwe o Benin o “Burkina Faso” o “Cote d’Ivoire” o Gambia o Ghana o Guinea o “Guinea-Bissau” o Liberia o Mali o Mauritania o Niger o Nigeria o Senegal o “Sierra Leone” o Togo o Algeria o Egypt o Libya o Morocco o Tunisia o Comoros o Madagascar o Mauritius o Reunion o Seychelles o “developing country” o “third-world country” o “third world country” o “less developed” o “sub-Saharan” o “Caribbean Region”[Mesh] O “Pacific Islands”[Mesh] O “Mexico”[Mesh] O “Latin America”[Mesh] O “Indian Ocean Islands”[Mesh] O “Central America”[Mesh] O “Asia”[Mesh] O “Africa”[Mesh] O “Europe, Eastern”[Mesh] O “South America”[Mesh] O “Africa, Northern” [Mesh] o “Africa South of the Sahara” [Mesh] o “Asia, Central”[Mesh] o “Asia, Southeastern” [Mesh] o “Asia, Western” [Mesh] o “Far East” [Mesh] o “Developing Countries”[MeSH]

NO

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

D.

case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt] case reports[pt] o comment[pt] o editorial[pt] o conference[pt] o legal cases[pt] o legislation[pt] o newspaper article[pt] o patient education handout[pt] o retracted publication[pt]

En agosto, se acotó la estrategia de búsqueda. A continuación se presenta la nueva búsqueda realizada en las bases de datos más importantes.

Búsqueda 6: Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes

Búsqueda hecha en PubMed por Tomas ALLEN, Bibliotecario
Correo electrónico:
allent@who.int

(Paso 1 Y (Paso 2 O Paso 3 O Paso 4) Y Paso 5 Y Paso 6) NO Paso 7

Límite: Años 2007-2010

Búsqueda hecha en PubMed el 6 de noviembre de 2010

Número total de referencias encontradas: 3627

Paso 1

(Adolescent[mesh] o Minors[mesh] o teen[all fields] o teens[all fields] o teenager[all fields] o teenagers[all fields] o teenaged[all fields] o juvenile* o preteen* o pre-teen* o minor o minors o adolescent o youth[text] o youths[text] o girl*)

Y

Paso 2

“prenatal care”[mesh] o “maternal health services”[mesh] o “perinatal care”[mesh] o antenatal care o prenatal care o care in pregnancy o maternal health services o “perinatal care” o “peri-natal care” o ANC

O

Paso 3

Midwifery[mesh] o delivery care o intrapartum care o parturition care o perinatal care o skilled birth attendant o midwife o (doctor and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o ((nurse not breastfeeding[mesh]) and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o (health practitioner[tiab] and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o (medical professional and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*)) o institutional delivery o (health facility and (delivery o deliveries o parturition o birth* o childbirth*))

O

Paso 4

“Posnatal care”[mesh] o (“postpartum period”[mesh] and care) posnatal care o post delivery care o puerperium care o postpartum care o postpartum service* o postpartum program*

Y

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

B.

Paso 5

“Health Promotion”[Mesh] O (promotion* AND Health) O “Wellness Program*”
O (Health AND Campaign*) O “Health Education”[Mesh] O “Community Health
Services”[Mesh] O “Community Mental Health Services”[Mesh] O “Primary Health
Care”[Mesh] O “education”[Subheading] O “Patient Education as Topic”[Mesh]
O “Patient Education Handout”[Publication Type] O “Minority Health”[Mesh] O
“social participation” O “community mobilization” O “community mobilisation”
O empowerment O “Consumer Advocacy”[Mesh] O “Patient Advocacy”[Mesh] O
“Communication”[Mesh] O “Mass Media”[Mesh] O “Human Rights”[Mesh] O
“Patient Rights”[Mesh] O “Women’s Rights”[Mesh] O “Reproductive Rights”[Mesh]
O “Culture”[Mesh] O “Motivation”[Mesh] O “Health Services Accessibility”[Mesh]
O accessibility O access O “patient education” [mh] O “ patient centred care “ [mh]
O “information booklet” [tw] O pamphlet* [tw] O leaflet* [tw] O poster* [tw] O
“Community Health Nursing”[Mesh] O “health visitor*” O “visiting nurse*” O
(community AND nurse*) O “community leader*” O “home visit*” O “Health Services,
Indigenous”[Mesh] O indigenous O “Counseling”[Mesh] O counselling O counseling
O “disease prevention” [TIAB] O “Community Health Planning”[Mesh] O “population
based” O “Mass Screening”[Mesh] O “Health Policy”[Mesh]

Y

C.

Paso 6

Argentina o Bolivia o Brazil o Chile o Colombia o Ecuador o French Guiana o Guyana
o Paraguay o Peru o Suriname o Uruguay o Venezuela o Mexico o Belize o Costa
Rica o El Salvador o Guatemala o Honduras o Nicaragua o Panama o West Indies o
Antigua o Bahamas o Barbados o Cuba o Dominica o Dominican Republic o Grenada
o Guadeloupe o Haiti o Jamaica o Martinique o Antilles o “Saint Kitts and Nevis” o
Saint Lucia o “Saint Vincent and the Grenadines” o Trinidad o Tobago o Virgin Islands
o Kazakhstan o Kyrgyzstan o Tajikistan o Turkmenistan o Uzbekistan o Borneo o Brunei
o Cambodia o East Timor o Indonesia o Laos o Malaysia o Mekong Valley o Myanmar
o Burma o Philippines o Singapore o Thailand o Vietnam o Bangladesh o Bhutan o
India o Nepal o Pakistan o Sri Lanka o China o Korea o Macao o Mongolia o Taiwan
o Afghanistan o Bahrain o Iran o Iraq o Israel o Jordan o Kuwait o Lebanon o Oman
o Qatar o Saudi Arabia o Syria o Turkey o United Arab Emirates o Yemen o Fiji o New
Caledonia o Papua New Guinea o Vanuatu o Micronesia o Melanesia o Guam o Palau
o Polynesia o Samoa o Tonga o Armenia o Azerbaijan o (Georgia NO Georgia[MeSH])
o Albania o Estonia o Latvia o Lithuania o Bosnia o Herzegovina o Bulgaria o Belarus
o Croatia o Czech Republic o Hungary o Macedonia o Moldova o Montenegro o
Poland o Romania o Russia o Bashkiria o Dagestan o Slovakia o Slovenia o Ukraine o
Cameroon o Central African Republic o Chad o Congo o “Democratic Republic of
the Congo” o Equatorial Guinea o Gabon o Burundi o Djibouti o Eritrea o Ethiopia
o Kenya o Rwanda o Somalia o Sudan o Tanzania o Uganda o Angola o Botswana o
Lesotho o Malawi o Mozambique o Namibia o South Africa o Swaziland o Zambia
o Zimbabwe o Benin o Burkina Faso o Cote d’Ivoire o Gambia o Ghana o Guinea

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

o Guinea-Bissau o Liberia o Mali o Mauritania o Niger o Nigeria o Senegal o Sierra Leone o Togo o Algeria o Egypt o Libya o Morocco o Tunisia o Comoros o Madagascar o Mauritius o Reunion o Seychelles o “developing country” o “third-world country” o “third world country” o “less developed” o “sub-Saharan” o “Caribbean Region”[Mesh] O “Pacific Islands”[Mesh] O “Mexico”[Mesh] O “Latin America”[Mesh] O “Indian Ocean Islands”[Mesh] O “Central America”[Mesh] O “Asia”[Mesh] O “Africa”[Mesh] O “Europe, Eastern”[Mesh] O “South America”[Mesh] O “Africa, Northern” [Mesh] o “Africa South of the Sahara” [Mesh] o “Asia, Central”[Mesh] o “Asia, Southeastern” [Mesh] o “Asia, Western” [Mesh] o “Far East” [Mesh] o “Developing Countries”[MeSH] o rural communit*[tiab] o rural area*[tiab] o rural region*[tiab] o rural province*[tiab] o rural district*[tiab] o remote communit*[tiab] o remote area*[tiab] o remote region*[tiab] o remote province*[tiab] o remote district*[tiab] o nonmetropolitan communit*[tiab] o nonmetropolitan area*[tiab] o nonmetropolitan region*[tiab] o nonmetropolitan province*[tiab] o nonmetropolitan district*[tiab] o non metropolitan communit*[tiab] o non metropolitan area*[tiab] o non metropolitan region*[tiab] o non metropolitan province*[tiab] o non metropolitan district*[tiab] o underserved communit*[tiab] o underserved countries[tiab] o underserved area*[tiab] o underserved region*[tiab] o underserved province*[tiab] o underserved district*[tiab] o under served communit*[tiab] o under served area*[tiab] o under served region*[tiab] o under served province*[tiab] o under served district*[tiab] o deprived[tiab] and communit*[tiab] o (deprived[tiab] and area*[tiab]) o (deprived[tiab] and region*[tiab]) o (deprived[tiab] and province*[tiab]) o (deprived[tiab] and district*[tiab]) o shortage communit*[tiab] o shortage area*[tiab] o shortage region*[tiab] o shortage province*[tiab] o shortage district*[tiab] o developing communit*[tiab] o developing country[tiab] o developing countries[tiab] o developing district*[tiab] o developing state*[tiab] o developing province*[tiab] o developing jurisdiction*[tiab] o developing nation*[tiab] o developing region*[tiab] o developing area*[tiab] o developing territory*[tiab] o less* developed communit*[tiab] o less* developed country[tiab] o less* developed countries[tiab] o less* developed district*[tiab] o less* developed state*[tiab] o less* developed province*[tiab] o less* developed jurisdiction*[tiab] o less* developed nation*[tiab] o less* developed region*[tiab] o less* developed area*[tiab] o less* developed territory*[tiab] o third world[tiab] o under developed communit*[tiab] o under developed country[tiab] o under developed countries[tiab] o under developed district*[tiab] o under developed state*[tiab] o under developed province*[tiab] o under developed jurisdiction*[tiab] o under developed nation*[tiab] o under developed region*[tiab] o under developed area*[tiab] o under developed territory*[tiab] o poor* communit*[tiab] o poor* country[tiab] o poor* countries[tiab] o poor* district*[tiab] o poor* state*[tiab] o poor* province*[tiab] o poor* jurisdiction*[tiab] o poor* nation*[tiab] o poor* region*[tiab] o poor* area*[tiab] o poor* territory*[tiab] o middle income communit*[tiab] o middle income country[tiab] o middle income countries[tiab] o middle income district*[tiab] o middle income state*[tiab] o middle income province*[tiab] o middle income jurisdiction*[tiab] o middle income nation*[tiab] o middle income region*[tiab] o middle income area*[tiab] o middle income territory*[tiab] o low income communit*[tiab] o low income country[tiab] o low income countries[tiab] o low income district*[tiab] o low income state*[tiab] o low income province*[tiab] o low income jurisdiction*[tiab] o low income nation*[tiab] o low income region*[tiab] o low income area*[tiab] o low income territory*[tiab] underserved communit*[tiab]

ANEXO 5 – Términos de búsqueda por cada resultado

o underserved countries[tiab] o underserved district*[tiab] o underserved state*[tiab]
o underserved province*[tiab] o underserved jurisdiction*[tiab] o underserved
nation*[tiab] o underserved region*[tiab] o underserved area*[tiab] o underserved
territory*[tiab] o under served communit*[tiab] o under served district*[tiab] o under
served state*[tiab] o under served province*[tiab] o under served jurisdiction*[tiab] o
under served nation*[tiab] o under served region*[tiab] o under served area*[tiab] o
under served territory*[tiab] o shortage communit*[tiab] o shortage district*[tiab] o
shortage state*[tiab] o shortage province*[tiab] o shortage jurisdiction*[tiab] o shortage
nation*[tiab] o shortage region*[tiab] o shortage area*[tiab] o shortage territory*[tiab] o
lmic[tiab] o lmics[tiab]

NO

D.

Paso 7

“case reports”[pt] o “comment”[pt] o “editorial”[pt] o “conference”[pt] o “legal cases”[pt]
o “legislation”[pt] o “newspaper article”[pt] o “patient education handout”[pt] o
“retracted publication”[pt]

(Paso 1 Y (Paso 2 O Paso 3 O Paso 4) Y Paso 5 Y Paso 6) NO Paso 7

ANEXO 6 – Protocolo utilizado para generar el resumen de la evidencia por cada resultado

PASO 1: REVISIÓN ESTUDIO POR ESTUDIO

A. Características de la intervención:

- Paso A1. Asegurarse de que el estudio ofrezca suficiente información como para que el lector sepa en qué consistió la intervención.
 - Si el estudio no proporciona suficiente información sumaria sobre la intervención, debe ser excluido.
- Paso A2. Asegurarse de que la intervención se haya llevado a cabo en un país de renta baja, baja/media o media/alta, según las categorías del Banco Mundial.
 - Excluir el estudio si proviene de un país de renta alta.
- Paso A3. Asegurarse de que la intervención se centre en adolescentes entre 10 y 19 años. Si la intervención incluye a grupos de otras edades, asegurarse de que al menos 80% de los participantes tengan entre 10 y 19 años.
 - Excluir aquellas intervenciones que: i) no incluyan exclusivamente adolescentes entre 10 y 19 años de edad o ii) menos del 80% de la población objeto tenga entre 10 y 19 años de edad.

B. Características del estudio:

Estos son los pasos básicos sugeridos (basados en la publicación de Armstrong y col¹)

- Paso B1. Asegurarse de que el estudio haya utilizado uno de los siguientes diseños:
 - Ensayo controlado aleatorio
 - Control antes y después de los estudios (con grupo de comparación)
 - Series de tiempo interrumpido (si la interrupción es la intervención)
 - Comparaciones con los controles históricos o las tendencias nacionales
 - Estudios cualitativos
 - Excluir el estudio si no utiliza uno de estos diseños, que permiten al lector evaluar el impacto de la intervención o hacer inferencias sobre la base de pruebas estadísticas.
 - La sección 4 de la revisión de Armstrong y col incluye criterios detallados de la evaluación de calidad.
- Paso B2. Asegurarse de que el estudio tenga un mínimo de 80 muestras
 - Excluir el estudio si tiene menos de 80 sujetos y no coincide con los criterios de inclusión.
- Paso B3. Asegurarse de que el estudio mida el impacto de la intervención en lo referente a uno o más de los resultados que se relacionan con las preguntas clave (reducción de la posibilidad de matrimonio antes de los 18 años de edad, aumento del uso de anticonceptivos entre las adolescentes, etc.). Esto es sumamente importante, ya

¹ Armstrong R, Waters E, Doyle J (editors). Chapter 21: Reviews in health promotion and public health. In Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated 2011)*. The Cochrane Collaboration, 2011 (Available from HYPERLINK "<http://www.cochrane-handbook.org>" www.cochrane-handbook.org).

ANEXO 6 – Protocolo utilizado para generar el resumen de la evidencia por cada resultado

que también se incluyeron los resultados intermedios (actitudes o conocimiento, etc.) o los resultados más alejados (conductas, etc.).

- Si el estudio mide el impacto en un resultado que analiza otro consultor, informar al secretariado de la OMS.

PASO 2: RESUMEN ESTUDIO POR ESTUDIO

A. Características de la intervención

- Paso A1. Tomar nota de la siguiente información REFERENTE A LA INTERVENCIÓN en cada estudio:

- Ubicación
- Nombre de la intervención o el programa
- Población objetivo (edad, sexo)
- Objetivos de la intervención primaria
- Duración de la intervención
- Descripción básica de la intervención (3-4 viñetas)

B. Características del estudio

- Paso B1. Tomar nota de la siguiente información ACERCA DE LA EVALUACIÓN para cada estudio:

- Diseño del estudio
- Tamaño de la muestra
- Población del estudio (edad, sexo)
- Resultados medidos
- Resultados primarios
- Factores que afectan la fuerza de la evidencia

PASO 3: CALIFICAR LA CALIDAD DEL CONJUNTO DE EVIDENCIAS POR CADA RESULTADO

Para mayores detalles, por favor consultar el *Manual para la elaboración de directrices de la OMS*.ⁱⁱ

ⁱⁱ *WHO Handbook for Guideline Development*. Geneva, World Health Organization, 2010. Available from http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grc_handbook_mar2010_1.pdf (accessed 3 April 2011).

EL EMBARAZO ADOLESCENTE contribuye a la mortalidad materna, perinatal e infantil, y a perpetuar el ciclo vicioso de la pobreza y la salud precaria. La reducción del embarazo adolescente es fundamental para el logro de los Objetivos del Milenio relacionados con la infancia y con la mortalidad materna y la meta global de reducción de la pobreza. Un número creciente de países cuenta con políticas nacionales de salud reproductiva y ha identificado la reducción del embarazo adolescente como una prioridad. Sin embargo, los enfoques adoptados no son –en muchos casos– suficientemente integrales, y a menudo no se basan en evidencia contundente.

Las Directrices de la OMS para prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo brindan una base fuerte de evidencia para orientar el desarrollo o la adaptación de las políticas y estrategias públicas. Las directrices garantizan que los recursos disponibles se empleen en los mejores enfoques para prevenir los embarazos precoces en adolescentes, y así reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el embarazo y el parto.

**Departamento de Salud de la Madre, el
Recién Nacido, el Niño y el Adolescente**
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
1211 Ginebra 27
Suiza
Teléfono: +4122 791 3281
Fax: +4122 791 4853
www.who.int

ISBN 978 92 4 350221 2

