**Apoyando la salud reproductiva de los jóvenes: incluyendo LARC en unidades de salud adaptadas a los jóvenes en Etiopia**

A nivel mundial, el 25% de la población – 1.8 billones - son jóvenes (10 - 24 años).[[1]](#endnote-1) Este grupo grande y diverso dará forma al mundo demográfico, económico, sociopolítico del futuro. En la actualidad, la mayor parte de los jóvenes - 89% - viven en países en vías de desarrollo, esto incluye 33 millones de niños y jóvenes de 0 a 24 años, en Etiopía. En este país, la tasa de fecundidad sigue siendo alta. La tasa global de fecundidad (TGF) es de 4.6 hijos por mujer, con una variación sustancial por región: la TGF ha caído por debajo del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer) en la capital Addis Abeba; en las ciudades es de 3.5 hijos por mujer y en las zonas rurales donde vive el 84% de la población se mantiene por encima de los 6 hijos por mujer[[2]](#endnote-2),[[3]](#endnote-3). La alta tasa de fecundidad conduce a una población base cada vez más grande de niños y jóvenes[[4]](#endnote-4). Es fundamental abordar la salud sexual y reproductiva de grandes grupos poblacionales de jóvenes no sólo para apoyar su derecho universal a la salud - que incluye el acceso a métodos anticonceptivos -, sino también para contribuir con los esfuerzos de desarrollo en ampliación de la educación, proporcionar empleos significativos y reducción de la pobreza.

Afortunadamente, la importancia de proporcionar información en materia de salud reproductiva y servicios a la juventud está ganando atención a nivel mundial. Es clave para proporcionar la gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los métodos reversibles de acción prolongada (LARC por sus siglas en inglés) en el contexto de los servicios adaptados a los jóvenes. La FP2020 Declaración de Consenso Global sobre LARC y la juventud, promulgada en octubre de 2015, destaca cómo puede hacerse. La Declaración de Consenso señala que garantizar el acceso de los jóvenes a LARC contribuirá a prevenir embarazos no deseados, reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, disminuir los abortos inseguros y asegurar todas las opciones anticonceptivas e información para la juventud (ver el recuadro 1).

**Recuadro 1**

**Declaración de Consenso Global: Ampliación de las opciones anticonceptivas para los adolescentes y jóvenes que incluyan métodos anticonceptivos Reversibles de acción prolongada**

*Pathfinder International, Evidence 2 Action (E2A), PSI, Marie Stopes International, FHI 360*

Los esfuerzos globales para prevenir embarazos no deseados y mejorar el espaciamiento entre embarazos de los adolescentes y jóvenes reducirán la morbilidad y mortalidad materno infantil, reducirán las tasas de aborto inseguro, disminuirán la incidencia de VIH/ITS, mejorarán el estado nutricional, mantendrán las niñas en la escuela, mejorarán las oportunidades económicas y contribuirán a alcanzar las Metas de Desarrollo Sostenible. Reconocemos y nos comprometemos y hacemos un llamado a todos los programas que promueven la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes para asegurar todas las opciones anticonceptivas e información, a través de:

• Proveer la más amplia gama de opciones anticonceptivas disponible, que incluyen anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por ejemplo, implantes anticonceptivos y dispositivos intrauterinos) a todos los adolescentes y jóvenes sexualmente activos (desde la menarquía hasta los 24 años), independientemente del estado civil y paridad.

• Asegurar la oferta y disponibilidad de LARC entre las opciones anticonceptivas esenciales, durante la educación sobre métodos anticonceptivos, consejería y servicios.

• Proporcionar información basada en la evidencia a los legisladores, representantes del Ministerio, directores de programas, proveedores de servicios, comunidades, miembros de la familia, adolescentes y jóvenes sobre la seguridad, eficacia, reversibilidad, rentabilidad, aceptabilidad, tasas de continuación y los beneficios a la salud así como los no relacionados a la misma de las opciones anticonceptivas, que incluyen LARC, para adolescentes y jóvenes sexualmente activos que quieren evitar, retrasar o espaciar los embarazos.

**Desafíos y necesidad insatisfecha**

Existen múltiples desafíos para abordar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes (SDSR). Muchas niñas y mujeres jóvenes se ven obligadas a casarse a temprana edad y la maternidad precoz, especialmente en los países en vías de desarrollo en donde las normas sociales lo imponen. El matrimonio a temprana edad y maternidad precoz no sólo trunca la educación de una joven y limitan su compromiso social, sino también llevan consigo graves riesgos para la madre e hijo. Las mujeres jóvenes, especialmente aquellas que no están casadas, también enfrentan a un riesgo importante de tener abortos inseguros[[5]](#endnote-5). Por ejemplo, en África Subsahariana, las mujeres menores de 25 años representan el 51% de los abortos inseguros[[6]](#endnote-6).

No obstante, muchos jóvenes desean tener control de su fertilidad. Según la encuesta demográfica y de salud del 2011 en Etiopía, en general más de un cuarto de las mujeres en edad reproductiva (26.3%) tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar — desean retrasar, espaciar, o incluso en algunos casos limitar la maternidad, pero no utilizan algún método anticonceptivo. Sin embargo, entre las mujeres adolescentes, la proporción aumenta a casi un tercio (32,8%).

Es un componente clave para asegurar la SDSR de la juventud y reducir la necesidad insatisfecha es poner a disposición la gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo LARC (como los DIU y los implantes) que tienen una tasa muy baja de fracaso (menos del 1%). Sin embargo, los jóvenes todavía encuentran barreras significativas para acceder y usar cualquier método anticonceptivo. Estas barreras incluyen: conocimiento limitado de sus opciones anticonceptivas; mitos y conceptos erróneos alrededor de los métodos; parcialidad del proveedor sobre qué métodos son apropiados para adolescentes; falta de apoyo familiar, de la pareja y comunitario; normas sociales negativas; y la falta de acceso a los recursos para llegar a sitios de servicio o pagar por los servicios. Los LARC magnifican estas barreras (ver recuadro 2).

**Recuadro 2**

**Barreras para incrementar el uso de LARC**

Para comprender mejor las barreras y facilitar el acceso de los jóvenes a todos los métodos y el uso de LARC, el Proyecto Evidencia para Actuar (E2A) realizó un análisis a lo largo de Tanzania, Nigeria, Mozambique, Bangladesh y Etiopía. Todos los cinco países presentaron barreras similares:

• Mayoría de los jóvenes no conocían los LARC.

• Entre aquellos mitos y conceptos erróneos que nublaron la percepción de los LARC; el temor a los efectos secundarios fueron los elementos más disuasivos.

• Hubo una parcialidad substancial por parte de los proveedores en los cinco países, con los proveedores que se niegan a ofrecer LARC porque las clientas eran demasiado jóvenes, no habían tenido hijos o eran solteras.

• Los países tenían normas sociales y estigmas que rodean la sexualidad y el uso de anticonceptivos entre los adolescentes, particularmente LARC, que evitan que los adolescentes y jóvenes escojan el método anticonceptivo.

Los datos de la encuesta demográfica y de salud resaltan que los jóvenes que usan anticonceptivos generalmente no escogen los métodos más eficaces, mucho menos LARC. Más del 50% del grupo más joven (entre 15-19 años) utiliza métodos tradicionales y preservativos, le siguen las pastillas anticonceptivas e inyecciones. El grupo entre los 20-24 años muestra un pequeño incremento en el uso de métodos hormonales y DIU[[7]](#endnote-7). Estos métodos tienen tasas de fracaso más altas que los LARC. Además de los desafíos de usar métodos menos efectivos, hay pruebas claras que los jóvenes no usan un método tan efectivo como las mujeres mayores[[8]](#endnote-8). Sin embargo, esta brecha en el uso efectivo entre los usuarios jóvenes y mayores es menor con los LARC.

Los proveedores a menudo se muestran preocupados sobre si los LARC son seguros para los jóvenes, particularmente en términos de socavar su capacidad futura de procrear hijos. En algunos países se han promulgado políticas y leyes que pueden restringir específicamente el acceso a LARC de las jóvenes, particularmente para las que aún no han tenido hijos (conocida como nulíparas) o que no están casadas. Sin embargo, **varios grandes entes médicos del gobierno** han emitido declaraciones afirmando la seguridad e idoneidad de ofrecer LARC a los adolescentes y jóvenes; y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las mujeres adolescentes y nulíparas pueden utilizar LARC (DIU y los implantes) de manera segura [[9]](#endnote-9).

**Etiopía: Probando un modelo de prestación de servicios que ofrece LARC a los jóvenes**

Etiopía es el segundo país más grande de África y tiene una población predominantemente joven y rural. Con una población de aproximadamente 99.4 millones en el 2016, Etiopía es el país más poblado sin salida al mar en el continente africano y el segundo más poblado de África después de Nigeria. En la actualidad Etiopía es uno de los países con más rápido crecimiento en el mundo, con una tasa de crecimiento anual del 3.02%. En consecuencia, el país está experimentando un crecimiento considerable en la población juvenil. Aproximadamente un tercio de la población de Etiopía es menor de 25 años (33 millones de niños y jóvenes)[[10]](#endnote-10). Si Etiopía continua con el ritmo de crecimiento actual, en 30 años su población se duplicará, llegando a los 210 millones en el 2060.

Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud nos muestra que los jóvenes desean tener una familia más pequeña en comparación con cualquier otro grupo de edad de la población (ver figura 1). De las etíopes entre los 15-19 años, un 12% de las mujeres jóvenes han empezado a tener hijos y sólo el 5% utiliza un método anticonceptivo moderno, a pesar de la alta tasa de necesidad insatisfecha de espaciamiento entre las adolescentes casadas (30%). Aunque la tasa de uso de anticonceptivos modernos ha aumentado entre los jóvenes, la mayoría de ellos todavía utilizan métodos de corta duración. Por ejemplo, de todas las mujeres entre 20-24 años, sólo el 5% utiliza implantes, mientras que el 23% usa inyecciones[[11]](#endnote-11).

***Gráfico 1***

Para apoyar el acceso ampliado a toda la gama de métodos anticonceptivos entre los jóvenes, E2A realizó un estudio longitudinal para probar el acceso ampliado a LARC. De junio del 2014 a abril del 2015, en colaboración con el Programa Plus Salud Familiar Integral (IFHP + por sus siglas en inglés), E2A evaluó un modelo de prestación de servicios en 20 unidades de salud adaptadas a los jóvenes en las regiones de Amhara y Tigray en Etiopía. El modelo brindó consejería y servicios sobre anticonceptivos a usuarios jóvenes. En la mitad de las unidades se recibió información y consejería ampliada, así como acceso a LARC y en la otra mitad se recibió servicios regulares en materia de métodos anticonceptivos como parte de la iniciativa adaptada a los jóvenes del IFHP.

El modelo de prestación de servicios puesto a prueba incluye:

* Capacitación basados en las habilidades del proveedor sobre implantes e inserción de DIU, remoción y control de infecciones.
* Realizar capacitación de refrescamiento para los colegas educadores para brindar asesoría sobre la seguridad y eficacia de los LARC, erradicar los mitos y percepciones erróneas y referir a los jóvenes a centros de atención.
* Realizar supervisión de apoyo a los proveedores.

**Tabla 1: Distribución porcentual de los usuarios de planificación familiar por características demográficas y tipo de sitio (con intervención y sin intervención) (junio de 2014 – de 2015 de abril)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Características demográficas | Total % | Con Intervention % | Sin-Intervention % |
| **USUARIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ­**– Todos los usuarios | | | |
| **Edad** | *n = 14,857* | *n = 9,551* | *n = 5,306* |
| **<15 años** | 0.2 | 0.1 | 0.3 |
| **15 – 19** | 40.2 | 39.5 | 41.5 |
| **20 – 24** | 59.6 | 60.4 | 58.2 |
| **Estado civil** | *n = 14,012* | *n = 8,883* | *n = 5,099* |
| **Casado** | 76.9 | 76.3 | 78.0 |
| **Unión libre** | 7.8 | 7.2 | 9.0 |
| **Soltero** | 14.8 | 16.2 | 12.4 |
| **Divorciado/separado/viudo** | 0.4 | 0.3 | 0.5 |
| **Paridad** | *n = 13,998* | *n = 8,916* | *n = 5,082* |
| **Nulíparas** | 63.1 | 65.1 | 59.4 |
| **Uno** | 29.3 | 27.4 | 32.6 |
| **Dos o más** | 7.6 | 7.4 | 8.0 |
| **USUARIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR** | | | |
| **Edad** | *n = 5,483* | *n = 3,599* | *n = 1,884* |
| **<15 años** | 0.3 | 0.2 | 0.5 |
| **15 – 19** | 50.3 | 48.5 | 53.8 |
| **20 – 24** | 49.4 | 51.4 | 45.6 |
| **Estado civil** | *n = 5,043* | *n = 3,279* | *n = 1,764* |
| **Casado** | 66.2 | 65.6 | 67.3 |
| **Unión libre** | 10.1 | 9.7 | 10.9 |
| **Soltero** | 23.2 | 24.4 | 21.0 |
| **Divorciado/separado/viudo** | 0.5 | 0.4 | 0.8 |
| **Paridad** | *n = 5,032* | *n = 3,282* | *n = 1,750* |
| **Nulípara** | 76.4 | 78.8 | 71.9 |
| **Uno** | 19.7 | 17.9 | 23.1 |
| **Dos o más** | 3.9 | 3.3 | 5.0 |

Los resultados del estudio sugieren que cuando los proveedores de servicios adaptados a los jóvenes están capacitados para brindar los DIU e implantes de una forma segura y competente, hay más posibilidades que los jóvenes adopten estos métodos. Los resultados del estudio riguroso con grupos comparativos durante 8 meses después de la intervención demostraron claramente este impacto. Al inicio del estudio, el porcentaje de nuevos usuarios de LARC entre todos los usuarios nuevos de planificación familiar en las unidades con intervención fue más bajo que en las unidades sin intervención, mientras que, durante la fase posterior a la intervención, el porcentaje de nuevos usuarios de LARC en las unidades con intervención fue mayor que en las unidades sin intervención (ver gráfico 2).

***Gráfico 2***

Adicionalmente:

* Después de 10 meses de intervención, por cada 100 mujeres que adoptaron LARC en las unidades sin intervención, 130 mujeres adoptaron LARC en unidades con intervención.
* También, es menos probable que los nuevos usuarios elijan un método de corta duración después de la intervención. Durante la fase posterior a la intervención, sólo 93 mujeres en las unidades con intervención optaron por usar métodos de corta duración por cada 100 que los eligió en los sitios de control.

Los resultados del estudio también sugieren que un número creciente de mujeres que aún no ha comenzado la maternidad buscó servicios anticonceptivos y a menudo determinó usar algún método de acción prolongada. Durante el período del estudio, el 63% de las mujeres que asistieron a servicios adaptados a los jóvenes aún no había tenido hijos y en su totalidad el 81% de las mujeres que optaron emplear un método de acción prolongada por primera vez en los sitios con intervención no había tenido niños[[12]](#endnote-12). En general, el estudio encontró que mejores habilidades de los proveedores y asesoramiento sobre los LARC produjo a una creciente acogida entre los jóvenes, mientras que la consejería de pareja aparentemente no aumentó el uso de LARC entre los jóvenes.

**Reconocimiento:** Gran parte del contenido de este estudio de caso es una adaptación de *Testing a Service-Delivery Model for Offering Long Acting Reversible Contraceptive Methods to Youth in Ethiopia*, una reseña de política financiada por la USAID Proyecto evidencia para Actuar (E2A). Puede aprender más sobre el proyecto y leer toda la reseña de la política en [www.e2aproject.org](http://www.e2aproject.org)

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), *The Power of 1.8 Billion: Adolescents, Youth, and the Transformation of the Future,* (2014), accessed at www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report\_FINAL-web.pdf. [↑](#endnote-ref-1)
2. # Noticias BBC, “Why Ethiopian Women Are Having Fewer Children Than Their Mothers,” (Noviembre 6, 2015).

   [↑](#endnote-ref-2)
3. # Charles Teller and Tesfayi Gebreselassie, “Religious, Ethnic, and Regional Factors of High Fertility in Ethiopia,” (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009).

   [↑](#endnote-ref-3)
4. FPNU, *The Power of 1.8 Billion,* 2014. [↑](#endnote-ref-4)
5. M. K. Baldwin & A. B. Edelman, “The Effect of Long-Acting Reversible Contraception on Rapid Repeat Pregnancy in Adolescents: A Review,” *Journal of Adolescent Health* 52, no. 4 (2013): S47-S53. [↑](#endnote-ref-5)
6. I.H. Shah and E. Ahman, “Unsafe Abortion Differentials in 2008 by Age and Developing Country Region: High Burden Among Young Women,” *Reproductive Health Matters* 20, no. 39 (2012): 1-6. [↑](#endnote-ref-6)
7. John Ross, Jill Keesbury, and Karen Hardee, “Trends in the Contraceptive Method Mix in Low- and Middle-Income Countries: Analysis Using a New ‘Average Deviation’ Measure,” *Global Health: Science and Practice* 3, no. 1 (2015). [↑](#endnote-ref-7)
8. CB Polis et al., “Contraceptive Failure Rates in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Data in 43 Countries,” (New York: Guttmacher Institute, 2016); C. McNicholas et al., “The Contraceptive CHOICE Project Round Up: What We Did and What We Learned,” *Clin Obstet Gynecol*  57, no. 4 (2014): 635-643. [↑](#endnote-ref-8)
9. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use* (Ginebra: OMS, 2015). [↑](#endnote-ref-9)
10. Evidence 2 Action (E2A) Project, “Testing a Service-Delivery Model for Offering Long-Acting Reversible Contraceptive Methods to Youth in Ethiopia,” (Agosto 2015); Agencia Central de Inteligencia, “The World Factbook,” accesar en at <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/et.html>, el 20 de julio, 2015. [↑](#endnote-ref-10)
11. Ethiopia Mini Demographic and Health Survey 2014, (Addis Ababa, Ethiopia: Ethiopia Central Statistical Agency, 2014). [↑](#endnote-ref-11)
12. E2A Project, Agosto 2015. [↑](#endnote-ref-12)