

LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES. UNA ESTRATEGIA PENDIENTE EN PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

YOUTH-FRIENDLY HEALTH CARE SERVICES. A PENDING STRATEGY IN PROMOTING SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

Yenny Patricia Moreno Rangel¹

Recibido: 17 de febrero de 2018

Evaluado: 14 de marzo de 2018

Aceptado: 04 de abril de 2018

Conflicto de intereses

Ninguno a declarar

Cómo citar este artículo

Moreno Rangel Y. Los servicios amigables para adolescentes y jóvenes. Una estrategia pendiente en promoción de la salud sexual y reproductiva. *universalud.rev.ciencias salud Unisangil* 2018; 8(1): xxxx

Correspondencia:

ymoreno@unisangil.edu.co -
yepamora77@gmail.com tel.
3002596232

RESUMEN

Introducción: Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la importancia del modelo de servicios amigables como herramienta importante para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Desarrollo: Se hace énfasis en la necesidad de superar la mirada tradicional algo sesgada y dogmática que considera tabú la educación en sexualidad para los niños y jóvenes, desconociendo el hecho de que se constituye en un derecho humano que tiene gran repercusión en la calidad de vida y, por ende, la salud de los adolescentes.

Conclusión: Los adolescentes y jóvenes necesitan un acompañamiento y una educación en el amplio sentido de la sexualidad humana, que se espera que haya iniciado en la infancia, para que al llegar a esta etapa puedan ejercer libremente sus derechos sexuales y reproductivos por lo que la implementación de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes debe ser una realidad.

Palabras clave: Sexualidad, salud sexual, adolescente.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this article is to reflect on the importance of youth-friendly health care services as an important tool to improve the sexual and reproductive health of adolescents.

Development: Emphasis is placed on the need to overcome the traditional, somewhat biased and dogmatic view that considers sexuality education to be taboo for children and young people, ignoring the fact that it constitutes a human

(1) Docente programa enfermería UNISANGIL, Mg. mujeres y salud, Universidad Complutense de Madrid, candidata a Mg. salud sexual y reproductiva, Universidad el Bosque

Correspondencia: ymoreno@unisangil.edu.co -
yepamora77@gmail.com tel. 3002596232

right that has a great impact on the quality of life and therefore the health of adolescents.

Conclusion: Adolescents and young people need an accompaniment and education in the broad sense of human sexuality, which is expected to have begun in childhood, so that when they reach this stage they can freely exercise their sexual and reproductive rights so the implementation of friendly services for youth and adolescents must be a reality.

Key words: Sexuality, sexual health, teenager.

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a dudas, el tema de la educación en sexualidad en la adolescencia continúa generando grandes debates tanto a nivel privado como público, así, pues, para los jóvenes y sus familias, los educadores y el sector salud, encontrar la estrategia de abordaje, sigue siendo un gran reto, pues a pesar de que la salud sexual y la salud reproductiva son ahora una prioridad de las políticas públicas y existe una legislación a su favor. La misma United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Unesco⁽¹⁾, en las orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad dadas este año, advierte que muy pocas personas jóvenes reciben una preparación adecuada para su vida sexual, haciéndolos potencialmente vulnerables ante la coerción, el abuso y la explotación sexual, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, y que la divulgación y el cumplimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la educación y el apoyo a los jóvenes, en general, sigue siendo limitada y poco efectiva.

A pesar de logros como la lenta disminución del embarazo adolescente y del aborto

clandestino y en condiciones inseguras, y la lucha contra la infección VIH/SIDA, se constata con evidencias como los resultados de evaluaciones del fondo de poblaciones unidad (UNFPA)⁽²⁾, que los servicios especializados para la atención de adolescentes son insuficientes e inadaptadas a esta población, razón por la cual el presente trabajo intenta reflexionar en torno a una de las más recientes estrategias, encaminada a establecer una comunicación más efectiva y perdurable con la juventud, que permita brindar el apoyo necesario dentro de un ambiente de respeto a su autonomía, que le permita el libre ejercicio de sus derechos, los servicios amigables, analizando los pros y contras del modelo a nivel mundial y regional para, finalmente, evidenciar las bondades de dicha estrategia siempre y cuando su implementación sea la adecuada.

CONTEXTUALIZACIÓN

Para dar una idea de la problemática se citan los datos de la OMS⁽³⁾ que informa que en 2012 murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría por causas prevenibles o tratables y que específicamente en temas de sexualidad unos 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y, aproximadamente, 1 millón de niñas menores de 15 años, dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, esto conlleva, en la mayoría de los casos, a complicaciones durante el embarazo y el parto por lo que son la segunda causa de muerte entre las adolescentes en todo el mundo, además cada año unos 3 millones de adolescentes se someten a abortos peligrosos. Estas estadísticas pueden adquirir mayor relevancia en un país como Colombia en donde, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane)⁽⁴⁾, la población

joven es mayor que la de los adultos, incrementando las repercusiones a nivel de la situación en salud y las correspondientes cargas prestacionales y afectando no solo la calidad de vida de individuos y comunidades, sino los recursos humanos con los que cuenta la sociedad para seguir adelante en su búsqueda del bienestar para todos.

Al respecto, y para hacernos una idea del problema, se presentan los datos de la encuesta en demografía y salud ENDS 2015⁽⁵⁾ que dice que “en Colombia desde el año 2008 hasta el 2013, han nacido cada año, en promedio, 159.656 niñas y niños de madres entre 10 y 19 años”. Estas cifras son consecuencia de factores que pueden ser remediados, tales como la deserción escolar, la educación en sexualidad de manera integral y no solo la transmisión de la información, así como el acceso de los y las adolescentes a métodos anticonceptivos y a protección contra infecciones de transmisión sexual.

Los servicios amigables

Los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes quieren brindar información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y el respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad.

De acuerdo con la UNFPA⁽²⁾, el modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los y las adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población, asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes, y

de la comunidad, en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.

Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social⁽⁶⁾, al 2013 se habían implementado 850 servicios de salud amigables en 695 municipios del país, con un 61% de cobertura, pasando de ser una estrategia focalizada en algunos municipios a ser un programa nacional con respaldo y reconocimiento internacional.

Necesidad de acompañamiento en la adolescencia

Entidades como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA⁽⁴⁾, reconocen como una gran falencia el hecho de que cuando niñas y niños pasan a ser adolescentes y luego jóvenes, encuentran una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para ellas y ellos.

Esta situación motivó la suscripción de un convenio entre el UNFPA, y el Ministerio de Salud y Protección para implementar los servicios amigables y así fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes, a través de modelos e iniciativas que facilitan el cumplimiento de las metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a las direcciones territoriales, empresas aseguradoras y prestadoras de planes de beneficios.

En América Latina los jóvenes constituyen el 24.5 % de la población total. La inadecuada e inoportuna oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y educación sexual para jóvenes incrementa su riesgo a una inadecuada SSR. Colombia es uno de los pocos países en América Latina que ha implementado a nivel nacional servicios de SSR específicos y diferenciados para

jóvenes -conocidos como Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ)-(2).

A nivel del país se han instaurado muchos de estos servicios amigables, “en los siete años (2007–2013) de implementación del Modelo SSAAJ más de 800 clínicas a nivel nacional se convirtieron en amigables para jóvenes. En el 2013, 536 municipalidades en 32 departamentos tenían SSAAJ alcanzando una cobertura de 52 % por municipalidad”(5). Sin embargo, no son aún suficientes y no existen en algunas regiones donde más se tiene la necesidad debido, en parte, al deficitario sistema de salud que no solo incumple con las mínimas condiciones de prestación de servicios, sino que su reglamentación, acorde con el espíritu conformista de muchos funcionarios y responsables gubernamentales, permite múltiples adaptaciones e interpretaciones de las normas cumpliendo la normatividad, pero no con la equidad.

Un reto a futuro

A pesar de los avances logrados en las últimas décadas, el impacto de las estrategias encaminadas a mejorar la salud sexual y reproductiva es limitado, aún no se ha podido superar las barreras de inequidad, las desigualdades de género, los arraigados dogmas religioso-culturales, el sistema económico, social y de salud del país continúa influyendo negativamente en el logro del ideal de la SSR(6).

La búsqueda de mejores prácticas de los servicios adaptados a los jóvenes ha sido un objetivo en muchos países entre ellos Suecia, en donde se realizó un estudio que utilizando análisis comparativos, cualitativos, evaluó a todos los centros especializados para jóvenes suecos. Este protocolo analizó el uso de las

clínicas para jóvenes en el norte de Suecia y buscó identificar la mejor combinación de las condiciones necesarias, a fin de aplicar los criterios de clínicas para jóvenes suecos en otros lugares del mundo, lo que constituye uno de los ejemplos más completos y consolidados de una red nacional de servicios de salud para los jóvenes(6).

Por otro lado, Collumbien *et al.*(7) demostraron los progresos de los servicios amigables en regiones rurales de Bangladesh, donde a pesar de las dificultades superadas hasta el momento y los consabidos retos a futuro, han probando su eficacia y la posibilidad y necesidad de ser utilizados en todo el mundo. Infortunadamente, a pesar de las evidencias de su eficacia en varios países del mundo, en Colombia el modelo no ha resultado tan exitoso por múltiples causas, por ejemplo, una encuesta realizada en Cali(8) mostró que en la mayoría de las instituciones prestadoras de salud, no se cuenta con espacios y horarios definidos para la atención a los jóvenes, falta capacitación y número adecuado de funcionarios para la atención, ausencia de material de apoyo para educación en salud, denotando barreras no solo administrativas sino de prejuicios y dogmas en la atención a los adolescentes.

Así mismo, citando a Lafourie(9), para que se logre una atención en salud integral, deben darse nuevas lecturas que superen los modelos patriarcales impuestos a través de la historia, que intentan normatizar temáticas tan variables como la orientación sexual (heteronormativa) y los roles de género que continúan relegando a la mujer a un papel pasivo con respecto a su propia vida y decisiones, todo esto alimenta los imaginarios adolescentes en pleno proceso de autoconocimiento y de cambios.

Es por eso que el contar con un espacio especialmente adecuado para ellos, donde puedan expresarse libremente y se les oriente sin ser juzgados ni atemorizados, y en donde incluso se permita y promueva el diálogo con los padre y madres, pues son parte fundamental del proceso de educación de sus hijos, y con frecuencia ellos están intranquilos y dubitativos frente al proceso de crecimiento y desarrollo de sus hijos para que al orientarlos puedan ser el sólido pilar al que el adolescente acuda, en primera instancia, pues se está fortaleciendo la salud sexual entendida no solo como preparación para la procreación sino como el bienestar psicosocial que le permita avanzar a la adultez en excelentes condiciones.

Otro elemento para tener en cuenta, además de los aspectos logísticos, es la competencia e idoneidad de los profesionales a cargo, tal como lo recomienda la OMS⁽³⁾

para responder a la singularidad de los adolescentes, el personal sanitario debe desarrollar competencias –conocimientos, aptitudes y actitudes– para comprender mejor el desarrollo de los adolescentes y adoptar un estilo de comunicación diferente adaptado a la edad y la etapa de desarrollo del adolescente. Asimismo, es importante que los profesionales sanitarios sean competentes en la aplicación en la práctica clínica de las leyes y políticas que promueven, protegen y hacen valer los derechos de los adolescentes en la atención sanitaria mediante, por ejemplo, la evaluación de la capacidad de los adolescentes de tomar decisiones autónomas.

El punto de vista de padres y jóvenes

En relación con los padres, el estudio de Cook *et al.*⁽¹¹⁾ indica que

muchos padres han criado a sus hijos adolescentes desde el nacimiento y permanecen familiarizados con su anterior comportamiento infantil e inmaduros o inocentes pueden tardarse en reconocer la sexualidad emergente de sus hijos y su capacidad evolutiva para tomar sus propias decisiones, y de asumir la responsabilidad de sus decisiones.

Se suman a esto las experiencias de vida de padres y madres en torno a la sexualidad señalando que estuvieron marcadas por la falta de comunicación con adultos o cuidadores. Recurrentemente, hombres y mujeres señalaron que el tema era en muchas ocasiones prohibido o abordado de manera indirecta y reactiva, es decir: solo tocado ante la insistencia de los adolescentes que se atrevían a preguntar lo relacionado con los cambios propios de la pubertad⁽¹²⁾.

Este estudio es concordante con el de Gómez *et al.*⁽¹³⁾ quienes encontraron que la inseguridad afectiva podría inducir a las personas adolescentes a implicarse en comportamientos arriesgados, si con ello se logran tales objetivos, evidenciando el papel desempeñado por los vínculos afectivos establecidos con la madre y el padre, en donde la calidad de las relaciones de apego, en especial con la madre, parece tener un papel importante en relación con la disposición al riesgo en ambos grupos de actividad sexual y de sexo.

De igual forma, tal como lo demuestra el trabajo de Di Censo *et al.*⁽¹⁴⁾, existen pruebas

de que los programas de prevención pueden necesitar comenzar mucho antes de lo que inician los programas actualmente, es decir, desde la infancia debido, en parte, a la precocidad de inicio de relaciones en jóvenes y porque, como debe ser reconocido y promulgado, la sexualidad humana es innata y no puede esperarse alcanzar cierta edad para comenzar a educarse en ella.

Los mismos autores indican que son pocas las intervenciones de salud sexual que están diseñadas específicamente para adolescentes, quienes indican que la educación sexual debería ser más positiva, con menos énfasis en la anatomía y sin el uso del miedo al contagio o al embarazo como disuasión y mejor centrarse en habilidades de negociación en relaciones sexuales y en comunicación; incluyendo temas como el placer sexual, la prevención de la explotación sexual, la falta de respeto mutuo, entre otros temas que deberán enfrentar durante su vida adulta.

Actualmente han mejorado las políticas⁽¹¹⁾ que promueven la salud sexual y reproductiva, y los derechos reproductivos, gracias a directivas y convenios internacionales, que promueven un mayor acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, también se ha observado el fortalecimiento planes y estrategias sectoriales que promueven y protegen los derechos y avances en la equidad e igualdad de género.

El establecimiento del modelo de servicios amigables en Colombia está dando resultados tal como se evidenció en un estudio.

El análisis de la información identificó cinco elementos que facilitaron la ampliación a escala: políticas y guías

claras de implementación de SSAAJ, atributos claros de la organización usuaria y del equipo de recursos, establecimiento e implementación de una estrategia interinstitucional e intersectorial, identificación de aliados y abogadores de los SSAAJ, y sólidos monitoreo y evaluación⁽¹⁴⁾.

Los elementos que limitaron o retrasaron este esfuerzo fueron:

insuficiente número del personal de salud capacitado en la salud del joven y SSR, alta rotación del personal de salud, descentralizado sistema de seguro de salud, inadecuada dotación de recursos financieros y humanos, y percepciones negativas de miembros comunitarios sobre la oferta de información y acceso a servicios de SSR para jóvenes⁽¹⁵⁾.

De otra parte, una de las principales barreras para la realización de las intervenciones en educación en sexualidad es que los padres y maestros permanecen asumiendo o deseando que los adolescentes más jóvenes no sean sexualmente activos, con lo que se crean serias limitaciones para los programas de intervención preventiva ya que lo ideal sería mantener la prevención durante las distintas etapas de la vida⁽¹⁶⁾.

Por lo tanto, es importante aclarar a padres y adultos en general que al hablar de sexualidad, debe asumirse que se trata de un aspecto esencial en la vida de los seres humanos. La Organización Mundial de la Salud⁽³⁾ señala su importancia y su transversalidad, indicando que aborda todas las dimensiones del ser humano como el sexo, la identidad, el género, el erotismo, el placer, la reproducción, la orientación sexual y se expresa a través de distintas formas de relacionarse a partir de

creencias, prácticas, valores, entre otros aspectos que interactúan a nivel biológico, psicológico, social, económico, político, cultural, ético, histórico, religioso y espiritual.

CONCLUSIÓN

Podemos establecer, finalmente, que los servicios amigables se constituyen en un bastión de lucha en pro de las políticas sexuales y reproductivas, ya que el modelo permite implementar el establecimiento de relaciones más confiables de estos jóvenes con el sistema de salud que pueda continuarse a lo largo de su vida como adulto⁽¹⁷⁾, indicando a su vez que se hace necesario asumir la sexualidad como un elemento constitutivo e inherente al ser humano, dejando a un lado las concepciones religiosas o culturales que ven en el adolescente un ser humano incompleto, inmaduro e incapaz de tomar sus propias decisiones y a quien se le deben imponer reglas estrictas acerca de su sexualidad para que no se convierta en una cifra más de las estadísticas de salud.

Resulta urgente reconocer que la atención integrada de la sexualidad, específicamente a la población joven, es indispensable y no puede seguir permitiéndose una negación moralista o conformista de la misma¹⁹, ya que los y las adolescentes y jóvenes tienen un gran potencial, son energía que debe ser catalizada y enfocada en pro de su calidad de vida y que redundará en beneficio de su comunidad y del futuro de las regiones y del país.

Es importante también, reconocer que el abordaje de la salud sexual por parte del equipo de salud a cargo de la atención integral de los jóvenes, puede no estar exento de prejuicios derivados de las creencias y la

formación ideológica de cada persona, que sesgan la labor de los profesionales y que se constituye en un gran obstáculo que impide la creación de la relación de confianza y la empatía con otros miembros del equipo de salud y con los propios adolescentes.

REFERENCIAS

1. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco). International technical guidance on sexuality education An evidence-informed approach (2018) <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf>
2. Ministerio de la Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA–. Colombia Servicios de salud amigable para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. [acceso 9 de agosto de 2017]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 2831. Febrero 2002 [acceso 6 de abril de 2018]. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Tecnologías de la información y las comunicaciones,

2012. Recuperado de <http://www.dane.gov.co>
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS [documento en Internet]. Bogotá: Profamilia, 2015 [acceso 6 de abril de 2017]. Disponible en <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
 6. Ministerio de Salud y Protección Social. Servicios Amigables Boletín de Prensa No 009 de 2013 17/01/2013. [acceso 5 de marzo de 2018]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Servicios-Amigables.aspx>
 7. Collumbien M., Mishra M. & Blackmore C. Youth-friendly services in two rural districts of west bengal and jharkhand, india: Definite progress, a long way to go. *Reproductive Health Matters*, 19(37), 174-183. (2010) doi:10.1016/S0968-8080(11)37557-X.a [acceso 7 de marzo de 2017].
 8. Huaynoca S., Svanemyr J., Chandra-Mouli VC. & Moreno Lopez, DJ. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reproductive Health*, 12, 90, 2015 [acceso 2 de enero de 2018]. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575493/pdf/12978_2015_Article_79.pdf
 9. Lafaurie MM. Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *Revista Médicas UIS* 22.2 (2009). <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/367>
 10. Denno DM., Hoopes AJ., Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health*. (2015). [acceso 6 de febrero de 2018]. Disponible en [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(14\)00424-8/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(14)00424-8/abstract) Accessed 20 May, 2018
 11. Cook RJ., Erdman JN., Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 98, 182–187. Disponible en <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.ijgo.2007.04.018> [acceso 7 de marzo de 2018].
 12. Goicolea I., Christianson M., Hurtig A-K., Marchal B., San Sebastian M. & Wiklund M. Searching for best practices of youth friendly services - a study protocol using qualitative comparative analysis in Sweden. *BMC Health Services Research*, 2016, 16, 321. [acceso 6 de abril de 2017]. Disponible en <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1570-8>
 13. Gómez-Zapiain J., Ortiz M-J., Eceiza A. Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: el rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2016 oct [citado 29 de junio de 2017]; 32(3): 899-906. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-

- 97282016000300033&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.221691>
14. DiCenso A., Guyatt G., Willan A. & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7351), 2002, 1426. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC115855/pdf/1426.pdf>
 15. Sevilla T. & Orcasita L. "Hablando de sexualidad": una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali. *Avances en Enfermería*, 32(2), 2014, 191-205. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46097>
 16. Valencia C., Canaval G., Molina A., Caicedo H., Serrano L., Valencia R., Piedrahita V., Vásquez Y. & Echeverry J. Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. *Colombia Médica* (2010). 41(1), 26-34. Retrieved from <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/682/765>
 17. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente. Nota normativa formar a un personal sanitario competente en salud del adolescente, 2015. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/254661/1/WHO-FWC-MCA-15.05-spa.pdf>
 18. Chandra-Mouli V., Chatterjee S. & Bose, K. Do efforts to standardize, assess and improve the quality of health service provision to adolescents by government-run health services in low and middle income countries, lead to improvements in service-quality and service-utilization by adolescents? *Reproductive Health*, 13, 10, 2015. Disponible en <http://doi.org/10.1186/s12978-015-0111-y>.
 19. Meave Loza S. & Gómez-Maqueo EL. Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 2008, 203-222. Recuperado el 23 de agosto de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662008000100009&lng=es&tlng=es.