



Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud

Propuesta para su identificación y superación
Documento regional - 2010

COMITÉ REGIONAL ANDINO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud

Propuesta para su identificación y superación
Documento regional - 2010

COMITÉ REGIONAL ANDINO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Autores

Mary Luz Mejía Gómez
Pablo Montoya Chica
Ana Judith Blanco Rojas
María Lucía Mesa
Diva Janneth Moreno López
Carlos Iván Pacheco Sánchez

Comité editorial

Mary Luz Mejía Gómez
Carlos Iván Pacheco Sánchez
Gema Granados Hidalgo
Claudia Lily Rodríguez Neira

Fotografías

Family Care International / Joey O'Loughlin

Diseño, corrección de estilo e impresión

Innovar Soluciones Gráficas Ltda.

Primera edición, diciembre de 2010

Tiraje: 5000 ejemplares

ISBN 978-958-99349-7-5

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales. Derechos reservados por ley.

Los puntos de vista expresados son de los autores y no necesariamente reflejan los de los socios estratégicos.

Marco de cooperación

Convenio Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) – Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Socios implementadores

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue – ORAS CONHU
Family Care International – FCI
Organización Iberoamericana de Juventud – OIJ

Países en el marco de la cooperación

Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia*, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela.

*En el caso de Colombia, el Ministerio de Protección Social.

Apoyo técnico a países

Oficinas de UNFPA en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela.

Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

María Cecilia Delgadillo Arciniega - Bolivia
Diva Moreno López - Colombia
Paz Robledo Hoecker - Chile
Sylvia Santander Rigollet - Chile
Ane Gioconda Gavilanes Endara - Ecuador
Susana Guijarro Paredes - Ecuador
Lucy Del Carpio Ancaya - Perú
Rosario del Solar Ponce - Perú
José Luis Ferrer - Venezuela

**Agradecimiento especial a la oficina de UNFPA en Colombia
por la coordinación de la producción técnica del documento.**



Jóvenes conversando en la playa. Arica, Chile.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN		11
II. SERVICIOS DE SALUD	1. Contexto	17
	2. Servicios amigables para adolescentes y jóvenes	18
	3. Subregión andina	20
	PANEL 1. BOLIVIA	20
	PANEL 2. CHILE	21
	PANEL 3. COLOMBIA	22
	PANEL 4. ECUADOR	24
	PANEL 5. PERÚ	25
	PANEL 6. VENEZUELA	27
III. BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	1. Generalidades	29
	PANEL 7. CLASIFICACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	31
	2. Revisión de literatura sobre barreras de acceso a los servicios de salud	32
	<i>Barreras socioculturales</i>	32
	Nivel socioeconómico - costos directos e indirectos de los servicios	32
	Mitos, imaginarios y prejuicios - Conceptos sobre adolescencia, identidad de género, embarazo, orientación sexual y valores del cuidado de la salud	34
	<i>Barreras institucionales</i>	38
	Barreras institucionales relacionadas con la infraestructura, organización, oferta y calidad de los servicios	38
	Barreras institucionales relacionadas con procesos administrativos	40
	Barreras institucionales relacionadas con los recursos humanos	41
	Barreras institucionales relacionadas con los recursos financieros	43
	Barreras institucionales relacionadas con la interacción con la comunidad - actividad extramural, movilización comunitaria, participación juvenil.	44
	<i>Barreras políticas, nacionales o territoriales</i>	45
	Conclusiones y recomendaciones	47
	PANEL 8. Recomendaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) a los países de la subregión andina en materia de salud sexual y reproductiva para su población adolescente y joven	49
IV. GUÍA BÁSICA PARA IDENTIFICAR LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES		51
V. BIBLIOGRAFÍA		61
VI. ANEXO		69

ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres
CPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CRC	Convención para los derechos de la Infancia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ENDES	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar - Perú
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
IEC	Información, Educación, Comunicación
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
LAC	Región de Latinoamérica y el Caribe
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
MSP	Ministerio de Salud Pública
MPS	Ministerio de la Protección Social de Colombia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAPEA	Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
PEA	Prevención del Embarazo Adolescente
REMSAA	Reunión de Ministros(as) de Salud del Área Andina
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

El embarazo en adolescentes puede significar un problema familiar y social. El paso del adolescente a padre o madre puede conllevar cambios en la vida de varones y mujeres que incluyen sueños truncados por la prematura responsabilidad y situaciones complejas que implican riesgos para la salud y la vida de la adolescente y su bebé. También existen mayores posibilidades de exclusión social, estudiantil y laboral y mayor probabilidad de sufrir violencia basada en género y generacional. Estos elementos de vulneración y riesgos son originados en su mayoría por falta de acceso a la información y educación, a los cuidados profesionales, a la orientación, prevención y atención oportunas.

Las barreras de acceso a los servicios de salud para jóvenes y adolescentes son expresión de las dificultades que enfrentan los Estados en el cumplimiento de su obligación de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, debido a condiciones estructurales del desarrollo y especialmente a la deficiente oferta de servicios de salud, acompañada de acciones de información, educación, comunicación y promoción que no son suficientemente adecuadas, de manera que las necesidades de los grupos en muchas ocasiones no se transforman en demanda de servicios.

Esta situación, compartida por los Gobiernos de la Subregión Andina, motivó la búsqueda de soluciones.

Durante la Reunión de Ministros y Ministras de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, llevada a cabo en marzo de 2007, se emitió la Resolución REMSA XXVIII/457, mediante la cual se encargó la conformación del Comité Andino y la elaboración de un plan de trabajo. Se solicitó, además, que con apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA se elaborase e implementase el Plan Andino para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes.

El Organismo Andino de Salud – ORAS CONHU, en su función de Secretaría Técnica de los Ministerios y socio estratégico del UNFPA, asumió conjuntamente la responsabilidad de ejecutar dicho plan.

Dando cumplimiento a lo previsto en la Resolución, se conformó el Comité Subregional Andino, se elaboró el Plan para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y se diseñó un proyecto conjunto para implementar en los países; trabajo desarrollado por UNFPA/LACRO con apoyo de la Organización Iberoamericana de la Juventud -OIJ y Family Care International -FCI, como socios estratégicos.

El Plan Andino para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes tiene el objetivo de movilizar las acciones nacionales, teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presenta

el embarazo en adolescentes y otros indicadores asociados a la salud sexual y reproductiva de este grupo etario, así como la urgente necesidad de los países de identificar las determinantes sociales y el impacto que éstas tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social. En este contexto, el plan contempla desarrollar esfuerzos para identificar y superar las barreras de acceso que tienen adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva y, especialmente, a las acciones de prevención del embarazo adolescente.

El Ministerio de la Protección Social de Colombia y la Oficina de UNFPA en dicho país, han elaborado y puesto a discusión y aprobación de los países miembros de la subregión andina, el presente documento “BARRERAS PARA EL ACCESO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES A SERVICIOS DE SALUD”.

Caroline Chang

Secretaria Ejecutiva

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

El documento recoge aportes de los Ministerios de Salud de los 6 países integrantes del plan, del Ministerio de la Protección Social de Colombia, y del ORAS CONHU. Los mismos pretenden contribuir a la reflexión para identificar y superar las barreras en los distintos contextos y compartir las experiencias y lecciones aprendidas de los países, para de esta manera avanzar en nuestra meta conjunta de prevenir los embarazos adolescentes no planificados en la subregión andina.

Trabajar en la superación de barreras de acceso para adolescentes y jóvenes en los servicios de salud es uno de los ejes centrales en la prevención del embarazo en adolescentes, que, a su vez, es fundamental para el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna en todo el mundo.

Marcela Suazo

Directora Regional para América Latina y el Caribe

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



Clase de educación sexual. La Paz, Bolivia.



Adolescentes en un parque de Santiago, Chile.

I.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se sitúa entre los 10 y los 19 años y la juventud entre los 15 y los 24 años. Casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años. En la actualidad, la población mundial de jóvenes se encuentra en su pico máximo con más de 1.200 millones de adolescentes. La generación presente de adolescentes es considerada como la más grande de la historia y cuatro de cada cinco adolescentes viven en los países en desarrollo [1]. Datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) estimaban que para el año 2000, la población de 10 a 19 años representaba 21% de la población total de la región, con una distribución homogénea por sexo. En este mismo año, la pobreza alcanzó al 56% de los niños y adolescentes de 0 a 19 años en América Latina [1-4]. En 2006, el grupo de 10 a 24 años de edad constituía 28% (161 millones) de la población total de América Latina y el Caribe (LAC) y el de 10 a 19 años, 20% [5]. Existe un aumento en la actividad sexual de jóvenes a edades cada vez más tempranas estimándose que aproximadamente 50% de las y los adolescentes menores de 16

años son activos sexualmente. La tasa de fertilidad en mujeres adolescentes es mayor a 50 por mil en varios países de la región de las Américas, en donde cada año se registran 40.000 nacimientos de madres menores de 15 años y 2.200.000 de madres de 15 a 19 años [6-9].

Adolescentes y jóvenes, como sujetos de derechos, viven un período de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de sus identidades y se constituyen en uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de cualquier sociedad.

La adolescencia es un momento crítico del desarrollo humano con características singulares en razón a factores psicosociales, físicos y de identidad, donde se consolida la personalidad, la seguridad como individuo y la proyección al futuro pero también donde se presenta un aumento significativo de las prácticas de riesgo, al igual que importantes cambios emocionales y físicos que pueden afectar a largo plazo sus trayectorias de salud. Debido a esto, las y los adolescentes tienen una gran necesidad de servicios de atención preventiva, consejería, detección temprana de compor-

La proporción de nacimientos durante la adolescencia es aproximadamente de 18% en Latinoamérica y el Caribe y más del 50% en África subsahariana.

En Latinoamérica, anualmente se registran alrededor de 54.000 nacimientos de madres menores de 15 años de edad y 2 millones de madres de 15 a 19 años [14].

El riesgo de muerte materna es 4 veces más alto entre adolescentes menores de 16 años que entre mujeres de 20-24 años en Latinoamérica.

OMS (2010) [63]

tamientos de riesgo, lo mismo que educación sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (DSR), entre otros. Desafortunadamente, las y los adolescentes han sido históricamente el grupo de edad que menos probabilidad tiene de utilizar los servicios de salud. Diversos estudios en todo el mundo demuestran que tan sólo un porcentaje mínimo de los y las adolescentes ha tenido una consulta de chequeo en el último año [10]. Más aun, cuando las y los adolescentes atienden a las consultas preventivas o utilizan otros servicios de salud, hay estudios que sugieren que la mayoría de ellos(as) no recibe los servicios de salud recomendados, incluida la consejería o asesoría sobre comportamientos y prácticas de riesgo [11-13].

La importancia de la población adolescente y su vulnerabilidad social genera en los servicios de salud la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad, contemplando sus necesidades desde una perspectiva de derechos y de género [8]. Hay muchas razones interrelacionadas por las que se debe prestar atención a la salud de los adolescentes [1]:

Para reducir la mortalidad y enfermedad en los adolescentes.

Se estima que 1,7 millones de jóvenes de 10 a 19 años mueren cada año, especialmente por accidentes, violencia y problemas relacionados con el embarazo o enfermedades que son prevenibles o tratables [1]. Las adolescentes presentan mayor riesgo de tener resultados adversos del embarazo, tales como hemorragia posparto, endometritis puerperal, niños de bajo peso al nacer para

la edad gestacional y parto prematuro. Las madres menores de 20 años de edad, comparadas con las de 20 a 24 años, presentaron el doble de probabilidad de tener eclampsia y episiotomías y un mayor riesgo de sufrir hemorragias postparto [3-4]. En 2003 en la región de LAC, la tasa de mortalidad en el grupo entre 15 y 24 años de edad fue de aproximadamente 130 por 100.000 habitantes. Los países con tasas mayores de 200 por 100.000 fueron Colombia, Haití, Honduras y Perú [14].

Para reducir la carga de morbilidad en la edad adulta.

La desnutrición en la infancia y la adolescencia puede causar problemas de salud de por vida, mientras que el fracaso de la atención a las necesidades de salud de las mujeres jóvenes embarazadas puede dañar su propia salud y la de sus bebés. Esta es la época oportuna para educar a niños, niñas y adolescentes en el cuidado de sí y en la que se aprende a tomar las decisiones sobre

el propio cuerpo y la sexualidad y a prevenir prácticas de riesgo. Las tasas de prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) más altas ocurren en la adolescencia. La sola epidemia del VIH/SIDA ya es razón suficiente para repensar la forma en que se prestan los servicios de salud frente a las necesidades de los adolescentes. Igualmente, muchas de las enfermedades de la edad media tardía, como el cáncer de pulmón, bronquitis y enfermedades del corazón, están fuertemente asociadas con el hábito de fumar, el cual, usualmente, comienza en la adolescencia.

En todas las regiones, las tasas de natalidad entre las mujeres de 15 a 19 años han disminuido de algún modo en los últimos 30 años. Para la región LAC la disminución ha sido más modesta pasando de 86 a 80 por 1.000 [14].

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, entre 30% y 50% de las mujeres solteras sexualmente activas, de 15 a 24 años de edad, no utilizan ningún método anticonceptivo. En África subsahariana, estos niveles varían entre 25% y 60%. Las mujeres jóvenes, sin estudios, pobres o que viven en áreas rurales, por lo general presentan un riesgo más elevado de tener un embarazo no planeado [1].

Para invertir en salud, para hacer intervenciones oportunas, garantizar los derechos humanos y proteger el capital humano, y para la promoción de la salud, entre otros.

Los gobiernos de distintos países, al igual que diversos organismos de ayuda multilateral, han demostrado gran interés en encontrar formas de maximizar la prestación de servicios de atención a esta población. Es así, que las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR) de los diferentes países, específicamente de los pertenecientes a la subregión andina, se inscriben en el marco conceptual definido por las plataformas emanadas de los eventos enunciados a continuación:

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés) adoptada por la ONU en 1979, determinó que el acceso a los servicios SSR es un derecho humano, basado en la igualdad de las mujeres y los hombres y, por tanto, dio a los Estados la tarea de garantizar que las mujeres y los hombres tuvieran: “Los mismos derechos para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a tener acceso a la información, educación y a los medios para ejercer estos derechos” [1, 15]. Por otro lado, en 1989, la Convención para los derechos de

Derechos sexuales y reproductivos

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, en 1994, fue notable por lograr un consenso global de que todas las personas –independientemente de su edad, paridad, estado civil, origen étnico u orientación sexual– tienen derecho a la salud y a los derechos reproductivos. Los derechos reproductivos se definieron como “el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento de los hijos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y los medios para hacerlo, al igual que el derecho a tener una vida sexual satisfactoria y alcanzar el más alto nivel de salud sexual y derechos reproductivos.”

Naciones Unidas [16, 18]

la Infancia, en su artículo 24, ofrece a las y los jóvenes el derecho a los cuidados de salud preventiva y hace un llamado a la protección específica para los que se encuentran en situación de discapacidad. Igualmente, en 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo y, en 1995, la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, reconocieron los derechos reproductivos y sexuales como la aplicación de los derechos humanos fundamentales al campo de la sexualidad y la reproducción y pusieron en la agenda internacional para las dos siguientes décadas el acceso universal a cuidados de salud sexual y reproductiva seguros, accesibles y efectivos. Del mismo modo, respaldaron específicamente el derecho de las y los adolescentes a los servicios de SSR argumentando que “la información y los servicios deberían estar disponibles para ayudarles

a comprender su sexualidad y a protegerse contra embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Lo anterior debería combinarse con la educación sobre el respeto a la autodeterminación de las mujeres y a

compartir la responsabilidad con las mujeres en materia de sexualidad y reproducción” [16-17].

Posteriormente, en septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En octubre de 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas, acordó incluir una nueva meta al quinto objetivo del milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en 2015.

(ODM) y de sus metas asociadas. El quinto objetivo se relaciona con la salud materna y plantea la meta de reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015. A pesar de la importancia dada a la SSR en la CIPD, esta no estaba incluida dentro de las 18 metas asociadas a los 8 objetivos definidos en el 2000. Por esta razón, y después del esfuerzo de muchos gobiernos y de ONG, en octubre de 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una nueva meta al quinto objetivo del milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en el 2015. De esta forma, con la enmienda al quinto objetivo de los ODM, se ratifica el compromiso internacional con la SSR, logrado en 1994 en la CIPD, y se obliga a los países a incorporar, dentro del marco de las reformas del sector salud, políticas que promuevan y garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva [18-20].

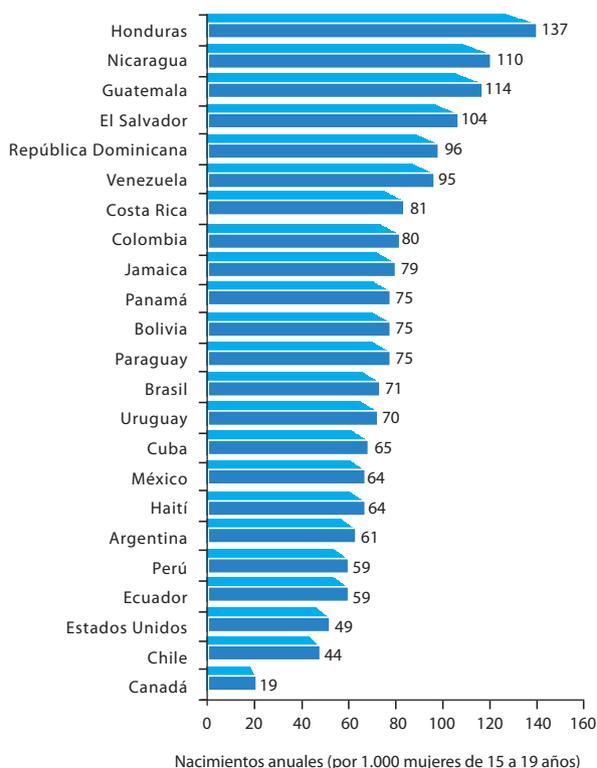
En la actualidad, la región de América Latina y El Caribe tiene una de las tasas de embarazos adolescentes y de mortalidad de madres jóvenes más altas del mundo. Quince años después de la conferencia de El Cairo la situación de mortalidad materna se mantiene o aumenta en la mayoría de países en América Latina y el Caribe, por lo que es probable que la región no alcance este objetivo de desarrollo del milenio [21].

Se estima que en el mundo cada año hay 46 millones de interrupciones voluntarias del embarazo (27 millones legales y 19 millones ilegales). El 97% de estos 19 millones de abortos inseguros /año suceden en países en desarrollo.

En algunos países donde el acceso al aborto seguro es restringido, el aborto inseguro causa más de 30% de las muertes maternas.

2.5 millones de los abortos inseguros (casi el 14%) ocurren en menores de 20 años [23].

Figura 1. Tasa de fecundidad específica, de 15-19 años, países seleccionados. Región de las Américas. 2000-2005.



Fuente: Salud en las Américas (2007) [22].

Teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presentan los indicadores asociados a la SSR, en especial el embarazo en adolescentes en América Latina, así como la urgente necesidad de identificar los determinantes sociales y el impacto que estos tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social, en la XXVIII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), celebrada el 30 de marzo de 2007, se determinó la conformación del Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y la elaboración de un Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PAPEA) además de otras acciones encaminadas al mejoramiento del estado de salud de los adolescentes y jóvenes en la subregión.

Como parte del abordaje para esta problemática se ha desarrollado el presente documento basado en la revisión bibliográfica y en la evidencia empírica, el cual presenta una descripción sobre el panorama global actual de los servicios de SSR para adolescentes y jóvenes (con especial énfasis en los países de la subregión andina signatarios del PAPEA - Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú-, además de una aproximación al concepto de barreras de acceso de

las y los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud ofreciendo lineamientos generales que permitan identificar, en las relaciones de oferta y demanda de los servicios de salud, las características y condiciones que generan estas barreras de acceso, a fin de que, al ser reconocidas como tales, puedan sugerir estrategias que permitan superarlas, o por lo menos disminuirlas, en favor de las y los usuarios(as).

METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica cubrió literatura publicada y no publicada desde 1998 hasta 2010 (con contadas excepciones en las que se amplió el rango de las fechas, dada la pertinencia del documento). Las palabras clave utilizadas fueron: barreras, acceso, salud sexual, salud reproductiva, adolescentes, embarazo adolescente y políticas de salud. La búsqueda incluyó:

- ✿ Bases de datos MEDLINE, PubMed y buscadores de los sitios web de organizaciones internacionales y ONG con experiencia en el tema de SSR: OMS/OPS, UNFPA, Unicef, Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Family Health International (FHI), Population Council, Alan Guttmacher Institute, Women's Link Worldwide, Centre for Reproductive Rights, Acnur, UNIFEM.
- ✿ Búsquedas manuales de revistas científicas especializadas en el tema de adolescentes y jóvenes: Journal of Adolescent Health, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Health Services Research, International Journal of Adolescents and Health, Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, Qualitative Health Research, Studies in Family Planning, y Archives on Pediatric and Adolescence Medicine.
- ✿ Estudios de barreras de acceso de adolescentes a los servicios de salud de los países del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente.

El programa EndNote versión X3 fue el software utilizado para organizar la base de datos de las referencias bibliográficas consultadas.



Grupo de apoyo a adolescentes embarazadas. Lima, Perú.

II.

SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Contexto

En términos generales, los conceptos de “salud sexual” y “salud reproductiva” han sido concebidos como un corpus indisoluble, haciéndose mayor énfasis en los aspectos “reproductivos” de la salud que en los “sexuales”. La atención de SSR ha estado centrada en las mujeres y, especialmente, en su salud reproductiva. Bajo este modelo, la salud sexual de las mujeres ha quedado relegada a la esfera reproductiva y la salud tanto sexual como reproductiva de los hombres no ha sido temática de políticas públicas ni de reflexión social. Ha existido poco debate sobre la sexualidad, y poco énfasis en la educación sexual como estrategia. Tras esto subyace la idea de que los y las adolescentes no “deben” tener una sexualidad activa, y que educarlos(as) en estas temáticas contribuye al inicio temprano de relaciones sexuales y a toma de decisiones poco asertivas sobre su cuerpo y su sexualidad. De allí también se deriva la poca identificación de los y las adolescentes como sujetos de derechos y usuarios(as) potenciales de los servicios de salud en estas materias [23].

“Las investigaciones realizadas en todo el mundo señalan en forma inequívoca que nunca, o rara vez, la educación en sexualidad conduce a un inicio temprano de la actividad sexual. Más bien, ésta retarda y hace más responsable el comportamiento sexual o bien no tiene efectos notables en el mismo”. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores en salud. Volumen 1, p.18. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF & OMS. París, 2010.

La salud sexual y reproductiva está determinada por factores que van más allá de los servicios de salud, tales como el estilo y proyecto de vida, el comportamiento, la autonomía, el empoderamiento y las condiciones socioeconómicas. Estos elementos juegan un papel fundamental en la promoción de la salud sexual y como determinantes de riesgo para la salud reproductiva [24]. Aspectos tales como niveles bajos de educación, desempleo, difícil acceso a los servicios de SSR (incluidos los métodos de anticoncepción), las violencias intrafamiliar y sexual, el nivel socioeconómico, además de los usos y costumbres de la población, entre otros, se convierten en barreras que afectan la SSR de las y los adolescentes. Dichas barreras deben ser abordadas por los proveedores de servicios de salud, quienes deben sensibilizarse e informarse para adaptar su oferta de servicios a las necesidades y particularidades de este grupo poblacional.

Las líneas prioritarias de acción y procedimientos específicos incluidos en los servicios de SSR

para adolescentes y jóvenes varían de acuerdo con la normatividad vigente en cada país o región. En general, las intervenciones básicas que se ofrecen en los países de la subregión andina, entre otras, incluyen: servicios de consulta prenatal, parto, posparto y maternidad segura, planificación familiar/regulación de la fecundidad a hombres y mujeres, alteraciones del crecimiento y desarrollo del adolescente y joven, servicios de atención para las violencias doméstica y sexual, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino y seno, y programas de educación y promoción de la SSR a través de estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC).

2. Servicios amigables para adolescentes y jóvenes

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen los servicios amigables como “aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones” [25].

En la última década se han desarrollado diversas iniciativas para la prestación de servicios de sa-

lud amigables para adolescentes y jóvenes en todo el mundo. Dada la gran variedad de enfoques para proporcionar atención a los jóvenes, la revisión de la evidencia se torna relevante. Sin embargo, el entusiasmo que genera la constatación de que se están implementando tantas iniciativas se ve atenuado por el reconocimiento de que la metodología utilizada para evaluar muchos de estos programas puede presentar cuestionamientos relacionados con su validez. Aunque se han identificado varios estudios experimentales y evaluaciones de programa, la mayoría de los

resultados proviene de estudios observacionales no controlados y, por tanto, existe la probabilidad de que haya sesgos o factores de confusión que limiten su interpretación [26].

En 2007, la revista científica *The Lancet* publicó una serie de seis documentos que ponen de manifiesto los problemas de salud especiales de las y los adolescentes y que abogan por un esfuerzo concertado para la creación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en todo el mundo [26-31]. Uno de los artículos de esta serie hace una revisión descriptiva de múltiples estrategias de servicios de atención amigables para adolescentes desarrolladas en diferentes países y regiones del mundo. La Tabla 1 presenta un resumen de algunos estudios relevantes presentados en dicha revisión [26].

¿Por qué servicios amigables para adolescentes y jóvenes?

Los jóvenes se enfrentan a mayores riesgos de salud sexual y reproductiva que los adultos/as; sin embargo, están menos dispuestos y capaces de acceder a servicios de SSR. La falta de sensibilización, información inadecuada y las barreras importantes que plantea el estado actual de la mayoría de los servicios de salud reproductiva que son percibidos como poco acogedores por los jóvenes usuarios.

Las consecuencias de una mala salud reproductiva en la adolescencia, tales como las derivadas de un embarazo precoz o de adquirir una ITS o el VIH, tienen serias implicaciones para el futuro y presente de este grupo poblacional. Por tanto, los servicios de salud necesitan encontrar formas prácticas para evaluar sus estrategias actuales y tomar medidas para asegurarse que son “amigables para los jóvenes”.

Senderowitz (2003) [27]

Tabla 1. Algunos estudios/evaluaciones sobre el impacto de estrategias de atención amigables para adolescentes.

Fuente: *The Lancet*, 2007. Tylee et al. [26].

Estudios	País	Medida de mejoramiento	Intervención/ Evaluación	Diseño	Resultados/ Conclusiones	Comentarios
Estudios que mostraron mejoras en el acceso como resultado de la intervención						
Klein et al, 2001 [32]	USA	- Acceso - Desempeño del prestador	- Guías para cuidados preventivos en adolescentes 14-19 años. - Entrenamiento de equipos.	Auditoría antes y después de la intervención.	- Adolescentes expuestos más conocedores de los servicios de salud. - Algún aumento en el tamizaje de comportamientos de riesgo.	Muestreo intencional no controlado. - 1/3 de los proveedores no recibió entrenamiento.
Walker et al, 2002 [33]	UK	- Acceso - Comportamiento de riesgo en salud	Visitas de enfermeras a adolescentes entre 14-15 años.	Ensayo aleatorio.	- Adolescentes expuestos más conscientes en aspectos de confidencialidad y SSR. - Reducción mínima en comportamientos de riesgo para la salud.	Alta tasa de deserción.
Nacarella, 2003 [34]	Australia	- Acceso - Desempeño del prestador	Evaluación de iniciativa de práctica general rural para fortalecer relaciones entre médicos generales y adolescentes en edad escolar.	Métodos cualitativos.	- Los jóvenes expresaron mayor probabilidad de acceder a los médicos generales. - Opiniones mezcladas acerca del carácter "amigable" de los servicios". - Aumento de la concientización de los médicos acerca de los problemas de salud de los jóvenes.	Los informantes ya estaban comprometidos con aspectos relacionados con la adolescencia.
Bhuiya et al, 2004 [35]	Bangladesh	Acceso	Intervención para mejorar el acceso de personas de 13-19 años (capacitación de proveedores, servicios subsidiados, confidencialidad mejorada).	- Diseño cuasi-experimental. - Dos grupos de intervenciones y uno de control.	El uso de servicios se duplicó en el grupo 1 e incrementó 10 veces en el grupo 2.	Selección no aleatoria de las clínicas intervenidas.
NAFCI, 2004 [36]	Suráfrica	- Acceso - Desempeño del prestador	Iniciativa nacional de mejoramiento de la calidad de SSR para personas de 10-24 años.	- Auditoría de los servicios antes y después de la intervención. - Once clínicas intervenidas y de control evaluadas por año.	- Capacitación de >4.000 proveedores mejoró los estándares de calidad en las 328 clínicas en las que se implementó la iniciativa. - Mejoramiento del acceso, con más de 500.000 jóvenes asistiendo a los servicios en 2004. - Las clínicas intervenidas fueron mejores que las de control en todos los indicadores.	Selección y asignación no aleatoria
Save the Children, 2004 [37]	Bolivia	Acceso	Intervención en los servicios de farmacia incluyendo capacitación de proveedores, entrega de material educativo y educación de adolescentes.	- Ensayo aleatorio. - Cuatro farmacias (grupo de intervención) y cuatro control. - Evaluación de los servicios: - Cliente oculto - Evaluación de registros.	- Aumento significativo en la demanda de servicios y en la venta de condones en el grupo de intervención. - Menos discriminación relacionada con la edad e información mejorada.	- Muestra intencionada de las farmacias participantes. - La sostenibilidad no fue considerada.
Estudios con resultados mixtos con relación al acceso como resultado de la intervención						
Mmari et al, 2003 [38]	Zambia	Acceso	Capacitación de pares y proveedores para mejorar el carácter "amigable" de los SSR basados en las clínicas.	- Estudio transversal - Encuesta antes y después de la intervención. - Evaluación cualitativa sobre carácter "amigable" de los SSR y de su aceptación comunitaria.	Mejoramiento del uso de los servicios en algunas pero no en todas las clínicas.	El aumento en el uso de los servicios pareciera estar más relacionado con la aceptación de la comunidad que con el carácter amigable de los servicios.
Estudios con resultados que sugieren que no hubo mejoramiento en el acceso como resultado de la intervención						
Britto et al, 2001 [39]	USA	Acceso	Intervención basada en escuelas para mejorar el acceso a personas vulnerables (estudiantes de 7º- 12º grado).	Diseño cuasi-experimental comparación emparejada	- No mejoramiento en el acceso en el grupo de intervención comparado con los controles. - Ligera disminución en el uso de servicios de emergencia.	- Muestreo no aleatorio. - Corto plazo. - Baja tasa de respuesta a las encuestas.

3. Subregión andina

La serie de paneles presentada a continuación resume la evolución de los lineamientos, políticas sanitarias y algunas experiencias que los países de la subregión andina han usado como marco para elaborar sus pro-

puestas de acciones integrales orientadas a garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud de adolescentes y jóvenes.

PANEL 1. BOLIVIA

- ✿ 1996. Formación de Comité Técnico Nacional de la Adolescencia y la Juventud.
- ✿ 1997. Comité Técnico Nacional de Adolescencia y Juventud reconstituido, trabajando en política nacional.
- ✿ Octubre 1998. Aprobación de un plan nacional de la juventud, 1998 – 2002.
- ✿ Febrero 1999. Se emite decreto sobre la juventud.
- ✿ Mayo 1999. El Ministerio de Salud aprueba el Programa de Salud Adolescente, 1998-2002.
- ✿ Septiembre 1999. Se firma un acuerdo de los Ministerios para reconstituir el Comité Técnico Nacional de Adolescencia y Juventud.
- ✿ 1999-2000. El Ministerio de Salud establece los servicios amigables en cinco regiones.
- ✿ 2000. Se espera la aprobación por parte del ministerio de las normas para el cuidado de la salud del adolescente.
- ✿ El Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de Adolescentes 2004-2008, del Ministerio de Salud y Deporte, establece que el sistema público no cuenta con centros diferenciados para adolescentes en ciudades capitales e intermedias.
- ✿ En el 2003 se aprueba el programa de UNFPA, que prioriza el trabajo con la población adolescente. [40]. El logro principal del Proyecto de SSR con enfoque de género, financiado por la Cooperación Sueca y ejecutado en las ciudades capitales de La Paz, El Alto y Santa Cruz, fue el impulso de un modelo transectorial de intervención con adolescentes, desarrollado en estrecha coordinación con los sectores de educación, salud y género.

PANEL 2. CHILE

- ✿ En 2001. Programa gubernamental: “Hacia una sexualidad responsable”. Iniciativa de los Ministerios de Educación y Salud, Servicio Nacional de la Mujer e Instituto Nacional de la Juventud. [41]. Objetivo: instalar programas de educación sexual en los establecimientos educativos del sector público.
- ✿ El programa se desarrolló durante 5 años en ocho comunas o municipios del país.
- ✿ Lecciones aprendidas: facilitar el acceso (extender el horario, no exigir identidad ni previsión social), ejecutar acciones inmediatas: test de embarazo, entrega de anticonceptivos, disponer medios de apoyo (adherencia mediante equipos competentes, redes de derivación), programas de visitas previas, trabajo conjunto con ONG, planes para vacaciones, desmedicalizar procesos.
- ✿ Recomendaciones: las iniciativas deben provenir del nivel local, ser inscrito en los Proyectos Educativos Institucionales (sostenibilidad), los equipos que instalan el programa deben tener buenas capacidades técnicas y políticas, el tema “embarazo” debe formar parte de una oferta temática mayor.
- ✿ Estudio epidemiológico sobre situación de salud con enfoque de DSR.
- ✿ Estudio, percepciones, necesidades y barreras de salud desde los propio(as) adolescentes y jóvenes 2007 (FLACSO, UNFPA Chile).
- ✿ Mapeo de organizaciones de adolescentes y jóvenes 2008,
- ✿ 2008. Levantamiento de diagnósticos regionales con participación de adolescentes y jóvenes en salud.
- ✿ 2008. Documento de Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud (MINSAL).

PANEL 3. COLOMBIA

- ✿ Instituto Nacional para la Juventud y el Deporte creado en 1968.
- ✿ Entre 1990-1994 se crea el Programa Presidencial para la juventud, la mujer y la familia que institucionaliza las políticas públicas de juventud.
- ✿ En 1993 se lanza el “Manual de Normas Técnico Administrativas de Atención Integral al Adolescente”. Proporciona directrices a funcionarios para desarrollar un Programa de Atención Integral en Salud dirigido a esta población.
- ✿ Entre 1994-1998 se crea el Viceministerio de la Juventud, adscrito al Ministerio de Educación, el cual se convierte, en el año 2000, en el Programa Presidencial Colombia Joven.
- ✿ En 1997 se promulga la Ley 375 o la Ley de la Juventud. Y se establece el marco legal e institucional para las políticas de juventud en el país.
- ✿ En el año 2000 la Resolución 412 crea la norma técnica de Detección de Alteraciones del Joven que visibiliza la salud del adolescente y joven en los servicios de salud por primera vez.
- ✿ Código de la Infancia y la Adolescencia (ley 1098 del 2006). Establece protección integral de infantes y adolescentes mediante un sistema de derechos y garantía, de políticas públicas y restablecimiento de los derechos [25]. Garantiza el acceso gratuito de adolescentes a los servicios especializados de SSR y obliga a desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes. Tiene en cuenta la perspectiva de género y la pertenencia a pueblos indígenas y demás grupos étnicos.
- ✿ Sentencia C355 de 2006, Decreto 4444 de diciembre de 2006: mediante la cual la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias específicas: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida/salud de la mujer; b) Cuando exista grave malformación del feto y c) Cuando el embarazo sea resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, inseminación artificial, transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto [25].
- ✿ En el 2006 se adoptó la norma técnica para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). A pesar de la existencia de esta normatividad, persisten barreras administrativas y negación de la prestación de estos servicios [25].

PANEL 3. COLOMBIA

- ✿ Con base en el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad) y en la Ley 1122 del 2007 se orienta la creación de servicios integrales y diferenciados a través del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
- ✿ En 2007, Convenio UNFPA-MPS desarrolla y valida el “Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes” para adecuar las respuestas de los servicios de salud a sus necesidades. En 2008, se inicia la fase de implementación en todo el territorio nacional haciendo énfasis en los servicios de SSR en un marco de equidad de género y DSR.
- ✿ Resolución 769 y 1973 de 2008. El MPS adopta la norma técnica de planificación para hombres y mujeres que moderniza e incrementa la oferta anticonceptiva.

PANEL 4. ECUADOR

- ✿ El Ministerio de Salud Pública (MSP) implanta el programa de atención a adolescentes en 1992 con enfoque de género y abordaje de factores de riesgo y de protección [42].
- ✿ El Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (2004- 2014)[43] y el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 contemplan “disminuir el embarazo en adolescentes en un 25% y reducir la mortalidad por esta causa, especialmente en zonas pobres e indígenas”.
- ✿ Experiencias de atención diferenciada para adolescentes a nivel nacional (Ej: en 1988 el Hospital Isidro Ayora de Quito inició esta atención con un consultorio para atención integral de adolescentes embarazadas; desde 1992, Servicios Integrales Juveniles, en Esmeraldas y Riobamba; Centro No.2 en Quito y Maternidad Santa Marianita, en Guayaquil) [44].
- ✿ Implementación del Programa Nacional de Adolescentes en 1992.
- ✿ Fundación Internacional para la Adolescencia (FIPA): Procesos de organización del plan nacional de la juventud. Capacitación de recursos humanos en adolescencia. Maestría en Salud Integral de Adolescentes en Cuenca. Apoyo técnico para la implementación de servicios para atención integral de adolescentes, 1992.
- ✿ Dos experiencias de servicios de salud diferenciados para adolescentes en unidades sanitarias públicas: 1) Centro de Atención para Adolescentes Promoviendo un Futuro Seguro (CAPFUS) participación comunitaria representada por la asociación juvenil. Implementado de manera diferenciada en 1999 [45]. En 2002 se crea la Asociación “Juventud nueva generación” con participación activa de esta en la adecuación del servicio. 2) Centro de Jóvenes “Pasos y Huellas” ejecutada por el CEPAM Guayaquil. Servicio diferenciado de SSR para adolescentes.
- ✿ Marco legal que reconoce el derecho de los y las adolescentes a la calidad en la atención de la salud.
- ✿ CEPAM - ONG reconocida por la comunidad. Sigue lineamientos del MSP y capacita recurso humano.

PANEL 5. PERÚ

- ✿ En 2002, con el Acuerdo Nacional (DS No. 105-2002-PCM, 22 de julio 2002), se propone una visión del país a largo plazo. Veintinueve políticas nacionales fueron aprobadas, siendo relevantes para la salud las referidas a los capítulos de Equidad y Justicia Social y Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado (Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, promoción de la seguridad alimentaria y nutrición, promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, fortalecimiento de la familia, promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud.
- ✿ Plan de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010, en donde el gobierno peruano se ha comprometido a: 1) Reducir la tasa de fecundidad en adolescentes en un 30%; 2) Reducir la tasa de mortalidad materna de adolescentes en zonas marginales, andinas y amazónicas en un 55%.
- ✿ En 2002 se aprobaron los Lineamientos de Política Sectorial, 2002-2012 (MINSa).
- ✿ El Ministerio de Salud del Perú (MINSa) crea Modelo de Atención Integral al Adolescente en 2003 [46].
- ✿ En 2005 MINSa definió lineamientos y políticas para proteger, promover y cuidar la salud de los y las adolescentes priorizando acciones en adolescentes que por razones étnicas, físicas, culturales, económicas y sociales viven en condiciones de pobreza, exclusión y/o vulnerabilidad [47]. Los lineamientos son los siguientes: 1) Acceso universal a atención integral y diferenciada en servicios públicos/privados de salud, con énfasis en salud mental y SSR; prevención y atención de violencia basada en género, familiar, sexual y violencia política. 2) Promoción de entornos saludables con énfasis en redes de oportunidades y protección social. 3) Alianza con diferentes sectores para promoción de estilos de vida saludables, prevención y cuidado de la salud de los/las adolescentes. 4) Empoderamiento para que adolescentes garanticen el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.
- ✿ Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Varones 2006-2010. Aprobado por DS. N° 009-2005/MIMDES que responde a la Ley N° 28983 de igualdad de oportunidades. Incluye en su mandato la obligatoriedad de destinar recursos presupuestales para su ejecución y velar por su cumplimiento (Art. 2).
- ✿ El documento técnico “La salud integral compromiso de todos”, el “Modelo de Atención Integral de Salud”, y los “Lineamientos de Política de promoción de la salud 2005”, aprobados por la resolución ministerial N° 729-2003-SA/DM, dan soporte a las acciones propuestas en este plan.

PANEL 5. PERÚ

- ✿ Lineamientos de Política de Salud de los y las Adolescentes, aprobado por Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA, del 14 de febrero de 2005.
- ✿ Norma técnica para la atención Integral de Salud de la Etapa de vida Adolescente, aprobada por Resolución Ministerial N° 533-2005/MINSA, del 22 de agosto de 2005.
- ✿ Documento técnico Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención, aprobado por Resolución Ministerial N° 1077-200/MINSA, del 7 de noviembre de 2005.
- ✿ Protocolos de consejería para la atención integral del adolescente, aprobado con Resolución Ministerial N° 583-2005/MINSA del 26 de julio del 2005.
- ✿ Implementación de los CDJ con el documento técnico: “Centros de Desarrollo Juvenil, un modelo de atención integral de salud para adolescentes”, aprobado con Resolución Ministerial N° 328-2006/MINSA del 28 de marzo de 2006.
- ✿ Documento técnico: “Implementación de Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil”, aprobado con Resolución Ministerial N° 353-2006/MINSA del 18 de abril de 2006.
- ✿ Proyecto regional: armonización de políticas públicas para la Educación Sexual y la Prevención del VIH/SIDA en el ámbito escolar, llevado a cabo de manera conjunta entre los Ministerios de Salud y Educación desde el 2007. Proyecto que se llevó a cabo en cinco regiones: Ucayali, Junín, Ica, Lima (San Juan de Lurigancho) y Callao.
- ✿ Documento técnico: “Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y ubicándonos”. Aprobado con Resolución Ministerial N° 636-2009/MINSA, del 21 de septiembre de 2009.
- ✿ El Instituto de Salud del Niño de Lima cuenta con servicio de atención diferenciado que responde a actividades de promoción, prevención y atención al diagnóstico y tratamiento oportuno que se derivan de estas actividades [48].

PANEL 6. VENEZUELA

- ✿ Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- ✿ 2003: Decreto Ministerial No. 364. Norma oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva del Programa Nacional de SSR avanzando en la construcción del Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva. Tres tomos: I. Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva. II. Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva. III. Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.
- ✿ Fichas técnicas para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.
- ✿ 2003-2007: UNFPA, Primer Programa de País para Venezuela, Subprograma Salud Sexual y Reproductiva.
- ✿ Promoción de atención en SSR y atención integral diferenciada para adolescentes.
- ✿ Educación de la Sexualidad y SSR.
- ✿ Instituto Nacional de Capacitación y Educación Socialista: Capacitación en SSR.
- ✿ Universidad Bolivariana de Venezuela: salud integral y capacitación en SSR.
- ✿ Organizaciones No Gubernamentales: abogacía en DSR.
- ✿ OPS/OMS: cooperación y asistencia en salud y desarrollo de adolescentes.
- ✿ Proyecto Escuelas Promotoras de Salud (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte-Ministerio del Poder Popular para la Salud).
- ✿ Banco Mundial: Proyecto Modernización del Sector Salud D.M.C (Alcaldía Mayor/Ministerio del Poder Popular para la Salud).



Adolescentes en Barrio San Isidro, Santa Cruz, Bolivia.

III.

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Generalidades

Es indiscutible que el grupo de adolescentes y jóvenes tiene necesidades especiales de atención y el desarrollo de políticas adecuadas de salud enfocadas a esta población debería involucrarlos activamente, así como en la difusión, implementación y adaptación de las mismas [49]. Entender y aceptar que los jóvenes tienen vida sexual activa, que requieren, necesitan y tienen derecho a recibir información sobre sexualidad que favorezca la prevención de situaciones críticas, es reconocer que la sexualidad es una dimensión más de nuestra vida, que no solo se presenta en relación con la reproducción sino también con el autoconocimiento, el amor, la comunicación con la pareja, la satisfacción, el placer y la responsabilidad. Implica incorporar en el consciente colectivo que la sexualidad forma parte de la vida y de la salud integral desde que nacemos; que adquiere características particulares en la juventud, y que forma parte del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial e incluye la autoestima y la construcción del yo personal.

La búsqueda de los determinantes del acceso a servicios de salud exige tener en cuenta un sinnúmero de aspectos que reflejan la complejidad de la relación que se

establece entre la persona que desea la atención y el sistema de salud [50]. El acceso a la atención sanitaria es un indicador importante de la eficacia y la equidad de los sistemas de salud y se ha asociado con la reducción de conductas de riesgo, el aumento de hábitos saludables, y el mejoramiento de la salud de las y los adolescentes [51-55]. Se puede definir el “acceso” como el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, de calidad y oportuna. El acceso adecuado no solo debe involucrar la disponibilidad de recursos sino también la relevancia, oportunidad y adecuación de estos a las necesidades de atención de la población [56].

Pese a ser un objetivo de muchos sistemas de salud, la definición de “acceso universal” sigue siendo un tanto elusiva. En un sentido amplio, el acceso universal impli-

En términos prácticos, el “acceso universal” significa “acceso equitativo”, esto es, el mismo acceso para todas las personas. Esta definición requiere la mejora de la prestación de los servicios para aumentar su utilización y uso por aquellos y aquellas que los necesitan (56)

ca que quienes precisen atención sanitaria puedan obtenerla. Esta definición conlleva, por ejemplo, a que todos los individuos con una infección de transmisión sexual (ITS) diagnosticada puedan recibir un tratamiento eficaz o que quienes quieran retrasar el embarazo puedan obtener anti-conceptivos eficaces. En términos

prácticos, por tanto, el “acceso universal” significa “acceso equitativo”, esto es, el mismo acceso para las personas con las mismas necesidades. Esta definición requiere la mejora de la prestación de los servicios para aumentar su utilización y uso por aquellos que los necesitan [57-58].

Lun Ann Aday y Ronald Andersen describieron un modelo emergente para el entendimiento de los factores que influyen el uso de los servicios de salud. En su propuesta teórica sobre los determinantes del acceso a servicios de salud, se consideran tres dimensiones básicas para entender la relación entre usuarios de los servicios y el sistema de salud: la dimensión política, el acceso potencial y el acceso real [59-60].

- La *dimensión política* hace referencia a las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso de los servicios de salud, lo cual incluye la organización de los sistemas de salud, la asignación de recursos y la definición de los criterios de elegibilidad.
- El *acceso potencial* que describe la interacción entre las características del sistema de salud, su disponibilidad de recursos y su organización.
- El *acceso real* hace referencia a la utilización efectiva de los servicios desde el punto de vista institucional y a las experiencias de los y las usuarios(as) frente a esa utilización. El acceso real depende, a su vez, de determinantes objetivos (tipo de prestador, servicios, propósito de la utilización) y subjetivos (experiencia personal en el uso de los servicios, satisfacción con la calidad de la atención recibida, adherencia al tratamiento y conductas frente a la salud como la práctica de acciones preventivas, estilos de vida saludable, etc.) [56, 59].

Existen diversas clasificaciones y métodos que han sido utilizados para identificar las barreras de acceso a

los servicios de salud. Grol (1997), clasificó las barreras como las relacionadas con: 1) El profesional de la salud (conocimiento, habilidades, actitudes, hábitos), 2) El contexto social de la prestación de cuidados (reacciones de los pacientes, presión de los pares, autoridades), y las relacionadas con 3) El contexto organizacional de las instituciones (recursos disponibles, clima organizacional, estructuras, etc.) [61]. Diversos estudios cuantitativos para determinar barreras médicas y administrativas en los servicios de planificación familiar y de atención a ITS, por lo general han adoptado la teoría o el marco “Bruce sobre la calidad de la atención” como una forma de medir las prácticas de los proveedores y la disponibilidad de servicios. El marco Bruce tiene seis elementos fundamentales: la elección del método, la información dada, la competencia técnica, relaciones interpersonales, la continuidad de la atención y la apropiada oferta de servicios. Sin embargo, como han señalado varios analistas, este marco no tiene suficiente base empírica y puede no reflejar lo que es más importante para los usuarios [62-63]. En 2009, el *Grupo Cochrane para la Organización y Práctica Eficiente de la Atención* realizó una revisión de la evidencia acerca del impacto de intervenciones adaptadas para la identificación de barreras en la práctica profesional. Las categorías utilizadas para la clasificación de las barreras en esta revisión fueron: 1) Gestión de la información, 2) Sentido de competencia, 3) Percepciones de la responsabilidad, 4) Expectativas de los pacientes, 5) Estándares de la práctica, 6) Incentivos financieros, 7) Trabas de carácter administrativo, y 8) Otras [57-58].

Específicamente en la prestación de servicios de SSR para adolescentes y jóvenes, las barreras más comúnmente reportadas se relacionan con factores asociados al entorno sociocultural de adolescentes y jóvenes y de proveedores(as) de servicios (configuración de imaginarios sociales, conceptos y valores del cuidado de la salud, percepción acerca de los servicios, aspectos socioeconómicos), a la provisión de servicios (ubicación y organización de los mismos, competencias de

los profesionales, participación efectiva de diversos sectores, instituciones y grupos comunitarios aliados) y a las decisiones de tipo político y administrativo en las que se enmarcan dichos servicios [1, 6-7, 11-12, 19-20, 23, 64-76].

Para efectos prácticos de este documento se han clasificado las barreras de acceso en tres categorías de agrupación general teniendo en cuenta determinan-

tes causales de los obstáculos de la demanda y uso de servicios de salud, que configuran impedimentos de acceso: 1) Comprensión y configuración de imaginarios sociales, autocuidado y derecho a la salud, 2) Impedimentos estructurales de la organización general de los servicios de salud y 3) Aspectos macroeconómicos de la organización del Estado como garante de derechos. Cada una de estas categorías se desglosa en las subcategorías anotadas en el panel 7.

PANEL 7.

CLASIFICACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Barreras socioculturales: obstáculos de la demanda y uso de servicios de salud, comprensión y configuración de imaginarios sociales, autocuidado y derecho de salud:

- ✿ Nivel socioeconómico.
- ✿ Mitos, imaginarios y prejuicios. Conceptos y valores sobre el cuidado de la salud, adolescencia, identidad de género, orientación sexual, cultura, etnia, brecha generacional, entre otros.

2. Barreras institucionales: impedimentos estructurales de la organización de los servicios de salud.

- ✿ Administrativas y de gestión: políticas institucionales, procesos administrativos, ineficiencia en la gestión.
- ✿ Infraestructura de las instituciones/oferta de servicios: ubicación, organización y funcionamiento de los servicios; calidad de los servicios, espacio físico para la prestación de servicios, horarios, asignación de citas, mecanismos de referencia.
- ✿ Recursos humanos: falta de capacitación, actitudes frente a los usuarios, uso del personal de salud existente
- ✿ Recursos financieros: recursos insuficientes, desabastecimiento de insumos/medicamentos.
- ✿ Interacción con la comunidad: actividad extramural y movilización comunitaria.
- ✿ Educación y promoción de servicios disponibles, acceso a desarrollos tecnológicos.
- ✿ Coordinación interinstitucional/ intersectorial.
- ✿ Participación juvenil, social y comunitaria.

3. Barreras políticas, nacionales o territoriales

- ✿ Impedimentos macroeconómicos de la organización del Estado como garante de los derechos. Legislación y normatividad sectorial.

Con base en esta clasificación de las barreras de acceso a los servicios de salud, en la siguiente sección se presenta una revisión bibliográfica de los estudios y evaluaciones sobre este tema en el mundo y se intenta suministrar una revisión más exhaustiva de las experiencias de los países de la subregión andina, a los que atañe el presente documento. En el **anexo 2**, la tabla sobre identificación de barreras de acceso presenta un listado de barreras y diversas metodologías que pueden ser utilizadas para su identificación y valoración. No hay fórmulas estrictas para hacer la caracterización de barreras, pues existen múltiples metodologías que se pueden complementar entre sí para obtener diversos enfoques de un mismo problema. Una vez identificadas y valoradas, es importante analizar las barreras con los diferentes actores clave para determinar alternativas de solución específicas y adaptadas al contexto. Para identificar y monitorear barreras los sistemas de información y planeación de salud deben incorporar indicadores que permitan analizar el acceso, estratificando según características críticas como edad, sexo, pertenencia étnica, nivel socioeconómico, etc.

Grupo de jóvenes. Ministerio de Salud, Alpacacha, Ecuador.



2. Revisión de literatura sobre barreras de acceso a los servicios de Salud

Barreras socioculturales

Nivel socioeconómico - costos directos e indirectos de los servicios

Se reconocen los **problemas estructurales** como la pobreza y la inequidad social y de género, como barreras de acceso frecuentes para la demanda de servicios de salud. Condiciones que alejan a las y los usuarios de las instituciones de salud o impiden la demanda de servicios aún en condiciones de necesidad, las constituyen los costos adicionales al costo inherente de los servicios (gastos de bolsillo derivados del transporte, trámite de documentos, fotocopias, requerimientos de pagos adicionales y compra de insumos, entre otros).

Una revisión bibliográfica sobre barreras que reducen la demanda de los servicios de salud en los países de bajos ingresos considera la **distancia** y el **tiempo** como costos indirectos y de oportunidad que influyen considerablemente en el conocimiento y aceptación de los servicios de salud [76-77]. Los **costos de trans-**

porte constituyen una proporción sustancial del gasto total en salud de los usuarios y han sido medidos en diversos contextos para determinar su impacto en la utilización de los servicios de salud. Un estudio en Bangladesh encontró que después del gasto en medicamentos, los costos de transporte constituyen el desembolso más fuerte de todos los referidos a salud [77]. Otros estudios estimaron que los costos de transporte representaban 25% del total del gasto en salud en

el noreste de Brasil y 28% en Camerún [78][79-80]. En general, la evidencia sugiere que son las mujeres rurales quienes experimentan las mayores barreras para acceder a los servicios de salud relacionadas con el transporte. Shresthova, et al., (2002) en un estudio sobre el uso de transporte encontró que las mujeres tenían una probabilidad menor de alquilar una carretilla de pasajeros o *rickshaw* en casos de emergencias de salud (8%) con respecto a otros miembros de la familia (14%), independientemente de su nivel de educación y socioeconómico [77]. Otro estudio en una zona rural del noroeste de Nigeria identificó la escasez de combustible y de vehículos como los factores que más contribuyen a las demoras en el arribo a establecimientos de salud adecuados en caso de complicaciones obstétricas [81].

En el marco de la iniciativa de Institucionalización y Fortalecimiento del Modelo Transectorial de Atención a Adolescentes en Bolivia, se realizó un estudio para identificar las barreras para el acceso a los servicios de salud. Desde la perspectiva de las y los adolescentes se identificaron los **costos adicionales** al servicio como una de las limitantes más relevantes para acceder a los servicios de salud. Más de la mitad (58.2%) de los y las adolescentes entrevistados(as) indicaron que no recibieron los medicamentos recetados y tuvieron que comprarlos en la farmacia, lo que les generó diversos problemas de tipo económico e influenciaron en sus decisiones futuras de búsqueda de servicios de salud [82]. En Colombia, cuando son prescritos medicamentos sólo se entregan completos en el 54% de los casos a los usuarios afiliados al régimen de aseguramiento contributivo y a 44 % en el régimen subsidiado. En 25% de los casos, las aseguradoras no entregan ninguno de los medicamentos prescritos en el régimen de aseguramiento contributivo y tampoco lo hacen en 33% de los casos en el régimen subsidiado [83].

Diversos estudios en países de la subregión andina evidencian que la falta de **aseguramiento** es una barrera

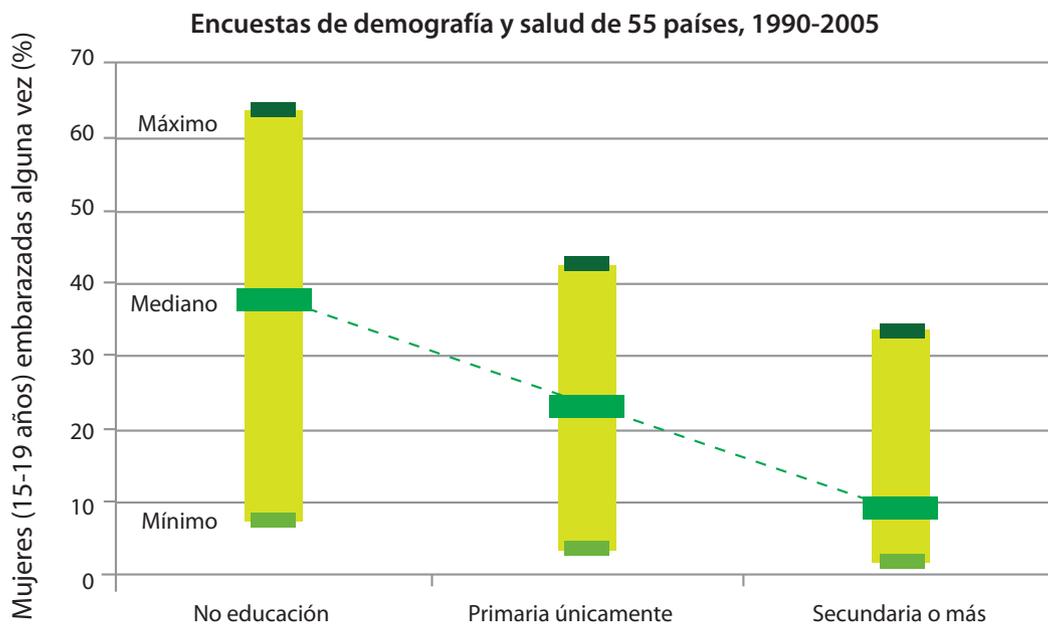
importante para el acceso a servicios de salud [23, 70, 82, 84]. Se estima que en América Latina y el Caribe entre 20% y 25% de la población carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud [85-86]. En Colombia se calcula que cerca del 30% de la población no es suficientemente pobre para recibir los servicios de salud subsidiados por parte del Estado, pero tampoco tiene los ingresos suficientes para sostener su afiliación al régimen de salud contributivo [70]. En 2008, en Colombia, los grupos de edad que menor cobertura de afiliación tuvieron al sistema de seguridad en salud fueron los menores de 5 años (57.1%) y los de 19 a 45 años (25,8 %). En dicho estudio se determinó que este mismo grupo etario (19-45) es el que más utiliza gastos de bolsillo para garantizar el acceso a los servicios de salud [87]. En Chile, una revisión de fuentes secundarias que recopiló y sistematizó estudios nacionales e internacionales sobre barreras de acceso a la atención de SSR en adolescentes encontró que la exigencia del carné de seguridad social o del carné de identidad limitaba substancialmente el acceso a los servicios para las y los jóvenes y adolescentes [23].

En el caso particular de Colombia, la situación de **desplazamiento** ha generado un impacto en la percepción de la población desplazada sobre la garantía de derechos y sentimientos de exclusión, desprotección y desatención por parte del Estado como garante. Cuando los y las desplazados(as) acceden a algunos servicios, en especial de salud, enfrentan diversos problemas que van desde la falta de identificación personal, de inscripción en los sistemas de protección, de desconocimiento de los servicios a que tienen derecho y, además, deben recorrer largas distancias y pagar sobrecostos por la atención [70][88]. En un estudio descriptivo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia, DANE, que usó información de fuente secundaria disponible en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, del año 2003, se determinó que la principal barrera de acceso para la no utilización de los servicios de salud la cons-

tituyó la falta de dinero aún en la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Tanto la población afiliada como la no afiliada incurren en gastos de bolsillo para financiar las atenciones en salud. Igualmente se evidenció que aseguramiento no es igual a acceso, ya que una proporción importante de la población afiliada al sistema tampoco accede a los servicios de salud. El 18,4% de población afiliada al régimen de salud contributivo y 26,8% de afiliados al régimen subsidiado no acceden a los servicios [87].

Otra barrera de acceso derivada del bajo nivel socioeconómico de los usuarios es la dificultad para leer o entender instrucciones e información médica. Un nivel bajo de **escolaridad** puede resultar en un mayor grado de dificultad para entender la información transmitida en la consulta médica, afectando el uso, la calidad, los resultados y los costos de la atención [23]. Las disparidades más grandes se encuentran entre diferentes regiones de un mismo país, siendo la fecundidad más alta entre los grupos pobres, de menor educación.

Figura 2. Tasas de embarazo adolescente según nivel educativo en 55 países.



Fuente: Encuestas de demografía y salud de 55 Países. OMS, 2009 [89]

En América Latina, 50% de las madres con baja escolaridad tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años [90]. En algunos países como Bolivia, Guatemala y Honduras, las mujeres sin educación triplican la fecundidad de aquellas con educación secundaria o superior; es el caso de países donde importantes segmentos de la población aún están ajenos a la práctica del control de la natalidad mediante métodos modernos y seguros.

Mitos, imaginarios y prejuicios - Conceptos sobre adolescencia, identidad de género, embarazo, orientación sexual y valores del cuidado de la salud

Algunos(as) adolescentes enfrentan barreras provenientes del **conocimiento, actitudes y creencias** acerca de la fecundidad y la maternidad, a menudo

influenciadas por su contexto cultural (comunidad, familia, pareja, pares). Igualmente, imaginarios y prejuicios sobre la adolescencia, identidad de género y orientación sexual, entre otros, afectan las decisiones tomadas por los profesionales de salud a la hora de ofrecer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva para este grupo etario.

La asignación de recursos de salud puede ser ineficaz o ignorar la carga de enfermedad diferencial de hombres y mujeres. Los modelos de aseguramiento y programas de protección social no están típicamente diseñados para el sector informal, que es en donde predominan las mujeres.

Bhushan (2009) [64]

Factores culturales, religiosos y de creencias, además de la poca

independencia en la decisión sobre el momento de los nacimientos o el **uso de anticonceptivos**, aparecen como uno de los obstáculos más significativos para acceder a servicios de SSR. Datos de Guatemala provenientes de un estudio sobre el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar (PF) en población indígena indican que 89% de los proveedores entrevistados piensan que sus clientes no sienten que puedan usar métodos anticonceptivos sin el consentimiento de sus esposos y que asimismo otros miembros de la familia, especialmente las suegras, juegan un papel importante a la hora de tomar decisiones sobre la utilización de MAC. En el mismo estudio, relatos de creencias que inciden en la decisión de las mujeres para usar o no anticonceptivos fueron narradas por los y las proveedores(as) de servicios. Historias de mujeres usuarias de la asistencia que consideran que tener hijos es una prueba de fidelidad y salud; casos de mujeres que viajan a centros de salud alejados de sus hogares para no ser reconocidas y poder obtener servicios de PF sin el conocimiento de sus esposos, y mujeres que aprovechan los momentos en que llevan a sus hijos pequeños a vacunarse para obtener una inyección anticonceptiva, entre otros ejemplos, fueron descritos por los y las profesionales de salud [67]. Por otro lado, en el área rural el desconocimiento del idioma y de los valores culturales por parte de los y

los proveedores(as) de salud que vienen de las ciudades constituye una de las principales barreras en el acceso a los servicios de salud, sobre todo en países con gran diversidad lingüística. A ello se suma el trato discriminatorio a las mujeres indígenas y la sanción o recriminación cuando son madres adolescentes [63, 67, 91-92].

Mujeres y hombres tienen diferente comportamiento frente a la búsqueda de servicios de salud

que reflejan sus circunstancias determinadas por razones de género. Las normas relacionadas con el género crean un desequilibrio de poder entre las mujeres y los hombres y están fuertemente enraizadas en el contexto sociocultural de cada sociedad. Cuando se definen las ideas de la sociedad para el comportamiento y la sexualidad femeninos y masculinos, los factores socioculturales afectan enormemente el acceso a los servicios y la información de las mujeres y los hombres, su comportamiento sexual y actitudes, y la manera como ellos lidian con la enfermedad una vez han sido afectados(as) [93]. Las mujeres enfrentan barreras culturales para el acceso a los servicios que pueden ser bastante diferentes a las que afrontan los hombres y que podrían no ser tan obvias a simple vista; por tanto, es necesario recurrir a análisis sistemáticos usando métodos sensibles al tema de género específicamente. En los hogares las mujeres a menudo tienen un desequilibrio en su poder de negociación y carecen del control o acceso a los recursos del hogar. En otras palabras, ellas enfrentan barreras financieras para el acceso a servicios de salud relativas al género, las cuales comúnmente son derivadas del contexto cultural en el que ellas viven [65]. La asignación de recursos de salud puede ser ineficaz o ignorar la carga de enfermedad diferencial de hombres y mujeres. Los modelos de aseguramiento y programas de protec-

ción social no están típicamente diseñados para el sector informal, en el que predominan las mujeres. Los paquetes de beneficios usualmente no están adaptados para atender a las necesidades de salud de mujeres y niñas [65].

El embarazo es una situación muy presente en el imaginario y la vida cotidiana de las y los adolescentes. Pero, aparentemente, no sienten el respaldo que esperan de parte de sus padres, madres o de profesionales de la salud, la orientación cercana que les ayude a evitar situaciones de riesgo, la compañía física y psicológica que requieren en el momento de hacerse una prueba de embarazo, o la seguridad y afecto que buscan para afrontar la paternidad y maternidad en la adolescencia [94]. Para un porcentaje considerable de adolescentes, el embarazo es deseado y en cierta medida planificado. Una razón importante que podría explicar por qué las adolescentes no usan anticonceptivos está en sus actitudes positivas hacia el embarazo y no necesariamente en el rechazo a los anticonceptivos o la falta de acceso a los mismos. Las mujeres jóvenes de zonas más pobres son menos propensas a tener otras opciones y prioridades en sus vidas que tener hijos(as) a temprana edad [92]. Una adolescente puede escoger la maternidad porque carece de otras oportunidades tangibles de educación y trabajo o a causa de otros factores no directamente asociados con el deseo de tener hijos. Hay estudios que indican que muchas adolescentes piensan que serían tratadas mejor si tuvieran hijos o que el hecho de ser padres les ayudaría a fortalecer la relación con su pareja o para no ser tan controlados por sus padres. La falta de oportunidades hace que la maternidad se perfiló como una de las alternativas más atractivas para las jóvenes. Esta condición les otorga estatus dentro de sus comunidades y una noción de independencia ya que al embarazarse se proyectan fuera de sus hogares, los cuales se caracterizan como conflictivos y, en muchos casos, violentos. Al parecer esta carencia respecto a un proyecto de vida más allá de la mater-

nidad no es solo un tema de las mujeres jóvenes, sino también de los hombres, quienes tienen la creencia de que la paternidad adolescente es también una vía para obtener acceso y pertenencia dentro del grupo social [23, 64, 66, 68, 92, 95].

Percepciones y actitudes de los proveedores de servicios acerca de la adolescencia - Brecha generacional entre proveedores y usuarios. La falta de capacitación y preparación de los profesionales de salud en el trabajo con adolescentes, facilita el que se perpetúen una serie de estigmatizaciones y estereotipos que influyen en el momento de la prestación de servicios para este grupo etario, al considerarlos un problema y asociarlos a prácticas y actitudes irresponsables y peligrosas que dejan de lado aspectos positivos de este grupo [23].

Con frecuencia, resistencias y prejuicios personales de parte del personal de salud en la atención a adolescentes, al igual que valores y creencias de estos, atentan contra los derechos de las y los adolescentes a recibir una atención adecuada y a tiempo. Ejemplos de acciones del personal de salud que se constituyen en barreras de acceso, según la mirada de las y los jóvenes, incluyen la desaprobación de la iniciación sexual temprana, recriminaciones o malos tratos cuando solicitan información o métodos anticonceptivos al igual que en la atención del embarazo y parto, negación de los proveedores a ofrecer los servicios en ciertos días, requerimiento de pagos no autorizados por la prestación de ciertos servicios, entre otros. Igualmente relevante es la incapacidad de los prestadores de servicios de reconocer estas barreras de índole personal y derivar a los y las usuarios(as) a otros profesionales que estén dispuestos a responder a sus necesidades [23, 63, 84, 94, 96].

Un estudio realizado en Ghana identificó la actitud hostil del personal como una barrera relevante en el acceso a servicios de salud pública [97]. Una encuesta

de los proveedores en Nepal llegó a la conclusión que uno de los determinantes del acceso a los servicios de salud reproductiva para las mujeres jóvenes, incluso cuando están casadas, es la resistencia de los proveedores para comunicarse e interactuar con las adolescentes para discutir temas relacionados con la sexualidad y la falta de habilidades para asesorar a las mujeres jóvenes en general [98]. El temor a ser tratadas de manera grosera por los proveedores fue el motivo aducido por el 22% de mujeres en zonas urbanas de Pakistán para no usar los servicios de planificación familiar, superado únicamente por la oposición a la anticoncepción por parte del marido o de la religión [99].

Un estudio de *cliente misterioso* en Dakar, Senegal, determinó las actitudes de los proveedores como uno de los principales obstáculos a los servicios de PF para adolescentes. Los y las participantes en este estudio informaron que en general los proveedores se muestran reacios a atenderlos(as) [100]. Aun cuando no se nieguen a prestar los servicios, los proveedores pueden usar el poder que su posición les confiere para hacer que los y las usuarios(as) sean reacios a acceder o a retornar a los servicios. Eventualmente, este rechazo puede traducirse en un embarazo no deseado, demora en el tratamiento de alguna ITS, continuar con una enfermedad de transmisión sexual o, inclusive, en consecuencias adversas asociadas con un aborto inseguro [63].

En diferentes estudios de barreras de acceso realizados en los países de la subregión andina, los participantes plantearon las diferencias de edad entre proveedores y usuarios(as) adolescentes como una causa importante de la falta de confianza de estos últimos a la hora de buscar atención. La tradición adultocéntrica tiende a mirar a las y los adolescentes

como sujetos peligrosos e irresponsables. Este estigma presente en los prestadores de la atención dificulta el trabajo con temáticas de adolescencia alejadas de la connotación de riesgo y no cubren necesidades importantes de este grupo. Estereotipos negativos sobre las y los jóvenes se consideran bastante perjudiciales para la salud y el bienestar de los mismos. Diversos estudios han demostrado que los estereotipos y conceptos prejuiciosos acerca de la adolescencia y juventud crean importantes barreras en la comunicación entre usuarios jóvenes y los servicios de salud con los que tienen que interactuar. Para los proveedores de servicios que trabajan con adolescentes, creencias mal informadas pueden conducir a sesgos clínicos en la identificación de comportamientos de riesgo. Los proveedores pueden sobreestimar, subestimar problemas o formular recomendaciones inapropiadas para un tratamiento sobre la base de conceptos errados y prejuicios. Del mismo modo, estos conceptos prejuiciosos a menudo influyen en la orientación de políticas y diseño de programas que no necesariamente reflejan las verdaderas necesidades de los jóvenes y que afectan la promoción de políticas que promuevan el desarrollo positivo de las y los adolescentes [23, 84, 94, 96, 101].

Clase de educación sexual. La Paz, Bolivia.



Barreras institucionales

La calidad de cualquier sistema de salud está determinada por una serie de factores interrelacionados: la infraestructura, los protocolos y estándares, los insumos y medicamentos, los registros, el personal de salud, etc. [63]

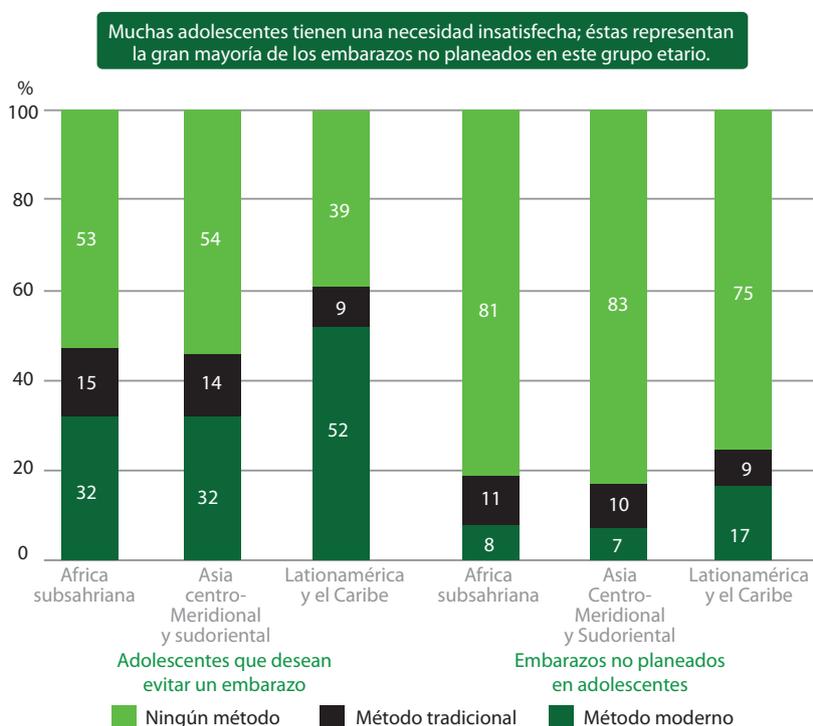
Barreras institucionales relacionadas con la infraestructura, organización, oferta y calidad de los servicios

Algunas de las condiciones cotidianas de las instituciones de salud, se convierten en ejemplos reales de barreras de acceso desde la oferta de servicios de salud. El acceso geográfico —instituciones muy alejadas de la residencia de la población usuaria o muy cercanas a los hogares—, la demora en la entrega de órdenes, insumos y medicamentos, y los procedimientos administrativos que postergan la prestación del servicio (los trámites, las colas y la demora para asignar cita con el

médico o para exámenes), ambientes muy formales y convencionales, entre otros, son condiciones frecuentemente mencionadas por la población usuaria como barreras importantes para el acceso a los servicios de salud; percepción que coincide con la de profesionales de la salud, quienes identifican los trámites como el principal problema o barrera de acceso a la atención para la población usuaria [1, 69].

La **oferta de algunos servicios de SSR es limitada**, como los relacionados con la regulación de la fecundidad o de aborto seguro. Aunque los condones estén disponibles, en muchos casos los trabajadores de salud no los entregan a los adolescentes, quienes necesitan el consentimiento de sus padres, cuidadores o parejas para obtener alguna atención incluso de tratamiento médico. A menudo no hay asistencia en algunas instituciones prestadoras de servicios, por falta de interés de las aseguradoras, que no encuentran rentabilidad financiera al implementar estas acciones que por normatividad tienen que ofrecer [1, 9].

Figura 3. Necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las diferentes regiones del mundo [102].



Los proveedores identifican la **falta de privacidad e intimidad** en los centros de salud como una barrera crítica para que las y los adolescentes se acerquen a estos. Se evidencia que, para que ellos sean atendidos, generalmente deben compartir el espacio con el resto de la población usuaria. Esto hace que la sala de espera sea un lugar de encuentro entre vecinos(as), amigos(as) y familiares; lo que deja en evidencia al adolescente que consulta por temas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Esta situación anteriormente descrita se da principalmente en aquellos centros de salud que no cuentan con espacios amigables para atenderlos, aun cuando la instalación de tales espacios no es garantía de que esta barrera sea superada [23]. La falta de un ambiente físico apropiado para adolescentes dentro de la unidad de salud constituye una barrera destacada tanto por jóvenes como por proveedores de salud, quienes señalan cómo los jóvenes se ven sometidos a críticas y juicios por parte de otros usuarios en las áreas de espera. Además los jóvenes dicen sentirse fuera de lugar al encontrarse en un ambiente lleno de madres de familia y niños pequeños, con el cual no se pueden identificar. En establecimientos que cuentan con un espacio para atención diferenciada, la infraestructura instalada proviene por lo general de un proyecto de cooperación de una ONG que, mientras estuvo en ejecución, facilitó incluso la atención de profesionales en el ambiente para adolescentes. Sin embargo, cuando el proyecto concluye, las autoridades del establecimiento no sostienen el servicio para adolescentes con toda la capacidad instalada, sino que van recortando el servicio hasta que queda como un espacio básicamente para talleres y consejería. Muchas instituciones también exigen que el adolescente vaya acompañado de un adulto para garantizar la prestación de los servicios [23, 84, 94, 96, 101].

Los horarios, la asignación de turnos y tiempos de espera inadecuados a las necesidades de adolescentes y jóvenes. El horario de atención para la prestación de los servicios se percibe por usuarios(as)

y prestadores como barrera de acceso. Un estudio en Chile determinó que no contar con un horario especial de atención para adolescentes se constituye en una barrera tanto para escolares –dado que el horario de atención de los centros de salud coincide con el horario escolar–, como para aquellos(as) que son laboralmente activos(as). El horario extendido o diferido, además de facilitar el acceso, permite que los y las jóvenes escolarizados no tengan que justificar su inasistencia a clases por ir al centro de salud, ya que el hecho de tener que explicar estas salidas en los colegios los obliga a exponer sus vidas privadas frente a profesores y administrativos escolares, así como a ser potenciales víctimas de discriminación por parte de dichos actores sociales [23]. Sin embargo, a pesar de que los horarios extendidos en varias experiencias han demostrado ser una estrategia exitosa para incrementar la asistencia de los y las adolescentes a los servicios, en muchas instancias los proveedores de servicios la han considerado una medida inviable o insostenible dada la recarga laboral y la falta de recursos para subsidiarla. Igualmente se evidencia la dificultad que tienen los y las usuarios(as) para obtener turnos de atención, quienes no solo se ven enfrentados(as) a la necesidad de madrugar y esperar por un turno que muchos veces no les es entregado, sino que además se exponen a ser juzgados y criticados por los demás usuarios mientras esperan en fila, particularmente en el caso de adolescentes y jóvenes embarazadas [96, 103].

El análisis del acceso a servicios de salud se hace importante en la medida en que se convierte en un indicador de la **calidad de los servicios** y del cumplimiento de las políticas en salud, además de ser útil en el análisis institucional y en una fuente de información acerca de los problemas que enfrentan las personas para acceder, la forma en que se debe destinar los recursos, los grupos más vulnerables y las capacidades y debilidades que tiene el sistema para atender las necesidades [104]. Un estudio sobre la calidad de servicios de tamizaje para el VIH para adolescentes en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, mostró que una iniciativa de servicios amigables para adolescentes mejoró el acceso a las pruebas del VIH para los adolescentes,

garantizando que ellos no se devolvían sin haberse realizado la prueba. Esto es consistente con la evidencia de que los servicios amigables para jóvenes mejoran el acceso a una variedad de otros tipos de servicios de salud del adolescente [26]. En contraste, los autores encontraron que la iniciativa no tuvo ningún impacto en la aceptabilidad del servicio medido por el proveedor –actitudes del usuario(a) y el respeto de la confidencialidad–, ni impactó en la adecuación de los servicios con relación a los servicios de consejería. De acuerdo con el estudio, para lograr un verdadero impacto sobre estos indicadores, las iniciativas de los servicios amigables para jóvenes necesitan una reestructuración con relación a la organización de los servicios en las instituciones de salud y en la cultura de las clínicas [105].

Barreras institucionales relacionadas con procesos administrativos

Una de las primeras barreras con la que las y los adolescentes se encuentran al acercarse a los centros de salud tiene que ver con la burocracia a la que se ven enfrentados(as). Muchos profesionales sostienen que las características propias de la adolescencia (impaciencia, búsqueda de inmediatez, entre otras) hacen que los(as) jóvenes, al enfrentarse a un contexto burocrático como lo son los centros de salud, opten por irse sin obtener la atención que buscaban, lo que hace que se produzca una pérdida valiosa de oportunidad de atención [23].

En la región de LAC, la provisión de servicios de salud se caracteriza por la superposición y duplicación de las redes asistenciales, así como por la falta de complementariedad de los servicios y de continuidad de los cuidados; todo ello impide que las personas reciban una atención integral, obstaculiza el establecimiento de estándares adecuados de calidad y no asegura un mismo nivel de asistencia sanitaria a poblaciones cubiertas por distintos sistemas de protección de la salud. Esa fragmentación operativa es el resultado de varios factores, entre ellos, la segmentación estructural, las dificultades de gobernabilidad, la falta de

planificación integrada, las interacciones a menudo inadecuadas entre el sector estatal y no estatal, y la debilidad de los mecanismos de referencia y contrareferencia [22]. La segmentación se entiende como la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos “especializado” en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. A su vez, la fragmentación se entiende como la prestación de servicios en sitios diferentes y es derivada de las formas y mecanismos de contratación y los niveles de complejidad de las instituciones; se opone al concepto de integración de los servicios, compromete la calidad de la atención y constituye una causa importante de inequidad en el acceso a los servicios de salud. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí. Generalmente los y las usuario(as) asisten a un punto de atención por servicios resolutivos, a otros por servicios de promoción y prevención, a otros por medicamentos, exámenes, etc. Esta prestación fragmentada de servicios, genera barreras de acceso que afectan la calidad debido principalmente a dos tipos de fragmentación: la primera de tipo estructural, dada por las limitaciones de los planes de salud que no cubren una gama importante de servicios. La segunda por la llamada “fragmentación oportunista” que se origina ante la ausencia de incentivos por resultados en salud y es creada por los aseguradores con la intención de reducir costos, lo cual genera barreras de acceso [70, 106-109].



Jóvenes conversando en la playa. Arica, Chile.

Barreras institucionales relacionadas con los recursos humanos

Es ampliamente reconocido que los proveedores juegan un papel crítico en la calidad de los servicios de SSR y en el acceso de los usuarios(as) a estos. El término “proveedores” se refiere a los profesionales de salud –médicos, ginecobstetras, enfermeras, farmacéutas, auxiliares y asistentes– que suministran la atención institucional. Los proveedores han sido caracterizados bien sea como los “guardianes” o los “burócratas” de la prestación de servicios, porque generalmente son ellos los que deciden sobre quién está autorizado para recibir información ó atención médica y bajo qué condiciones. Como profesionales que tratan directamente con el público, los proveedores tienen considerable poder discrecional para determinar cómo son implementadas las políticas y directrices de los programas. A veces, esto puede traducirse en rutinas o procedimientos que son convenientes o racionales para los prestadores, pero plantean serios obstáculos o barreras para los usuarios(as) [63].

Una barrera importante que concierne directamente a los profesionales de salud, y que es percibida tanto por los proveedores de servicios como por los usuarios, es la **falta de entrenamiento para manejar y orientar las necesidades en SSR de pacientes adolescentes**, a pesar de la existencia de protocolos de manejo. El conocimiento sobre la forma como están organizados los servicios, sobre los derechos que tiene los pacientes, sobre las normas y los procesos administrativos y de atención que deben cumplir como prestadores de atención, así como su posición en las instituciones y de sus relaciones con las estructuras del sistema de salud, constituyen factores clave que afectan directamente el mayor uso y acceso a la atención para esta población [69-71, 75]. Ejemplos que ilustran esta situación se describen a continuación:

Por desconocimiento de la normatividad, los proveedores del servicio con mucha frecuencia temen a las consecuencias legales que tendría el brindar la atención integral que requieren las y los adolescentes para prevenir embarazos no deseados y nuevas infecciones de transmisión sexual [94]. Una evaluación de programa en California, EE.UU., que determinó cómo implementaban los proveedores una guía para la atención de adolescentes en servicios de SSR más integrados y amigables, encontró que usualmente los proveedores no aplicaban en sus consultas de rutina la evaluación de comportamientos de riesgo de los jóvenes, entre otros aspectos clave sugeridos en los protocolos. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que muestran que, incluso, los aspectos más básicos de evaluación de conductas de riesgo para ITS, VIH y embarazo son a menudo omitidos en la práctica clínica diaria debido a limitaciones de tiempo de los proveedores para realizar la consulta[69] [1, 72, 75].

La falta de formación de los y las funcionarios(as), con **desconocimiento sobre la perspectiva de género y masculinidades**, especialmente en lo relacionado con temas de salud sexual y reproductiva, donde suele

primar una visión que incorpora solo a las mujeres y sus necesidades específicas en relación con el embarazo y su prevención, es un aspecto comúnmente mencionado como obstáculo importante para el acceso a los servicios. Usualmente se dejan de lado tanto las necesidades en SSR de las mujeres que no tienen que ver necesariamente con el embarazo, como las particularidades propias de los hombres adolescentes en estos temas, las cuales han sido escasas o nulumamente abordadas

por el sector salud. En muchos centros de salud la atención a hombres adolescentes se traduce en la mera distribución de preservativos, dejando de lado muchos otros aspectos relevantes para su salud [23].

El desconocimiento del personal de las instituciones sobre los procedimientos para activar las acciones de protección y atención de las personas víctimas de violencia sexual, hace que a menudo este grupo vulnerable encuentre barreras de acceso en su atención. Algunas situaciones que son utilizadas como justificación para la negación o el atraso de la atención son: el hecho de que la persona no aparezca en bases de datos que acrediten su condición de afiliación al sistema de seguridad social, la exigencia de pagos compartidos por parte de las instituciones de salud que ignoran la gratuidad de los servicios para la atención de víctimas de violencia sexual, la no autorización de la atención por parte de quien actúa como asegurador o la negación de la atención a menores de edad o compañeros(as) de afiliados al sistema, quienes no aparecen como beneficiarios(as), entre otras [110].

En todos los estudios de identificación de barreras de acceso realizados por los países signatarios del Papea, se reconoció la **falta de disponibilidad de re-**

“...Aun cuando existen servicios diferenciados para la población adolescente y joven, el personal disponible en estos servicios diferenciados usualmente es escaso y no está dedicado exclusivamente a estas funciones... se les asignan las nuevas funciones pero sin dejar su carga de atención en otros servicios...”

Proveedor de servicios. Estudio Barreras de Acceso. Chile, 2010

curso humano en las instituciones como un aspecto crítico para implementar de manera óptima iniciativas en torno a la salud de adolescentes. Aun cuando existan servicios diferenciados para la población adolescente y joven, el personal disponible en estos servicios diferenciados es escaso y no está dedicado exclusivamente a estas funciones. Usualmente se les asignan las nuevas funciones pero sin dejar su carga de atención en otros servicios (consulta externa, urgencias, hospitaliza-

ción, etc.) [23, 84, 94, 96, 101]. Según lo manifiesta un estudio de barreras en el Perú, es muy frecuente que las y los adolescentes sean atendidos(as) por profesionales de salud apresurados por resolver estrictamente dolencias físicas, pero que prefieren voltear la mirada ante los dramas sociales y afectivos que viven los chicos y chicas que acceden a los servicios. De acuerdo con las y los profesionales entrevistadas(os), en los establecimientos de salud se procura aplicar la disposición de ofrecer un servicio diferenciado a adolescentes. Incluso en algunas instituciones hay horarios definidos, consultorios asignados o, en el mejor de los casos, un ambiente completo dedicado a adolescentes. Sin embargo, en la mayoría de los servicios, la vorágine de la atención diaria conformada por una demanda mayoritaria de adultos, madres y niños consume el tiempo de dedicación del personal y la infraestructura disponible [94].

El estudio de barreras de acceso en Chile sugiere que los parámetros de medición de la calidad de la atención a adolescentes deberían ser diferentes a los aplicados a otros segmentos de la población, considerando las necesidades y características propias de este grupo. Sin embargo, la manera como están diseñados los sistemas de atención donde la eficiencia

en salud se mide por la cantidad de atenciones realizadas, hace que los y las profesionales opten por no trabajar con jóvenes ya que el tener que destinar más tiempo a ellos no les permite cumplir con las metas estipuladas por la institución, y no les genera ningún beneficio a la hora de ser evaluados [23]. Agravando este fenómeno de falta de personal capacitado en el tema de adolescentes está el problema que genera la **alta rotación** de personal asignado a la atención de adolescentes, lo que hace que equipos ya entrenados en el funcionamiento de los servicios sean reemplazados(as) por personal que no está formado en el tema, impidiendo así la continuidad en el modelo de atención [23, 96, 101].

Personal poco sensible a las necesidades emocionales y afectivas de las y los adolescentes es uno de los aspectos negativos que se evidencian reiterativamente en los diferentes análisis de barreras de la presente revisión bibliográfica. Específicamente el sitio determinado como recepción o módulo de admisión, cuyo personal es el contacto inicial de las y los adolescentes con el establecimiento de salud, presenta serios problemas para cumplir con su misión principal de proveer orientación sobre el uso de las instalaciones del establecimiento, al igual que persuadir a los y las usuarios(as), con su buen trato, de regresar a buscar más información preventiva o a continuar su tratamiento [23, 84, 94, 96, 101]. El personal a cargo de la admisión de los establecimientos no siempre está debidamente preparado ni dispuesto a comunicarse, con la sensibilidad requerida, para atender a adolescentes y jóvenes. Como medida alternativa para solucionar este problema, algunos modelos de prestación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes han promovido el uso de personal dedicado a la defensoría del adolescente al interior del establecimiento, acompañándolos y orientándolos para que sean bien atendidos o también haciendo incidencia ante las autoridades del establecimiento para procurar mejoras en las condiciones del servicio hacia adolescentes [94].

Barreras institucionales relacionadas con los recursos financieros

Diversos análisis sugieren que la falta de financiación es más acentuada en la provisión de servicios de salud reproductiva e insumos anticonceptivos. Los proveedores de servicios entrevistados en los diferentes estudios de barreras de los países del PAPEA corroboraron esta situación [23, 84, 94, 96, 101]. En Guatemala esta realidad se ha traducido en la falta de acceso a dichos servicios entre mujeres, principalmente en el área rural, de origen indígena, jóvenes unidas o casadas, con escasa educación e información y de escasos recursos económicos. En 2009 se realizó un estudio en tres departamentos de Guatemala con el propósito de analizar la inequidad en el acceso a los servicios de planificación familiar (PF). El estudio determinó, mediante un sistema de geo-referenciación, las áreas del país con mayor necesidad insatisfecha en servicios de planificación familiar, determinando la ubicación de poblaciones más vulnerables en cuanto a su capacidad para acceder a servicios e insumos anticonceptivos. En el mismo estudio, se aplicó una encuesta cualitativa dirigida a proveedores de los servicios del Ministerio de Salud en los tres departamentos identificados, con el fin de investigar las posibles barreras al acceso de insumos y servicios de planificación familiar. Los resultados mostraron cómo diferentes factores de la oferta y de la demanda estaban influyendo en la inequidad de los servicios. Entre las barreras más relevantes se encontraron, el desabastecimiento de insumos resultado de la falta de planificación adecuada, restricciones sobre el tipo de personal que puede suministrar ciertos métodos anticonceptivos, requisito de ciertos niveles de paridad y edad mínima o máxima, requisito de autorización del cónyuge, manejo inadecuado de efectos secundarios, y requisito de procedimientos innecesarios, entre otros [67].

Barreras institucionales relacionadas con la interacción con la comunidad - actividad extramural, movilización comunitaria, participación juvenil

Las y los adolescentes han permanecido relativamente marginados de la atención de los procesos de salud/enfermedad, bienestar y desarrollo y es muy escasa su participación real y efectiva en esos procesos. La evidencia sugiere que las y los adolescentes no son motivados(as) por la institucionalidad para ser actores estratégicos en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las diferentes acciones para el desarrollo de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes [60, 84, 94, 96, 101, 103]. En narrativas de adolescentes sobre sus experiencias con las instituciones de salud en Perú se encontró que los servicios de salud no aparecen de manera espontánea en sus relatos sobre situaciones reales relacionadas con su salud sexual o reproductiva —como por ejemplo el embarazo en adolescentes— y en general los servicios de salud solo son mencionados como lugares asociados a una atención esporádica o reactiva pero no como un espacio agradable, cotidiano, vinculado a la búsqueda de orientación o información preventiva. Incluso, las farmacias y médicos particulares están más presentes que los establecimientos públicos en las narraciones de los y las adolescentes [94]. Un estudio de barreras de acceso a servicios de salud en Chile reitera este aspecto, considerando que el sector salud está aislado de la comunidad y hay una escasa vinculación entre los centros de salud con los ambientes por los que recorren las vidas cotidianas de las y los adolescentes (colegios, familias, sedes comunales, organizaciones sociales, entre otras) [23].

“...Pocos adolescentes conocen la oferta de servicios del centro de salud de su barrio. No es frecuente que el personal de los establecimientos salga fuera de sus instalaciones a realizar actividades de promoción en colegios, espacios deportivos u otros espacios comunitarios donde puedan entrar en contacto con la gente joven...”

Estudio Barreras de Acceso. Perú, 2010

La participación de los jóvenes en la determinación de sus necesidades es especialmente útil para conocer sus valores, percepciones, actitudes y comportamiento. Con la participación en este tipo de actividades y en programas de promoción de salud, adquieren conocimientos, se hacen más perceptivos en cuanto a los problemas de salud y están en mejores condiciones de transmitir información a otros jóvenes. Los niveles de participación de los jóvenes y la comunidad no se dan cuando sólo son informados por grupos externos que fijan los objetivos y metas para los programas juveniles. La participación efectiva de los adolescentes en el diseño y desarrollo de modelos de atención primaria de salud ha sido muy escasa. Para el ejercicio pleno de la ciudadanía, es importante conseguir una activa participación de las personas jóvenes en los espacios y asuntos públicos donde puedan hacer llegar sus demandas y necesidades, así como incidir en el diseño e implementación de las políticas públicas vinculadas a la reducción de los índices de embarazo adolescente [60, 103]. A su vez, las políticas en todos los niveles no sólo dependen de la existencia de una base de conocimientos empíricos sobre los problemas de salud y los factores de protección, sino de la voz de los que pueden abogar por una población específica. En el ámbito programático, político y de investigación, el agente más eficaz de cambio puede ser el propio grupo de jóvenes. Se les debe dar la oportunidad de expresar su propio análisis crítico de cómo el sistema les ha servido o no les ha servido. Sin embargo, cuando viven en ambientes caracterizados por la pobreza y la falta de educación y oportunidades de empleo, sus voces usualmente están silenciadas [60].

Barreras políticas, nacionales o territoriales

Las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud desempeñan un papel crucial para responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades. En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación instrumenta una plataforma de garantías con su contrapartida de obligaciones, define el papel que cumplen los actores públicos, privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud [108].

Luego de la Conferencia del Cairo en varios países se revisaron los marcos legales y las políticas vigentes sobre salud sexual y reproductiva y se adoptaron medidas tendientes a asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud [20]. Actualmente, diferentes aspectos de los derechos sexuales y reproductivos son discutidos en los ámbitos legales de los países de Latinoamérica y el Caribe, ya sea en procesos de reforma constitucional, demandas (por ejemplo, a favor o en contra del aborto legal o la anticoncepción de emergencia), procesos por negación u obstrucción del acceso a servicios de salud legales y seguros o a través del litigio internacional [111].

Existen barreras legales, políticas y regulatorias para el ofrecimiento de servicios de SSR integrales y equitativos que competen directamente a las instituciones del sector salud e impedimentos macroeconómicos de la organización del Estado como garante de derechos.

Las barreras legales, políticas y regulatorias existen tanto dentro como fuera del sector salud, a pesar de los esfuerzos de los países para mejorar la salud sexual y reproductiva en consonancia con sus compromisos de derechos humanos. Para superar estas barreras, primero tenemos que identificarlas, a continuación, hacer un análisis cuidadoso de ellas para luego modificarlas.

Boletín OMS (2010). Derechos humanos para la salud sexual y reproductiva

Diversos estudios demuestran que la legislación y las normas vigentes en varios países de la región LAC actúan como barreras. Algunos hallazgos relevantes de estos estudios con relación a barreras políticas se resumen a continuación:

En general, se evidencia que los lineamientos de política de salud de adolescentes no están repercutiendo de manera concreta en los servicios ni en los indicadores. El discurso sobre la importancia de la salud integral de las y los adolescentes presente en estos

lineamientos de política, no se llega a transformar en prioridades presupuestales, disponibilidad de personal e inversión en infraestructura dedicada a esta población [94]. Igualmente, hay poca evidencia que indique que las políticas de los gobiernos en relación con los servicios de salud reproductiva para adolescentes se están poniendo en práctica en el nivel local de atención. Varios estudios en la región LAC han demostrado que los proveedores de servicios no tienen mayor conocimiento de las políticas concretas en materia de adolescentes, al igual que los directores de los centros de salud no ponen en práctica las políticas a pesar de tener conocimiento de ellas [23, 84, 94, 96, 101, 112].

En el caso concreto de Chile, hay poca claridad, principalmente en los equipos de salud locales, respecto a los lineamientos ministeriales en torno a la atención de adolescentes. El Programa de salud de adolescentes es relativamente reciente y con antecedentes confusos, en el sentido de que carece de una norma técnica como los otros programas ministeriales, y trabaja básicamente en torno a la resolución que permitió la creación de los espacios amigables. Igualmente, la

ausencia de metas asociadas a este programa dificulta la asignación de recursos humanos y financieros, otorgándole menor relevancia con respecto a otros programas —Los y las encargados(as) del Programa en los Servicios de Salud no cuentan con igual reconocimiento y beneficios que el personal de otros programas y, además, carecen de supervisión efectiva—. Si bien ha habido ciertos avances en este aspecto, aun no se ha logrado alcanzar un reconocimiento efectivo del programa con una estructura organizacional, de recursos y normativa técnica similar a la de otros programas del sector salud [23].

En Chile, la promulgación de la Ley 19927 de enero de 2004, establece que la edad de consentimiento para las relaciones sexuales sube de los 12 a los 14 años de edad y sanciona con penas que van desde los 5 a los 20 años de presidio a todo acceso carnal en mujeres de este grupo de edad —tanto el que es efectuado por la fuerza, como el consentido—. Con relación a esto, los proveedores de salud consideran que esta normativa obstaculiza la atención de adolescentes menores de 14 años, toda vez que ellos se sienten desorientados cuando reciben casos de menores de 14 años sexualmente activos. Usualmente los proveedores optan por no entregar anticonceptivos a menores de 14 años e, incluso, algunos prefieren no atenderlos, como una manera de protegerse a sí mismos frente a potenciales problemas legales [23].

El hecho de que las y los adolescentes no puedan atenderse sin la compañía de adultos que responden por ellos, es algo que profesionales y adolescentes identifican como un impedimento crítico para que este grupo poblacional acceda a los servicios de SSR. En el Perú, el ejercicio de los derechos

sexuales y reproductivos de las y los adolescentes se encuentra gravemente afectado por el contexto legal y político [94]. La vida sexual activa de adolescentes menores de 18 años es un hecho que las normas sociales y políticas se resisten a aceptar, a pesar de que las cifras indican que casi la mitad de las mujeres tienen su primera relación sexual antes de cumplir la mayoría de edad —Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2006 del Perú—; aproximadamente 45% de las mujeres ha tenido su primera relación sexual antes de los 18 años [113]. El Código Penal, luego de una modificación en el año 2006 [114], penaliza las relaciones sexuales de adolescentes, desconociendo su capacidad para consentirlas. Dichas relaciones, son asumidas como casos de abuso sexual y los servicios de salud están obligados a reportarlos a la fiscalía y esperar su autorización para dar de alta a la adolescente que ha tenido parto institucional. Esta disposición ha provocado que aquellas adolescentes gestantes que han asistido a sus controles prenatales, opten por el parto no institucional por temor a que su pareja sea denunciada por violación; situación que se ha constituido en una de las principales barreras de acceso a los servicios de atención y orientación en salud sexual y reproductiva por parte de las y los adolescentes, lo cual incrementa su vulnerabilidad a embarazos no

deseados, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, sobre todo en adolescentes de menores recursos económicos y niveles de instrucción [115].

En el caso de Colombia, uno de los avances más importantes en la normatividad de este país es sin duda la Sentencia C355 de 2006, en la cual la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias específicas: 1) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para

De las 600 millones de niñas y adolescentes que viven en los países en desarrollo, muchas siguen siendo invisibles en las políticas y los programas nacionales. Millones viven en la pobreza, son víctimas de la discriminación de género y la desigualdad, y están sometidas a numerosas formas de violencia, abuso y explotación, como el trabajo infantil, el matrimonio infantil y otras prácticas nocivas.

OMS (2010)

la vida o la salud de la mujer; 2) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y 3) Cuando el embarazo sea resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, inseminación artificial, transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto. La norma técnica para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, acoge los estándares definidos por la Organización Mundial de la Salud en la guía "Aborto sin riesgo" y se articula a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. No obstante la existencia de esta normatividad, persisten barreras administrativas y negación de la prestación de estos servicios a las mujeres que en los casos y condiciones establecidos en la sentencia deciden interrumpir voluntariamente su embarazo [116]. Esta problemática sustenta la necesidad de adelantar, como parte de las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de la enfermedad, un amplio programa de difusión no sólo de los derechos de las mujeres relativos a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), sino de los deberes y derechos de los prestadores, a fin de garantizar efectivamente la prestación oportuna y con calidad de estos servicios de salud sexual y reproductiva [25].

Conclusiones y recomendaciones

La revisión de la evidencia una vez más demuestra que los adolescentes enfrentan una miríada de barreras para poder acceder y beneficiarse de los servicios de

salud. A pesar de los esfuerzos de los estados para mejorar las condiciones de vida de este grupo poblacional y de las diversas estrategias y modelos que estos han puesto en marcha para ofrecer servicios de salud integrales y más amigables para adolescentes y jóvenes, es un hecho que se necesita dar una mirada más profunda para evaluar las actuales fallas de los programas y políticas de salud que afectan a este grupo. Es imperativo que aquellos que diseñan y desarrollan políticas de salud y programas rectifiquen las actuales deficiencias que presentan los contextos político y social, en los cuales están inmersos los sistemas vigentes de salud y encuentren alternativas de

solución para que los servicios cumplan con su misión de servir a su población blanco, en especial a aquella que presenta condiciones especiales de vulnerabilidad (minorías étnicas, desplazados, menores de edad, etc.).

Jóvenes y adolescentes representan un potencial para el desarrollo social y económico de la Región. Incrementar la inversión en los servicios de salud reproductiva y sexual de manera sostenida en los países en desarrollo promete enormes beneficios a las mujeres, hombres, familias y sociedades. Además de mejorar la salud, los servicios de SSR contribuyen al crecimiento económico, social, a la equidad de género y a la gobernabilidad democrática. Sin embargo, para alcanzar estas premisas, es importante superar las barreras y desafíos programáticos y políticos que actualmente enfrentan los países en materia de servicios de salud integrales para

Los beneficios médicos de una salud sexual y reproductiva mejorada son quizás los más evidentes y fáciles de medir:

• La mala salud sexual y reproductiva supone un tercio de la carga mundial de morbilidad entre las mujeres en edad reproductiva y una quinta parte de la carga de enfermedad entre la población general.

• La necesidad de los servicios de SSR y el beneficio potencial de satisfacer esta necesidad, es mayor entre las mujeres más pobres, los hombres y los niños de los países de más bajos ingresos en el mundo.

• El cumplimiento de la necesidad insatisfecha de servicios anti-conceptivos en los países en desarrollo evitaría 52 millones de embarazos no deseados al año, que a su vez, se ahorrarían más de 1,5 millones de vidas y evitaría que 505.000 niños perdieran a sus madres.

UNFPA & Guttmacher Institute (2003)

adolescentes y jóvenes. Algunos de estos desafíos y posibles estrategias para superarlos se enuncian a continuación:

Promover la eliminación de todo tipo de barreras de acceso a los servicios de atención a los y las adolescentes existentes en todos los niveles del sistema de salud (local, nacional e internacional), así como las barreras existentes con relación a la educación e información en el área de la salud sexual y reproductiva instando a la toma de decisiones para el cambio basada en la evidencia.

Fortalecer la red de servicios, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de salud sexual y reproductiva, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y la capacitación de recurso humano. El problema de los recursos humanos es un aspecto crítico que debe tener un lugar destacado en la agenda política regional. A menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables [91, 108].

Los servicios deben ser diferenciados y tener un enfoque de derechos, género, sensibilidad cultural y de calidad para adolescentes; deben ofrecer ambientes cálidos que garanticen la privacidad y confidencialidad de los servicios [91].

Promover el trabajo intersectorial mediante el trabajo conjunto con las familias, las comunidades, las instituciones educativas, de recreación y laborales. Este es un factor fundamental que debe considerarse a la hora de pensar en servicios integrales de salud para adolescentes y jóvenes. Es preciso promover el trabajo conjunto de todos los sectores, a todos los niveles: los que formulan las políticas tanto en los organismos gubernamentales como no gubernamentales así como los ejecutores, utilizando el trabajo multidisciplinario,

la coordinación y la formulación de programas compartidos y complementarios [103]. La problemática del embarazo en adolescentes y jóvenes requiere de compromiso político que garantice intervenciones transversales sostenidas en todos los sectores sociales. Promover la participación del sector privado en iniciativas que redunden en el aprovechamiento del bono demográfico y promuevan los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, es esencial para potenciar el trabajo de los sectores estatales en la búsqueda de calidad de vida de este grupo poblacional.

Las redes sociales deben constituirse en elementos fundamentales para el intercambio de información, provisión de apoyo para adolescentes y jóvenes y como mecanismo de evaluación del funcionamiento de los servicios.

Es necesario gestar una cultura de análisis de la información en el sector y realizar un monitoreo sistemático y permanente de la calidad de los servicios y, en general, de los indicadores que permiten medir el acceso universal a la salud reproductiva en todos los niveles del sistema mediante el desarrollo de sistemas de información que sirvan como mecanismo de toma de decisiones técnicas y políticas [91]. Los sistemas de información deben contener las variables necesarias para poder realizar análisis estratificados usando variables que permitan evidenciar inequidad en el acceso a los servicios y barreras que afecten especialmente a la población más vulnerable (edad, sexo, pertenencia étnica, situación de desplazamiento, nivel educativo, ingresos, etc.).

Llevar a cabo acciones de información, educación y comunicación que involucren no sólo a los y las adolescentes sino además a las redes sociales, de la sociedad civil e institucionales de las que ellos forman parte (pares, padres y madres de familia, docentes, organizaciones juveniles, etc.) [117].

La participación de los jóvenes es crucial en la concepción, implementación y evaluación de los servicios amigables. Su participación no solo mejora sus conocimientos en temas de SSR sino que también los hace más perceptivos en cuanto a los problemas de salud a los que se enfrentan y están en mejores condiciones de transmitir información a sus pares.

En el panel 8 se resumen algunas recomendaciones que el Fondo de Población de las Naciones Unidas ha indicado en informes presentados a los diferentes países de la subregión andina en la última década en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.

PANEL 8. RECOMENDACIONES DEL UNFPA A LOS PAÍSES DE LA SUBREGIÓN ANDINA EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA SU POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN

- ❖ Promover y garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para todos los adolescentes, en particular la educación sexual y de salud reproductiva en las escuelas, así como unos servicios de orientación y apoyo psicológico y de atención de la salud que sean confidenciales y sensibles a los problemas de jóvenes y adolescentes.
- ❖ Revisar y modificar la legislación de forma que se ayude a las mujeres a evitar embarazos no deseados, adoptando medidas para garantizar que las mujeres no tengan que buscar procedimientos médicos inseguros, como los abortos ilegales, que podrían poner en peligro sus vidas, debido a la falta de servicios adecuados en relación con el control de la fecundidad. Adoptar medidas educativas para las niñas y los niños que favorezcan las uniones y la procreación responsables.
- ❖ Adoptar medidas para que se preste atención a las necesidades de información de los adolescentes, incluso mediante la difusión de programas de planificación de la familia e información sobre métodos anticonceptivos y aprovechar, entre otros medios, la puesta en marcha de programas eficaces de educación sexual.
- ❖ Reforzar los mecanismos de control del número de casos y el alcance de la violencia, el abuso sexual, el descuido, el maltrato o la explotación y fortalecer el apoyo a las víctimas de violencia y maltrato en aras de garantizar su acceso a servicios adecuados de recuperación y de orientación y apoyo psicológico y otras formas de reintegración.
- ❖ Velar porque los profesionales que trabajan con niños (en particular maestros, asistentes sociales, profesionales de la salud y miembros de la policía y de la judicatura) reciban formación sobre su obligación de informar a las autoridades competentes y adoptar medidas adecuadas en los casos de presunta violencia en el hogar que afecte a niños.

- ✿ Considerar la revisión de las leyes relativas al aborto con miras a suprimir las disposiciones punitivas aplicables a las mujeres que se someten a abortos y les dé acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos inseguros y así reducir las tasas de mortalidad materna, de conformidad con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.
- ✿ Destinar suficientes recursos a actividades de sensibilización, servicios de orientación y apoyo psicológico y otras medidas que contribuyan a la prevención del suicidio entre los adolescentes.
- ✿ Reducir tasas de mortalidad materna mediante servicios de maternidad segura y asistencia prenatal.

En esta revisión se pone en evidencia que muchas de las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de adolescentes y jóvenes, y recomendaciones para superarlas, forman parte de los hallazgos de repetidos estudios llevados a cabo durante la última década. A pesar de que dichas barreras se han citado en múltiples revisiones bibliográficas y documentos de referencia aun no se observan cambios sustanciales que impacten los indicadores de salud en el área.

Es claro que el primer paso para superar las barreras de acceso a los servicios de salud en general es identificarlas. Esta identificación se debe hacer teniendo en cuenta múltiples puntos de vista y utilizando dife-

rentes herramientas como las presentadas en el anexo 2. Una vez identificadas las dificultades, es esencial discutir los problemas y alternativas de solución con todos los actores involucrados en la problemática y en las soluciones. Pero para que las soluciones sean efectivas y viables se requiere que exista la voluntad y el compromiso políticos de todos los sectores sociales para llevarlas a cabo, invertir en ellas de manera sostenida y desarrollar procesos de monitoreo y evaluación sistemáticos que permitan tomar decisiones políticas correctas y oportunas basadas en la evidencia. Mientras que los y las adolescentes y jóvenes carezcan de opciones de vida dignas será difícil abordar y modificar efectivamente la problemática.

IV.

GUÍA BÁSICA PARA IDENTIFICAR LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Para efectos de este documento hemos clasificado las barreras de acceso en tres categorías de agrupación general. Determinantes causales de los obstáculos de la demanda y uso de servicios de salud, que configuran impedimentos de acceso: comprensión y configuración de imaginarios sociales, autocuidado y derecho a la salud, impedimentos estructurales de la organización de los servicios salud y los macroeconómicos de la organización del Estado como garante de derechos.

Con el propósito de facilitar la identificación y análisis, en cada una de estas categorías, se incluyen indicadores estratégicos, tácticos y operativos. En algunos casos estos indicadores son de resultados y en otros son indicadores de procesos. El análisis de todos ellos en su conjunto y contexto permitirá conocer de forma más cercana las condiciones y características que constituyen o potencian las barreras de acceso; así como aproximar evaluaciones sobre el grado de transformación de estas condiciones e, inclusive, el impacto que puedan lograr las acciones realizadas para superar barreras de acceso a servicios de salud.

Categorías

A continuación se enuncian los grupos de indicadores que por consenso se han considerado como de mayor relevancia y su sentido de uso, ya sea Táctico o Estratégico:

1. BARRERAS SOCIOCULTURALES

Son la expresión de los comportamientos que responden a una cultura, a las creencias, a una forma de hacer las cosas y que son producto de los mitos, imaginarios y prejuicios, tanto de la población general como de los trabajadores de la salud.

Indicadores:

- ✧ Culturales (Táctico)
- ✧ Valoración de la Salud (Estratégico)
- ✧ Desarrollo Humano (Estratégico)
- ✧ Acceso a Tecnología (Operativo)
- ✧ Brechas generacionales (Táctico)

2. BARRERAS INSTITUCIONALES

Son los obstáculos que generan rechazo o miedo en adolescentes, que se traducen en falta de acceso a los servicios de salud. Tienen que ver con la forma de organización de los servicios, las deficiencias en la calidad, la falta de seguimiento de los procesos establecidos por parte de los prestadores de servicios, y la inexistencia de estrategias adecuadas y sostenidas de información, educación y comunicación.

Indicadores:

- ✧ Administrativas y de Gestión (Estratégico)
- ✧ Recurso humano (Táctico)
- ✧ Accesibilidad (Operativo)

3. BARRERAS POLÍTICAS, NACIONALES O TERRITORIALES

Son los impedimentos macroeconómicos de la organización del Estado como garante de los derechos/ Legislación y normatividad sectorial.

Indicadores:

- ✿ Evolución de marcos normativos para la juventud y la adolescencia. Estados del Arte en Salud (Estratégico)
- ✿ Voluntad política de tomadores de decisiones (Táctico)
- ✿ Bases de información (Operativo)

La creación de indicadores comunes es una forma práctica que sirve a los países y a las regiones para fijar un referente de la efectividad de sus acciones y de comparación, así como para conocer sus avances, fortalezas y debilidades.

Estos indicadores además pueden ser utilizados para facilitar y favorecer la toma oportuna y pertinente de decisiones, cuando se trata de establecer planes de mejoramiento de las relaciones entre la oferta y la demanda, especialmente en las condiciones y características que determinan la dinámica de uso de los servicios de salud, y muy especialmente de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes. Al introducir indicadores para la identificación y superación de barreras de acceso, se busca proveer de elementos y objetivos claramente medibles.

Enseguida se presenta una **Guía básica para identificar barreras de acceso a los servicios para adolescentes y jóvenes**, en la que, a partir de una tabla específica para cada tipo de barrera, podrá encontrar subcategorías, ejemplos más referenciados y formas de identificarlas, así como indicadores y comentarios.



Adolescente recibiendo atención en un servicio amigable. Nariño, Colombia.

1. BARRERAS SOCIOCULTURALES

SUBCATEGORÍAS	EJEMPLOS MÁS REFERENCIADOS	FORMAS DE IDENTIFICARLAS, INDICADORES Y COMENTARIOS
<i>Mitos, imaginarios, prejuicios.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Creencia de que tener hijos es prueba de fidelidad y salud. - Oposición de la religión o de la pareja para la anticoncepción. - Decisión de uso de MAC recae sobre otros (esposo, suegras, otros familiares). - Dar educación sexual a los adolescentes implica promover las relaciones sexuales a temprana edad. - Necesidad de abstinencia sexual en la adolescencia. 	<p>Investigaciones cualitativas con los diferentes grupos étnicos y subculturas.</p> <p>Grupos focales, sondeos, entrevistas a profundidad, historias de vida sobre itinerarios terapéuticos, estudios etnográficos.</p>
<i>Conceptos y valores del cuidado de la salud y del embarazo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido de invulnerabilidad en los adolescentes. - Actitudes positivas hacia el embarazo. El embarazo es deseado y en cierta medida planificado por falta de oportunidades y reconocimiento social de adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de fuentes secundarias que evidencien opinión: medios de comunicación, observatorios sobre diferentes aspectos de la SSR de adolescentes y jóvenes. - Indicadores planteados específicamente para cada investigación. - Encuestas estructuradas para cada ámbito y grupo de opinión.
<i>Nivel de riqueza/pobreza.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecostos por la atención: Gastos de bolsillo (transporte, trámite de documentos, fotocopias, compra de insumos, medicamentos). - Cobro de pagos no autorizados. - Bajo nivel de escolaridad: dificultad para entender información técnica médica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Institutos y fuentes nacionales de estadísticas. - Datos nacionales de línea de pobreza e indigencia, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Índice de Pobreza Humana (IPH), Índice de Desarrollo Humano (IDH), Índice de Calidad de Vida (ICV), Indicador de Equidad, Curva de Lorenz (Gini).
<i>Zona residencia urbana de pequeña y gran ciudad.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Largas distancias recorridas para acceder a los centros de salud sobre todo en zonas rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de fuentes secundarias, encuestas. - Documento del contexto demográfico, social y económico del país, zona o localidad. - Planes territoriales y locales de salud.
<i>Conceptos sobre adolescencia, identidad de género, orientación sexual, culturas juveniles, etnia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Trato discriminatorio y estigmatizante a mujeres indígenas y adolescentes embarazadas o madres adolescentes. - Desequilibrio de poder entre mujeres y hombres: mujeres tienen menor poder de negociación y carecen del control de los recursos en el hogar. - Jóvenes LGBT enfrentan estigma y discriminación por parte de proveedores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación social. - Estado del arte de los conceptos sobre adolescencia y juventud. - Investigaciones socio-antropológicas: grupos focales, sondeos, entrevistas a profundidad, estudios etnográficos.
<i>Educación y actividades de formación.</i>	<p>Cátedra de educación sexual en las escuelas no es obligatoria o se restringe a seminarios o charlas de corta duración durante el ciclo académico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de fuentes secundarias, encuestas, grupos focales, sondeos. - Último informe de país de estado de los derechos de niñas, niños y adolescentes, focalizando en educación y trabajo. - Informe sobre derechos humanos de cada país para personas de 19 a 24 años focalizando en educación y trabajo. - Proyectos educativos institucionales.

SUBCATEGORÍAS	EJEMPLOS MÁS REFERENCIADOS	FORMAS DE IDENTIFICARLAS, INDICADORES Y COMENTARIOS
<i>Acceso a desarrollos tecnológicos.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de establecimientos públicos/privados para acceder a internet (en bibliotecas, café internet, colegios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de fuentes secundarias, encuestas, grupos focales, sondeos. - Cobertura de internet (nacional, departamental, municipal). - Existencia de programas virtuales para educación sexual. - Servicios telefónicos de atención a usuarios(as). - Número y cobertura de uso de programas virtuales para adolescentes por condición sociocultural. - Cobertura de uso de apoyo tecnológico de MAD Media en educación.
<i>Brecha generacional.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tradición adulto céntrica: adolescentes vistos como sujetos peligrosos e irresponsables. - Conceptos y prejuicios de los proveedores sobre adolescencia: (desaprobación de iniciación sexual temprana, re-criminaciones o malos tratos cuando los(as) adolescentes solicitan información o MAC). 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigaciones cualitativas: grupos focales, sondeos, entrevistas a profundidad, estudios etnográficos. Enfoque en brechas generacionales. - Estrategias realizadas para promover grupos intergeneracionales.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA LAS BARRERAS SOCIOCULTURALES

- Socializar indicadores en ámbitos académicos, sector salud y educación público y privado, y con otros actores sociales reconocidos en el ámbito de intervención.
- Implementar estrategias de comunicación para el cambio social masivas, focalizadas, grupales e individuales:
- Trabajo con la comunidad, líderes, trabajadores de la salud, usuarios, familias y entornos (escuela, instituciones, municipios, etc.) para sensibilizar los actores sociales sobre DSR y prácticas saludables de SSR, estadísticas e indicadores.
- Discusión y ajuste de modelos económicos y de desarrollo entre actores clave políticos y sociales.
- Revisión, ajuste, formulación, divulgación e implementación de políticas públicas transversales para impactar condiciones de inequidad.
- Alianzas entre los sectores académico y de salud, privado y público, incluyendo cooperación internacional, mesas intersectoriales de análisis y propuestas de solución.
- Seguimiento a las tasas de abandono escolar de adolescentes embarazadas en todos los niveles (internacional, nacional, territorial, local).
- Incorporación en la formación básica de cátedras que permitan el desarrollo de habilidades para ser ciudadano.

2. BARRERAS INSTITUCIONALES

SUBCATEGORÍAS	EJEMPLOS MÁS REFERENCIADOS	FORMAS DE IDENTIFICARLAS, INDICADORES Y COMENTARIOS
<p><i>Administrativas y de gestión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Procesos administrativos - Procesos de gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragmentación de los servicios. - Funcionamiento interno de la institución no facilita la captación de usuarios/as jóvenes. - Planeación deficiente de la prestación de servicios; no se garantiza la provisión oportuna y continua de los métodos modernos de regulación de la fecundidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de oferta de servicios y contratos entre administradoras de planes de beneficios y red de prestadores. - Análisis de redes de prestación de servicios y protocolos de referencia y contrarreferencia.
<p><i>Infraestructura, organización, oferta y calidad de los servicios.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad: ubicación del servicio, acceso geográfico, identificación. - Disponibilidad. - Oportunidad. - Organización, calidad y funcionamiento de servicios: espacio físico, horarios, asignación de citas, mecanismos de referencia y contrarreferencia intra e inter institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de horarios flexibles y tiempo adecuado para la interacción entre el profesional y adolescentes y jóvenes. - Sistema de citas y consultas dispendioso sin posibilidad de elección del profesional, o continuidad en la atención con los mismos, escasez de turnos disponibles o días de atención. - Servicios no son diferenciados por grupo poblacional. Espacio físico compartido con otros servicios o ambientes poco amigables con los cuales adolescentes y jóvenes no se identifican, los(as) desestimula y disminuye la posibilidad de su permanencia en el servicio. - Falta de privacidad en la atención del adolescente. - Difícil acceso por distancia, costo del transporte y tiempo que requieren los y las adolescentes y jóvenes para llegar a la institución de salud. - Ubicación del servicio muy cerca al hogar de adolescentes/jóvenes puede inhibir su asistencia por temor a ser descubierto(a) o criticado(a) por vecinos o conocidos. - Carencia de sistemas de información para identificar a población potencial usuaria, para determinar tiempo de desplazamiento a los establecimientos de salud (Sistemas de Información Geográfica o georreferenciada). - Falta de oportunidad en la prestación de servicios. Retrasos en la atención a pesar de la inminente necesidad de atención. - No hay señalización del sitio que indique que se trata de servicios especiales para adolescentes y jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de condiciones de eficiencia y calidad del servicio. - Metodologías cualitativas: visitas, grupos focales, sondeos, entrevistas a profundidad, cliente secreto, itinerarios burocráticos. - Documentos de sistematización de actividades cualitativas para la evaluación de servicios. - Fuentes secundarias, estadísticas, reportes. - Registro de adolescentes y jóvenes inscritos(as) en programas de atención a la SSR. - Manuales de procesos y procedimientos y protocolos de gestión institucional. - Guías técnicas y evaluación de su implementación/aplicación. - Listas de verificación para los servicios diferenciados (amigables) para adolescentes y jóvenes. - Auditorías - Informes de los modelos de evaluación rápida de condiciones de accesibilidad. - Instituciones de salud de una zona que están a más de una hora de la vivienda más lejana. - Sistema de Información en Salud. - Sistemas de Información Geográfica. - Medición de oportunidad de cita (Promedio de días de espera para acceder a una cita de PF/No. de profesionales que prestan servicios para adolescentes y jóvenes por institución, sexo, grupo de edad y año). - Encuestas de satisfacción de usuarios(as). - Cobertura: número de actividades realizadas (o instituciones beneficiadas por el servicio) x 100/Total de personas que demandan el servicio. - Indicador de cobertura de sesiones de asesoría y consejería realizadas en adolescentes y jóvenes en mecanismos de prevención contra riesgos asociados al ejercicio reproductivo por institución por sexo, grupo de edad, por año. - Disponibilidad de mecanismos alternativos de prestación de servicios en la esfera de la SSR de adolescentes (ej: educación entre pares, comercialización social de preservativos).

SUBCATEGORÍAS	EJEMPLOS MÁS REFERENCIADOS	FORMAS DE IDENTIFICARLAS, INDICADORES Y COMENTARIOS
		<ul style="list-style-type: none"> - Establecimientos de atención primaria de salud que ofrecen servicios completos y reconocidos de tratamiento de los casos de ITS sintomáticos/PF/Control prenatal por 500.000 habitantes. - Necesidad insatisfecha de PF (Encuestas nacionales de demografía y salud). - Centros de prestación de servicios que proporcionan apoyo médico, psicológico y jurídico apropiado a mujeres y hombres víctimas de violación o incesto. - Tasa de fecundidad adolescente: número de nacidos vivos de mujeres entre 10 y 19 años en un año/Población calculada a mediados de año x 100. - Tasa de sífilis congénita en madres adolescentes: gestantes adolescentes con sífilis/gestantes adolescentes x 100. - Tasa de VIH en madres adolescentes: gestantes adolescentes con prueba positiva para el VIH/gestantes adolescentes x 100.
<p><i>Recurso humano:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Competencias en habilidades de trabajadores de la salud para disminuir vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes (entendidas como el desarrollo de habilidades en el ser, saber y hacer). - Disponibilidad de recurso humano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poca o ninguna capacitación en habilidades comunicacionales y actitudinales. Resistencia a comunicarse o interactuar con adolescentes para discutir temas de sexualidad. - Actitud hostil del personal de salud. - Desconocimiento del idioma y valores culturales por parte de proveedores de salud. - Desconocimiento del personal de salud sobre la perspectiva de género y masculinidad en la prestación de servicios. - Desconocimiento del personal de las instituciones sobre los procedimientos para activar las acciones de protección y atención de las personas víctimas de violencias (sexual e intrafamiliar). - Falta de recurso humano suficiente para ofrecer servicios integrales, con dedicación especial para este grupo poblacional. - Alta rotación de personal asignado a la atención de adolescentes. - Personal del módulo de recepción o admisión de los establecimientos no ofrece orientación sobre servicios disponibles y su organización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la existencia de políticas de recursos humanos (Cualificación, evaluación, continuidad, promoción, permanencia). - Política pública con la definición de competencias para trabajadores de salud para el trabajo con jóvenes y adolescentes realizada de manera participativa estado e instituciones educativas públicas y privadas. - Registro de proveedores de servicios capacitados en salud de jóvenes y adolescente por institución y por zona. - Bases de datos o registros institucionales sobre capacitación del recurso humano. - Indicadores para medir la capacidad de las instituciones para responder a la demanda de atención en SSR (ej: número de consultas de detección de las alteraciones del desarrollo del joven/número de profesionales formados en atención a adolescentes y jóvenes). - Instituciones educativas de ciencias de la salud con materias de adolescencia y juventud en el currículo/Instituciones educativas censadas en la zona geográfica definida *100. - Actividades acreditadas de formación continua en temas de salud de jóvenes y adolescentes por institución de salud. - Proveedores de servicios de salud capacitados para detectar signos de abuso y violencia sexual y conocedores de los protocolos para atender estas víctimas (Encuesta a establecimientos). - Proveedores de servicios de salud que están capacitados para prestar servicios de aborto sin riesgo de plena conformidad con la ley (Encuesta a establecimientos). - Encuestas de satisfacción de usuarios(as). - Encuestas a establecimientos.

SUBCATEGORÍAS	EJEMPLOS MÁS REFERENCIADOS	FORMAS DE IDENTIFICARLAS, INDICADORES Y COMENTARIOS
<p><i>Coordinación interinstitucional e intersectorial:</i> Sectores: educativo, recreación, cultura y deporte, protección y justicia, sector económico y formación para el empleo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No hay coordinación de acciones entre los diferentes sectores a los que compete el trabajo con adolescentes. - Invisibilización de otros sectores diferentes al de salud y educación. - No hay espacios de coordinación entre diferentes sectores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de coordinación intersectorial establecidos y funcionales (mesas, convenios docentes asistenciales, interinstitucionales e interadministrativos). - Proyectos en ejecución entre dos o más sectores. - Prioridades de acción en planes operativos y de inversión de diferentes sectores. - Mecanismos de M&E desde altas instancias del gobierno.
<p><i>Participación juvenil, social y comunitaria:</i> Falta de reconocimiento de liderazgos, formación de grupos y redes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes no están siendo motivados(as) por la institucionalidad para ser actores estratégicos en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las diferentes acciones para el desarrollo de los servicios de SSR para adolescentes y jóvenes. - Adolescentes no están presentes en las veedurías y asociaciones de usuarios de las instituciones de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y reconocimiento de liderazgos, formación de grupos y redes. - Empoderamiento juvenil con participación efectiva de ellas y ellos. - Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad orientadas a apoyar la participación juvenil, realizadas por iniciativa de la comunidad.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA LAS BARRERAS INSTITUCIONALES

Administrativas, de gestión y oferta de servicios:

- Modelos integrales de atención (marcos políticos y administrativos).
- Vigilancia a los protocolos a través de comités técnico-científicos institucionales.
- Supervisión, asistencia técnica y educación continua.
- Aplicación del modelo de evaluación rápida de condiciones de accesibilidad.
- Inducción integral al servicio para todos los recursos humanos institucionales sobre políticas de recurso humano y cultura de servicio.
- Socializar indicadores y estudios relevantes en ámbitos académicos, sector salud y educación público y privado, y con otros actores sociales reconocidos en el ámbito de intervención.
- Socialización de informes de normas nacionales sobre calidad de la atención en salud para adolescentes y jóvenes, servicios diferenciados (amigables) en sector académico y sector salud.
- Socialización de manuales de procesos y procedimientos y protocolos institucionales entre proveedores de servicios.
- Implementar herramientas de M&E de los protocolos de atención.

Recurso humano:

- Diseño y ejecución de planes de educación continua al interior de las instituciones.
- Formación básica de pre y post grado que incluya los temas prioritarios en salud pública incluyendo la salud de adolescentes y jóvenes.
- Actualización periódica de currículos de instituciones educativas de la salud.
- Implementación de estrategias de motivación del personal que promuevan el trabajo con adolescentes y jóvenes.
- Distribución equitativa del recurso humano cualificado a nivel institucional y territorial.

Coordinación interinstitucional e intersectorial:

- Consolidación de mecanismos y espacios de alianzas, cooperación y colaboración entre los diversos actores y sectores. Estrategias de incidencia en políticas públicas y de movilización social.
- Integrar la visión y necesidades comunes de los diferentes sectores para que jóvenes y adolescentes permanezcan sanos y con proyectos de vida motivadores
- Fortalecer y promover el establecimiento de servicios de salud para adolescentes y jóvenes locales y regionales y visibilizar y fortalecer los ya existentes.
- Integrar miembros de las comunidades locales (actores sociales) en las actividades de estos servicios, idealmente desde el diseño mismo.
- Facilitar el acceso a la información y a los servicios.

Participación juvenil, social y comunitaria:

- Estrategias de gestión comunitaria para el empoderamiento de los diversos grupos y actores para lograr el posicionamiento interno de la salud adolescente y joven.
- Estrategias de organización de vigilancia y control social, organización de corresponsabilidad social y espacios de rendición de cuentas.
- Promover la participación protagónica de adolescentes y jóvenes en espacios para la expresión de sus necesidades y soluciones, asesoría y herramientas para la autoconducción.
- Visibilización positiva reconociendo el aporte juvenil a la sociedad.
- Empoderar adolescentes jóvenes reconociendo sus derechos y capacidades y contribuyendo con la formación de la ciudadanía.

3. BARRERAS POLÍTICAS, NACIONALES O TERRITORIALES

SUBCATEGORÍAS	EJEMPLOS MÁS REFERENCIADOS	FORMAS DE IDENTIFICARLAS, INDICADORES Y COMENTARIOS
<p><i>Concepto de Estado y ciudadanía.</i></p> <p><i>Estructura y organización del Estado.</i></p> <p><i>Modelo de desarrollo del Estado.</i></p> <p><i>Marco normativo nacional y territorial.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de una política o estrategia nacional de SSR. - Lineamientos de política de salud de adolescentes no están repercutiendo de manera concreta en los servicios. - Poca difusión de la legislación a proveedores. - Legislación retrógrada en algunos países sobre IVE, prestación de servicios sin exigencia de compañía de acudiente. - Problemas con la planificación de adquisición de insumos y medicamentos (también barrera políticas institucionales). 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen de políticas nacionales —análisis de fuentes secundarias: Constitución Política, convenciones/tratados internacionales firmados por el país, Marco Normativo en general - Registros Administrativos para verificar asignaciones presupuestarias - Documento resumen de la evolución del marco normativo para la salud joven y adolescente de cada país. - Planes plurianuales para la adquisición de productos/insumos.
<p><i>Compromiso de decisores políticos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso de los decisores políticos. - Formación de recursos humanos no integra adecuadamente contenidos sobre adolescencia y juventud para armonizar con las políticas estatales de desarrollo integral de la SSR en todas las etapas del ciclo vital. - Falta definir metas políticas y programáticas claras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo y evaluación de los proceso de convocatoria política. - Política con participación juvenil para la salud joven y adolescente institucionalizada por el gobierno nacional y adoptada por sectores público y privado. - Guía de técnicas y pasos de abogacía para cada país. - Estudios cualitativos con tomadores de decisiones políticas.
<p><i>Inversión social en salud y educación del adolescente</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de asignación de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes relacionados con la inversión social y de educación del adolescente. - Registros administrativos para verificar asignaciones presupuestarias.
<p><i>Estrategias de vigilancia y cumplimiento de exigibilidad de la normatividad vigente</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - La legislación existente no se concreta en la asignación de recursos financieros, disponibilidad y capacitación de personal e infraestructura dedicada/diferenciada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo y evaluación de cumplimiento de las normas. - Resultados de autoevaluaciones realizadas. - Resultados de evaluación entre pares realizadas.

SUBCATEGORÍAS	EJEMPLOS MÁS REFERENCIADOS	FORMAS DE IDENTIFICARLAS, INDICADORES Y COMENTARIOS
<p><i>Legislación existente sobre prestación de servicios SSR</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de normatividad clara con respecto a la oferta de servicios (ITS/Enfermedades del aparato reproductor- Detección del cáncer cervicouterino, otros). - Falta de definición de un conjunto mínimo de servicios de atención prenatal. - Ley prohíbe atención a menores sin la presencia de sus padres o acudientes o falta de difusión de la normatividad que determina que los(as) adolescentes pueden ser atendidos sin este requisito. - Falta de leyes que prohíban la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género. - Falta de reglamentación contra prácticas de mutilación genital femenina. - Falta de estrategia/plan para la atención a víctimas de violencias incluyendo la sexual e intrafamiliar y para la prevención de las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas nacionales de SSR y guías técnicas de componentes y programas. - Examen de políticas. - Monitoreo de sistemas de atención al usuario y de quejas y reclamos. - Monitoreo de acciones legales por motivos ligados al incumplimiento de acciones en salud. - Aplicación de estudios socio-antropológicos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA LAS BARRERAS POLÍTICAS, NACIONALES O TERRITORIALES

- Diseño e implementación de sistemas de monitoreo, información y evaluación para seguimiento de políticas.
- Fortalecimiento de sistemas de información. Cultura de análisis de la información.
- Definición de metas y estímulos por su cumplimiento.
- Desarrollo de habilidades en procesos de abogacía.
- Producción de evidencias que demuestren las necesidades de transformación.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica de los tomadores de decisiones.
- Autoevaluación y evaluación entre pares.
- Mejorar procesos de abogacía.



Adolescente haciendo sus tareas. Santa Cruz, Bolivia.

V. BIBLIOGRAFÍA

Las referencias bibliográficas se encuentran enumeradas de acuerdo con el orden de aparición en el texto.

1. WHO, *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. 2002.
2. ONU, *Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe 1999*. Nueva York. 2000.
3. Conde-Agudelo A, B.J., Lammers C., *Maternal Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: cross-sectional study*. Am J Obstet Gynecol, 2005. Feb;192(2): p. 342-9.
4. Halcon, L., et al., *Adolescent health in the Caribbean: a regional portrait*. Am J Public Health, 2003. 93(11): p. 1851-7.
5. Estados Unidos, P.R.B., *La juventud mundial. Washington, DC: . PRB; 2006*. Disponible en: http://www.prb.org/pdf06/06WorldsYouth_SP.pdf Citado en: Salud de las Américas. OPS (2007), 2006.
6. Maddaleno M, M.P., Infante-Espínola F., *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década*. Salud Pública Mex 2003. 45(supl 1): p. S132-S139.
7. OPS, *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998*. Washington D.C. 2000.
8. OPS, *IMAN Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes*. 2005.
9. OPS, *Salud en las Américas. Capítulo 2. Condiciones de salud y sus tendencias. Regional*. Publicación científica y técnica No.622, 2007. 1.
10. Dempsey, A.F., et al., *Adolescent preventive health care: what do parents want?* J Pediatr, 2009. 155(5): p. 689-94 e1.
11. Coker, T.R., et al., *Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: the perspectives of adolescents and parents*. J Adolesc Health, 2010. 47(2): p. 133-42.
12. Bethell, C., J. Klein, and C. Peck, *Assessing health system provision of adolescent preventive services: the Young Adult Health Care Survey*. Med Care, 2001. 39(5): p. 478-90.
13. Ma, J., Y. Wang, and R.S. Stafford, *U.S. adolescents receive suboptimal preventive counseling during ambulatory care*. J Adolesc Health, 2005. 36(5): p. 441.
14. OPS, *Estadísticas de salud de las Américas, edición 2006*. Washington, DC: OPS 2006.

15. ONU, *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)*. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>, 1979.
16. ONU, *Population and development, I: programme of action*. Cairo International Conference on Population and Development, 1994.
17. *Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995* <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4654.pdf>, 1995.
18. Bernstein, S., J. Hansen, *Opciones públicas, decisiones privadas: Salud Sexual y Reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Consultado en "El Estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global". Flórez, CE & Soto, VE. BID. Universidad de Los Andes, Bogotá, Université Catholique de Louvain. 2008. Disponible en: <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/Opcionespublicasdecisionesprivadas-2.pdf>.
19. Rodríguez, R., M. Madaleno y M. Kastríñakis *El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Fundación K.W.Kellogg, 1998.
20. Morlacheti, A., *Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: Un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Publicación No.85*. CEPAL.
21. *Encuentro de Mujeres Parlamentarias de América Latina y el Caribe: Panel sobre SSR*, en "Desarrollando una agenda de género en los Parlamentos de América Latina y el Caribe". 2008.
22. OPS, *Salud en las Américas*. Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007. Capítulo 4. Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud.
23. CulturaSalud, *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. Documento realizado por la organización Cultura Salud para el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud, Chile. 2010.
24. OPS/UNFPA/UNICEF/MPS, *Guías Técnicas del Proyecto Integra: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH*. Bogotá, Colombia. 2007.
25. UNFPA, M., *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Vínculo del documento en: <http://www.unfpacolombia.org/documentos/modelosamigables2.pdf>. Segunda edición, 2008.
26. Tylee, A., et al., *Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?* Lancet, 2007. 369(9572): p. 1565-73.
27. Patton, G.C. and R. Viner, *Pubertal transitions in health*. Lancet, 2007. 369(9567): p. 1130-9.
28. Bearinger, L.H., et al., *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential*. Lancet, 2007. 369(9568): p. 1220-31.
29. Patel, V., et al., *Mental health of young people: a global public-health challenge*. Lancet, 2007. 369(9569): p. 1302-13.
30. Toumbourou, J.W., et al., *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use*. Lancet, 2007. 369(9570): p. 1391-401.
31. Sawyer, S.M., et al., *Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating*. Lancet, 2007. 369(9571): p. 1481-9.

32. Klein JD, L.L., Allan MJ., *Delivery of smoking prevention and cessation services to adolescents*. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; , (155): p. 597-602.
33. Walker, Z., et al., *Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial*. BMJ, 2002. 325(7363): p. 524.
34. Naccarella, L., *Evaluation of the rural South Australian Tri-division Adolescent Health Project*. Aust J Rural Health 2003(11): p. 116-120.
35. Bhuiya I, R.U., Chowdhury A, et al., *Improving adolescent reproductive health in Bangladesh_ Frontiers project final report. Bangladesh: Frontiers in reproductive health Population Council*. 2004.
36. NAFCl., *Report on activities and progress. Parklands, South Africa: NAFCl*. 2004.
37. Children, S.t., *"Youth-friendly" pharmacies in Bolivia*. Westport: Save the Children. 2004.
38. Mmari KN, M.R., *Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? evidence from Lusaka, Zambia*. J Adolesc Health, 2003(33): p. 259-270.
39. Britto MT, K.B., Bonny AE, Altum SA, Hornung RW., *Impact of a school-based intervention on access to healthcare for underserved youth*. J Adolesc Health 2001(29): p. 116-124.
40. UNFPA, <http://www.unfpa.org.bo/Intervencion/Adolescentes.htm>
41. Ministerio de Salud Chile, *Prevención del embarazo adolescente en Chile, experiencias fallidas y exitosas*. Presentación de Power Point. Reunión Sub Regional Andina, Barreras de Acceso Servicios para Adolescentes en la Región Andina. Medellín Colombia Octubre 2008.
42. Moreta J, M.d.S.P.E., *Estado del Arte en Provisión de Servicios para Adolescentes en la Región Andina. Programa Nacional de Atención de los y las Adolescentes*. Presentación de Power Point. Foro Regional: Lima, 18 al 20 de octubre 2004.
43. Ecuador, M.d.S.P.d., *Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador 2004-2014*. En http://www.cnna.gov.ec/_upload/Plan_Prevencion_Embarazo_Adolescente.pdf.
44. Ecuador, M., *Bases conceptuales de la Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes con énfasis en Salud reproductiva*. 1995.
45. MSP, *Promoviendo derechos Abrimos Caminos. Sistematización de dos experiencias de Atención en Salud Sexual y Reproductiva a Adolescentes y Jóvenes CEPAM Guayaquil-Ecuador*. 2005.
46. Adolescente., D.S.R.I.d.S.d.N.S.d.M.d., *Evaluación Integral del Servicio*. Presentación de Power Point. Foro Regional: Estado del Arte en Provisión de Servicios para Adolescentes en la Región Andina. Lima, 18 al 20 de octubre. 2004.
47. DGPS/MINSA, *Resolución Ministerial, Lima, 14 de Febrero del 2005. Oficio No. 0550-2005*.
48. MINSA Perú, G., *Centros de desarrollo juvenil. Una experiencia en 4 regiones de Perú*. Presentación de Power Point. Foro Regional: Estado del Arte en Provisión de Servicios para Adolescentes en la Región Andina. Lima, 18 al 20 de octubre. Vínculo de acceso al documento oficial en: <http://www.minsa.gob.pe/porta/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adol-promocion.asp> 2004.
49. Senderowitz, J., *Making reproductive health services youth friendly*. FOCUS on young adults, 1999: p. 1-51.
50. Musgrove, P., *Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina*". Cuadernos de Economía 1985. Año 22(66).

51. Gallo, N., *Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2009. 27(3): p. 282-290.
52. Medicine., S.f.A., *Access to health care for adolescents and young adults: position paper of the Society for Adolescent Medicine*. J Adolesc Health, 2004. 35: p. 342-44.
53. Reddy, D.M., R. Fleming, and C. Swain, *Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services*. JAMA, 2002. 288(6): p. 710-4.
54. Society, A.M.C.C.P., *Family friendly adolescent health services*. J Paediatr Child Health, 1997. 2: p. 356-57.
55. Brindis, C., *Advancing the adolescent reproductive health policy agenda: Issues for the coming decade*. J Adolesc Health 2002, 2002. 31((Suppl)): p. 296-309.
56. Restrepo, J., et al, *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Universidad de Antioquia, 2006.
57. OMS/UNFPA, *Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados*. 2009.
58. Cheater F, B.R., Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N, Shaw EJ, Oxman AD, *Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd., 2009.
59. Aday, L., Andersen, R, , *A Theoretical framework for the study of access to medical care* Health Services Research, , 1974. 9 (3).
60. Lynn Rew, E.D., R.N., C., F.A.A.N., *Access to Health Care for Latina Adolescents. A Critical Review*. Journal of Adolescent Health, 1998(23): p. 194-204.
61. Grol, *Beliefs and evidence in changing clinical practice*. British Medical Journal 1997(315): p. 418-20.
62. Bruce, J., *Fundamental elements of quality of care: a simple framework*. Citado en: *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health WHO (2010)*. Studies in Family Planning 1990(21): p. 61-91.
63. WHO, *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Edited by Shawn Malarcher. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010.
64. Vargas Trujillo E, H.J., González C., *Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia*. Acta Colombiana de Psicología 2007. 10 (1): p. 49-63.
65. Bhushan, A., *Transforming health systems to meet the needs of women and girls*. WHO. Expert panel: Gender perspectives on global public health. Implementing the internationally agreed development goals, including the MDGs. 53rd session of the Commission on the Status of Women, 2009.
66. Frost J, D.A., *Sexual and reproductive health of USLatinas: a literature review. Occasional Report*. The Alan Guttmacher Institute. New York, NY, 2006.
67. Sánchez, A., Wendy A, y Carlos L., *Guatemala: estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar para identificar estrategias que mejoren el acceso hasta el último rincón del país*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1. 2009.

68. Unger J, M.G., & Teran L., *Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample*. Journal of Adolescent Health 2000(26): p. 205-212.
69. Brindis, C.D., et al., *Service integration and teen friendliness in practice: a program assessment of sexual and reproductive health services for adolescents*. J Adolesc Health, 2005. 37(2): p. 155-62.
70. Yepes F, R.M., Zambrano A., Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, *Barreras de Acceso a Servicios de Salud para Menores de cinco años en Bogotá*.
71. Blum, R.W., et al., *Don't ask, they won't tell: the quality of adolescent health screening in five practice settings*. Am J Public Health, 1996. 86(12): p. 1767-72.
72. Lustig, J.L., et al., *Improving the delivery of adolescent clinical preventive services through skills-based training*. Pediatrics, 2001. 107(5): p. 1100-7.
73. Krauskopf, D., *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*. Costa Rica. UNFPA 2000. Segunda edición
74. Tanaka O, M.C., *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente*. OPS OMS Fundación Kellogg - Editora Universidad de Sao Paulo Brasil, 2001.
75. Millstein, S.G., V. Igra, and J. Gans, *Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians*. J Adolesc Health, 1996. 19(4): p. 249-57.
76. Ensor, T. and S. Cooper, *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side*. Health Policy Plan, 2004. 19(2): p. 69-79.
77. Wyss, K., P. Kilima, and N. Lorenz, *Costs of tuberculosis for households and health care providers in Dar es Salaam, Tanzania*. Trop Med Int Health, 2001. 6(1): p. 60-8.
78. Souza, W.V., et al., *The use of socioeconomic factors in mapping tuberculosis risk areas in a city of northeastern Brazil*. Rev Panam Salud Publica, 2000. 8(6): p. 403-10.
79. Sauerborn, R., C. Bodart, and R.O. Essomba, *Recovery of recurrent health service costs through provincial health funds in Cameroon*. Soc Sci Med, 1995. 40(12): p. 1731-9.
80. Sauerborn, R., et al., *The economic costs of illness for rural households in Burkina Faso*. Trop Med Parasitol, 1995. 46(1): p. 54-60.
81. Shehu, D., A.T. Ikeh, and M.J. Kuna, *Mobilizing transport for obstetric emergencies in northwestern Nigeria*. The Sokoto PMM Team. Int J Gynaecol Obstet, 1997. 59 Suppl 2: p. S173-80.
82. *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud*. Bolivia.
83. Defensoría del Pueblo, *El Derecho a la Salud*. Defensoría del Pueblo. Bogotá, D. C. Colombia 2003: p. 4.
84. Bolivia, *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud*. Bolivia. 2010.
85. OPS/OIT, *Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre extensión de la protección social en salud*. Washington, DC. Citado en Salud en las Américas (2007), 2005.
86. OPS, *Estudio regional sobre la asistencia hospitalar e ambulatorial especializada en América Latina e Caribe*. (THS/OS/04/2). Washington, DC. Citado en Salud en las Américas (2007), 2004.
87. Rubio-Mendoza, M., *Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá*. Rev. salud pública, 2008. 10(1): p. 29-43.

88. Londoño Vélez, A., *Desplazamiento y dignidad. Atención a las condiciones de género y salud sexual y reproductiva para la población desplazada por la violencia, con énfasis en adolescentes*. UNFPA, 2006.
89. WHO, *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. ISBN 978 92 4 156385 7, 2009.
90. Salud/UNFPA., F.M.d., *Informe Buenas Prácticas en Prevención de Embarazo Adolescente en Chile. Programa de Género y Equidad, FLACSO Chile. Citado en Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. Cultura Salud 2010*. 2009.
91. ORAS-CONHU, *Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregion Andina*. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue / Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes - Lima, 2009.
92. Guttmacher, I., *Datos sobre la satisfacción de la necesidad anticonceptiva en los países en desarrollo* Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unmet-Need-Intl-SP.pdf>. Accedido el 14 de septiembre de 2010. Institute Guttmacher con Apoyo de Planned Parenthood Federation, 2010.
93. Gupta, G., *Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Sustainable Development Technical Papers Series. Washington, DC. Inter-American Development Bank*, 2003.
94. Calandria/UNFPA, *Aportes para un diagnóstico sobre las barreras que impiden un mayor acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva de los establecimientos públicos de salud en Perú*. Documento Borrador elaborado por la Asociación de Comunicadores Sociales Calandria, 2009.
95. Driscoll A, B.M., Brindis CD, Yankah E., *Adolescent Latino reproductive health: A review of the literature*. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2001. 23(3): p. 255-326.
96. Ecuador, M.d.I.S.P., *Informe Final de Consultoría sobre el Diagnóstico y Superación de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva del MSP para Adolescentes y Jóvenes*.
97. Koster A, K.J., Offei A., *Utilization of reproductive health services by adolescent boys in the eastern region of Ghana*. *African Journal of Reproductive Health*, 2001(5): p. 40-49.
98. Mathur S, M.A., Mehta M., *Adolescents girls' life aspirations and reproductive health in Nepal*. *Reproductive Health Matters*, 2001(9): p. 91-100.
99. Stephenson R, H.M., *Barriers to family planning use among the urban poor in Pakistan*. *Asia-Pacific Population Journal*, 2004(19): p. 5-26.
100. Katz K, N.C., *Reproductive health knowledge and use of services among young adults in Dakar, Senegal. Citado en Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes. WHO (2007)*. *Journal of Biosocial Science* 2002(34): p. 215–231.
101. UNFPA/Mentor, *Proceso de Evaluación Sumativa a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes que se han Implementado en el país*. 2010.
102. Guttmacher, I., *Datos sobre la satisfacción de la necesidad anticonceptiva en los países en desarrollo* Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH-SP.pdf>. Accedido el 14 de septiembre de 2010. Institute Guttmacher con Apoyo de Planned Parenthood Federation. 2010.
103. Moreno, E., *Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes: Los Desafíos de Acceso y Calidad. Encuentro Internacional sobre Saludo Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia, mayo de 1995*.

104. Mogollón, A., *Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de Salud en las Empresas Sociales del Estado de Primer Nivel de la Ciudad de Bogotá, Colombia*. [Tesis doctoral]. Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona 2004.
105. Rohleder P, S.L., "What I've noticed what they need is the stats: lay HIV counsellors" reports of working in a task-orientated health care system". *AIDS Care*, 2005(17): p. 397-406.
106. Yepes F, e.a., *Pérdidas y ganancias de las reformas en Salud. Programa de Divulgación Científica Facultad de Economía*. Publicaciones Universidad del Rosario, Bogotá. TOMO II.
107. Balladelli, P., et al., *Liderazgo territorial y alianzas para la atención integral en salud de la infancia*. Bogotá. MPS and OPS, Editors., 2009.
108. OPS, *Salud en las Américas. Capítulo 4. Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. Volumen 1- Regional*. 2007.
109. Abadia, C.y.O., Diana, *Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una Herramienta Teórica y Metodológica para Evaluar los Sistemas de Salud Basados en La Atención Gerenciada*. Social Science & Medicine, 2009(68): p. 1163-1160.
110. Bogotá/UNFPA, S., *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud - Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA*. Bogotá. 2008.
111. Women's_Link_Worldwide, *Derechos Sexuales y Reproductivos: del Papel a la Realidad* Accedido el 15 de septiembre de 2010 en: http://www.womenslinkworldwide.org/prog_rr.html, 2010.
112. Belmonte, L.R., E.Z. Gutiérrez, R. Magnani and V. Lipovsek., *Barriers to Adolescents' Use of Reproductive Health Services in Three Bolivian Cities*. FOCUS on Young Adults/Pathfinder International., 2000.
113. INEI, I.N.d.E.e.l.d.P.-. *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar -ENDES*. 2004-2006.
114. Perú, *Ley 28704 publicada el 5 de abril de 2006*.
115. UNFPA/MINSA, *Balance Político Normativo sobre el Acceso de las y los adolescentes a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención del VIH-Sida*. Perú. 2009.
116. elespectador.com, *¿Niñas hedonistas o niñas condenadas?* Editorial de El Espectador. Accedido el 15 de septiembre de 2010 en: <http://www.elespectador.com/sergio-fajardo/articulo-224383-ninas-hedonistas-o-ninas-condenadas>, 2010.
117. UNFPA/MPS_Colombia, *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia*. 2003.
118. Krauskopf, D., *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia. Segunda Edición*. Costa Rica. UNFPA ISBN 9968-9943-0-8, 2000.
119. MPS/OPS/OMS, *Situación de la Salud en Colombia Indicadores Básicos*. 2007.



Hombre adolescente con su hijo. Carmen de Bolívar, Colombia.

VI. ANEXO

Estudios de diagnóstico e identificación de barreras de los países de la subregión andina signatarios del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente [20].

B O L I V I A

MARCO LEGAL Y DEL PROYECTO

- ✿ Proyecto de Institucionalización y Fortalecimiento del Modelo Transectorial de Atención a las(las) Adolescentes.
- ✿ Resolución REMSAA XXVIII/437 del 2007.

TIPO DE ESTUDIO/METODOLOGÍA

Metodología cuantitativa:

Aplicación de un cuestionario:

- ✿ Temas: características generales de los(las) adolescentes, uso de servicios de salud, información sobre sexualidad, actitudes, prácticas y seguros de salud.
- ✿ Muestreo probabilístico, aleatorio, estratificado en cada una de las ciudades.
- ✿ Bi-etápico: dos unidades de selección:
 - 1) Establecimientos educativos cercanos a Centros de Adolescentes.
 - 2) Al interior del establecimiento educativo: alumnos de ambos sexos.
- ✿ Análisis descriptivo-comparativo, atendiendo a los dominios de: estrato, edad, sexo, y uso o no uso de servicios de salud. Software SPSS versión 11.

B O L I V I A

Metodología cualitativa:

- ✿ Cuarenta entrevistas semiestructuradas 18 hombres, 22 mujeres estudiantes de secundaria.
- ✿ Quince entrevistas (8 mujeres, 7 hombres) a directores de centros de adolescentes, CRP, centros de salud, establecimientos educativos.
- ✿ Análisis con programa ETNOGRAPH.
- ✿ Marco conceptual: Modelo de Creencias en Salud (Hochbaum, Rosenstock, Kegels).

ÁREA DE COBERTURA

Urbano.

La Paz, El Alto y Santa Cruz.

POBLACIÓN OBJETO

- ✿ Adolescentes usuarios y no usuarios de servicios de salud.
- ✿ Responsables institucionales de salud y educación.
- ✿ Un total de 1.295 adolescentes (15 a 19 años): 636 hombres (49.1%) y 659 mujeres (50.9%), en las tres ciudades del estudio.

RESULTADOS GENERALES (barreras)

- ✿ Aproximadamente la mitad de adolescentes no acudieron a los servicios de salud en los últimos 12 meses antes de la encuesta (> incidencia en hombres que mujeres).
- ✿ Adolescentes de 14-16 años utilizan en > proporción los servicios de salud, respecto al grupo de 17-19 años
- ✿ Proporción importante de no usuarios de servicios de salud expresan estar conscientes de su vulnerabilidad. En sus relatos se visualizan situaciones de riesgos, problemas de salud y/o necesidad insatisfecha de información y servicios en SSR.

Análisis cualitativo: se consideraron dos dimensiones: 1) Beneficios percibidos o viabilizadores y 2) Barreras percibidas. En general, se vio una mayor contundencia en la identificación de barreras, respecto a los beneficios percibidos.

Barreras personales: miedo/desconfianza, vergüenza del personal de salud y/o del entorno en la sala de espera, falta de tiempo, necesitan de un acompañante en la consulta médica.

Barreras institucionales: no hay espacios diferenciales de atención, falta confidencialidad, burocracia, costo de las recetas, calidad de atención/maltrato, tiempo de espera, horarios inapropiados.

Barreras económicas: falta de aseguramiento.

B O L I V I A

Otras barreras:

- ✿ Percepción de invulnerabilidad, de no necesidad de los servicios de salud.
- ✿ Idea de que los servicios no son capaces de satisfacer sus necesidades actuales en salud.
- ✿ Escaso conocimiento/información de los adolescentes sobre oferta de servicios, ni de las maneras de acceder a estos.
- ✿ No hay vínculo entre centros de salud y colegios. Estudiantes no tienen la confianza necesaria, ni la motivación para utilizar los servicios.
- ✿ No perciben beneficio de actividades de prevención para mejorar su salud (Se presume que no se está desarrollando una cultura de prevención).
- ✿ Establecimientos educativos (profesores) son los ámbitos donde principalmente se imparte la educación para la sexualidad y reproducción.
- ✿ Aproximadamente 90% ha recibido algún tipo de educación e información sobre temas de SSR pero esta ha sido superficial, parcial.

RECOMENDACIONES

- ✿ Necesidad de campañas integrales, sostenibles, basadas en experiencias exitosas —capacitación de atención diferenciada para adolescentes, el fortalecimiento de la educación para la sexualidad, promoción del autocuidado, doble protección— transectoriales, con seguimiento de adolescentes.
- ✿ Promover acción intersectorial para ampliar la oferta de servicios accesibles y con calidad, abriendo nuevos espacios de atención en localizaciones diferentes a las tradicionales.
- ✿ Capacitación a profesores sobre temas de derechos de SSR.
- ✿ En la medida en que los adolescentes tengan mayor conocimiento e información sobre SSR, tendrán mayores posibilidades e interés de acceder a los servicios correspondientes, estarán en condiciones de exigir calidad de atención, y buscarán ejercer sus DSR.
- ✿ Incorporar activamente a padres de familia en procesos de educación para la sexualidad.
- ✿ Informar sobre efectos/consecuencias de uso del preservativo como doble protección, no solo para prevenir embarazos, sino también ITS VIH-Sida.
- ✿ Énfasis en la dimensión erótica, comunicativa y placentera de la sexualidad en el marco de los DSR de las personas.
- ✿ Establecimientos de salud deben disponer de insumos y medicamentos necesarios.
- ✿ Integración de las propuestas en el ámbito del seguro SUSALUD.

C H I L E

MARCO LEGAL Y DEL PROYECTO

- ✿ Ley 20418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad
- ✿ Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes.
- ✿ Programa de salud de la Mujer.

TIPO DE ESTUDIO/METODOLOGÍA

Dos etapas paralelas: 1) Revisión de fuentes secundarias: recopilación y sistematización de estudios nacionales e internacionales sobre barreras de acceso a la atención de SSR en adolescentes; y 2) Entrevistas en profundidad (individuales y grupales) a profesionales y equipos de salud de los niveles central, regional y local.

ÁREA DE COBERTURA

Regiones V y Metropolitana: centros de salud con (8) y sin (9) apoyo del Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes.

POBLACIÓN OBJETO

- ✿ Profesionales administrativos y de jefaturas del Programa de Salud de la Mujer y del Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes del nivel regional y central.
- ✿ Personal de atención de salud de consultorios.

RESULTADOS GENERALES (Barreras)

Revisión de fuentes secundarias:

Estudios revisados e información recogida en terreno presentan gran coherencia temática (ejes problemáticos identificados muy similares).

Barreras del sector salud-Nivel Central:

- ✿ Instructivo para la implementación de espacios amigables (documento “Atención Adolescente: Componente Espacios Asequibles en APS para Atención de Salud de Adolescentes”).
- ✿ Aún no es conocido masivamente en el sector salud, y se encuentra en una etapa reciente de implementación.
- ✿ No aborda los pasos e instrucciones específicos que se deben aplicar en la atención a adolescentes.
- ✿ Debilidades en la cooperación intersectorial (problema transversal a los diversos sectores).

CHILE

- ✿ Escasas instancias de participación de los propios adolescentes/comunidades en el diseño, ejecución y monitoreo de acciones de salud dirigidas a ellos.
- ✿ Enfoques reduccionistas respecto a la SSR.

Barreras propias del Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes:

- ✿ Falta de definición y voluntad política que le otorgue mayor relevancia al programa al interior del MINSAL.
- ✿ No ha habido continuidad en el reconocimiento político del programa.
- ✿ Programa sin estructura organizacional, de recursos y normativa técnica similar a la de otros programas del sector salud.
- ✿ Ausencia de metas asociadas al programa, lo que dificulta la asignación de recursos humanos y financieros.
- ✿ Encargados del programa no reciben beneficios de otros programas.
- ✿ No hay supervisión efectiva de los referentes del programa
- ✿ Problemas de acceso a recursos y financiamiento de las acciones en torno a la salud de adolescentes.
- ✿ Administración municipal de recursos entorpece el trabajo pues muchas veces los recursos no llegan a tiempo al nivel local.
- ✿ Falta de política clara y equitativa entre profesionales del programa.
- ✿ Comunicación poco fluida entre nivel central y local.
- ✿ Falta de difusión de beneficios que ofrece el programa a la población.

Barreras propias del Programa de Salud de la Mujer:

- ✿ Programa con foco exclusivo en las mujeres, se invisibiliza al sujeto masculino
- ✿ Profesionales que atienden este programa no priorizan la atención a adolescentes pues no se traduce en metas/beneficios concretos
- ✿ Pocos espacios de participación para adolescentes y sus comunidades en el diagnóstico, diseño, ejecución y monitoreo de planes integrales de prevención y de SSR para adolescentes.
- ✿ Poca difusión de la programación y acciones de salud a realizar con población adolescentes, (opinión pública desconoce avances).

Barreras del sector salud-nivel local

- ✿ Mayores barreras en consultorios/centros que tienen el Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes y de los Espacios Amigables (esto último no garantiza que la atención a adolescentes sea más adecuada).

CHILE

- ✿ Hay profesionales que con el conocimiento de los lineamientos de atención a adolescentes, deciden no seguirlos por prejuicios personales.
- ✿ Falta de formación y capacitación para abordar a jóvenes y adolescentes.
- ✿ Barreras administrativas: instituciones locales (municipalidades y servicios de salud especialmente) no entregan recursos a tiempo.
- ✿ Voluntades políticas locales: autoridades locales entregan instrucciones de atención a adolescentes que atentan contra las normativas del programa (ej: no entrega de MAC a adolescentes).
- ✿ Trabajo parcializado entre estamentos profesionales, administrativos y técnicos al interior de los centros.
- ✿ Barreras burocráticas en el ingreso de adolescentes a la atención.
- ✿ Falta de señalización de servicios y/o de espacios diferenciados.
- ✿ Infraestructura no apta y atenta contra intimidad y privacidad de adolescentes.
- ✿ Ingreso por recepción, llamados en voz alta, entrega de medicamentos/MAC en farmacia).
- ✿ Horarios de atención coinciden con horarios de clases de adolescentes.
- ✿ Duración de consultas es muy breve.
- ✿ Personal de atención se debe dedicar a llenar formularios y fichas.
- ✿ Personal de salud insuficiente, alta rotación de personal.
- ✿ Falta de entrega inmediata de MAC y restricciones de su entrega a menores de 14 años.
- ✿ Falta de insumos (principalmente MAC).
- ✿ Confusión y desconocimiento de las leyes por parte del equipo de salud.
- ✿ Falta de vinculación del sector salud local con la comunidad.
- ✿ Barreras desde otros sectores (educación-escuelas con orientaciones religiosas) para incluir temas de SSR dirigidas a adolescentes.

Barreras percibidas por los adolescentes

- ✿ Noción de invulnerabilidad.
- ✿ Sobrevaloración de la maternidad adolescente.
- ✿ Idea que los centros de salud son espacios femeninos.
- ✿ Noción de que la SSR está estrechamente vinculada al embarazo, particularmente al control del mismo y no a su prevención.
- ✿ Cuestionable calidad de la atención del personal de salud.
- ✿ Infraestructura/disposición física inadecuada.
- ✿ Burocracia para la atención en salud.

CHILE

RECOMENDACIONES

- ✿ Mejorar trabajo intersectorial. Cada contexto local debería generar sus propias redes de trabajo fuera del sector salud. Esto se puede potenciar con mayor cooperación y coordinación intersectorial desde el nivel central
- ✿ Fomentar trabajo intrasectorial: incorporando a otros programas del sector salud dentro de la temática adolescente y ampliando la visión que existe en torno a la atención de este segmento).
- ✿ Publicar y difundir estudios de SSR y adolescencia en el país.
- ✿ Fomentar la investigación en SSR.
- ✿ Promover comprensión y acercamiento a culturas juveniles.
- ✿ Incorporar participativamente a adolescentes y sus comunidades en el diagnóstico, ejecución y monitoreo de planes y acciones de SSR para adolescentes.
- ✿ Generar acciones de difusión, intervención y atención fuera del territorio del sector salud.
- ✿ Incorporar enfoques de género/masculinidad.
- ✿ Asignar metas al programa que supongan beneficios directos para los equipos de salud, entre ellos beneficios económicos.
- ✿ Establecer canales de comunicación directa, permanente y eficiente entre las autoridades del nivel central, los (as) encargados de los servicios de salud y los equipos locales.
- ✿ Asignar mayores recursos financieros para el programa (para aumentar recursos humanos, atención diferenciada, mejorar infraestructura), conformación de equipos multidisciplinarios para una atención integral, y cambiar el enfoque de salud para esta población, desde el de riesgo hasta el de desarrollo saludable integral.
- ✿ Realizar un mercadeo adecuado de productos tales como preservativos y anticonceptivos.
- ✿ Difundir buenas prácticas de atención a adolescentes.

COLOMBIA

TIPO DE ESTUDIO / METODOLOGÍA

Evaluación de la implementación del “Modelo de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes” a través de los instrumentos incluidos para el seguimiento del mismo, que consisten en una encuesta autoaplicada de análisis del servicio de salud por componente (Instrumento A4), en encuestas autoadministradas para adolescentes y jóvenes que asisten a los servicios (Instrumento A11) y, adicionalmente, se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con actores clave.

Escala de referencia: a partir del análisis de componentes del modelo se definen niveles de desarrollo de los mismos, así,

- ✿ 75%: nivel de desarrollo alto de los servicios
- ✿ Entre 50 - 75%: nivel de desarrollo medio
- ✿ Entre 50 - 25% nivel de desarrollo bajo
- ✿ Menos 25% Servicios Amigables con desarrollo incipiente

Categorías analizadas:

- ✿ Acceso/oportunidad
- ✿ Personal de servicios
- ✿ Procedimientos administrativos y de atención
- ✿ Disponibilidad de servicios
- ✿ Participación juvenil, social y comunitaria

ÁREA DE REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

17 departamentos

POBLACIÓN OBJETO

Directivas de los establecimientos de salud, profesionales de los servicios, usuarios y no usuarios de los SSAAJ.

COLOMBIA

RESUMEN DE HALLAZGOS (Barreras)

- ✿ En general los servicios amigables evaluados se encuentran en un nivel medio de desarrollo.
- ✿ El componente de participación juvenil, social y comunitaria es el que menor grado de desarrollo presentó. Las acciones enfocadas hacia el desarrollo comunitario no están siendo impulsadas.
- ✿ Dentro de este componente los aspectos más críticos tienen que ver con la participación de la población adulta en la planificación de los servicios y la poca coordinación con los diferentes actores de la comunidad para la difusión de los servicios. Así mismo, el grado incipiente de actividades que fortalezcan los grupos comunitarios reconocidos en la comunidad para que apoyen el trabajo realizado por los servicios de salud.

La coordinación intersectorial también presentó niveles de aprobación medios y bajos.

- ✿ Otros criterios con calificación de desarrollo bajo, las cuales son consideradas como barreras.
- ✿ Bajo desarrollo en las acciones de coordinación y apoyo con otras instituciones de salud del mismo o de diferente nivel de complejidad.
- ✿ Falta de acuerdos de apoyo con entidades como secretarías de salud, Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y contributivo.
- ✿ Falta de articulación con otros sectores de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas y medios de comunicación y falta de coordinación permanente con instituciones educativas
- ✿ El componente de profesionales y personal de los servicios de salud —que involucra aspectos de capacitación del recurso humano, actitud hacia el servicio amigable, interdisciplinariedad, y especificidad— presentó su menor nivel de desarrollo en lo que respecta a las capacitaciones suficientes y específicas para la atención de los y las adolescentes.
- ✿ Servicios que cuentan con menos reconocimiento por parte de los usuarios son los que tienen que ver con la atención a personas que han experimentado violencia sexual y los de anticoncepción de emergencia. Asimismo, la falta de señalización de los servicios dentro de la institución de salud fue encontrado como el aspecto con menor nivel de desarrollo de los servicios amigables evaluados.

RECOMENDACIONES

- ✿ Establecer vínculos con el municipio y con las EPS para la contratación del servicio para poder contar con la financiación requerida para su implementación completa.
- ✿ Ampliar cobertura en atención a jóvenes del régimen contributivo.
- ✿ Mayor dotación de recursos humanos, físicos y financieros en las áreas sociales y de ciencias de la salud.

COLOMBIA

- ✿ Flexibilidad de horario incluyendo fines de semana o noches para actividades extra institucionales de interés de los adolescentes y jóvenes.
- ✿ Mejorar la cobertura/accesibilidad geográfica de los servicios.
- ✿ Fomentar trabajo intersectorial, mayor concertación y compromiso entre actores con poder de decisión política.
- ✿ Mayor vinculación programática a planes de desarrollo para aumentar la posibilidad de asignación de recursos específicos
- ✿ Avanzar en el desarrollo de estándares de acreditación de calidad exclusivos para servicios amigables para jóvenes y adolescentes.
- ✿ Fortalecer estrategias IEC.
- ✿ Mejorar herramientas de monitoreo y evaluación sistemática de los servicios que ayuden a la toma de decisiones para su mejoramiento.
- ✿ Potenciar servicios con recurso humano dedicado y capacitado.
- ✿ Mejoramiento del trabajo interdisciplinario e intersectorial aumentando la complementariedad con actividades extramurales del sector salud y de otros sectores para lograr mayor integralidad.

ECUADOR

MARCO LEGAL Y DEL PROYECTO

- ✿ Marco del Programa Nacional de Atención a Adolescentes desde 1992.
- ✿ No cuenta con un régimen definido para su funcionamiento desde el nivel central del Ministerio de Salud Pública.
- ✿ Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente.
- ✿ Plan Anual del Área de Adolescencia del MSP.

TIPO DE ESTUDIO/METODOLOGÍA

- ✿ Metodología participativa.
- ✿ Grupos focales (temas abordados: SSR, IEC, características de la unidad de salud, actitudes del personal, confidencialidad, actitudes de la comunidad).
- ✿ Creación de matriz con resultados para ser analizada colectivamente en los talleres.
- ✿ Dos talleres participativos utilizando metodología simplificada de los ciclos rápidos para el rediseño de la atención de los servicios/elaboración de un plan de trabajo.

ÁREA DE COBERTURA

Cuatro provincias: Manabí, Pichincha, Chimborazo y Orellana.

POBLACIÓN OBJETO

- ✿ Criterio de selección de provincias: presencia y funcionamiento de organizaciones juveniles.
- ✿ Personal de salud más en contacto con adolescentes (enfermeras, auxiliares de enfermería, ginecologistas, psicólogos, trabajadoras sociales).
- ✿ Organizaciones juveniles.
- ✿ Actores locales vinculados al trabajo con jóvenes (ONG e instituciones del Estado).

RESULTADOS GENERALES (Barreras)

- ✿ Difícil manejo y llenado de HC para adolescentes.
- ✿ Falta de capacitación en atención a los adolescentes (cuando ha habido capacitaciones por parte del MSP se ha capacitado a personal ajeno al trabajo con adolescentes).
- ✿ Falta de insumos médicos y fondos para gastos menores del servicio.
- ✿ Requisitos y formularios especiales para la entrega de MAC a adolescentes (ej: adolescentes tienen que mostrar cédula).
- ✿ Falta de personal de salud suficiente e inestabilidad del personal existente en las unidades de salud.

E C U A D O R

- ✿ Falta de ambiente físico apropiado para adolescentes dentro del centro de salud.
- ✿ Dificil acceso geográfico al centro de salud para pobladores de zonas rurales.
- ✿ Dificultad de adolescentes para obtener turnos.
- ✿ Falta de confianza proyectada por proveedores de salud.
- ✿ Trato interpersonal deficiente (actitudes de superioridad, enojo o crítica por parte del personal de salud).
- ✿ Diferencias de edad entre proveedores y usuarios adolescentes como causa de desconfianza.
- ✿ Falta de confidencialidad en el manejo de la información.
- ✿ Falta de privacidad durante las consultas reflejada en la imposibilidad de que los jóvenes elijan si desean entrar acompañados o no.

Barreras culturales:

- ✿ Conservadurismo de pobladores (oposición a que adolescentes y adultos experimenten libremente la sexualidad).
- ✿ Manifestaciones de machismo y normas de comportamiento apropiados para hombres y mujeres en cuanto a la vida sexual.
- ✿ Modestia o pudor que experimentan usuarios, particularmente los hombres y las usuarias indígenas, al ser examinados y atendidos por profesionales del sexo opuesto.
- ✿ Diferencias culturales entre usuarios indígenas y proveedores de salud con respecto a la sexualidad y la planificación familiar.
- ✿ Falta de promoción de servicios.
- ✿ Falta de educación sexual/escasez de recursos pedagógicos.
- ✿ Poca participación de jóvenes y comunitaria.

RECOMENDACIONES

- ✿ Involucrar más a autoridades/funcionarios del nivel central y provincial del MSP.
- ✿ Necesidad de acompañamiento constante de funcionarios del MSP para coordinar acciones y dar apoyo en actividades puntuales.
- ✿ Dado que los centros amigables son un servicio nuevo se hace necesario que el MSP anticipe las necesidades de las unidades para su implementación (recursos, materiales, sensibilización sobre DSR, capacitación al personal de salud, materiales de difusión, etc.).
- ✿ La difusión y capacitación futuras sobre normatividad nueva deberá abordar no solamente contenidos clínicos, sino también temas de comunicación interpersonal hacia adolescentes y jóvenes.

E C U A D O R

- ✿ Las unidades que planifican ciclos de cambio para mejorar el acceso a la atención deben priorizar la captación de usuarios para la atención preventiva en SSR.
- ✿ Implementación de un enfoque intercultural para los servicios amigables con procesos previos o paralelos de sensibilización de la población adulta y adolescente ante la diversidad cultural.
- ✿ Servicios amigables deben contemplar estrategias de capacitación, promoción e información dirigidas a promover la participación de adolescentes mediante actividades artísticas, lúdicas, deportivas, etc., garantizando así que los servicios se ajusten a las necesidades de los jóvenes.

PERÚ

MARCO LEGAL Y DEL PROYECTO

Ley 28704 del 2006

TIPO DE ESTUDIO/METODOLOGÍA

- ✿ Recolección de información cuantitativa sobre atención a adolescentes, entre 2005 y 2008, a coordinadores de programas de SSR, ITS y VIH/SIDA y la Etapa de Vida Adolescente (Formatos: HIS, SIS240, y de Prevención y Control de ITS/ VIH/SIDA).
- ✿ Igualmente se solicitó información a la Defensoría de la Salud e Infosalud sobre las consultas y casos recibidos entre los años 2005 y 2008.

Indicadores:

- ✿ Número de personas atendidas durante el periodo 2005-2008.
- ✿ Número de adolescentes (10-19 años) atendidos en todos los servicios entre 2005-2008.
- ✿ Número de adolescentes atendidos (10 a 19 años) en servicios referidos a SSR (APN, parto, MAC, ITS/ VIH/SIDA).
- ✿ Número de personas que consultaron el servicio de Infosalud en todos los temas, distinguiendo varones y mujeres, entre enero de 2005 y diciembre de 2008.
- ✿ Número de adolescentes atendidos (14 a 17 años) por Infosalud en todos los temas, distinguiendo varones y mujeres, entre enero de 2005 y diciembre de 2008.
- ✿ Número de adolescentes atendidos (14 a 17 años) por Infosalud en temas referidos a su salud sexual y reproductiva, distinguiendo varones y mujeres, entre enero de 2005 y diciembre de 2008.
- ✿ 2) Información cualitativa sobre acceso de adolescentes a los servicios de SSR.
 - a) Entrevistas con coordinadores.
 - b) Grupos focales con adolescentes.

ÁREA DE COBERTURA

- ✿ Tres Direcciones de Salud (DISA) de Lima: 1) Lima Este, 2) Lima Ciudad, 3) Lima Sur y de la Dirección Regional de Salud (Diresa) del Callao.
- ✿ Cuatro centros de salud: Hospital Cayetano Heredia (DISA Lima Ciudad), Hospital San José (Diresa Callao), Centro Materno Infantil Piedra Liza (DISA Lima Este) y Centro Materno Infantil San José (DISA Sur).

POBLACIÓN OBJETO

- ✿ Veintidós profesionales de salud (9 de diferentes direcciones de salud, la Diresa Callao y redes de salud, y trece de diferentes establecimientos).
- ✿ Setenta y cinco participantes en 8 grupos focales: 2 por zona, 4 con mujeres y 4 con hombres, 4 con adolescentes de 10 a 13 años y 4 con adolescentes de 14 a 17 años.

PERÚ

RESULTADOS GENERALES (Barreras)

Información cuantitativa:

- ✿ Población adolescente atendida en todos los servicios (2005-2008):
- ✿ Tomando como base el número de adolescentes atendidos en 2005, en 2006 se atendió el equivalente al 93%; el 2007 al 71% y el 2008 al 68%.
- ✿ Atención de adolescentes en servicios de SSR: la información no está completa en todas las direcciones de salud.
- ✿ Servicio de consejería en planificación: tomando como base el número de adolescentes atendidos el 2005, el 2006 se atendió el 98%, el 2007 el 82% y el 2008 el 62%.
- ✿ Servicio de atención prenatal: en 2006 se atendió el 112%, el 2007 el 114% y el 2008 el 88% de los adolescentes atendidos en este servicio en el año 2005.
- ✿ Servicio de parto: en 2006 se atendió el 113%, en 2007 el 115% y en 2008 el 98%.
- ✿ Servicio de consulta telefónica Infosalud: el 8% de las consultas recibidas por el servicio provinieron de adolescentes de 10 a 19 años de edad y de estas 23% se refieren a temas de SSR. Nueve de diez consultas de adolescentes sobre SSR se refieren a temas de sexualidad, planificación familiar, ginecología y VIH/SIDA.

Información cualitativa:

Las y los profesionales de salud hablan de cómo están organizados los servicios para adolescentes:

- ✿ Se procura ofrecer un servicio diferenciado pero la demanda mayoritaria de adultos y niños consume el tiempo de dedicación del personal y la infraestructura disponible.
- ✿ Escasez de personal. A un profesional se le asigna el servicio nuevo pero sin dejar su carga de atención en otros servicios.
- ✿ El servicio diferenciado no cuenta con personal propio (psicólogos, obstetras, médicos, etc.) con atención especializada dentro de un espacio amigable.
- ✿ Centros de salud con atención diferenciada/infraestructura instalada usualmente reciben fondos de proyectos de cooperación (ONG). Cuando el proyecto concluye, no es sostenible, se recorta el servicio hasta quedar como un espacio básicamente para talleres y consejería.
- ✿ Diversidad de criterios (de centros y profesionales) acerca de si un adolescente puede hacerse una prueba de embarazo o recibir MAC sin que esté presente el acudiente.
- ✿ El servicio de ITS/VIH/Sida está orientado casi exclusivamente a población de riesgo (HSH y trabajadores(as) sexuales) y solo atienden a adolescentes derivados de otros servicios para hacerle la prueba de descarte de ITS o VIH o dar tratamiento únicamente si viene con el adulto responsable.

PERÚ

Las y los adolescentes hablan: relatos de vida

- ✿ Personal de establecimientos de salud poco.
- ✿ Falta de espacios adecuados para adolescentes.
- ✿ Problemas familiares, violencia en casa.
- ✿ La legislación y las normas vigentes como barrera importante: relaciones sexuales de adolescentes son penalizadas.
- ✿ Escasa promoción de los servicios diferenciados (cuando existen).
- ✿ La importancia de la salud integral de adolescentes, descrito en los lineamientos de política de salud de adolescentes, no se concreta en prioridades presupuestales, disponibilidad de personal e inversión en infraestructura dedicada a esta población.

RECOMENDACIONES

- ✿ Discusión y actualización de las políticas y estrategias de atención.
- ✿ Personal de los servicios de salud con una sensibilidad abierta a asumir a los adolescentes como ciudadanos con derechos.
- ✿ Diseñar y ejecutar una ruta de atención de adolescentes en los establecimientos que se conecte con sus demandas. Estableciendo una señalización con una gráfica juvenil que muestre los hitos clave del recorrido.
- ✿ Sostener acciones de orientación/atención fuera del establecimiento.
- ✿ Dar mayor visibilidad local a servicios disponibles.
- ✿ Incidencia política para modificaciones legislativas y de normas.
- ✿ Contribuir a la transformación de percepciones, actitudes y prácticas que circulan en la sociedad.

Se requiere de:

- ✿ Una estrategia multidimensional, sostenida en alianzas multisectoriales.
- ✿ Servicios de educación, prevención y atención en SSR sensibles a expectativas y necesidades adolescentes.
- ✿ Relaciones intrafamiliares inspiradas en el diálogo y la orientación.
- ✿ Sistemas de educación y comunicación local libres de tabúes y prejuicios sobre la sexualidad adolescente.
- ✿ Voluntades políticas y presupuestos orientados por resultados a lograr a favor del bienestar y la salud de adolescentes.
- ✿ Intervenciones que empoderen a los adolescentes.

