
ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE



Estudio realizado por la organización CulturaSalud para el
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE

Estudio realizado entre octubre de 2009 y marzo de 2010, por la organización CulturaSalud (www.culturasalud.cl) para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Investigadoras responsables:

Michelle Sadler Spencer: Antropóloga Social y Magíster en Estudios de Género, Universidad de Chile; MSc en Antropología Médica, Universidad de Oxford; Docente Universidad de Chile; Investigadora organización CulturaSalud.

Alexandra Obach King: Antropóloga Social y Magíster en Estudios de Género, Universidad de Chile; Candidata a Doctora en Antropología, Universidad de Barcelona; Investigadora organización CulturaSalud.

M. Ximena Luengo Charath: Médico especializada en Adolescencia; Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile; Prof. Asistente de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

M. Antonia Biggs, PhD: Directora de Proyectos, Bixby Center for Global Reproductive Health, Universidad de California, San Francisco.

Asistentes de investigación

Pilar Plana: Licenciada en Antropología, Universidad de Chile.

Carla Urrutia: Licenciada en Antropología, Universidad de Chile.

Equipo profesionales del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y Asesores Ministeriales

María Angélica Caprile Araneda: Asistente Social. Diplomada en Gestión de Calidad de la Atención Docente, agregado del Diploma Salud Mental Infante Juvenil y de los Cuidadores, Universidad de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Dpto. Ciclo Vital DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Pamela Burdiles Fraile: Matrona, Magíster en Salud Pública, UBB. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Depto. Ciclo Vital DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Patricia Narváez Espinoza: E.U. y Matrona. Diplomada en Gestión de Calidad. Docente agregado del Diploma Salud Mental Infante Juvenil y de los Cuidadores, Universidad de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Dpto. Ciclo Vital DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Lorena Luisa Ramírez C. Matrona, Directora del Centro de Salud Integral del Adolescente Rucahueche. Profesora Asistente Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

Dra. Sylvia Santander Rigollet. Médico Cirujano, Universidad de Chile. Candidata a Doctor en Ciencias de la Educación, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Secretaria Ejecutiva Programa Vida Nueva. Jefa Dpto. Ciclo Vital DIPRECE y del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Diploma en Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Psicología de la Adolescencia, menciones Biomédica y Psico-educación, Facultad de Psicología, UDD.

AGRADECIMIENTOS

El presente texto corresponde a la publicación de los resultados del estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile, realizado por la consultora CulturaSalud para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. Agradecemos a la doctora Paz Robledo, directora del Programa en ese momento, y a todo su equipo, por la posibilidad de llevar a cabo este estudio, así como las facilidades que nos brindaron para acceder a los equipos de salud entrevistados.

Agradecemos a todos y todas las personas que participaron en el estudio: a Pilar Plana, Javiera Salas y Wila Cidre, quienes nos apoyaron en el trabajo de campo; a Carla Urrutia, por su apoyo en el análisis de las entrevistas; a Francisco Aguayo, por sus aportes en el análisis de los contenidos; y a todos/as los/as profesionales entrevistados/as, por el tiempo dedicado a las entrevistas y por compartir generosamente sus experiencias en torno a la atención de salud de población adolescente y joven.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. METODOLOGÍA	6
II.1. Revisión de fuentes secundarias	6
II.2. Entrevistas en profundidad, y entrevistas grupales	6
III. RESULTADOS	10
III.1. Barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en adolescentes: revisión de la literatura	10
III.1.1. Introducción	10
III.1.2. Revisión de la literatura internacional	11
III.1.2.a. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva de los y las adolescentes	11
III.1.2.b. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva de los proveedores	20
III.1.3. Revisión estudios nacionales	24
III.1.3.a. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva de los y las adolescentes	25
III.1.3.b. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva respecto de los proveedores de salud y sobre los servicios	29
III.2. Barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo dirigidos a adolescentes: análisis de entrevistas realizadas a equipos de salud	38
III.2.1. Barreras del sector salud: Nivel Central	38
III.2.2. Barreras del sector salud: Nivel Local	45
III.2.3. Barreras que el sector salud percibe desde los y las adolescentes	64
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
IV.1. Barreras	76
IV.2. Recomendaciones	88
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

I. INTRODUCCION

El presente informe constituye el resultado del estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile, realizado entre los meses de octubre de 2009 y marzo de 2010 por la consultora CulturaSalud para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud dirigido en ese entonces por la doctora Paz Robledo. El propósito central del estudio fue el de aportar información relevante para contribuir a mejorar las prestaciones de servicios de salud a los y las adolescentes en nuestro país, con el fin de avanzar en estrategias tendientes a prevenir y reducir el embarazo en la adolescencia en Chile.

El objetivo general del estudio se centró en la identificación de las principales barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para población adolescente presentes en Chile, en lo que respecta a la organización y gestión de las redes, las barreras presentes en los equipos de salud, y las percepciones que los y las adolescentes tienen sobre esta materia. Resulta importante aclarar que el foco del estudio no fue el embarazo adolescente en sí, sino las dificultades con que los y las adolescentes se enfrentan a la hora de acceder a servicios de atención en salud sexual y reproductiva. Se espera que la comprensión profunda de dichas dificultades permita tomar acciones que conlleven la disminución del embarazo adolescente.

Como objetivos específicos del estudio se plantearon tres ejes: la sistematización de la literatura nacional e internacional que aborda esta materia, es decir, estudios que identifican y analizan barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes; el análisis de las barreras para acceder a los servicios de SSR percibidas por las y los adolescentes; y el análisis de dichas barreras identificadas por los equipos de salud locales y del Nivel Central.

Metodológicamente, el estudio se abordó tanto desde la revisión de fuentes secundarias (la sistematización de los estudios nacionales e internacionales realizados hasta la fecha, desde donde se dio cuenta de los dos primeros objetivos específicos); como desde la realización de entrevistas en profundidad a equipos de salud que trabajan directa o indirectamente con adolescentes, en los niveles central, regional y local (en respuesta al tercer objetivo específico). En cuanto a los equipos de salud, se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales administrativos y de jefaturas del Programa de Salud de la Mujer y del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes del nivel regional y central (un total de 4), y entrevistas en profundidad y entrevistas grupales a personal de atención de salud de centros de salud de las regiones de Valparaíso Metropolitana (un total de 19 entrevistas en profundidad y 3 entrevistas grupales).

El equipo de investigación estuvo conformado por profesionales de las ciencias sociales y de la salud, buscando con esto generar un diálogo interdisciplinario para abordar el desafío de analizar la problemática desde un enfoque integral.

A continuación se presenta un breve marco conceptual que da cuenta de la posición desde la cual el estudio se sitúa para comprender la adolescencia y juventud.

La “adolescencia” es un concepto definido de diversos modos según distintos organismos, enfoques, teorías y disciplinas.^{1 2 3} La construcción que se haga de la adolescencia va a determinar miradas, levantamiento de problemas y abordaje de los mismos. Por ejemplo, hay temas que tienen un relativo consenso como el que ésta es una etapa de consolidación de la identidad, y hay otros en los cuales, existe poco consenso como por ejemplo, si los/as adolescentes pueden tomar decisiones en torno a su sexualidad y su propio cuerpo. En este último caso los abordajes desde las políticas, las instituciones sociales y las familias pueden ser variados e incluso opuestos.

En cuanto a la salud sexual y salud reproductiva de la población adolescente, hay dos enfoques que han predominado: el de la subordinación y el de los factores de riesgo. Desde el enfoque de subordinación, los/as adolescentes son significados como un grupo limitado, dependiente, y excluido de la participación. Son los/as adultos quienes definen el marco dentro del cual, se deben mover los/as jóvenes, controlando sus recursos materiales y psicosociales.⁴ Este discurso adultocéntrico va de la mano del enfoque de factores de riesgo - muy comúnmente utilizado en el sector salud y en las políticas mismas-, el cual centra su atención en las principales áreas de riesgo para la salud de los/as adolescentes. Este enfoque ha tenido un fuerte impacto en el imaginario social sobre la adolescencia, ya que desde él la juventud es vista como problema, como crisis, como asociada a ciertas patologías, y como etapa de “peligro”. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, desde este enfoque solo existen riesgos en cuanto a las infecciones de transmisión sexual, el VIH-SIDA, la gestación adolescente, la salud de la madre, la paternidad, etc.⁵

Maddaleno y Schutt-Aine señalan que: “los legisladores, planificadores de programas y la sociedad adulta con frecuencia asocian la adolescencia y la juventud con una edad problemática. (...) Los programas suelen limitarse a tratar “el embarazo adolescente” y promover la abstinencia y el uso del condón, y el término “madre adolescente” se considera un fracaso (...) Los programas ignoran que la sexualidad es parte del desarrollo humano y los conceptos como amor, sentimientos, emociones, intimidad y deseo con frecuencia no se incluyen en intervenciones de salud sexual y reproductiva (...) En lugar de ser estigmatizadas o discriminadas por pertenecer a un cierto grupo de edad, es necesario que las personas jóvenes sean reconocidas como actores estratégicos para conseguir el desarrollo sostenible y el cambio social positivo”.⁵

Otra perspectiva que se ha utilizado para el abordaje de la juventud es la demográfica, tanto desde categorías etarias como desde los movimientos demográficos². La OMS establece que la adolescencia se sitúa en todas las personas entre los 10 y los 19 años, y la juventud entre 15 y 24 años⁶. Es por ello que a veces se habla de adolescencia y juventud indistintamente. Si bien la definición etaria de este tramo permite estandarizar acciones públicas, no considera las diferencias en el desarrollo biológico y psicológico, ni tampoco las diferencias en los contextos socio-culturales donde se desarrollan los/as adolescentes. Por tanto, el desafío es avanzar hacia conceptualizaciones que integren otros elementos y permitan caracterizar la diversidad que presentan estos actores sociales. Esta última lectura ha sido llamada “El discurso sobre la pluralidad juvenil”, la que supone la existencia de una heterogeneidad de experiencias y de prácticas entre los y las jóvenes.³

El enfoque de ciudadanía, por su parte, se centra en los derechos de las/os adolescentes como el derecho a la salud, a la salud sexual y la integridad sexual, la seguridad sexual del cuerpo, la privacidad, la igualdad, el amor, la expresión, el derecho de elegir, a una adecuada educación y atención en salud.⁵ A pesar de la importancia de este último enfoque, éste no ha primado en las aproximaciones que la sociedad general realiza sobre la adolescencia.

Respecto a la salud sexual y salud reproductiva, cabe destacar que, en términos generales, ambos conceptos han sido concebidos como un corpus indisoluble (“salud sexual reproductiva”), poniéndose mayor énfasis en los aspectos “reproductivos” de la salud que en los “sexuales”. Claro ejemplo de ello es que en nuestro país, la atención de SSR ha estado centrada en las mujeres y especialmente en la salud reproductiva de las mismas. 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/as adolescentes no “deben” tener una sexualidad activa, y que educarlos en estas temáticas podría contribuir a aumentar una cultura de excesiva libertad sexual. De allí también se deriva la poca identificación de los/as adolescentes como sujetos de derecho y usuarios potenciales de los servicios de salud en estas materias.

De la mano de lo anterior, las percepciones sociales sobre las mujeres como foco de la atención de SSR contribuyen a reforzar las inequidades de género, siendo ellas las relacionadas con los deberes y derechos reproductivos, quedando de este modo a cargo de la crianza y cuidado de los hijos e hijas, mientras los hombres son asociados a las funciones económico-productivas de la sociedad. Esto se aprecia claramente en el caso de un embarazo adolescente, donde por lo general se espera que las adolescentes mujeres cuiden a los bebés, y de los padres que contribuyan con los costos de ese niño o niña, independientemente de su edad o situación. De hecho, como se ha visto en diversos estudios, los padres adolescentes pueden quedar excluidos de tener contacto con sus hijos o hijas si no cumplen con su rol de proveedores. Se observa un movimiento incipiente hacia la incorporación del padre a la esfera del cuidado de los niños y niñas, con medidas tales como el Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, pero aun son insuficientes.

Cabe destacar que de todas estas concepciones sobre adolescencia, juventud y sexualidad se deriva un complejo entramado simbólico, de significados y discursos, que se activa como antecedente y contexto de la salud sexual y salud reproductiva en la adolescencia. Así, los imaginarios sobre adolescencia, sexualidad y género van generando barreras y posibilidades para que los/as adolescentes puedan acceder a servicios de salud de calidad.

A continuación se presenta el marco metodológico del estudio, luego los principales hallazgos de los dos componentes ya descritos, y se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

II. METODOLOGIA

Metodológicamente, el estudio se abordó en dos etapas paralelas: una de recopilación y sistematización de estudios nacionales e internacionales sobre barreras de acceso a la atención de SSR en población adolescente; y otra de levantamiento de la información a partir de entrevistas en profundidad (individuales y grupales) a profesionales y equipos de salud de los niveles central, regional y local.

A continuación se describen ambas etapas metodológicas.

II.1. Revisión de fuentes secundarias

Esta etapa implicó una revisión y sistematización de trabajos de investigación realizados a la fecha, en que se identificaron, analizaron o estudiaron barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, incluyendo información cuantitativa cuando existía. La revisión de la literatura especializada incluyó estudios internacionales con énfasis en los documentos que serían más aplicables a la realidad chilena, y una revisión de los estudios realizados en Chile.

Numerosos estudios de diversas magnitudes que han explorado, ya sea de manera directa o indirecta, el tema de las barreras de acceso que enfrentan adolescentes para acceder a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva, han sido realizados en el país en los últimos años. Los resultados han sido consistentes y muestran que si los servicios no cuentan con la implementación que se recomienda internacionalmente para los servicios amigables para adolescentes, éstos no facilitan la consulta de los y las adolescentes.

Por otra parte, se ha constatado que la salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones muy sensibles que involucran la privacidad e intimidad de las personas, y que se ven afectadas por aspectos socio-culturales que rigen nuestra sociedad, los que se traducen en barreras para acceder a los servicios. En el caso de los y las adolescentes, esto es aún más significativo porque al iniciar la actividad sexual de manera temprana, o por el sólo hecho de ellos/as acercarse a este tipo de servicios, se perciben trasgrediendo normas culturales tácitas y, por lo tanto, corren el riesgo de ser juzgados, criticados e incluso maltratados por las personas adultas, tanto de su entorno cercano como de parte de quienes entregan dichos servicios.

II.2. Entrevistas en profundidad, y entrevistas grupales

Para dar cuenta del tercer objetivo específico, es decir, analizar las barreras de acceso a los servicios de SSR dirigidos a adolescentes, identificadas por los equipos de salud local, regional y del nivel central, se utilizó metodología cualitativa aplicando las técnicas de entrevistas en profundidad (individuales), y entrevistas grupales.

El estudio cualitativo se centró en las regiones de Valparaíso Metropolitana. Pese a que el estudio se concentró en estas dos regiones, se considera que la información recogida levanta las temáticas centrales que otros estudios sobre la materia han encontrado a nivel nacional y,

en este sentido, puede dar cuenta de los principales ejes y dimensiones que se constituyen en barreras para el acceso de la población adolescente a servicios de atención de salud sexual y salud reproductiva en el país.

En un primer momento se realizaron 4 entrevistas en profundidad a un grupo conformado por 4 profesionales de salud de los niveles central y regional (RM y Región de Valparaíso), con el fin de analizar sus percepciones sobre las barreras de acceso a los servicios de SSR dirigidos a adolescentes. Este grupo de entrevistados/as estuvo conformado por profesionales con cargos administrativos del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, y del Programa de Salud de la Mujer de las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Estas entrevistas permitieron tener una visión amplia de las grandes dimensiones de los problemas, lo que le permitió al equipo de investigación adaptar las pautas de entrevistas que posteriormente se aplicarían a los equipos locales de atención.

El segundo grupo de estudio estuvo conformado por profesionales de salud del nivel local que atienden a población adolescente. En este caso, se realizó un muestreo teórico, escogiéndose como categorías relevantes para seleccionar a los/as entrevistados/as los siguientes elementos: región, Servicio de Salud y comuna del centro de salud donde se desempeñan los/as profesionales, instalación del Programa de Salud de los y las Adolescentes en el centro de salud y profesión de la persona entrevistada.

En este sentido, la muestra fue orientada para entrevistar tanto a profesionales de la Región Metropolitana como de la de Valparaíso, que se desempeñaran en la atención de salud sexual y reproductiva desde diversas disciplinas, y que trabajaran en centros de salud ubicados en distintas comunas y, a la vez, adscritos a diversos Servicios de Salud de ambas regiones. Asimismo, se seleccionaron centros de salud (RM y Región de Valparaíso) que dieran cuenta de la atención de salud sexual y reproductiva en la población adolescente de acuerdo a dos realidades diferentes: con apoyo del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, y en ausencia de este programa.

En la Región Metropolitana, se seleccionaron establecimientos de salud de atención primaria pertenecientes a 5 de los 6 Servicios de Salud Metropolitanos (SSM Norte, SSM Central, SSM SurOriente, SSM Oriente, SSM Occidente), y en la Región de Valparaíso se integraron establecimientos de salud pertenecientes a dos de los 3 Servicios de Salud presentes en la zona (SS Viña del Mar-Quillota, SSV Valparaíso-San Antonio). Del total, 9 cuentan con el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, con diferentes niveles de implementación. En los otros centros escogidos, 8 en total, no se ha instalado dicho programa de salud.

Las 17 instituciones de salud seleccionadas fueron las siguientes: Centros de Salud Familiar (CESFAM) Colina (Colina), Clotario Blest (Maipú), El Roble y Flor Fernández (La Pintana), Lo Hermida (Peñalolén), Ignacio Domeyko (Santiago), Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan (Viña del Mar); Centros de Salud (CES) Irene Frei (Quilicura), Dr. Norman Voullieme (Cerrillos), San Ramón (San Ramón), Dr. Hernán Urzúa (Renca), Barón (Valparaíso), Profesor Eugenio Cienfuegos Cienfuegos (Viña del Mar), Plaza Justicia (Valparaíso); Centro Comunitario de Salud Familiar Modelo (CECOF) de la comuna de San Ramón; Centro de Atención Integral de

Jóvenes (Melipilla); y Centro de Salud Mental N°3 (Renca). Todas estas instituciones son nombradas a lo largo del texto bajo la denominación de “Centros de Salud”. En el nivel local de atención de salud se realizaron 19 entrevistas en profundidad (individuales), y 3 entrevistas grupales a profesionales que atienden a adolescentes (en las cuales participó un total de 10 profesionales de salud). Denominamos las entrevistas como grupales, pues se entrevistó a grupos de profesionales de atención de salud que trabajaban como equipo en forma previa a la realización del estudio, es decir, constituían un grupo “natural” con dinámicas y percepciones grupales construidas a priori a partir de su experiencia de trabajo conjunto. Así, esta técnica se diferencia de los grupos de discusión (terminología comúnmente utilizada en estudios sociales), en los cuales las personas participantes no se conocen previamente.

En total la muestra del nivel local estuvo integrada por 29 profesionales de salud de las siguientes áreas y especialidades:

- 17 matronas/es;
- 4 sicólogas;
- 2 asistentes sociales;
- 4 médicos/as (2 generales y 2 pediatras);
- 2 nutricionistas.

Sumando estas entrevistas a las realizadas en el nivel central, la muestra total de personas entrevistadas fue de 33.

El equipo de investigación se trasladó a los centros de salud y lugares de trabajo para realizar las entrevistas, previa realización de una cita telefónica, en que se explicaron las características generales del estudio. Antes de iniciarse la entrevista, se entregó mayor información sobre el estudio, y un documento de consentimiento informado que los/as entrevistados/as leyeron y firmaron. En dicho documento, además de describirse el estudio, se garantizó la confidencialidad de la información entregada.

Cada entrevista en profundidad individual tuvo una duración aproximada de 45 minutos, mientras las entrevistas grupales tuvieron una duración aproximada de 120 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, y transcritas textualmente para su análisis. A cada entrevista se le asignó un código; como se detalla a continuación:

nivel central/ nivel local	Región	entrevista/ grupo	N° de ent. o grupo
NCR / NL	RM / VR	E / G	1, 2, 3, etc.

Por ejemplo: el código NCR VR E4, equivale a la entrevista N°4 del nivel central-regional, realizada en la Región de Valparaíso; el código NL RM G2 corresponde a la entrevista grupal N°2 del nivel local, realizada en la Región Metropolitana.

A lo largo del análisis de las entrevistas, cada cita va seguida por un código de estas características para identificar el nivel al que pertenece la persona o grupo entrevistado, la región donde fue realizada la entrevista, y si se trata de una entrevista individual o grupal.

A continuación se presentan los resultados del estudio. En una primera parte, los resultados de la revisión de la literatura internacional y nacional sobre barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Posteriormente, los resultados del análisis de las entrevistas realizadas a los equipos de salud.

III. RESULTADOS

III.1. Barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en adolescentes: revisión de la literatura

III.1.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.⁷ A pesar de ser considerado como el periodo de la vida en el que prevalecen las buenas condiciones de salud, el o la adolescente, particularmente los pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos, requieren tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para prevenir el embarazo a temprana edad y las infecciones de transmisión sexual (ITS).⁸ El porcentaje de adolescentes en América Latina que han iniciado actividad sexual va en aumento y se refleja en el incremento de la incidencia de los partos en mujeres menores de 20 años.⁹ El embarazo de adolescentes tiene consecuencias adversas tanto para la madre como para sus hijos e hijas.⁵ Los hijos e hijas de madres adolescentes tienen mayores riesgos de mortalidad, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, bajos resultados en el Apgar, de sufrir de abuso físico, atención negligente, desnutrición, retardo en su desarrollo físico, cognitivo, y emocional, y de tener problemas de desempeño educacional y problemas de conducta.^{10 11 12 13} Además, las madres adolescentes y sus hijos e hijas tienen mayores probabilidades de obtener bajos logros en su educación, tener otros embarazos adolescentes y de vivir en una pobreza persistente.^{14 15 16 17}

Además de las consecuencias adversas para el individuo, el embarazo en adolescentes tiene consecuencias adversas para la sociedad, como costos más altos en servicios de salud y servicios sociales. La prevención de embarazos adolescentes asegura que los y las jóvenes sean saludables y productivos, no adelantando tareas propias de la adultez. Además, la prevención de estos embarazos reduce los gastos públicos en educación, salud y otros servicios sociales, contribuyendo al crecimiento económico y equitativo del país.^{18 19 20} Al mismo tiempo, la prevención de embarazos adolescentes ayuda a que las mujeres jóvenes puedan alcanzar sus metas de educación y de trabajo, mejorando su posición social y económica.¹⁸

Según datos del Ministerio de Salud, en Chile, en 2006, cerca de 37.000 nacimientos fueron de madres de entre 15 a 19 años de edad. En las últimas dos décadas, la proporción de nacimientos de madres adolescentes del total de nacimientos aumentó desde un 13,8% en 1990 a 16,2% entre los años 1998 a 2002 y luego bajó a 14,9% en 2003 y 2004. En 2007, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años fue de 49 por cada mil adolescentes. A pesar de ser una de las tasas de embarazo en adolescentes más bajas de la Región, es bastante más alta que la del mundo desarrollado²¹ y está lejos de alcanzar las metas propuestas por el Gobierno de Chile para los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre los objetivos sanitarios que se plantearon para la década 2000-2010, se encuentran: el reducir en un 30% los

embarazos no deseados, reducir a 0 el embarazo en menores de 15 años y disminuir la mortalidad de las y los adolescentes por las principales enfermedades responsables de muertes prematuras para las cuales existen intervenciones efectivas.²² Además, las altas tasas de embarazos de adolescentes chilenas amenazan las posibilidades de alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio establecidos por la comunidad internacional el año 2000, especialmente las de bajar la tasas de embarazos, mortalidad materna e infantil, reducir los niveles de pobreza y lograr una enseñanza primaria universal.^{23 24} Por estas razones, se requieren esfuerzos constantes para disminuir los embarazos adolescentes en Chile.

Cualquier programa que tenga como objetivo disminuir las tasas de embarazo adolescente en Chile tendrá que abordar los múltiples factores de riesgo relacionados. Douglas Kirby, quien ha revisado numerosos programas de prevención de embarazo adolescente en el mundo desarrollado y en desarrollo, ha afirmado que "... la reducción de esos embarazos exige considerar el conjunto de los factores sociales y ambientales, y especialmente la pobreza, la desorganización social y las características individuales de los jóvenes. En resumen, el embarazo adolescente es un problema complejo que exige intervenciones complejas".²⁵

En la misma línea, en nuestro país el Dr. Ramiro Molina, destacado profesional con reconocida trayectoria en el tema de estudio, ha reiterado que una política efectiva de prevención del embarazo adolescente debe estar basada en los siguientes tres pilares: la existencia de un programa de educación sexual que comprometa a los jóvenes, los educadores y los padres; el acceso de los jóvenes a servicios de salud personalizados y confidenciales; y el acceso directo al control de la natalidad. Según el Dr. Molina, "las políticas de Chile están muy lejos de incluir esos tres pilares."²³

Esto significa que dentro de un marco de salud integral para los y las adolescentes, la prevención de los embarazos también requiere de un plan integral implementado por un equipo interdisciplinario. Dado el alto riesgo que existe, tanto para el hijo, como para la madre adolescente y la sociedad en general, es importante revisar los obstáculos que impiden acceder a los servicios SSR en Chile. Una mejor comprensión de estas barreras deberá facilitar el diseño de programas de prevención del embarazo en adolescentes y el mejoramiento de la atención de salud.

La siguiente sección presenta una revisión de la literatura en cuanto a las barreras enfrentadas por los y las adolescentes en acceder a servicios de SSR, y las barreras observadas y enfrentadas por los proveedores que prestan estos servicios. Al inicio se presenta una revisión de la literatura internacional con énfasis en los estudios que serían más aplicables a la realidad chilena, luego se profundiza en una revisión de los estudios realizados en Chile.

III.1.2. Revisión de la literatura internacional

III.1.2.a. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva de los y las adolescentes

Un análisis de la literatura en esta área sugiere que existen diversas variables relevantes, algunas son asociadas con el género, la edad, los valores o la etnia de la persona, mientras que

otras corresponden a factores más universales, pero con el potencial de afectarles a todos los clientes de servicios de SSR. Algunos de estos factores son individuales, mientras que otros reflejan influencias de la comunidad y de los valores sociales y culturales. La interacción entre estos factores individuales y ambientales determina el acceso de las personas a los servicios de salud, la elección de métodos anticonceptivos eficaces y su utilización continua y efectiva. Para algunas personas una combinación de varios factores puede afectar sus conductas para buscar servicios de atención, mientras para otros, un solo factor primario puede influir en su acceso a los servicios de SSR. Así, es imprescindible en la planificación de los programas para adolescentes considerar la forma cómo los servicios pueden proporcionar un conjunto de opciones para sus necesidades.

Los y las adolescentes enfrentan múltiples barreras en el acceso a los servicios de planificación familiar y en la utilización de anticonceptivos, las que incluyen barreras económicas, geográficas, la relación con sus padres y su pareja, y la preocupación sobre la confidencialidad.^{26 27} En 2007, el *Lancet* publicó una serie de artículos sobre los servicios de salud primaria para adolescentes desde la perspectiva mundial. En estas publicaciones se identificaron las siguientes barreras que enfrentan los y las adolescentes en todo el mundo para acceder a los servicios de atención primaria: falta de servicios cercanos; leyes y políticas restrictivas que impiden el acceso a los servicios; costos, servicios inconvenientes (lejanía y/o horarios inconvenientes); y falta de conocimiento sobre la disponibilidad de los servicios.²⁸ Incluso cuando los servicios existen y son accesible para adolescentes, muchas mujeres y hombres jóvenes enfrentan barreras como: la vergüenza por acceder a los servicios (por miedo de revelar que se mantienen relaciones sexuales a temprana edad o por incomodidad de hablar sobre temas de sexualidad), la percepción de ser invulnerables (“a mí no me va a pasar”), el temor de ser reconocido/a en la sala de espera, de que los proveedores no mantengan la confidencialidad, particularmente la divulgación a sus padres y, el temor a que los proveedores les hagan preguntas difíciles, que los juzguen o maltraten por tener relaciones sexuales, o que les hagan procedimientos poco agradables, como por ejemplo un examen pélvico o frotis uretral.^{29 30 31}

Los sentimientos negativos hacia los servicios, también alejan a la población adolescente de éstos. En 2008, Irma Palma y sus colegas informaron una etnografía de la atención y consulta médica a adolescentes de bajos recursos en cinco establecimientos en Chile. Demostraron que las experiencias de muchos de estos adolescentes con las instituciones de salud son de “emergencia” para los hombres y “de exposición, de maltrato y de enjuiciamiento” para las mujeres, y que “perciben que sólo está disponible para ellos una salud desvalorizada socialmente y enjuiciada constantemente en la calidad de su atención”.³²

- ***Falta de conocimiento sobre los servicios existentes, proceso de inscripción y métodos anticonceptivos***

Quizás unas de las barreras más importantes que impide el uso de servicios de SSR por los y las adolescentes, es la falta de información o mala información sobre los servicios existentes. Varios estudios han demostrado que muchos adolescentes, particularmente los varones, tienen una falta de conocimiento sobre los servicios de salud públicos disponibles, o tienen

confusión sobre si ellos tienen derecho a acceder a tales programas. Ambos elementos actúan como barreras de acceso a servicios de SSR.^{33 34 35}

Otros estudios han demostrado que los y las adolescentes reciben poca educación sexual o información acerca de métodos anticonceptivos de parte de sus padres, del colegio, o de los mismos servicios de salud. La poca educación que muchas veces reciben refuerza sus malas percepciones sobre los anticonceptivos con el resultado que suelen no entender cómo funcionan, ni cómo usarlos correctamente.³⁶ En una encuesta que se realizó con madres con embarazos no planeados en Argentina, el 50% señaló que no habían utilizado un método anticonceptivo porque ellas ignoraban información acerca de la anticoncepción.³⁷ En cambio, en un estudio cualitativo realizado con madres y padres adolescentes en Chile, se detectó que todos los entrevistados “tenían información sobre sexualidad y prevención y estaban conscientes del riesgo de la gestación ante las relaciones sexuales desprotegidas.”³⁰ Las fuentes de información eran diversas e incluían educación sexual del colegio e información recibida de los padres y de sus pares. Sin embargo, esta información, según sus testimonios, era poco conectada con sus experiencias y con sus vivencias emocionales y afectivas.

- ***Confidencialidad y privacidad***

Las preocupaciones sobre la confidencialidad pueden actuar como una barrera considerable para el acceso a servicios de SSR. Numerosos estudios han demostrado que si la participación de los padres fuera un requisito legal, los adolescentes no accederían a servicios de SSR, sin embargo, continuarían teniendo relaciones sexuales. Por ejemplo, Reddy y sus colegas encontraron que la mitad de los y las adolescentes menores de 19 años suspenderían su consulta a los servicios de SSR si sus padres fueran informados de dicha consulta; sin embargo, sólo un 1% suspendería sus relaciones sexuales.³⁸ Un estudio posterior de Jones y sus colegas proporciona alguna indicación del impacto que tendría la falta de confidencialidad en el uso de anticonceptivos por los y las adolescentes. En ese estudio se entrevistó a adolescentes cuyos padres no estaban enterados que ellos asistían a servicios de SSR y casi un tercio indicó que no utilizarían anticonceptivos sino que otros métodos ineficaces como el ritmo o el coitus interruptus, como reacción a una notificación a los padres impuesta legalmente respecto del uso de anticonceptivos.³⁹ En otra investigación, la principal razón dada por adolescentes para no acceder a sus proveedores de salud habituales, era que no querían que se enteraran los miembros de la familia.²⁷ Esos resultados demuestran que muchos jóvenes sienten que la confidencialidad solo es mantenida en algunas clínicas, por ejemplo en las de planificación familiar. A pesar de décadas de estudios que han demostrado que el asegurar la confidencialidad aumenta la probabilidad que un adolescente reciba la atención necesaria,⁴⁰ han existido numerosos esfuerzos para limitar esta confidencialidad. Estos esfuerzos son motivados por la creencia que la protección de confidencialidad no apoya la comunicación entre los padres y sus hijos/as, no reconociendo que la mayoría de los y las adolescentes que acceden a estos servicios lo hacen con el conocimiento de sus padres.^{39 41}

Generalmente, los y las adolescentes que acceden a servicios sin el conocimiento de sus padres, son los más vulnerables y de más altos riesgos. Un estudio en EEUU confirmó que los adolescentes que más se privan de asistencia médica debido a su preocupación por la confidencialidad en la atención, son los más vulnerables, como aquellos que tienen problemas

de salud mental (depresión, pensamientos suicidas, etc.), que presentan conductas de alto riesgo (uso de drogas/alcohol, han iniciado relaciones sexuales sin protección) y que tienen poca o mala comunicación con sus padres. Las conclusiones de este estudio sugieren que si las restricciones a la confidencialidad aumentan, el uso de servicios de SSR para los y las adolescentes que más lo necesitan puede disminuir.⁴²

Por estas razones, a nivel clínico, existen numerosos preceptos que protegen la privacidad de los y las adolescentes para asegurar que reciban la atención necesaria. Este tema también ha sido ampliamente discutido estos últimos años en Chile. En 2006, el Ministerio de Salud en Chile actualizó las Normas Nacionales de Control de la Fertilidad. Bajo estas nuevas regulaciones, los servicios de salud públicos están autorizados para prescribir y proporcionar gratis métodos anticonceptivos a adolescentes mayores de 14 años, sin necesidad del consentimiento de sus padres.²³ No obstante, el conocimiento de la disponibilidad de servicios confidenciales no es universal. Esfuerzos para educar a los y las jóvenes, junto con sus padres y proveedores, acerca de las leyes existentes sobre la confidencialidad, son esenciales.

- ***Costo***

Como muchos aspectos de la asistencia médica, el costo de los servicios puede frenar su acceso. Respecto de los servicios de SSR, las barreras económicas pueden impedir que los y las adolescentes accedan a los servicios²⁹ y que vuelvan para recibir los anticonceptivos regularmente.³⁵ En los casos que acceden a seguros de salud privados, por preocupaciones referentes a la confidencialidad, el o la adolescente podría evitar utilizar servicios a través de su seguro familiar por temor a que sus padres se enteren de su consulta a dichos servicios a través de las comunicaciones de beneficios, aumentando así las barreras económicas.³⁸ Incluso cuando el acceso al servicio de SSR es gratis, como lo es en Chile, a menudo el o la adolescente no sabe sobre la existencia de estos servicios o los trámites administrativos para consultar les resultan engorrosos. Por esta razón, es muy importante hacerle saber sobre los tipos y ubicaciones de los servicios a los que pueden acceder gratis y de forma expedita.

- ***Baja comprensión de lectura y de instrucciones médicas***

Muchos y muchas adolescentes, particularmente los y las provenientes de sectores de bajos niveles socio-económicos, pueden tener dificultades para leer, comunicar y entender instrucciones e información médica. Cuando el nivel de entendimiento de la información transmitida en la consulta médica es bajo, esto puede afectar el uso, la calidad, los resultados y los costos de la atención médica. La capacidad para entender y transmitir información médica es especialmente importante para los y las adolescentes, que a menudo deben responsabilizarse de sus propias decisiones en salud. La falta de comprensión de la información recibida puede aumentar el riesgo por la mala interpretación de los hechos y posiblemente, resultar en una mala toma de decisiones y en resultados de salud adversos. De este modo, puede actuar como una barrera importante para jóvenes que buscan información sobre SSR o desean inscribirse en un programa de salud estatal. Estudios han demostrado que el nivel de lectura necesaria para que los/as pacientes puedan comprender los materiales de educación muchas veces excede la comprensión del paciente común.^{43 44} Los individuos de bajos recursos tienden a tener niveles bajos de comprensión de esta información y mujeres

con una baja capacidad de lectura no tienen un conocimiento adecuado del uso de anticonceptivos, sin embargo sí tienen un deseo verdadero por aprender más sobre planificación familiar.^{45 46}

Internet tiene el potencial para proporcionar un acceso a la información de salud más confidencial y conveniente para los y las jóvenes. Para muchos y muchas adolescentes, si bien internet no reemplaza a los pares, los adultos y los médicos en tanto fuente de información, puede ser un verdadero aporte en esta área.⁴⁷ Se ha demostrado que adolescentes con dificultad para leer y escribir pueden ser capacitados para que puedan obtener la información que necesitan más efectivamente a través de Internet.⁴⁸

- ***Expectativas, normas y valores culturales que impiden el acceso a los servicios de salud***

Algunos y algunas adolescentes enfrentan barreras adicionales que provienen del conocimiento, actitudes y creencias acerca de la fecundidad y la maternidad, muchas veces influidas por sus familias, sus parejas, sus pares y por las comunidades en que viven.^{49 50} Para un porcentaje no despreciable de adolescentes, el embarazo es deseado y en cierta medida planificado.⁵¹ La asunción de los roles de género más tradicionales y el fuerte valor dado a la maternidad pueden impedirles considerar un mayor desarrollo educacional o alcanzar una carrera técnica o profesional.⁵² Un estudio realizado en EEUU, encontró que las adolescentes latinas asociaban más frecuentemente consecuencias positivas a la maternidad adolescente que otros grupos de adolescentes.⁵³ Una de las razones principales que explicarían por qué las adolescentes no usan anticonceptivos serían sus actitudes positivas hacia el embarazo y no el rechazo a los anticonceptivos.⁵⁴ 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. Por ejemplo, otro estudio indicó que muchas adolescentes latinas pensaban que serían tratadas mejor si tuvieran hijos o hijas.⁵⁵ Este mismo sentimiento está demostrado en Chile, al observar adolescentes que relatan su deseo de ser madre/padre para fortalecer la relación con su pareja o para no ser tan controlados por sus padres.⁵¹

También influyen en el embarazo de adolescentes las costumbres sociales y culturales de comunidades que promueven una edad más joven para casarse y para la maternidad, especialmente habiendo vivido la experiencia de un embarazo en adolescentes en la familia, lo que otorga un sentimiento fuerte de pertenencia con esa comunidad.^{52 56 57 58} En Chile, en un estudio que se realizó en tres comunas con alto porcentaje de pobreza del Gran Santiago el año 2007, más del 80% de los y las adolescentes declararon haber conocido el caso de un embarazo en la adolescencia en su entorno más cercano.⁵⁹ Estos valores más tradicionales han sido asociados con el uso menos frecuente de anticonceptivos y condones, y dificultan la negociación de la abstinencia con su pareja, el uso de condones y de otras prácticas sexuales más seguras.⁶⁰ Ha sido sugerido que convenciones sociales estrictas con respecto al sexo y/o cuando el diálogo abierto en asuntos sexuales es mal visto, hacen que algunas mujeres se sientan incómodas comprando y negociando el uso de anticonceptivos.⁶¹

Otra razón por la cual los y las adolescentes no usan anticonceptivos es la dificultad que tienen de planear para el futuro. Según Villarruel y Rodríguez, muchas mujeres latinas piensan que es "malo" programar tener relaciones sexuales, pero es de algún modo mejor si "simplemente sucede".⁶⁰ Esto está también confirmado en estudios realizados en Chile, en los que se observa que el mantener la espontaneidad en una relación sexual fue dado como una razón para no haber usado anticonceptivos.^{59 31}

Además, los padres pueden ser clave en la toma de decisiones respecto a la sexualidad de una adolescente. Es más probable que las adolescentes que viven en familias "cuidadoras", que tienen padres que han hablado abierta y cómodamente sobre la sexualidad y que establecen límites claros, posterguen el inicio de sus relaciones sexuales, que utilicen anticonceptivos cuando inicien esas relaciones y que posterguen el embarazo.^{5 49 62 63} Los y las adolescentes cuyas madres y/o parejas apoyan su acceso a servicios de SSR, eligen métodos más efectivos que aquellos que no cuentan con ese apoyo.⁴¹ Los y las jóvenes que conversan con sus padres sobre condones antes de iniciar relaciones sexuales, tienen mayores probabilidades de usar condones y de usarlos continuamente.⁶⁴ En cambio, cuando las adolescentes no se sienten conectadas con sus padres, se encuentran sin las herramientas para tomar buenas decisiones en sexualidad y con más riesgo de quedar embarazadas.⁶⁵ El estudio de MIDEPLAN en Chile 2000, encontró que muchos adolescentes, particularmente las mujeres, sienten que sus opiniones no son apoyadas ni respetadas por sus padres.

Igualmente, los y las adolescentes que conocen a sus parejas y esperan más tiempo antes de comenzar a tener relaciones sexuales, tienen mayores probabilidades de usar anticonceptivos.⁶⁶ Sin embargo, el uso de anticonceptivos disminuye en las parejas que siguen más tiempo juntas, a pesar de ser más probable que los hayan usado con anterioridad.⁶⁷ Algunos de los factores relacionados con el poco uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes incluyen: promesas de abstinencia y posterior ruptura de dicha promesa; tener una pareja mayor; tener una relación prolongada; no haber conversado sobre anticonceptivos antes de iniciar las relaciones; y vivir violencia en la relación de pareja.^{66 67} Diferencias de edad entre las parejas pueden crear un desequilibrio de poder en las relaciones, haciendo difícil negociar el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, se ha encontrado que más de la mitad de las madres de edades entre 15 y 17 años en EEUU, tienen una pareja que es por lo menos tres años mayor que ellas.⁶⁸

Estudios han ligado también los factores sociales estructurales -como las expectativas educativas limitadas, bajo logro educativo y expectativas más tradicionales de rol de género para las mujeres-, con el embarazo y/o la maternidad en adolescentes.^{69 70 53} La pobreza también ha surgido continuamente como un pronosticador importante del embarazo en adolescentes.^{71 72 73}

- ***Barreras de movilización***

Si los y las adolescentes no pueden llegar a las instituciones de salud por falta de movilización, esto les puede impedir su acceso a servicios de SSR. Para el o la adolescente que vive lejos de algún servicio de SSR y no quiere que sus padres se enteren de su consulta en dichos servicios, esta barrera es aun más importante. En una encuesta realizada a adolescentes latinos en

EEUU, casi la mitad (42%) respondió que no vieron a un médico cuando lo necesitaban porque no tenían cómo llegar.²⁹ En Chile, a pesar de que la cobertura de los servicios de salud es amplia, lo que permite alcanzar a la mayoría de la población, también es necesario proveer los servicios en los lugares donde habitualmente se encuentran los y las adolescentes, como en clubes deportivos, lugares recreativos, escuelas u organizaciones juveniles y religiosas. Esto facilitaría el acceso haciendo que se sientan más cómodos asistiendo a los servicios.²⁴

- ***Barreras al uso continuo y adecuado de anticonceptivos***

El uso de anticonceptivos en adolescentes tiende a ser más irregular y con mayores tasas de fracaso que en los adultos, en parte, porque utilizan métodos menos efectivos, no los utilizan bien y/o sus relaciones sexuales son más esporádicas. Además, aún en los casos en que utilizan métodos hormonales que suelen ser más efectivos, las tasas de discontinuación y fracaso son más altas que en los adultos.⁷⁴ Varios estudios han analizado los factores que influyen en el uso consistente y adecuado de anticonceptivos en adolescentes. Esos factores comprenden: la insatisfacción con los servicios de salud y los métodos anticonceptivos recibidos; el hecho de no poder elegir el método deseado; efectos adversos secundarios (temor o falta de información sobre los efectos secundarios); insatisfacción de la pareja acerca del método; y dificultad o inconveniencia para utilizar el método.^{75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90}

A pesar de que el anticonceptivo oral es el método preferido por la gran mayoría de las adolescentes, sus efectos secundarios en parte explican su alta discontinuación. Además, como es difícil para muchas adolescentes recordar tomar una píldora todos los días, los porcentajes de fracaso son altos. La introducción de nuevos métodos hormonales que no requieren un uso diario, como los inyectables, implantes, el parche y el anillo vaginal, han sido generalmente aceptados por las adolescentes y su uso continuo es más probable. Sin embargo, los métodos con progestágenos puros causan flujos rojos irregulares y amenorrea, efectos que generalmente no son aceptables para muchas adolescentes.⁹¹

Los y las adolescentes enfrentan numerosas barreras para el uso del condón. Algunas de las razones para no usarlo incluyen: falta de disponibilidad (no tenerlo en el momento preciso); vergüenza de comprarlo o portarlo; disminución del placer y de la sensibilidad en la relación sexual; ser poco efectivo; preferencia por otros métodos anticonceptivos; percepción de estabilidad en la pareja y de no tener posibilidades de contagio (creencia que al tener pareja única están a salvo de riesgos); dificultades para conversar de sexualidad y del uso de métodos anticonceptivos. En las mujeres adolescentes, se suma el temor a ser catalogadas de “lanzadas” por saber mucho del tema y querer cuidarse, o “complicada o inmadura” por manifestar dudas y temores.⁹² Según algunos hombres adolescentes en Brasil, el uso de condones interfiere con las relaciones sexuales y no es necesario cuando hay confianza entre la pareja.⁹³

Cuando los condones están fácilmente disponibles, los jóvenes que ya han comenzado a tener relaciones sexuales tienden a utilizarlos con más frecuencia, como se ha visto en diversos programas que los colocan o distribuyen en los colegios y clínicas donde los puedan tomar sin costo y sin necesidad de pedirlos (por ejemplo, poniendo a su disposición cestas de condones

en los cuartos de baño y salas de espera). Por otra parte, estos mismos estudios han demostrado que los programas que aumentan la disponibilidad de condones no provocan el inicio prematuro en las relaciones sexuales ni el aumento en la actividad sexual o el tener relaciones sexuales con mayor número de parejas.^{94 95 96}

- ***Falta de SSR amigables hacia los y las adolescentes***

Entre los proveedores de SSR, es cada vez más reconocido el hecho de que es necesario establecer enfoques especializados para atraer, atender y retener a usuarios/as jóvenes. Los servicios de SSR amigables hacia adolescentes se proponen tratar de vencer las barreras enfrentadas por adolescentes. A pesar de existir múltiples estudios que reconocen la importancia de tener servicios amigables que aumenten el uso de SSR por adolescentes, estos servicios recién comienzan a ser implementados.

En Chile, el primer trimestre del año 2009 se inició la instalación de Espacios Amigables de Atención para Adolescentes en 54 comunas del país, promovida desde el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, en orden a implementar acciones que reduzcan la maternidad precoz y adolescente, comprometida en los Objetivos Sanitarios 2010. La evaluación de esta iniciativa dará cuenta de información relevante y permitirá conocer la cantidad de proveedores en Chile que prestan servicios amigables a adolescentes.

La comunidad internacional^{97 98 99 100 101 102 103 104 105} y nacional²⁴ ha identificado varias características como importantes componentes de los servicios de SSR amigables hacia adolescentes. Estos incluyen: políticas de salud amigables, servicios integrales, facilidad de acceso, ambiente amigable para jóvenes, asegurar la confidencialidad, personal amigable para jóvenes, mecanismos de feedback y utilización de protocolos clínicos apropiados para jóvenes.

- ***Barreras específicas para los hombres adolescentes: un caso especial***

Así como las mujeres, los hombres necesitan una gama de servicios de SSR, incluyendo educación y consejería, para proteger su propia salud y bienestar, y prepararse para ser parejas responsables. Los hombres son clave en la prevención de los embarazos adolescentes y transmisión de ITS, incluyendo VIH/SIDA, pero suelen no conseguir la información y servicios de SSR que desean y necesitan. Las razones para comprometer a los hombres en la promoción de servicios de SSR son múltiples:

- 1) Los hombres a menudo influyen o determinan la conducta sexual de la pareja y el uso de anticonceptivos y condones.^{106 107 108}
- 2) Para aumentar el uso de condones –que es la manera más efectiva de prevenir la transmisión de ITS/VIH-, se requiere cambiar la conducta masculina y la comunicación entre las parejas.^{109 110}
- 3) Los hombres jóvenes, especialmente los de bajos ingresos, tienen menos acceso que las mujeres a la asistencia médica o a una fuente usual de atención médica, y cuando la reciben, pocos conversan sobre SSR con sus médicos.^{111 112}
- 4) Los hombres jóvenes dicen necesitar más información sobre SSR que la que reciben.

- 5) La verdadera equidad de género en los servicios de SSR beneficiará en definitiva tanto la salud de los hombres como la de las mujeres.

Hasta hace poco tiempo, debido a que la responsabilidad de los hombres en la prevención de los embarazos no programados no había sido suficientemente reconocida, el número de políticas y programas que los involucraban eran limitados. Un cambio teórico que expanda la planificación familiar y la salud reproductiva e incluya a los hombres como parte de la ecuación de género fue propuesto en la conferencia de las Naciones Unidas de Población y Desarrollo en 1994.¹¹³ Desde entonces la inclusión de los hombres en los programas y servicios de SSR se ha traducido, en términos prácticos, en un aumento de la eficiencia y cobertura de estos programas.^{114 115}

Sin embargo, hasta ahora no se han establecido estándares de asistencia médica en SSR para hombres, dejando a los proveedores de salud sin la capacidad requerida para prestar este servicio. Algunos de estos proveedores prefieren no ofrecer servicios a los hombres porque les falta la capacitación, porque se sienten incómodos conversando sobre asuntos de SSR con ellos y porque ello podría desviar recursos para atender a las mujeres y poner en peligro la calidad y disponibilidad de esos servicios.^{114 115 116 117 118}

La realidad es que, con excepción de la evaluación y tratamiento para ITS, en general los hombres adolescentes no requieren intervención médica en SSR y sus visitas no son rutinarias como lo son para las mujeres. Esto exige identificar maneras creativas que atraigan a los hombres, como por ejemplo, ofreciendo evaluación médica general o relacionada con el deporte, así como visitas conjuntas para parejas y consejería en aquellas áreas de SSR relevantes para los hombres. Además, los hombres jóvenes necesitan información y consejería para resistir las presiones de sus pares y para poder decidir y comunicarse responsablemente con sus parejas acerca de sus asuntos personales y sexuales.¹¹⁹ Estudios con hombres adolescentes indican que, en general, los hombres saben menos de sexualidad, anticoncepción y embarazo que las mujeres.¹¹⁰ En Nicaragua, se comprobó el gran desconocimiento de los hombres encuestados sobre temas de SSR: las píldoras anticonceptivas, los síntomas de ITS, la vasectomía, la efectividad del condón y el período fértil de la mujer.¹²⁰ El mismo estudio demostró que lo que más piden los hombres es información sobre las ITS/VIH/SIDA y consejería individual.

Cuando los hombres adolescentes intentan acceder a los servicios de SSR, se enfrentan con las mismas barreras ya mencionadas: altos costos, vergüenza, falta de confidencialidad y de servicios amigables, entre otros. Además, enfrentan barreras adicionales por haber sido excluidos históricamente, estructural y culturalmente de los temas de SSR. Pocos recursos, un personal predominantemente femenino, actitudes negativas de los profesionales y falta de capacitación para tratar con hombres adolescentes, son las barreras principales que los excluyen de los servicios de SSR.^{109 110 120} Aun cuando existan servicios de SSR disponibles para hombres jóvenes, muy pocos conocen su existencia. En una encuesta realizada en 6 países de Centroamérica, el porcentaje de hombres que conocía la existencia de servicios de SSR era bastante bajo (apenas superando el 20%, con la excepción de Belice).¹¹³

Datos internacionales confirman el interés masculino por acceder a los servicios de SSR, a pesar de las numerosas barreras existentes.¹²¹ Por otra parte, la promoción de la SSR en hombres adolescentes es esencial para mejorar las condiciones sociales y salud de la población en general y debería llevar a nuevas estrategias para promover estilos de vida más sanos y reducir los embarazos no programados.¹¹⁵ En lo inmediato, se necesita una comprensión más profunda sobre cómo entregar servicios de SSR a hombres adolescentes.

III.1.2.b. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva de los proveedores

En general, los objetivos de los servicios de salud para los y las adolescentes son proporcionar evaluación y tratamientos completos físicos y psicosociales, en una atmósfera de confianza y confidencialidad. Sin embargo, como ya se ha mencionado, los y las adolescentes enfrentan numerosas barreras para acceder a estos servicios y no poseen la misma experiencia que un adulto en acceder a la asistencia médica. Por estas razones, los/as profesionales que atienden a adolescentes necesitan una capacitación e infraestructura adecuadas, pero también existen muchas barreras desde su propia perspectiva, que suelen impedir que adolescentes reciban una atención de excelente calidad. El año 2007, la “National Campaign to Prevent Teen Pregnancy” y la “Association of Reproductive Health Professionals” -dos asociaciones en EEUU sin fines de lucro compuestas por expertos clínicos en salud reproductiva- convocaron a dos reuniones para explorar esta área.¹²² A pesar de que sus conclusiones no están específicamente dirigidas hacia adolescentes, resultan muy aplicables para ellos. Se identificaron las siguientes barreras desde la perspectiva del proveedor: falta de educación adecuada en los temas de planificación familiar y anticonceptivos; dificultad de los proveedores de iniciar conversaciones sobre anticonceptivos y sexualidad con sus pacientes; reticencia de apoyar nuevos métodos anticonceptivos y/o protocolos, especialmente cuando éstos no calzan con la educación, creencias o valores del proveedor, falta de tiempo y falta o baja remuneración por proveer servicios de SSR para adolescentes en general.¹²³ Proveedores de SSR públicos y privados en EEUU informaron que una de las cosas más importantes que ellos podrían hacer para mejorar el uso de anticonceptivos en sus pacientes, sería proporcionar más y mejores consejerías, asegurándoles remuneraciones adecuadas que les permitan tener más tiempo para aconsejar a sus pacientes.¹²⁴

- ***La falta de regulaciones o de conocimiento de aquellas existentes***

Tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, los/as profesionales que atienden a adolescentes muchas veces no tienen guías establecidas que les orienten sobre cómo atenderlos/as con calidad. Además, cuando las leyes son nuevas, cambiantes o confusas, muchos no saben cómo enfrentar de manera apropiada los temas referentes a la confidencialidad, la anticoncepción de emergencia, la vacuna de HPV, la toma del Papanicolaou, los anticonceptivos más adecuados para adolescentes y la justificación de un examen pélvico.

Informaciones de Europa y EEUU demuestran que muchos profesionales en SSR desconocen o confunden las regulaciones vigentes respecto de la confidencialidad en la atención a

adolescentes.¹²⁵ Este desconocimiento o mal entendimiento de las leyes ha resultado en que a algunos adolescentes les hayan sido negados los servicios que les correspondían.¹²⁶ En entrevistas con directores, proveedores y personal de servicios de salud en Bolivia, se detectó que muy pocos conocían las políticas del gobierno sobre SSR para adolescentes y que los centros de salud no utilizaban procedimientos especiales para ellos.³⁴

En una encuesta realizada en Chile, en 2005, a encargados y profesionales en SSR, se detectó que la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud solo era conocida por los encargados del programa. En cambio, no era conocida o era solo parcialmente conocida por los directores y profesionales a cargo de la atención primaria de salud.¹²⁷ Además, a pesar de que los/as profesionales utilizaban guías clínicas del Ministerio de Salud, la mayoría las consideraban insuficientes por diversas razones. En relación con este mismo tema, investigadores en EEUU y América Latina han señalado la necesidad de desarrollar normas claras en la atención de los adolescentes, una mejor capacitación de los médicos sobre estas normas y una supervisión que asegure su efectiva implementación.^{125 128} En 2008, el Ministerio de Salud en Chile generó el documento “Orientaciones para la Implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes”. Su meta fue justamente la de convocar a especialistas para establecer normas y recomendaciones claras que guíen a los proveedores sobre cómo mejorar la atención en salud para adolescentes.²⁴ A fines del 2009 se difundieron las “Orientaciones Técnicas para la Atención de Adolescentes con problemas de Salud Mental,” dirigidas a los equipos de atención primaria de salud.¹²⁹

La distribución de anticonceptivos de emergencia en Chile ha sido y continúa siendo un tema altamente controversial que, entre otros factores, ha estado reflejado en los cambios constantes de la legislación en estos últimos años. En el 2003, el MINSAL compró una gran cantidad de anticonceptivos de emergencia para distribuirlos en el sistema de salud pública, pero solo para mujeres violadas. En el 2006, se aprobó la distribución gratuita de estos anticonceptivos de emergencia en los servicios de salud públicos, para todas las mujeres que los necesitaran, desde los 14 años y sin el consentimiento de los padres. En abril del 2008, el Tribunal Constitucional revocó esta medida y prohibió la entrega gratuita en los consultorios, pero confirmó la venta de esta píldora exclusivamente en farmacias. Recientemente, en enero de 2010, la Presidenta de la República firmó la ley 20.418, aprobada en el Congreso que garantiza el acceso gratuito en los consultorios a todos los métodos anticonceptivos disponibles, incluida la anticoncepción oral de emergencia. Las controversias y cambios arriba descritos han resultado en que muchos/as profesionales tengan dudas a la hora de hacer entrega de estos anticonceptivos. Además, muchos proveedores de servicios de SSR se oponen a los anticonceptivos de emergencia por considerarlos abortivos, a pesar de que la comunidad científica ha demostrado lo contrario y de que, inclusive, disminuye los abortos.^{130 131} Sin embargo, existiría evidencia de que un 80% de los y las adolescentes chilenos consideran que los anticonceptivos de emergencia son abortivos.¹³² Lo anterior demostraría la necesidad de capacitar apropiadamente a los proveedores de servicios de salud y de entregar a las posibles usuarias la información correcta acerca de los mecanismos de este método.¹³³

Otro anticonceptivo cuyo uso por adolescentes ha generado controversias es el dispositivo intrauterino (DIU). Durante mucho tiempo su uso en adolescentes no fue recomendado pero

recientemente se acepta su uso tanto en mujeres adolescentes como en adultas nulíparas y se ha confirmado que no aumenta el riesgo de los embarazos ectópicos o la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).^{134 135 136} Sin embargo, en el mundo desarrollado pocos profesionales todavía conocen estas nuevas indicaciones y aun no las recomiendan para adolescentes.¹³⁷ Es probable, por lo tanto, que en países en desarrollo como Chile, esta nueva normativa sea aún poco conocida por todos los proveedores en atención primaria y, por ello, a muchas adolescentes no se les ofrezca este anticonceptivo que es sumamente costo-efectivo.¹³⁸

- ***Falta de capacitación en la atención de adolescentes***

Estudios a nivel mundial han demostrado que muchos/as profesionales que atienden adolescentes sienten que les falta la capacitación adecuada para proveer un mejor servicio a este grupo etario. Muchos de estos profesionales han admitido sentirse incómodos y sin la capacidad requerida para satisfacer adecuadamente las necesidades de sus pacientes adolescentes de acuerdo con los protocolos establecidos.^{139 140}

Estudios del mundo en desarrollo ha demostrado que pocos proveedores están capacitados para atender adolescentes. Resultados de un estudio de África demostraron que más de la mitad de los proveedores de salud no habían sido capacitados en los temas de salud reproductiva en adolescentes, a pesar de que ellos deseaban esa capacitación y tenían el apoyo del gobierno para proveer servicios amigables para adolescentes.¹⁴¹ Igualmente, en América Latina se ha demostrado que la mayoría de los médicos dicen tener poco conocimiento y práctica acerca de los temas de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Pero, después de un programa de capacitación e información para los profesionales sobre cómo trabajar con adolescentes, aumentaron sus conocimientos de anticonceptivos e ITS, se redujeron las barreras de acceso a los servicios y cambiaron las actitudes frente a los adolescentes.¹⁴² Enfermeras en Brasil han relatado que, a pesar de que la mayoría había sido capacitada en el área de planificación familiar, sentían la necesidad de una mejor capacitación en materia de anticonceptivos.¹⁴³ Una encuesta entre profesionales que atienden a adolescentes en Chile llegó a conclusiones similares: a pesar de que la mayoría señaló haber recibido capacitación en la atención de adolescentes (sensibilización en adolescencia, atención integral del adolescente, salud sexual y reproductiva, salud mental, factores y conductas de riesgo y otros temas), consideraron que la capacitación recibida había sido parcial o totalmente insuficiente.¹²⁷

La falta de capacitación de quienes atienden a adolescentes puede generar incomunicación o errores en la información que se transmite a los y las adolescentes. En EEUU se ha detectado que muchos de los profesionales que atendían a jóvenes perdieron las oportunidades para prescribir los anticonceptivos de emergencia requeridos, y que esta falta de comunicación y errores en la información transmitida resultaron en que muchos de ellos y ellas no los utilizaron de manera correcta.¹⁴⁴ Otro estudio en EEUU concluyó que la razón principal para el bajo uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes se debía al desconocimiento por parte del proveedor del servicio de las leyes pertinentes y del plazo de tiempo en que se podía recomendar este anticonceptivo, y no al rechazo de este método anticonceptivo.¹⁴⁵

- ***Valores del proveedor que se oponen a dar anticonceptivos a adolescentes***

En Chile y en el resto del mundo, la sexualidad de los y las adolescentes es un tema muy polémico. Las actitudes negativas de quienes trabajan con adolescentes son la causa de que a menudo ellos se sientan juzgados, avergonzados y atemorizados por la experiencia de atención. Un estudio acerca de las experiencias de jóvenes afroamericanos con los sistemas de salud en EEUU (incluyendo los servicios de SSR), las habrían descrito como una de las experiencias más angustiantes jamás experimentadas.¹⁴⁶ Estudios en Bolivia y Tailandia habrían detectado que las usuarias de servicios de SSR habrían sufrido actitudes amenazantes y juzgadoras y que, en cambio, esas actitudes eran más amables cuando los anticonceptivos eran entregados a los varones en vez de las mujeres adolescentes.^{34 147} Otro estudio en África comprobó que las enfermeras obstétricas se oponían, en general, a cualquier tipo de actividad sexual en la adolescencia, inclusive la masturbación, el uso de anticonceptivos y el aborto. Aquellas con más preparación y que habían sido educadas en sexualidad y reproducción de adolescentes tenían actitudes más amigables hacia la juventud.¹⁴⁸

Los proveedores de servicios de salud que trabajan con adolescentes tienen la obligación de ofrecer información sobre anticonceptivos, sexualidad y prevención de ITS de manera objetiva, sin imponer sus propios valores. Esto requiere una mejor capacitación de los proveedores de servicios respecto de los derechos de los/as adolescentes y necesidad de asegurarles un acceso cómodo a esos servicios.

- ***Diferencias según el tipo de proveedor del servicio***

Los y las adolescentes pueden ser atendidos/as por una gran variedad de profesionales, cada uno de los cuales ha recibido una capacitación diferente. Esto incluye a pediatras, internistas, médicos de planificación familiar, médicos de familia, especialistas en adolescencia, enfermeras, matronas y otros. En Chile, el 43% de la población adolescente es atendida en atención primaria, el 40% en servicios de urgencia y el 18% por alguna especialidad.²⁴

No sorprende que los servicios de SSR suministrados a adolescentes reflejen diferencias según cuál sea el profesional que presta el servicio. En EEUU se han encontrado apreciables diferencias entre los servicios de SSR prestados por profesionales distintos.^{149 150 151} También en Argentina se detectó que los y las adolescentes recibían una mejor atención en los lugares especializados en adolescentes que en aquellos dedicados a la atención de la salud reproductiva general.¹⁵²

III.1.3. Revisión de los estudios nacionales

En Chile, la atención de salud sexual y reproductiva es parte de los servicios de atención primaria, forma parte del conjunto de las prestaciones de salud a las que tiene acceso la población en general y no se encuentra ubicada en infraestructura o ambientes diferentes que puedan significar servicios diferenciados a los del resto de las prestaciones en salud. Es por ello que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva se entiende como la facilidad o dificultad de acceder a la atención por este tipo de prestaciones de salud, las que recaen por lo general en la responsabilidad de las y los profesionales matronas/es, por corresponder estas prestaciones primordialmente a sus funciones en la atención primaria.

El documento de Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del MINSAL del año 2008, señala que se observa una caída general en la expresión de demanda por atención de salud a medida que aumenta la edad de adolescentes y jóvenes, francamente más alta que la necesidad de atención percibida, lo que se vincularía según la hipótesis ahí planteada, con dificultades de acceso a los servicios. Se plantea entonces el desafío de satisfacer las necesidades de atención de este grupo etario, otorgando una atención integrada e integral, oportuna y coordinada en los distintos niveles de atención. Las demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva son el área de mayor necesidad de este grupo etario.¹⁵³

Las investigaciones referentes a barreras para acceder a servicios para adolescentes y particularmente en el área de salud sexual y reproductiva, que han sido comunicadas en publicaciones científicas en Chile, han sido escasas. La mayoría de las experiencias han sido compartidas a través de comunicaciones científicas en congresos o encuentros relacionados con la salud adolescente, así como en documentos de informes de investigación.

Se sabe que existen numerosas y valiosas iniciativas locales a nivel de las diferentes regiones del país pero, lamentablemente, al no haber sido éstas publicadas en sitios científicos de difusión y acceso público, resulta muy difícil conocer esa información, salvo a través de comunicaciones personales de sus propios autores. Por esta razón, es posible que información de interés no haya sido incluida en esta revisión.

Algunos resultados de investigaciones nacionales ya han sido esbozados en este capítulo. Con el fin de describirlos de manera más destacada, en este capítulo se mencionan con mayor detalle los resultados obtenidos de estudios nacionales recientes de amplia cobertura, cuyo objetivo ha sido conocer la opinión de adolescentes y/o de proveedores de salud que atienden a este grupo poblacional, respecto de las barreras de acceso a los servicios de salud, específicamente en el área de la salud sexual y reproductiva y a la prevención de embarazo.

La información revisada se presenta en dos grandes puntos: en primer lugar, lo referente a la opinión de los y las adolescentes; y en segundo lugar, la opinión y percepciones de los proveedores de salud que entregan servicios de atención en SSR a adolescentes.

III.1.3.a. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva de los y las adolescentes

- ***Las barreras para el acceso a los servicios***

El año 2007, el grupo de investigadores sociales del programa de Género y Equidad de FLACSO-Chile, realizó para el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes del MINSAL con apoyo del UNFPA, un estudio cualitativo dirigido a explorar las percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.¹⁵⁴ En dicho estudio se efectuaron grupos focales con adolescentes hombres y mujeres en diversas regiones del país. En base a los resultados obtenidos, el estudio afirma que “la asistencia al consultorio para temas de SSR es prácticamente nula entre los y las adolescentes y jóvenes consultados en todas las regiones” y que si bien tienen conocimiento de que la entrega de métodos anticonceptivos e información existente en los consultorios, no acuden a ellos por dos motivos: duda sobre la confidencialidad y la idea sobre la mala calidad de los insumos entregados (condones y pastillas anticonceptivas). En el caso de las mujeres, consideran que si la atención es realizada por personal de salud de sexo masculino, la desconfianza es mayor.

Un breve reporte de un diagnóstico participativo realizado con adolescentes en la comuna de La Pintana presentado el año 2008, realizado con una muestra de hombres y mujeres alumnos/as de colegios municipalizados, de niveles entre 7º básico y 4º de enseñanza media, señaló como peticiones al Programa de Salud del Adolescente: facilidad de acceso a programa de atención; inclusión de espacios recreativos en horarios de atención adolescente; actividades de prevención y promoción de salud de carácter recreativo y; facilidad de contacto con consultorios.¹⁵⁵

El estudio etnográfico realizado por la investigadora Irma Palma y su grupo de colaboradores, cuyos resultados se dieron a conocer el año 2008, aportan información en distintos ámbitos respecto de la atención de salud de los y las adolescentes.³² Se destacan, en un primer lugar, las diferencias de género en las representaciones y en la aproximación de los/as consultantes adolescentes al sistema de salud. Se señala que para las mujeres la relación con el centro de salud o consultorio emerge como un hecho obvio, natural y normal, que forma parte de sus conversaciones y experiencias cotidianas, transmitido generacionalmente de madre a hija, construyéndose como un espacio institucional próximo, siendo la condición reproductiva el eje de tal relación. En el caso de los hombres, éstos concurren a los servicios de salud casi exclusivamente en situaciones de emergencia, provocadas por eventos físicos traumáticos como accidentes o como resultado del ejercicio de violencias (en cuyo caso incluso les puede significar desencadenar problemas con la justicia). Lo anterior significa ser atendidos en sistemas saturados de demanda y que entregan la atención en situaciones límites, tanto físicas y emocionales de los consultantes, como laborales para los proveedores. Es así entonces como se describe una experiencia subjetiva para los adolescentes hombres con los servicios de salud, caracterizadas por el temor, fragilidad e impotencia, y cuya relación sería no cotidiana, episódica, curativa y centrada en crisis.

El estudio luego profundiza en la construcción de la salud y la sexualidad a la luz de las percepciones y auto-representaciones de los y las adolescentes. Se desea solamente destacar en esta referencia que en el caso de las mujeres ellas no pueden automedicarse con tanta facilidad como los hombres; las mujeres requieren de la consulta con un profesional para determinar qué hacer respecto de su propio cuerpo, siendo la farmacia un servicio de naturaleza privada, más fácil y práctico para los hombres. La mujer debe construir entonces una relación con los servicios de salud, a cuyas primeras consultas acude acompañada, debiendo decidir quién la acompaña. Se menciona que las mujeres viven la disyuntiva entre recurrir al sistema público o al privado, siendo este último en muchos casos casi la única posibilidad para ellas. Al parecer lo que estaría en juego en la distinción entre lo público y lo privado es la posibilidad de acceder a la confidencialidad de la atención, una confidencialidad ligada a la intimidad que reconoce implícitamente la autonomía, individuación y proyectividad de la mujer adolescente. En contraparte, el análisis de las percepciones de los varones señala que los aprendizajes observados a lo largo de la vida les han enseñado que la gestión de la prevención de los riesgos sexuales y reproductivos sería propiamente femenina, orientada primordialmente al control de la fertilidad a través de tecnología médica anticonceptiva. Por otra parte, la gestión de la prevención de los riesgos sexuales y reproductivos sería propiamente masculina, orientada esta última a evitar infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH-SIDA y la regulación de la fertilidad en base al uso del condón.³²

Otro estudio que arroja resultados interesantes es el de Luengo y colaboradoras del año 2007. Dicho estudio se enfocó en las barreras de acceso a los Servicios de SSR, fue realizado con adolescentes escolares de comunas vulnerables y con alto porcentaje de nacimientos de hijos de madres adolescentes del Área Metropolitana y fue apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este estudio observó en la evaluación cuantitativa que solo un poco más de la mitad (54,4%) de los y las adolescentes beneficiarios de servicios de salud pública conocían la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva, y que solo el 18,2% de ellos había consultado alguna vez. Sin embargo, a diferencia de lo observado en el estudio anterior, los consultantes en su gran mayoría quedaron muy satisfechos con la atención recibida en dicho sistema.

Las razones que entregan los y las adolescentes para no haber consultado por atención de servicios de salud sexual y reproductiva son en primer lugar (cerca del 60%) porque no lo han necesitado. Al profundizar la pregunta con metodología cualitativa se observa que la necesidad se relaciona con haber iniciado o no vida sexual activa. Luego, en el caso de las mujeres y con diferencias estadísticamente significativas en relación a los hombres, se mencionan la vergüenza de consultar y la preocupación por la falta de privacidad, es decir, porque podrían encontrar a alguien que les comunicara a sus padres que las vieron consultando. En el caso de los varones el 23,6% de ellos dijo desconocer la existencia de dichos servicios y un 7,1% no saber para qué sirven. En las mujeres se observó una tendencia (17,5% vs 4,5% en los varones), sin presentar diferencias estadísticamente significativas, a estimar que sus padres no aprobarían que ellas consultaran. Los resultados también señalaron que la gran mayoría de los que no han consultado (sobre 95% de ellos) saben que tienen derecho a consultar y que alrededor del 70% de las mujeres preferiría consultar en un

Centro especializado para adolescentes. Cerca del 60% de los varones considera el consultorio como el mejor lugar para consultar. El grupo de adolescentes menores de 15 años que ha llegado a consultar, refiere de manera estadísticamente significativa, quedar menos satisfecho con la atención que el grupo de adolescentes mayores.¹⁵⁶

Al profundizar estos aspectos con metodología cualitativa, entrevistas en profundidad y grupos focales, se pueden afirmar las siguientes conclusiones, algunas de las cuales confirman lo señalado por los autores anteriormente citados:

-El miedo y la vergüenza son dos elementos que actúan como importantes barreras para acceder a los servicios. La vergüenza a exponer aspectos de su vida íntima y reconocer ante un adulto que han iniciado vida sexual, o que piensen que la ha iniciado, es un sentimiento muy frecuente entre las/los adolescentes. Aparece también el miedo o temor a ser discriminados por su edad, y el temor a ser discriminados por sus propios pares al saber que asisten a estos servicios. Detrás del miedo está el mismo patrón cultural que subyace al sentimiento de vergüenza: la prohibición cultural de la vida sexual activa para adolescentes de su edad.

-En los hombres, en unión al miedo y la vergüenza aparece la “lata” de consultar, sentimiento exclusivamente masculino que denota la desmotivación por consultar y saber más de estos temas, lo que puede ocultar la vergüenza de reconocer su ignorancia sobre esos temas o la percepción de que ya poseen la información necesaria.

-Hay consenso unánime en la gran importancia de la confidencialidad y privacidad.

-Existe la creencia que los servicios de SSR son pertinentes solamente cuando se ha iniciado la actividad sexual y no como un espacio que puede ser utilizado por los y las adolescentes como fuente de orientación y consejería.

- ***La prevención del embarazo***

En el año 2006, Sadler y Aguayo publicaron los resultados del estudio dirigido a conocer las dinámicas de las familias de padres y madres adolescentes. En éste se pesquisan diversas explicaciones para la falta de prevención del embarazo, entre las que se mencionan también las referentes a los servicios. Se mencionan, por ejemplo, el miedo de revelar el inicio de la actividad sexual a temprana edad por los estigmas asociados, y el temor a acercarse a instituciones de salud por la misma razón; la entrega al deseo y espontaneidad en la relación de pareja; y el no considerar la posibilidad de una gestación a través de la esperanza expresada en el “a mi no me va a pasar”. En el caso de mujeres, el miedo y la vergüenza a pedir ayuda a los adultos y el temor a la reacción de los varones de la familia, resultan ser aspectos que condicionan las posibilidades de prevención. Apareció también como elemento importante el deseo de ser madre o padre, tema complejo y pocas veces considerado, que puede tener sentido como proyecto de vida en algún momento de la biografía de los y las adolescentes.³⁰

Los datos cuantitativos del estudio de Luengo enfocado en barreras de acceso a los servicios de SSR, confirman lo descrito por Sadler y Aguayo. Entre las razones del por qué creen ellos/as que se embarazan sus pares, la percepción de invulnerabilidad sigue siendo la primera razón que ellos/as reconocen como causa, así como también es importante la

vergüenza que les provoca la consulta por anticoncepción o que reconocen que no saben cómo prevenir el embarazo. Los porcentajes de esas respuestas observadas fueron los siguientes: “no creen que les va a pasar a ellos” (65.3% hombres, 72.2% mujeres), “les da vergüenza pedir anticonceptivos” (61% para ambos sexos) y “no saben cómo prevenir el embarazo o usan mal los anticonceptivos” (51.1% hombres, 48.7% mujeres).³¹

En cuanto a la experiencia del embarazo en la adolescencia, es un tema real y frecuente entre adolescentes estudiantes de niveles socioeconómicos más vulnerables. En promedio el 83.4% de los adolescentes declaró haber conocido el caso de un embarazo en la adolescencia en su entorno más cercano, cifra que aumentó con la edad: 77% en 8º Básico, 89.3% en 2º Medio y 99% en 4º Medio. La mayor frecuencia es entre amigos y amigas (73.6%), más de un tercio en la familia (35.7%) y, prácticamente, el 100% de estos escolares al finalizar el liceo han tenido la vivencia de un embarazo adolescente en su entorno cercano.⁵⁹

Finalmente, respecto a conocimientos sobre sexualidad y prevención, en ese mismo grupo de adolescentes estudiados, menos del 80% de las mujeres y del 57% de los hombres ($p= 0.005$) reconoce la menarquia como signo de inicio de la fertilidad en la mujer, no observándose diferencias por edad en esta respuesta. La probabilidad de embarazarse que tiene un hombre en cualquier coito lo sabía sólo el 52.8% de hombres y el 37% de mujeres ($p= 0.011$). La información respecto de la posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos es escasa, sólo uno de cada cinco adolescentes reconoce la anticoncepción de emergencia como no abortiva y menos de un tercio de ellos/as sabía que los y las adolescentes podían usar casi todos los métodos anticonceptivos. Lo más conocido es que el uso del condón previene las ITS, conocimiento que aumenta significativamente con la edad pero no alcanza al 80% de los adolescentes, observándose diferencias significativas por edad: 58% en ≤ 14 años y 77.1% en ≥ 15 años ($p < 0.0001$).¹³² Estos resultados confirman lo que fue mencionado respecto a un estudio anterior, que a pesar de que la percepción de haber recibido educación sexual es en general alta entre los/as adolescentes, ésta no ha sido pertinente ni efectiva, al menos respecto de los temas biológicos.

Al revisar el tema de barreras de acceso a servicios de salud y prevención del embarazo, vale la pena recalcar que estudios nacionales destinados a profundizar en el análisis de las conductas de prevención o no de embarazo en adolescente de 15 a 19 años y jóvenes, como es el recientemente difundido de F. Dussillant realizado a partir de la Encuesta del Instituto Nacional de la Juventud- INJUV 2006, no destacan la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como uno de los factores de riesgo. La mayor diferencia en el uso de métodos de prevención de embarazo está dada por el nivel socio-económico, con todos los diversos aspectos que eso lleva implícito. Se destaca en dicho documento que de los jóvenes que solicitaron un método en el consultorio y no se lo dieron fueron solo el 0,2% de la población estudiada (1,2% del nivel E, el más desprotegido), quienes no supieron donde conseguirlos un 1,5% (3,2% del nivel D y 2,9% del E), aducen vergüenza para solicitarlos a su familia o en el consultorio el 2,2% (4,7% del nivel D y 6% del E) y un 4,8% dice no haberse cuidado por imposibilidad de conseguir método, por falta de planificación o por dificultad en el acceso en ese momento. Esta última razón sube al 6,8% en los de nivel D y al 10,2% en el E. La reflexión señala entonces que no aparece ninguna razón preponderante que lleve a los jóvenes a no

cuidarse, que son más los que dicen preferir no usar protección o quienes no lo hacen por falta de planificación de sus encuentros sexuales que aquellos que aducen dificultades para conseguirlos, ya sea por falta de recursos económicos o de adecuado servicio en los consultorios.¹⁵⁷

Es necesario sí recordar que los resultados de las encuestas nacionales de juventud, como la analizada en este estudio, no incluyen población adolescente menor de 15 años, población especialmente vulnerable, que sí ha sido incluida en los estudios antes descritos.

III.1.3.b. Las barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo: la perspectiva respecto de los proveedores de salud y sobre los servicios

Un primer estudio diagnóstico sobre los/as adolescentes y los Servicios de Salud realizado en Chile a fines del año 1994, previo al inicio del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, concluyó que las necesidades más frecuentemente percibidas por parte de los proveedores para entregar una atención de salud de calidad a este grupo etario, eran: las necesidades de capacitación y sensibilidad especialmente en la noción de integralidad; la implementación de una infraestructura y un horario diferido que permitiera la confidencialidad; ampliar las horas profesionales destinadas a su atención, especialmente en el área psico-social y; unificar criterios y programas a nivel nacional para realizar una labor coordinada. Las necesidades de los y las adolescentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva eran ya reconocidas como una importante área de demandas en salud, y el enfoque integral implementado con equipos multidisciplinarios estaba bien difundido.¹⁵⁸

El año 1995 se dio inicio formal al Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes del MINSAL y la evaluación realizada a 10 años de la implementación de dicho programa recogió la opinión de los respectivos encargados a nivel de los Servicios de Salud, respecto de las facilidades y dificultades que habían tenido en su implementación. Cabe destacar que el trabajo realizado en este programa estuvo mayoritariamente a cargo de profesionales del Programa de la Mujer, lo que evidencia la alta prioridad que alcanza la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Según la opinión de los proveedores, la existencia y formación de equipos multidisciplinarios era disímil, confirmando esto la escasez de recursos humanos en el programa, pero que en cuanto a capacitación de los equipos, hubo una preocupación significativa, quedando aun pendiente la demanda de una norma técnica que permitiera aunar criterios de atención.¹²⁷

El estudio de familias de padres y madres adolescentes de Sadler y Aguayo, pesquisó elementos obstaculizadores del proceso de desarrollo de habilidades de cuidado de hijos/as de madres adolescentes, sus parejas y familias. Entre éstos se mencionan: discriminación de parte del personal de atención de salud en diversos momentos, como al inicio de la actividad sexual y solicitud de métodos anticonceptivos; entrega de una información que a ellos/as no les resulta de buena calidad para prevenir adecuadamente la natalidad; y luego frente al embarazo, cuando reciben ironías en los controles prenatales y, al momento del parto, desatención como suerte de castigo por haber trasgredido las normas al haber iniciado actividad sexual de manera precoz. El informe señala que esto se traduce en barreras para la

participación activa de las parejas y familias de las adolescentes en los diferentes momentos aludidos y luego, en los controles posteriores del niño/a.³⁰

La investigación cualitativa del estudio de barreras ya mencionado de Luengo, Tijero, Zepeda y Millán, cuyos resultados han sido enviados a publicar, rescató dos importantes barreras que obstaculizan la concurrencia a los servicios. La primera de ellas es la falta de difusión de los mismos, de tal manera que muchos adolescentes desconocen su existencia y/o las actividades pertinentes que se ofrecen para ellos. En segundo lugar, los servicios son también responsables de la creencia que tienen los/as adolescentes respecto de que la atención de salud es sólo para aquellos que han iniciado vida sexual o están por iniciarla prontamente. La actitud de algunos profesionales de suponer que cualquier adolescente que consulta ha iniciado vida sexual inhibe a muchos a consultar, particularmente a aquellos muy jóvenes, pues temen el estigma y la consecuente sanción social respecto del inicio temprano de la vida sexual.

La información recogida respecto de las características de los servicios señala, en líneas generales, que los y las adolescentes solicitan de los prestadores: más simpatía, acogida, personal capacitado y no ser criticados. Además, los varones mencionan que sean amigables, alegres y jóvenes, y las mujeres adicionan la condición de que ojalá sea del mismo sexo que ellas la persona que las atienda.

Respecto de la infraestructura, desearían que los servicios fueran: diferenciados; accesibles geográficamente y en horario; que cuenten con difusión; de calidad; amigables y que acerquen sus actividades donde ellos se encuentran. La falta de higiene de los servicios no pasa desapercibida y le asignan importancia.¹⁵⁶

Desde el punto de vista de la organización del sistema al interior de los servicios de atención de salud y cómo ésta presenta nudos críticos que se transforman en barreras de acceso, el estudio de Palma y colaboradores es muy ilustrativo al analizar los servicios estudiados.³² La observación rescata tres puntos críticos iniciales, a saber:

- Inscripción en el consultorio: sistema burocrático en que los excesivos trámites y antecedentes que debe entregar el o la adolescente los obliga a manejar información no siempre a su alcance y a comunicarse en sintonía con el mundo adulto que forma parte del consultorio, no siendo reconocida su identidad particular. La falta de los antecedentes necesarios puede significar incluso una visita a domicilio. Todo lo anterior dificulta la atención oportuna al adolescente, más aun si no cuenta con el apoyo familiar esperado.
- La extrema formalización de los procedimientos: la inflexibilidad en la entrega de horas, la determinación de un determinado horario de atención fijo y la difícil adecuación a la posibilidad de otorgar horas de urgencia para adolescentes, se describen como aspectos que hacen rígida la atención.
- La poca privacidad en las salas de espera: este es un aspecto que se menciona en diversos contextos, es decir, salas de espera de atención clínica, de farmacias o de entrega de leche. Allí se encuentran mujeres adultas y jóvenes que se reconocen y saludan con familiaridad.

Finalmente, dos temas mencionados en el documento respecto a capacitación de los recursos humanos resultan relevantes. Se menciona que si bien los profesionales tienen claras las características de la atención amigable para adolescentes e intentan implementarla, el personal paramédico carece de dicha capacitación, siendo a ese nivel donde menos se reconocen o respetan los aspectos elementales de la confidencialidad y privacidad de la atención. El otro tema a que se hace mención y que sí implica a los profesionales proveedores de la atención de salud, dice relación con las dificultades que deben enfrentar frente a ciertas legislaciones que impactan en su quehacer, como es actualmente la ley respecto de la edad de consentimiento sexual y los obstáculos que ésta ha impuesto a la entrega de atención de salud sexual y reproductiva de calidad a adolescentes menores de 14 años.³²

La confidencialidad en la atención de adolescentes es un tema que ha sido ampliamente debatido en el país últimamente, especialmente con relación a la atención de salud sexual y reproductiva, llegando incluso a nivel del poder legislativo como ya fue descrito. Diversas razones influyen para que una adolescente solicite atención profesional por anticoncepción sin la compañía de sus padres, aunque muchas veces ellos estén en conocimiento de dicha consulta. Una revisión reciente de las 198 adolescentes consultantes por anticoncepción en un Centro especializado durante el año 2008, comparó el perfil de aquellas cuyos padres estaban o no estaban en conocimiento de su actividad sexual, y demostró que a pesar de que las adolescentes acudían solas, a lo menos en el 49% de los casos sus familias estaban en conocimiento de su actividad sexual. En aquellas adolescentes cuyas familias estaban informadas, el rendimiento escolar fue más alto ($p= 0.01$) y sus familias sabían de su consulta por anticoncepción en un 88,7% (vs un 30,7%) ($p= 0.00$). Por otra parte, aquellas adolescentes que indicaron que sus familias no estaban en antecedentes de su conducta sexual, mostraron una consulta más anticipadora (11,4% vs 3,1%), ($p= 0.03$), es decir consultaron antes de iniciar por primera vez la actividad sexual, lo que constituye una valiosa oportunidad para realizar actividades de orientación y prevención.¹⁵⁹

El inicio de una iniciativa con un Centro de Salud para Adolescentes, cuyo propósito fue apoyar el desarrollo saludable de la población entre 10 y 19 años, brindando un espacio de salud de uso exclusivo en la comuna de El Bosque, fue informada el año 2008. El enfoque de la atención estaba centrado en el y la adolescente, considerando una perspectiva integral y de salud familiar, a través de un equipo básico multidisciplinario con experiencia en la atención de adolescentes, conformado por matronas, psicóloga, médico familiar, asistente social y técnico paramédico. Algunos resultados de la encuesta autoaplicada mostraban que el 90% de los usuarios calificaban el centro como muy bueno, acogedor, discreto y amigable, y a la totalidad de ellos les agradaba que fuera un servicio de uso exclusivo para adolescentes. Resultaba interesante que el 35% de la población bajo control en regulación de la fertilidad fueran varones. Un alto porcentaje de las consultas era por control de salud, lo que indicaba preocupación por el propio bienestar adolescente. Destacaban que más de la mitad de los usuarios eran varones y que dicho centro constituía una opción para demandar métodos anticonceptivos, por su carácter flexible y confidencial.¹⁶⁰

Otro estudio similar al anterior, es el realizado respecto de las Buenas Prácticas en Prevención de Embarazo Adolescente en Chile, elaborado el año 2009. En este se informan de dos

iniciativas nacionales, entre éstas el Centro de Salud Integral del Adolescente RUCAHUECHE, de la Corporación Municipal de Salud de la Municipalidad de San Bernardo y la Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia y Puericultura. Su éxito para alcanzar la población objetivo ha sido reconocido y según los proveedores consultados se señala que: “Los jóvenes reconocen al centro como un espacio de salud que los guía y acompaña en su proceso de crecimiento y desarrollo, donde son respetados y lo reconocen como propio. Esto se logra por el modelo generado “servicio amigable”: 1) por la manera cómo se establecen los vínculos entre los adolescentes y los profesionales y funcionarios del centro, que se basan en el respeto como sujetos de derecho, donde se establecen normas claras de confidencialidad de la información y sus límites, donde se pone énfasis al protagonismo del adolescente en el desarrollo de su bienestar; 2) se organiza atención con horarios flexibles adecuados a gusto juvenil y riesgo; 3) hermoejamento de las dependencias de acuerdo a la edad y gusto de los y las adolescentes.”¹⁶¹

En estos dos últimos ejemplos citados, se puede confirmar que las demandas de los y las adolescentes respecto de la confidencialidad, el trato con respeto a sus derechos y el que se incluya su participación, son aspectos que disminuyen las barreras de acceso, es decir son facilitadores de la consulta.

Se presentan a continuación dos tablas que resumen las principales barreras para el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva para adolescentes identificadas desde la literatura nacional, con el fin de permitir comparar de manera rápida y concisa, tanto las similitudes como las diferencias en cuanto a barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, obtenidas en las diferentes investigaciones citadas.

Tabla 1
Opiniones Adolescentes en Chile sobre
Barreras y Facilitadores de Acceso a los Servicios de SSR y Prevención del Embarazo

Autores, Año	Nombre del estudio	Opiniones Adolescentes
Albagli y cols., 2008	Adolescentes y Salud: Diagnóstico Participativo de la Solicitud Adolescente a los Servicios Públicos de Salud en la Comuna de La Pintana.	Adolescentes solicitan: <ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de acceso al Programa de Atención • Inclusión de espacios recreativos en horarios de atención • Actividades de Prevención y Promoción de Salud de carácter recreativo • Facilidad de contacto con consultorios
D'Angelo y cols., 2008	Centro de Salud Adolescente Alter Joven. Experiencia Piloto en Atención Primaria. Comuna de El Bosque	Alta aprobación del Centro por sus características de servicio exclusivo para adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> • 90% de los usuarios/as calificaban el Centro como muy bueno, acogedor, discreto y amigable • A la totalidad de los consultantes les agradaba que fuera un servicio de uso exclusivo para adolescentes
Dides y cols., 2007	Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.	Tienen conocimiento de que la entrega de métodos anticonceptivos e información existe en los consultorios pero no acuden a ellos por dos motivos: <ul style="list-style-type: none"> • Dudas sobre el respeto a la confidencialidad • La idea que existe sobre la mala calidad de insumos entregados, esto es los condones y pastillas anticonceptivas Las mujeres consideran que si la atención es realizada por personal de salud de sexo masculino, la desconfianza es mayor.
Dusaillant F., 2010	Comportamientos Riesgosos entre los Jóvenes: El caso de la actividad sexual.	Basado en el análisis de la Encuesta INJUV 2006: <ul style="list-style-type: none"> • La falta de acceso a servicios de SSR no es destacada como uno de los factores de riesgo para la prevención del embarazo. • La mayor diferencia en el uso de métodos de prevención de embarazo está dada por el nivel socio-económico, con todos los aspectos que eso lleva implícito • Son más los jóvenes que dicen preferir no usar protección o quienes no lo hacen por falta de planificación de sus encuentros sexuales que aquellos que aducen dificultades para conseguirlos, ya sea por falta de recursos económicos o de adecuado servicio en los consultorios

<p>Luengo X, González C, Castro M y Molina T, 2009</p>	<p>Confidencialidad en la Consulta por Anticoncepción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elemento fundamental en la consulta en un Centro especializado en SSR Adolescente • Consulta anticipadora constituye valiosa oportunidad para actividades de orientación y prevención
<p>Luengo X, Tijero M, Zepeda A y Millán T, 2009</p>	<p>The Perspective of Young People in Chile on Sexual and Reproductive Health Services: What do they know about and what do they demand from public sexual and reproductive health services?</p>	<p>Razones de la falta de prevención del Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera causa reconocida: Percepción de invulnerabilidad (“a mi no me va a pasar”) • La vergüenza que les provoca la consulta por anticoncepción • Reconocen que no saben cómo prevenir el embarazo • Escasos conocimientos sobre sexualidad y métodos de prevención <p>Razones para no consultar en los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Argumentan no haberlos necesitado (cerca del 60%) • Miedo y vergüenza en hombres y mujeres: Vergüenza a exponer aspectos de su vida íntima y a reconocer ante un adulto el inicio de vida sexual, o que piensen que la ha iniciado; miedo o temor a ser discriminados por su edad o por sus propios pares al saber que asisten a estos servicios. Patrón cultural de prohibición de vida sexual activa para adolescentes subyace al sentimiento de miedo y vergüenza. • Mujeres: falta de consulta afectada significativamente por la vergüenza y la preocupación por la falta de privacidad • Hombres: desconocer la existencia de dichos servicios y no saber para qué sirven; junto al miedo y la vergüenza aparece la “lata” de consultar que denota desmotivación por consultar e informarse de estos temas, puede también ocultar vergüenza de reconocer su ignorancia al respecto, como percepción de que ya poseen la información necesaria • Percepción de servicios de SSR pertinentes solamente para adolescentes sexualmente activos y no como espacio de orientación y consejería <p>Consenso unánime de la gran importancia de la confidencialidad y privacidad de los servicios entre consultantes de los servicios: gran mayoría muy satisfechos con la atención recibida</p>
<p>Palma et al, 2008</p>	<p>Etnografía de la Atención y Consulta Médica a Adolescentes en Establecimientos de Atención Primaria de Salud</p>	<p>Diferencias de género en representaciones y aproximación de los y las adolescentes al sistema de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres: relación con centro de salud emerge como obvia, natural y normal, forma parte de conversaciones y experiencias cotidianas, transmitida generacionalmente de madre a hija, siendo la condición reproductiva el eje de tal relación • Hombres: casi exclusivamente para situaciones de emergencia como eventos traumáticos por accidentes o violencias, lo que significa ser atendidos en sistemas saturados de demanda y que entrega atención en situaciones límites, tanto de los propios consultantes como laborales para los proveedores. Es así como la experiencia subjetiva para los adolescentes con los servicios de salud es de temor, fragilidad e

		<p>impotencia y cuya relación sería no cotidiana, episódica, curativa y centrada en crisis</p> <p>Respecto de la SSR y los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mujer requiere de consulta profesional para determinar qué hacer respecto de su propio cuerpo; la farmacia un servicio de naturaleza privada, más fácil y práctico para hombres • Varones perciben: gestión femenina la prevención de riesgos orientada al control de la fertilidad a través de tecnología anticonceptiva y gestión masculina la prevención orientada a evitar ITS y VIH/Sida y la regulación de la fertilidad en base al uso del condón • Distinción entre consulta en sistema público o privado, involucra acceso a confidencialidad de la atención, confidencialidad ligada a intimidad que reconoce autonomía, individuación y proyectividad de la mujer adolescente
Sadler M y Aguayo F, 2006	Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las "Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes".	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo de revelar el inicio de actividad sexual a temprana edad, por los estigmas asociados y por la misma razón el temor a acercarse a instituciones de salud • Mujeres: miedo y vergüenza a pedir ayuda a los adultos • El deseo de ser madre o padre: elemento importante que puede tener sentido como proyecto de vida en algún momento de la biografía de los y las adolescentes
Zepeda A y cols., 2008	Embarazo en la adolescencia: prevalencia de experiencia cercana en los adolescentes, familia, pares o propia y opiniones del por qué se producen	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo en la adolescencia: tema real y frecuente entre los adolescentes estudiantes de niveles socioeconómicos más vulnerables • El 100% de escolares de sectores vulnerables estudiados han tenido la vivencia de embarazo adolescente en entorno cercano al finalizar el liceo: entre los amigos (73.6%) y más de un tercio en la familia (35.7%)
Zepeda A y cols., 2009	Adolescentes escolares: ¿Qué saben de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual?	<ul style="list-style-type: none"> • Importantes falencias en conocimientos sobre reproducción, con diferencias significativas por género marcadas por el conocimiento sobre su propio cuerpo • La información respecto de posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos es escasa, menos de un tercio sabía que los adolescentes podían usar casi todos los métodos anticonceptivos • Lo más conocido es que el uso del condón previene las ITS, conocimiento que aumenta significativamente con la edad pero no alcanza al 80% de los adolescentes • Solo uno de cada cinco adolescentes reconoce la anticoncepción oral de emergencia como no abortiva

Tabla 2
Barreras y Facilitadores de Acceso a los Servicios de SSR para Adolescentes
Opiniones respecto de los Proveedores de Salud y sobre los Servicios en Chile

Autores (Año)	Nombre del estudio	Opiniones respecto de los Proveedores y sobre los servicios
D'Angelo C y cols., 2008	Centro de Salud Adolescente Alter Joven. Experiencia Piloto en Atención Primaria. Comuna de El Bosque	Servicio flexible y confidencial logrando así que más de la mitad de los usuarios fueran varones y constituirse en un lugar de opción para demandar métodos anticonceptivos
Luengo X, 1994	La situación del Adolescente y el Joven en Chile y los Servicios de Salud.	<p>Necesidades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y sensibilidad especialmente en la noción de integralidad • Implementación de infraestructura y horario diferido que permitiera la confidencialidad • Ampliar las horas profesionales especialmente en el área psico-social • Unificar criterios y programas a nivel nacional para realizar una labor coordinada
Luengo X y cols., 2005	El Programa de Salud de los y las Adolescentes. Chile 1995-2005.	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de recursos humanos en el Programa • Falta de norma técnica que permitiera aunar criterios de atención
Luengo X, Tijero M, Zepeda A y Millán T, 2009	The Perspective of Young People in Chile on Sexual and Reproductive Health Services: What do they know about and what do they demand from public sexual and reproductive health services?	<ul style="list-style-type: none"> • Dos importantes barreras obstaculizan la concurrencia a los servicios: <ul style="list-style-type: none"> -La falta de difusión de los mismos: muchos/as adolescentes desconocen su existencia y/o las actividades pertinentes que se ofrecen para ellos -La creencia de que la atención de salud está dirigida a aquellos que han iniciado vida sexual o están por iniciarla prontamente, imagen de que los servicios y algunos profesionales son también responsables: temen el estigma y la consecuente sanción social respecto del inicio temprano de la vida sexual • Prestadores: solicitan de ellos más simpatía, acogida, personal capacitado y no ser criticados. Los varones mencionan que sean amigables, alegres y jóvenes. Las mujeres solicitan que ojalá sea del mismo sexo que ellas la persona que las atiende. • Infraestructura de los servicios: diferenciados; accesibles geográficamente y en horario; que cuenten con difusión; de calidad; amigables y que acerquen sus actividades donde ellos se encuentran. Que se preocupen de la higiene de los servicios

<p>Palma I y cols., 2008</p>	<p>Etnografía de la Atención y Consulta Médica con Adolescentes en Establecimientos de Atención Primaria de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inscripción en el consultorio: sistema burocrático que dificulta la atención oportuna, no reconoce la identidad adolescente particular y compromete la confidencialidad. • Formalización de los procedimientos hacen rígida la atención, por ej.: inflexibilidad en la entrega de horas, determinación de un horario de atención fijo y la difícil adecuación a la posibilidad de otorgar horas de urgencia para adolescentes • Poca privacidad en las salas de espera en diversos contextos: salas de espera de atención clínica, de farmacias o de entrega de leche. Allí se encuentran mujeres adultas y jóvenes que se reconocen y saludan con familiaridad. • Capacitación de recursos humanos: profesionales capacitados en características de la atención amigable para adolescentes e intentan implementarla; personal paramédico carece de dicha capacitación, siendo a ese nivel donde menos se reconocen o respetan los aspectos elementales de la confidencialidad y privacidad de la atención. • Profesionales enfrentan dificultades con normas o leyes que impactan su quehacer y generan obstáculos a la atención de salud de calidad a adolescentes, por ejemplo: la ley respecto de la edad de consentimiento sexual y la consulta de adolescentes menores de 14 años
<p>Sadler M y Aguayo F, 2006</p>	<p>Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las "Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación en servicios de SSR: al inicio de la actividad sexual y solicitud de métodos anticonceptivos; reciben ironías en los controles prenatales; desatención al momento del parto como castigo por haber trasgredido las normas al haber iniciado actividad sexual de manera precoz • Entrega de información que para ellos no resulta de buena calidad, tanto para prevenir adecuadamente la natalidad como para cuidados del embarazo
<p>Programa de Género y Equidad, FLACSO Chile, 2009</p>	<p>Buenas Prácticas en Prevención de Embarazo Adolescente en Chile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características de un "Servicio amigable" que se describe como exitoso: <ol style="list-style-type: none"> 1) Vínculos entre adolescentes, profesionales y funcionarios del Centro, en base al respeto como sujetos de derecho, con normas claras de confidencialidad de la información y sus límites, donde se pone énfasis al protagonismo del adolescente en el desarrollo de su bienestar 2) Horarios flexibles de atención, adecuados al gusto juvenil y al nivel de riesgo 3) Dependencias decoradas de acuerdo a la edad y gusto de los y las adolescentes

III.2. Barreras de acceso a los servicios de SSR y prevención del embarazo dirigidos a adolescentes identificadas por los equipos de salud: análisis de entrevistas realizadas a equipos de salud

A continuación se presenta el análisis de las entrevistas realizadas a profesionales de atención de salud -tanto del Nivel Central como los equipos locales- abordados en el marco del estudio. Se destacan las principales barreras detectadas por los equipos de salud, tanto en lo que respecta a las políticas de salud de atención a adolescentes en el país, como a Nivel Local, en la atención de salud que brinda cada centro de salud o consultorio. Asimismo, se presentan las barreras que los/as profesionales de salud perciben por parte de los/as adolescentes para su acceso a los servicios de salud.

III.2.1. Barreras del sector salud: Nivel Central

- ***Política de salud de adolescentes en Chile: desconocimiento y confusión***

Tal como se pudo apreciar en el marco conceptual presentado anteriormente, uno de los ejes que cruza la atención a adolescentes en diversos países es el desconocimiento que existe por parte de los equipos de salud respecto a las regulaciones o normativas existentes en torno a la atención de este grupo de la población. Esto queda de manifiesto también en nuestro país, donde se constata poca claridad respecto a los lineamientos ministeriales en torno a la atención de adolescentes, principalmente entre los equipos locales de salud. En este sentido, existe la percepción de que históricamente la manera en que se ha desarrollado una respuesta institucional para la atención de la salud de los y las adolescentes ha sido confusa:

“El programa como tal empezó el año 1995 aproximadamente, pero hay cosas anteriores, acciones de la adolescencia que deciden incorporar el programa del niño, incluso el programa del niño se llamaba originalmente programa del niño y del adolescente. [...] El año 1995 más o menos, se empezó a reestructurar el Programa del Adolescente y se crea como un programa separado del de salud del niño. Se empezaron a elaborar las políticas de salud para gente joven, se empezó a usar el concepto de gente joven, se empezó a definir el grupo etario en que se iba a trabajar que es de 10 a 23 años, ó 24. Se elabora una política, un documento madre, pero hay una opción que está dada porque en ese momento en el Ministerio estaba primando el concepto de que los programas tenían que eliminarse; así hay una noción deliberada para que este programa no tenga norma técnica, lo que lo hace distinto a los otros programas. [...] Hasta el 2007 no hay un programa, un programa en el sentido tradicional [...] lo que existe es una resolución que crea los Espacios Amigables, entonces en un sentido jurídico muy estricto el Programa del Adolescente no existe, existe una política de salud para la gente joven y existe el Programa Espacios Amigables” (NCR RM E2).

El testimonio deja entrever la percepción generalizada que existe de que históricamente la institucionalización de la atención de salud a adolescentes ha sido poco clara y que, si bien en la actualidad el Programa de Salud de Adolescentes ha logrado por primera vez instalarse dentro de la agenda del Minsal, éste carece de una norma técnica como los otros programas ministeriales, y trabaja básicamente a través de una resolución que permite la creación de los Espacios Amigables. Se sostiene que estas características limitan el accionar del Programa y lo

hacen incluso invisible entre los equipos de salud, muchos de los cuales desconocen su existencia.

“Es que los adolescentes están súper botados, súper botados, el mismo hecho de que no exista un programa propiamente tal de adolescentes a nivel de todos los consultorios, es más, es a nivel del Servicio, del Ministerio, así llegando bien arriba, porque no existe como programa” (NL VR E13).

“Nosotros no somos Programa Adolescente, somos el Espacio Amigable que va en la tarde, y que va con recursos aparte. Hemos hecho siempre la diferencia. Pero es como lo único que hay de adolescentes” (NL RM G1).

En este marco, los equipos de salud identifican una barrera relacionada con la ausencia de un enfoque particular para la atención de adolescentes con lineamientos claros y específicos para dicha población, que sea diferente a las estrategias de atención para la población adulta. Se sostiene que en muchos centros de salud y consultorios se desconoce la existencia de un plan ministerial cuyo programa de atención a adolescentes promueve un enfoque que considera tanto las necesidades biomédicas como las sicosociales particulares de este grupo etario, lo que hace que muchos equipos de salud no incluyan este enfoque en su quehacer.

“La invisibilización de los jóvenes en cuanto sujetos sociales, en lo concreto los personajes juveniles en cuanto a eventuales usuarios, y con el énfasis biomédico (que solamente se le solucionen los problemas de salud), es problemático (NCR RM E1)”.

Además del desconocimiento respecto al enfoque que se promueve desde el Minsal para la atención a adolescentes, y de la confusión que existe en torno a las atribuciones del Programa (ya que no se construye bajo la misma lógica que los otros programas de salud), existe también desconocimiento entre los equipos de salud respecto a las instancias ministeriales que son finalmente las responsables de las acciones en torno a adolescentes:

“Quien comanda la cosa no está claro, pero por ahora, en la práctica, el Programa de la Mujer es el que desarrolla las actividades y el Programa del Adolescente es el que coloca los énfasis, así que por ahí anda la cosa” (NCR RM E2).

“En la práctica lo que se ha hecho es que los jóvenes van a usar preferentemente los recursos ya instalados del Programa de Salud de la Mujer. La atención a población adulta no reconoce las necesidades específicas de adolescentes” (NCR RM E1).

“El programa como adolescente en sí, no, es como transversal con los otros, por ejemplo el Chile Crece, yo veo embarazo adolescente, pero las niñas adolescentes si no están embarazadas... es transversal, está en distintos programas, a lo mejor puede ser porque como índice sanitario los adolescentes no significan un problema de salud para Chile, y por eso el programa queda como... y se benefician otros, porque en el fondo a lo mejor los crónicos, los diabéticos, los hipertensos sí porque las metas están dirigidas para allá a pesar de que lo que se busca también es bajar el embarazo adolescente” (NL VR E12).

“Como programa no. Acá depende del programa del niño, del infantil. No existe como programa, pero si uno quisiera ¿de quién depende?, depende del encargado del programa infantil” (NL VR E13).

Otro factor que se percibe como obstaculizador en el desarrollo de un enfoque claro dirigido a la atención de población joven es el modelo de salud familiar que opera en la actualidad.

Varios/as entrevistados/as mencionan que la instalación de este modelo ha obstaculizado la atención diferencial por segmentos etarios que antes de su instalación se hacía sobre la población:

“Yo veo igual que en la antigua atención, en los programas dividían a la población por grupos etarios, por género, qué se yo. Lo que hacían en los años ochenta... todavía incluso hay consultorios que siguen esa misma modalidad de atención. Y ahí existía un Programa Adolescente entre otros programas. Entonces eso le daba la acogida... en el fondo se hacía bien porque igual era una atención diurna, pero se le daba la acogida al adolescente en un programa especial para ellos, y eso termina con la llegada del nuevo modelo de atención, y yo creo que ellos son unos de los grandes damnificados del cuento, porque esto de atender a grupos pequeños, a poblaciones pequeñas, a familias, que hacen más transversal la atención deja a un lado al adolescente que busca consulta a última hora, cuando lo necesita” (NL RM G1).

A diferencia de los testimonios anteriores, otros profesionales de atención de salud sostienen que hasta la fecha nunca había existido una atención de salud para jóvenes, es decir, para este grupo etario en particular, lo que deja al descubierto las percepciones dispares que existen respecto a las políticas y lineamientos ministeriales que históricamente se han desarrollado en torno a este tema:

“Desde antes del Programa Adolescente de todas maneras se hacían esfuerzos, pero algo así como específico para el Programa Adolescente, con nombre y apellido, no se estaba haciendo (...) Antes, de todas maneras antes, en el Programa de la Mujer que lleva la matrona, supongo que se hacía eso. Pero, específicamente para adolescentes, para ese grupo etario, no” (NL RM E2).

Cabe destacar que con la instalación de los Espacios Amigables en algunas comunas del país (54 hasta la fecha) la confusión histórica que existía respecto al abordaje institucional en salud de adolescentes se despeja. Así, con la instalación piloto desde el año 2008-2009 de los Espacios Amigables se visibiliza un trabajo más sistemático, aún cuando hay equipos que reconocen desconocer el quehacer del programa que tiene a cargo a este segmento de la población:

“Harán 2 años, a lo más 3 años, en que en el Ministerio llegó un grupo destinado solamente al tema, yo creo que ahí recién empezó a perfilarse como una cosa más organizada digamos. Porque antes había un encargado del adolescente, hubo 2 encargados de lo que yo recuerdo, pero que no tenían fondos específicos, no tenían equipo técnico, nada. Y en el país yo creo que son muy pocos donde está el Programa Adolescente, por lo menos yo no conozco ninguno que no sea la misma gente que está en el Programa de la Mujer y del Adolescente” (NCR VR E4).

“Los Espacios Amigables empezaron el 2009. Tendrían que haber empezado el último trimestre del 2008 pero muy pocos empezaron el último trimestre, entonces como dijeron de redes, a pleno régimen el 2009, en esa fecha sí podemos decir que están funcionando los 54, bien o mal pero funcionando” (NCR RM E2).

“Yo creo que hace unos dos años atrás, un año y medio, que la ministra Soledad Barría hace una petición expresa de “no lo dejemos tanto en la teoría” si no en qué se va a traducir concretamente, una bajada a los establecimientos de salud y que vayan en mejora de la

atención de una manera más completa y ahí parte el tema de los Espacios Amigables” (NCR RM E3).

Varios/as entrevistados/as mencionan acciones locales en trabajo con adolescentes, llevadas a cabo antes de la implementación de los Espacios Amigables, por lo que no es inusual que en la actualidad se genere, en algunos territorios, una suerte de síntesis entre lo que se hacía antes de la existencia de los Espacios Amigables, junto con el nuevo proyecto de salud de adolescentes impulsado por el Programa:

“Realizamos un diagnóstico, en el 2007-2008 para crear una política infanto-juvenil acá en la comuna que nos resultara para el 2010 [...] Desde los 4 años, hasta los 19 años [...] esto fue financiado por las ONGs que trabajan acá en la comuna, distintas ONGs” (NL RM E1).

“Hijuelas y Nogales tuvo programa vespertino de atención de adolescentes, diez años antes que los Espacios Amigables. Catemu atiende a los adolescentes al interior de los liceos hace 15 años” (NCR RM E2).

“El trabajo que hacemos acá resultó de una inquietud (...) No habían espacios para jóvenes” (NL RM E8).

“Lo que pasa es que desde que se instauró este asunto de la atención amigable, estos espacios accesibles, digamos para adolescentes... nosotros aquí en el consultorio desde siempre hemos tenido extensión horaria [...] Por lo menos desde que yo estoy en el consultorio, desde el año 2004, y creo que antes también” (NL RM E7).

“En la comuna hubo hace un tiempo un programa así como aparte como la matrona, la asistente, el psicólogo aparte, y se vio que atendían tan poquitos adolescentes que en el fondo el profesional estaba ahí y no era tanto la demanda. Quizás estuvo mal planteado y debió haber sido una tarde para adolescentes en la semana, porque tampoco son tantos” (NL RM E14).

Otro aspecto destacable tiene que ver con el compromiso de funcionarios/as de salud que se interesan en la temática, de hecho es posible constatar que las comunas que tienen un trabajo más acabado y sistemático con adolescentes son aquellas que, más allá de si cuentan o no con Espacios Amigables, tienen profesionales comprometidos/as con los/as jóvenes y con la convicción de que realizar atención especializada con este segmento es clave en la actualidad:

“Nosotros partimos en agosto del 2008, partimos primero siendo dos personas. Éramos primero (*nombre de la persona*), la asistente social, y yo. Partió primero como un proyecto piloto, o sea nosotros diseñamos nuestros objetivos, en el fondo era hacer la atención más especializada a este grupo que estaba absolutamente botado [...] surgió la necesidad de un psicólogo” (NL RM G3).

- ***Metas y objetivos del Programa: la dificultad de salir de la contingencia y pasar a la prevención***

Al desconocimiento y confusión existente respecto al Programa de Salud Adolescente por parte de los equipos de salud, hay que agregar la ausencia de metas asociadas a este programa, lo que dificulta la asignación de recursos humanos y financieros, otorgándole una categoría diferente -de menor importancia- respecto a otros programas:

“Nosotros ni siquiera tenemos un Programa Adolescente estructurado dentro del piloto, o sea con eso, no existía, o sea, había algunos profesionales que por iniciativa propia habían tomado el programa pero como no es meta, y volvemos de nuevo a los indicadores” (NL RM G1).

“No hay metas asociadas para atención de adolescentes (NL VR E13)”.

El principal problema que provoca el hecho que el Programa de Salud Adolescente no esté asociado a metas es la baja asignación de recursos para su implementación y posterior funcionamiento:

“Este programa cuenta solamente con plata para recursos humanos que son 200 millones de pesos anuales para los 29 servicios de salud de las 54 comunas, lo que es nada, o sea, es un programa ultra, ultra pobre. Son los 200 millones de pesos anuales que te sirven para cubrir las horas semanales de profesionales (NCR RM E3)”.

A lo anterior hay que agregar la falta de claridad que existe por parte de los equipos de salud en torno a los objetivos particulares de la atención a adolescentes, lo que hace que se confundan los lineamientos del Programa de Salud de Adolescentes con la atención que brinda el Programa de Salud de la Mujer. Esto a la vez deja entrever la falta de trabajo intrasectorial que existe entre los diversos programas, y una confusión generalizada en la precepción de los/as prestadores/as de salud respecto a las materias que incumben a cada programa. Por esto mismo, en muchas ocasiones el Programa de Salud de los y las Adolescentes es entendido como una herramienta para brindar atención a las mujeres jóvenes en lo relativo a la salud reproductiva, principalmente en lo que respecta a prevención de embarazo o a la atención en la etapa de gestación, toda vez que son las matronas de los consultorios y centros de salud, muchas de ellas del Programa de la Mujer, las que generalmente están a cargo de la atención de adolescentes, ya sea a través del Programa de Salud Adolescente (en los casos en que éste exista en los centros de salud), o bien desde la atención común que se da a población joven. Esto hace que las necesidades en los ámbitos de salud sexual tanto de hombres como de mujeres jóvenes queden invisibilizadas, y que la atención a adolescentes se vincule a temas de maternidad, lo cual genera una barrera tanto para mujeres como para hombres jóvenes que buscan una atención de salud más integral.

Si bien esta dinámica se reproduce en muchos centros de salud, existen algunos donde se están impulsando enfoques diferentes, que buscan abordar a los y las adolescentes desde una mirada integral que incluya los diversos ámbitos de su salud, para trabajar en la prevención del embarazo, así como de ITS, y promover estilos de vida saludables entre los/as jóvenes. Además, algunas de estas experiencias incluyen también un enfoque de género, buscando con esto responder a las necesidades específicas tanto de hombres como de mujeres. Pero estos casos son las excepciones. La regla son más bien centros de salud cuyos equipos no cuentan con las herramientas necesarias para brindar atención a adolescentes, es decir, profesionales que no han tenido una formación en esta área. Además, se sostiene que las capacitaciones que se ofrecen en esta temática son escasas, tanto desde el Nivel Central como desde el local. A este panorama se debe agregar el hecho de que hay centros de salud que no cuentan con el Programa de Salud Adolescente, lo que desmotiva a los equipos respecto a ofrecer atención integral a esta población y, por ende, continúan con el tipo de atención que conocen en lo

relativo a población joven, que es básicamente trabajar sobre la contingencia del embarazo en mujeres adolescentes:

Muchos de los equipos de salud que cuentan con Espacios Amigables destacan el énfasis que ha puesto el actual Programa de Salud de Adolescentes en la prevención y promoción de salud de los y las jóvenes en todos los ámbitos. Si bien este objetivo es compartido a nivel de discurso por gran parte de los equipos de salud que implementan acciones en los Espacios Amigables, se sostiene que en la práctica este enfoque no siempre es llevado a cabo ya que se continúa trabajando desde un enfoque tradicional sobre la contingencia relativa al embarazo adolescente:

“La estrategia de Espacios Amigables de atención de adolescentes busca tener un énfasis preventivo, promocional y anticipatorio al daño, lo que pasaba es que en el fondo estabas pescando a adolescentes que ya están con un daño generado, entonces la idea de esto es anticiparse, tener medidas preventivas y lograr el empoderamiento también de los adolescentes en cuanto a su vida sexual, en cuanto a prevención de ETS, VIH y embarazos no deseados” (NCR RM E3).

“Pero esas cosas como enfermedades venéreas... no lo he visto que se toque el tema. O por ejemplo que la matrona haga talleres de eso, tampoco. Yo no he visto. Siempre se trata de luchar contra el embarazo adolescente. Siempre, siempre” (NL RM E2).

- ***Falta de protocolo en la atención a adolescentes***

Vinculado a lo anterior se constata que la mayoría de los y las profesionales de salud entrevistados/as consideran que no existe un protocolo claro respecto a la atención de salud de los y las adolescentes. Esto hace que cada centro de salud tenga sus propias prácticas en este ámbito, muchas de ellas heredadas de programas o proyectos anteriores y que ya forman parte de la cultura de éstos. El peso de esta cultura no es menor, en el sentido de que en muchas ocasiones desde el Nivel Central se estipulan protocolos o guías de acción para la atención de adolescentes, pero en la práctica éstos son desechados ya que la “tradicción” de muchos centros de salud no permite la incorporación de innovaciones. Tal es el caso de la entrega de anticonceptivos dentro del box de atención, nueva práctica que viene estipulada desde el Nivel Central pero a la que muchos centros de salud se resisten, argumentando que esto genera problemas administrativos, entre otros, que imposibilitan su ejecución:

“Eso está dentro de la guía, dice que los anticonceptivos se tienen que manejar adentro del box [...] Le tienen miedo al director del consultorio, a que de repente alguien les diga *tú no puedes manejar medicamentos en tu box*, y le puedan (...) tienen miedo, temor” (NCR RM E2).

De esta manera, la instalación de un protocolo de atención de adolescentes desde el Nivel Central se encuentra con la barrera de las “culturas locales” de los centros de salud, las cuales son complejas y difíciles de cambiar, principalmente si las guías de acción no vienen dadas desde un marco normativo al que se le da autoridad.

- ***Escasa coordinación intersectorial***

Otra de las barreras detectadas por los equipos de salud es la falta de trabajo intersectorial que existe en salud en lo relativo a adolescentes. Se sostiene que para poder instalar de manera efectiva un modelo de salud preventivo se hace imprescindible trabajar de manera

coordinada con otros sectores, principalmente educación, para poder ejecutar acciones que vayan en la dirección de la promoción de estilos de vida saludables desde un enfoque integral, superando de este modo la mirada netamente biologicista propia del sector salud.

“Yo creo que falta activar con el intersector el tema preventivo de hábitos de vida saludables en todo, en tabaco, alcohol, drogas, vida sexual, todo” (NCR RM E2).

“El tema del trabajo con adolescentes, sin duda que es intersectorial, o sea, yo no me creo el cuento de que en salud vamos a solucionar el problema de los jóvenes. Tendría que ser con educación” (NCR VR E4).

Además, se considera que un trabajo coordinado con el intersector permitiría la participación de la comunidad en los temas de prevención en salud sexual y reproductiva, así como la visibilización y difusión de las acciones que el sector salud está llevando a cabo con adolescentes. Hay varias acciones que diversos centros de salud están haciendo en esta línea, tales como la visita de matronas a colegios, la capacitación directa a jóvenes en centros comunitarios y escuelas, el trabajo coordinado con las direcciones y profesores de colegios, entre otras. La gran mayoría de estas acciones han nacido como iniciativa de profesionales específicos interesados en ampliar la atención de adolescentes más allá de los centros de salud, integrando a la comunidad, pero se sostiene que aún faltan normativas ministeriales que regulen estas acciones y el trabajo intersectorial con adolescentes propiamente tal.

- ***Problemas de acceso a los recursos***

Otro de los temas que aparece como barrera tiene que ver con el acceso a los recursos y financiamiento de las acciones en torno a la atención de salud de adolescentes. La mayoría de los equipos entrevistados sostiene que la administración municipal de los recursos entorpece el quehacer con jóvenes ya que muchas veces los recursos no llegan o llegan muy tardíamente. Esto se debería no sólo a una falla por parte de las municipalidades, sino también al hecho que los Servicios de Salud en su mayoría no cuentan con encargados/as del Programa de Salud de los y las Adolescentes, lo que deja a los recursos de la salud destinados a la atención de adolescentes sin vigilancia explícita desde los Servicios de Salud:

“Los consultorios no administran plata, lo administran las municipalidades [...] la municipalidad o el área municipal se encarga de eso. Pero los consultorios no son centros de costo [...] Eso es problema municipal, y tenemos el problema que el que tiene que vigilar, eso que es el Servicio de Salud, no lo está haciendo porque no tienen recursos [...] Porque tienen un referente y no un encargado y no tiene cuándo para poder hacerlo” (NL RM E).

“Aquí la administración de los recursos es municipal. Son recursos que llegan del Ministerio al municipio y el municipio los reparte [...] Ahora lo que nos llega directamente son los anticonceptivos [...] Del Servicio de Salud. No son municipales” (NL RM E14).

Por otra parte, se sostiene que los recursos para poner en marcha el Programa de Salud de los y las Adolescentes en los centros de salud son muy bajos, lo que limita la capacidad de acción de los equipos tanto en lo relativo a recursos humanos, como en la implementación de Espacios Amigables y otras acciones dirigidas a jóvenes. De este modo, existe la percepción por parte de los equipos de atención de salud de que no hay una verdadera voluntad desde el Nivel Central por instalar una atención adecuada para los y las jóvenes en los centros de salud,

toda vez que los recursos son escasos y se trabaja básicamente a partir de la buena voluntad de los profesionales interesados en la atención a adolescentes.

III.2.2. Barreras del sector salud: Nivel Local

Además de las barreras vinculadas al Nivel Central, existen una serie de barreras para el acceso a los servicios de salud por parte de los y las adolescentes, que tienen que ver con las características propias del funcionamiento de los centros de salud, las que van desde aspectos estructurales propios del sector salud (infraestructura de los establecimientos, recursos humanos, burocracia, entre otras), hasta factores vinculados a las creencias, valores y percepciones que los equipos de salud tienen respecto a los y las adolescentes.

- ***Barreras para el ingreso de adolescentes a la atención en los centros de salud***

De acuerdo a varios de los/as profesionales de salud entrevistados/as, una de las primeras barreras con la que los/as adolescentes se encuentran al acercarse a los centros de salud tiene que ver con la burocracia a la que se ven enfrentados. Sostienen que ciertas características propias de la adolescencia (como la impaciencia y la búsqueda de la inmediatez) hacen que los/as jóvenes, al enfrentarse a un contexto burocrático como lo son los centros de salud -principalmente el ingreso a éstos- opten por irse sin obtener la atención que buscaban. Esto lleva a que se pierda una valiosa oportunidad de atención a adolescentes, toda vez que es conocida la distancia que este segmento mantiene con la atención de salud, especialmente en el caso de los adolescentes varones.

En opinión de las personas entrevistadas, el argumento de la mayoría de los/as jóvenes para irse del centro de salud cuando recién están llegando a éstos es que hay muchos obstáculos para la atención, por ende sostienen que les da “lata” esperar, que pierden la paciencia, lo que hace que se retiren y muchos/as de ellos/as no regresen:

“El adolescente venga y le diga *no, sabes que tienes que esperar un rato porque no está la matrona y después te puedo ver*, eso ya es como *ah que lata, me voy*. Como que el grupo etario en particular es como más impaciente, más inmaduro, o sea, cualquier cosa le da lata, hombres y mujeres” (NL RM E2).

“La burocracia. De todas maneras. Sí. El hecho de que lleguen acá y vean tanta gente, y vean el SOME, las secretarias” (NL RM E2).

“Desde todo punto de vista, de hecho nosotros, eso ha sido una de mis luchas porque mi objetivo es ese, o sea que los cabros cuando vengan sean atendidos y se les solucione el problema por el cual vienen, independiente a veces necesiten una hora o no, porque a veces nos hacemos el tiempo, en el sentido que tenemos nuestro cupos tomados y lo vemos desde el siguiente punto de vista, si no lo atendemos ahora, va a venir en un rato más embarazada o ese joven va a ser papá, entonces hay que atenderlo igual, o sea lo vamos atender igual después pero en otras circunstancias” (NL RM E7).

Uno de los lineamientos del Programa de Salud de los y las Adolescentes ha sido el agilizar la atención de jóvenes para facilitarles el ingreso a los centros de salud, no supeditando el ingreso a la, por ejemplo, muestra de carnet de identidad, ya que es sabido que muchos/as

jóvenes no lo llevan consigo. No obstante lo anterior, en varios centros de salud (tanto los que cuentan con el Programa de Salud de los y las Adolescentes, como los que no lo tienen instalado) se les pide a los/as jóvenes su carnet de identidad, y que acrediten previsión para poder ser ingresados y atendidos.

Esto genera una fuerte resistencia en los/as jóvenes, por una parte porque muchos/as de ellos/as generalmente no llevan consigo sus documentos y, por otra, porque el acreditar previsión los obliga a pedir la tarjeta de previsión a sus padres u otros adultos que estén a su cargo, lo que vulnera su privacidad y los expone a tener que comunicar en sus hogares que tienen la intención de ir al centro de salud. Esto genera preguntas por parte de los adultos respecto a lo que les sucede, al tipo de atención que requieren, lo que incomoda e inhibe a los y las jóvenes:

“Uno de los temas que obstaculizaba era el tema de la previsión, pero se ha llegado a acuerdo que al adolescente no se le pregunte la previsión cuando llegue. No lo he monitoreado, sería una mentirosa si te dijera que eso ha servido” (NCR RM E4).

“Está la otra barrera también institucional de la oferta, que les pide acreditar previsión, que tienen que estar inscritos, que les pide carnet de identidad, muchos no tienen, que tienen que llevar la inscripción del Fonasa muchos no la tienen, y sus papás les van a preguntar y ¿para qué quieren la tarjeta? Sienten que se vulnera la privacidad porque van a sacar la ficha familiar entonces cuando la mamá vaya a control le van a decir, ¡ah! Su hija estuvo acá con la matrona, eso ocurre, lamentablemente ocurre” (NCR RM E2).

“La previsión. Yo creo que es la principal barrera. Sí, la previsión. Porque el menor de 18 años, en este país, no es sujeto de derecho, no tiene derecho a nada. Son los padres los que tienen que ir a comprar el bono si es Isapre, qué sé yo, lo tiene que inscribir en el consultorio” (NL RM E9).

“Ojalá saber a qué previsión, a qué sistema de salud pertenece, si es FONASA, si es letra A, si es B. Y cuando no lo sabe nosotros mismos lo averiguamos, con el número de carné lo averiguamos en Fonasa. Entonces, eso a veces es una barrera, yo diría que muchas veces eso es una barrera” (NL RM E9).

“El carnet de identidad o el pase escolar, lo que pasa es que nos ha pasado que hay chiquillos que han llegado y dan nombres falsos y cosas truchas” (NL RM E7).

De esta manera, si bien el Programa de Salud de los y las Adolescentes ha intentado superar esta barrera en el sentido de no condicionar el ingreso y atención de un/a joven a si tiene o no sus documentos (y con esto evitar perder a el/la joven que está pidiendo atención de salud en un momento determinado), en la práctica algunos centros de salud tienen dificultades con esta medida y continúan supeditados a la normativa de posesión de carnet de identidad:

“Con el tema de los Espacios Amigables se suponía que en la primera consulta tú no le vas a pedir nada, ni carnet ni ninguna cosa, pero es un tema un poco conflictivo porque nosotros tenemos que rendir, entonces si no tienes carnet no me lo pueden registrar como atención ingresada. Entonces nosotros tratamos de alguna manera que sí vengan con el carnet. De repente se les olvida el número de ficha, *no importa, para la próxima vez me lo tiene que traer*, le explicamos la importancia de la información y todo. Así que así funciona el sistema” (NL RM E9).

“Quizás cada comuna debería tener su espacio adolescente y que no sea requisito que estén inscritos, ni que sea (...) que pertenezca a otro espacio adolescente tampoco. Entonces vamos a tener que trabajar todo el universo en son de lo mismo, y hablar siempre el mismo idioma; y tener las redes y yo sepa quién es la encargada de cada comuna. Entonces yo creo que eso va a venir con el tiempo” (NL RM G1).

Otra de las barreras en el ingreso tiene que ver con el hecho de que en algunos centros de salud aún exigen que en la primera consulta el/la adolescente vaya acompañado/a por un adulto:

“Se les exige que la primera entrevista tienen que venir con algún adulto” (NL RM E6).

Esto genera resistencia en los y las jóvenes, y es otro factor de pérdida de adolescentes, ya que en muchos casos éstos/as no están dispuestos a compartir con los adultos (ya sea padres, madres o apoderados/as) las razones que motivan su consulta.

Por último, se sostiene que existe una falta de señalética en los centros de salud, lo que dificulta la orientación al interior de éstos. Los equipos de salud sostienen que esto suele frustrar a los/as jóvenes, principalmente a los hombres quienes van en busca de una atención rápida y expedita, y cuando no encuentran el lugar al cual se dirigen, simplemente se van:

“No hay una muy buena señalización de cada uno de los sectores, entonces los jóvenes llegan y se enfrentan a algo nuevo” (NL RM E7).

- ***Infraestructura: falta de anonimato e intimidad en la atención a adolescentes***

La mayoría de los/as profesionales de salud entrevistados/as identifican una barrera vinculada con la infraestructura de los centros de salud, ya que ésta no permite una adecuada atención de salud a los y las jóvenes. Además, se sostiene que las instalaciones de los centros de salud no permiten la privacidad que los y las jóvenes necesitan, tanto en el ingreso como en la atención misma:

“Dentro de las barreras que tenemos acá en el consultorio es el espacio, es decir, el adolescente tiene una personalidad, digamos, no se rige por normas y nosotros de todas maneras para nuestro funcionamiento tenemos normas, hay barreras. Ponte tú, los consultorios están súper sectorizados [...] la primera barrera es el ingreso a la atención, porque ellos tienen que estar inscritos en el consultorio. Entonces generalmente uno para facilitar eso hacemos que en el SOME se abra una ficha provisoria, para poder darle la oportunidad al adolescente de que acceda a la consulta con el profesional, entonces desde el momento que se sienta allá abajo con varias personas que están solicitando lo mismo, el diálogo se escucha en la sala de espera, y eso al adolescente realmente no le gusta” (NL VR E11)”.

De este modo, se identifica la falta de privacidad e intimidad en los centros de salud como una de las principales barreras para que los/as adolescentes se acerquen a éstos. Se sostiene que para ser atendidos, los/as adolescentes 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.

Además, los equipos reconocen que el hecho de que una matrona llame al adolescente para pasar al box delante del resto de los/as usuarios/as acrecenta la sensación de exposición de él o la joven, lo que lleva al distanciamiento de los/as adolescentes con el centro de salud. Esto se ve aún más exacerbado entre los jóvenes hombres, ya que los equipos de salud perciben que éstos se sienten incómodos, avergonzados y que sienten que su masculinidad es menoscabada al ser expuestos ante su comunidad respecto a la atención de salud que buscan, y más aún al ser atendidos por una matrona delante de personas conocidas que luego podrían comentar este hecho con terceros. Esto, principalmente porque la atención de matrona se sigue vinculando al mundo femenino y de control de embarazo, lo que simbólicamente deja fuera a los hombres.

Según los equipos de salud, las adolescentes mujeres también resienten la exposición a la que se ven sometidas en los centros de salud, ya que si bien el hecho de ser atendidas por una matrona es más “natural” para ellas que para los hombres, se percibe que el estar expuestas a encontrarse con personas conocidas en la sala de espera también las inhibe, ya que sienten que su vida privada - principalmente su sexualidad- será conocida y comentada por toda la comunidad.

De esta manera, una de las principales dificultades con que se enfrenta la atención de adolescentes en los centros de salud y consultorios es la falta de implementación de un espacio que respete la necesidad de intimidad de los jóvenes:

“(…) aparte que en los consultorios se da hartito el tema de que está la vecina, que está mi tía, están todas en la sala de espera, entonces las lolas ven que están ellas y si salgo yo (matrona) a llamarlas, al tiro se pasan el rollo que están teniendo relaciones sexuales o que está embarazada” (NL VR E12).

“Siempre el objetivo ha sido darles facilidades a los jóvenes. Nosotros sabemos lo que cuesta cuando uno es joven, adolescente, enfrentar a una persona diferente, o sea meterse adentro de un consultorio, encontrarse con la señora que vive en el mismo block o enfrentar una ventanilla de una persona que lo va a mirar feo o lo va a mirar con una cara extraña porque le va a preguntar algo, entonces nosotros sabemos que eso es complicado” (NL RM E7).

“Buscar pastilla, inyecciones, que después pasa al box 49 a que la inyecten. No hay ninguna privacidad en ese sentido, y bajo ese régimen creo que lo que tenemos es escaso por eso también, aparte del desconocimiento, de que se sienten desmotivados hasta que tienen el problema, pero las barreras existen, existe la discriminación” (NL VR E11).

“El problema es cómo lo atraemos. Yo pienso que el trabajo de la comuna es complejo porque nos juega en contra, porque va a estar ahí sentado, la vecina lo va a conocer, entonces peor que lo llame una matrona” (NL RM G1).

“Lo que ha costado es tener -y que también es una barrera de acceso- es contar con un espacio de atención más neutro para atención de salud sexual y reproductiva en este contexto de atención amigable (...) que no esté incorporado al tema de la salud materno perinatal” (NCR RM E3).

“Los espacios son inadecuados para la atención de los adolescentes, porque los adolescentes generalmente van por la salud sexual, pero no es la única razón por la que van, pero generalmente como van por salud sexual, van a la matrona, que es un espacio que está

feminizado y tal vez ginecologizado, en el sentido que no es la mujer si no el sentido de la mujer” (NCR RM E2).

La situación anteriormente descrita se da principalmente en aquellos centros de salud que no cuentan con Espacios Amigables para atender a los/as adolescentes, aún cuando la instalación de éstos no es garantía de que esta barrera sea superada. Esto, principalmente porque la adecuación de los Espacios Amigables es decidida por cada centro de salud, lo que lleva a que en algunos casos se sitúen en espacios muy concurridos mientras que en otros en lugares que cuentan con mayor privacidad.

Si bien los Espacios Amigables funcionan en horarios extendidos, es decir, cuando los centros de salud están con la menor cantidad de usuarios/as, en muchos casos esta barrera se perpetúa, sobre todo cuando estos espacios son condicionados en los lugares de mayor densidad de los centros de salud, o áreas propias de la atención ginecológica u obstétrica:

“61% de los espacios están equipados de acuerdo a esa evaluación; y las fallas más grandes que hay son tener el espacio diferenciado, tener señalética, tener entrada, una entrada distinta, un espacio que no esté en el típico Programa de la Mujer si no que sea algo que efectivamente convoque a mujeres y hombres jóvenes” (NCR RM E3).

Cabe destacar que algunos centros de salud han creado Espacios Amigables alejados de la atención de maternidad, como una medida para diferenciar la atención de adolescentes con la tradicional atención de matronas, la que se vincula a las mujeres en general, y al embarazo en particular. En algunos centros de salud se ha optado por generar un espacio propio para la atención de jóvenes, los cuales se adecúan a la identidad de éstos:

“Nosotros lo trabajamos arriba en el sector verde, y cada uno de los centros tiene un sector específico, que se adueñaron de ese sector para ellos, con información relevante para ellos, con música para ellos, en fin” (NL RM E1).

Así, algunos centros de salud han creado espacios para los jóvenes con la intención de que éstos se sientan cómodos e identificados. Es decir, se ha tratado de generar espacios para que los mismos jóvenes se vayan apropiando del lugar, y vayan plasmando su identidad en ellos, aunque se reconoce que esto es difícil dada las características propias de los centros de salud:

“Yo pensaba hacer como talleres donde ellos no vean el centro de salud como un lugar de atención cuando estás enfermo, si no que lo vean como un lugar para que ellos se junten, tengan un lugar, un espacio, y sientan que eso les pertenece como algo propio, así como las juntas de los chiquillos, pero dentro del centro, sería, para que ellos se sientan reconocidos, tengan su espacio” (NL RM E4).

“Pero la idea es mantener ese container, de todos, o sea, y por eso nos interesa que sea un espacio que sea solo de ellos, y la idea es que lo decoren ellos también que pinten grafitis, cosas así, lo que se les ocurra” (NL RM G3).

“Hemos pensado en esto de agruparnos en un sector del consultorio, sobre todo en las horas que coincidimos todos, pero es súper difícil, porque además aquí se hace extensión horaria, se hacen otros talleres, entonces, es como complicado que nosotras podamos tener como un sector específico” (NL RM G2).

En general estas iniciativas innovadoras están vinculadas a personas específicas que están motivadas por crear una diferencia en la atención a jóvenes, y no por una política, norma o protocolo que regule el funcionamiento y adecuación de los Espacios Amigables en esta dirección:

“La recepción en los servicios de salud es también heterogénea. Es súper heterogénea, te estoy hablando de las direcciones de Servicio de Salud porque cada encargado o encargada está por lo general con las pilas en un 95% súper puestas y la cuestión se ha llevado, los logros modestos que hay, es porque hay gente comprometida a Nivel Local” (NCR RM E3).

Así, por ejemplo, destacan equipos que flexibilizan sus opciones de atención y se adaptan a las necesidades de los y las jóvenes ya que, sostienen, es la única manera de no perderlos. Es decir, hay una apuesta porque sea el centro de salud el que se adapta al adolescente y no a la inversa, ya que esto último sólo lleva a perder oportunidades muy valiosas para atender a los y las jóvenes:

“Da lo mismo, mientras él se sienta cómodo buscamos la forma (...) hubo una niña que en su momento no quiso entrar al box, yo le dije *ya, vamos a caminar*, nos dimos una vuelta a la cuadra conversando. Y ese tipo de flexibilidad que igual, como es el sistema de consultorio, es como atípico [...] Yo creo que nos hemos adaptado a ellos, en vez de pedir que ellos se adapten a nuestro servicio. Nosotros nos hemos adaptado, porque todos son distintos también” (NL RM G3).

- ***Barreras en los horarios de atención***

Vinculada a la barrera de infraestructura, los equipos de salud identifican una barrera que tiene que ver con los horarios de atención que los centros de salud ofrecen a los/as adolescentes. Tal como se mencionaba anteriormente, los centros de salud que cuentan con el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes tienen extensión horaria ciertos días de la semana, que es cuando se pone en práctica el Programa. De este modo, dichos centros de salud cuentan con opciones horarias que acomodan más a los y las jóvenes (es importante mencionar que no todos los centros de salud observados que tienen implementado el Programa de Salud Adolescente asignan igual cantidad de horas para la atención de población adolescente).

En general, el Programa de Salud de los y las Adolescentes se pone en práctica dos o tres veces a la semana durante el horario de la tarde (17:00 a 20:00 horas aproximadamente). Se ha escogido este horario para no interferir con la doble jornada escolar de los y las jóvenes, y también porque la mayor presión asistencial ocurre durante la mañana, por lo que la atención en la tarde disminuye las posibilidades de exposición de los/as jóvenes frente a personas conocidas:

“De las 5 de la tarde a las 8 para ellos es mucho más cómodo también porque pasan después del colegio y no hay nadie más dentro del consultorio” (NL RM E1).

“Atendemos los lunes, miércoles y viernes. Teóricamente es de 5 a 8. Los lunes, los miércoles y los viernes deberían ser dos horas, pero eso está como en la Clínica. Resulta que el viernes es libre, porque tenemos que cumplir 8 horas semanales. Entonces deberían ser 2 horas los viernes, lunes y miércoles” (NL RM E4).

“Nosotros tenemos extensión horaria y tenemos el día martes, miércoles y el jueves atención desde las 5:30 de la tarde hasta las 8, en horario vespertino y en general los jóvenes se atienden en ese horario” (NL RM E7).

En aquellos centros de salud que no cuentan con el Programa, los y las adolescentes deben compartir los horarios y el espacio con el resto de la población usuaria del centro de salud, lo que genera los problemas antes descritos. Además, algunos equipos de salud sostienen que el no contar con un horario especial de atención para adolescentes es una barrera de acceso para los y las jóvenes, tanto para escolares -toda vez que el horario de atención de los centros de salud coincide con el horario escolar-, como para aquellos/as que son laboralmente activos/as:

“Hay una barrera horaria, o sea la oferta horaria que se les da a los chicos, es en horario y no son prioridad porque no hay un incentivo vinculado al programa del adolescente” (NCR RM E2).

“Lo otro es, desgraciadamente, los horarios que tenemos (...) si cuando nosotros estamos acá en el consultorio los chicos están en el colegio, con jornada larga. Antes era fácil porque estudiaban en la mañana y venían en la tarde” (NL RM E14).

De esta manera, el horario diferido, además de facilitar el acceso, permite que los y las jóvenes escolares 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/as y administrativos/as escolares:

“Si hubiera el horario diferido no habría por qué justificar (en los colegios la inasistencia) [...] me molesta, porque perdió la privacidad, y tú no sabes cómo son las otras personas” (NL VR E12).

“Ellos manejan otros horarios, o además que tienen clases en los liceos, aquí muchas veces cuando vienes, además, hay que hacerlo por burocracia, hay que hacer papel para el liceo que vienen a control con matrona, porque perdieron la clase, y yo pienso capaz que en el colegio discriminan, que la profesora diga *mira esta chiquilla*, tú no sabes quién es el inspector. Yo le digo te lo hago y no importa que vaya con mi nombre de matrona, no, no importa, yo encuentro que eso es una traba, que tenga que pedirte un papel para poder ir a clases o justificar el día de clases” (NL VR E12).

Se identifican equipos de salud que han flexibilizado sus horarios de atención a adolescentes, ampliándolos a los sábados con el fin de poder captar a aquellos/as que no pueden acercarse a los centros de salud durante la semana:

“Flexibilizamos mucho nuestros horarios para que sean adecuados para ellos. También atendemos algunos sábados, pensando en aquellos que tienen clases en la tarde. Atendemos los sábados de 10:30 de la mañana - porque no nos vamos a levantar a las 5 de la mañana - hasta las 12:00. Sábado por medio” (NL RM G3).

Ahora bien, la extensión horaria no siempre es bien vista por los equipos de salud. Por un lado, hay profesionales que evalúan esta medida de manera positiva, ya que facilita el acceso de los/as jóvenes a los centros de salud y favorece su atención:

“De lunes a viernes con el horario de 8:30 de la mañana a 5:30 tenemos pacientes embarazadas que no pueden venir, en un horario diferido sería lo ideal [...] lo hemos pedido” (NL VR E12).

“Un horario diferido, que no se tenga que chocar con la vecina, la mamá, la tía, porque eso a nosotros nos ha pasado muchas veces. A veces la niña, inicia métodos anticonceptivos, viene a buscar pastillas, nosotros llamamos a viva voz, porque no hay otra solución” (NL VR E11).

Por otro lado, hay otros profesionales que consideran que el horario diferido es una sobrecarga laboral que no están dispuestos a asumir:

“El Ministerio (de salud) ha tratado de garantizar el horario privilegiado. Nosotros no aceptamos ese plazo, rechazamos ese plazo, porque no tenemos las opciones de infraestructura para hacerlo ni tampoco de dinero. La cantidad de dinero que ofrecían era irrisorio, no alcanzaba ni siquiera para cubrir a un profesional que estuviese atendiendo en hora extraordinaria para el box, o sea, era imposible, no se podía. Esta comuna es pobre, es más que pobre, a nosotros no nos alcanza la plata para nada, nos faltan medicamentos, nos faltan montones de cosas porque el ingreso es pésimo, pésimo, entonces más de lo que nosotros estamos haciendo en este minuto, con la realidad nuestra es imposible” (NL RM E3).

“...la disponibilidad de horario de los profesionales que atienden, la disponibilidad de horas también, porque, por ejemplo, las matronas que trabajamos acá estamos sobrepasadas, entonces si aumentara a lo mejor la demanda espontánea de jóvenes no tendríamos acceso para cubrirlos” (NL VR E10).

Respecto a la asignación de horas de atención para adolescentes, se observa que el procedimiento es diferente según el centro de salud. A pesar que el Programa de Salud Adolescente prioriza la atención de la población joven -idealmente se trata de proveer atención en el momento mismo en que la soliciten porque se sabe que de otra manera se puede “perder” a el/la joven-, en muchos centros de salud la entrega de horas se continúa realizando bajo los mismos procedimientos que con la población usuaria adulta:

“Por ahí eso también puede ser una barrera, es que esta el tema, *no, venga mañana a pedir hora* y eso es muy típico en los consultorios” (NL VR E13).

“Lamentablemente si no vienen los lineamientos con los que nosotros podemos trabajar en adolescentes, es difícil porque pasa a ser personal, soy yo la que recibe a la gente apenas llega, pero no son todos mis colegas ni todos los de Viña, *¿te fijas? Hay otros, que pida hora, que pida hora para cuando haya, pero cuando haya ya va a ser tarde*” (NL VR E13).

Por otra parte, la mayoría de los equipos de salud que trabajan con jóvenes y que forman parte del Programa de Salud de los y las Adolescentes, sostienen que la los/as jóvenes requieren de más tiempo que una consulta regular, ya que el lograr generar confianza y comunicación con ellos/as toma más tiempo que con otros segmentos etarios:

“Hay que hacer consejerías en sexualidad. Dentro del cuestionario *¿se tomó las pastillas?, ¿cómo se siente?, ¿las pastillas te hincharon?, ¿te duele la cabeza?, agregando preguntas tales ¿cómo lo estás sintiendo?, ¿cómo lo estás pasando? Comenzamos sí (...) las colegas me decían las consultas que duran 15 minutos me salen 20, 40 minutos, ¿qué vamos a hacer?, y a mí me pasó también, yo preguntaba y me salía tremenda cosa, son problemas*” (NL RM E14).

“Igual es cansador. Trabajar con adolescentes es cansador (...) porque no es la misma forma en que se aborda (...) porque tienen a veces más problemas” (NL RM G2).

De esta manera, se sostiene que los parámetros con que se mide la duración de la atención a adolescentes deberían ser diferentes a los aplicados con los otros segmentos de la población. Como esto no es así, y la eficiencia en salud se mide por la cantidad de atenciones realizadas, muchos/as profesionales optan por no trabajar con jóvenes ya que el tener que destinar más tiempo a ellos/as no les permite cumplir con las metas estipuladas en salud, y no les genera ningún beneficio a la hora de ser evaluados/as:

“El tiempo y... y las otras metas que nos piden [...] y es poco tiempo en realidad” (NL RM E2).

“Ese es el temor también que algunos funcionarios tienen, que el adolescente, o en general pero especialmente el adolescente, no es como de abordar con preguntas cerradas, o sea, no es una encuesta, hay que hacer preguntas abiertas, y ahí te da para más rato. Uno sabe que se va a demorar más. Uno se va a demorar más porque abre puertas. Vas abriendo puertas, vas abriendo temas, y a veces temas que ellos no se han atrevido a hablar con nadie y que solamente (...) primera vez lo hablan contigo” (NL RM G2).

- ***Recursos humanos insuficientes***

Otra de las barreras identificadas por la mayoría de los/as profesionales de salud entrevistados/as se relaciona con la insuficiencia de recursos humanos para poder implementar de manera óptima iniciativas en torno a la salud de adolescentes. En los centros de salud donde el Programa de Salud de Adolescentes está implementado, se cuenta con profesionales destinados a atender a este grupo, y en horario diferido, pero en muchos casos se sostiene que los/as profesionales se encuentran sobrepasados en su carga horaria, sobre todo porque (como se mencionaba anteriormente) los y las adolescentes son un grupo que requiere de mayor tiempo de atención y, por ende, demandan más que otros segmentos.

Aquellos centros de salud que tienen el Programa ven el panorama aún más oscuro, ya que al no contar con profesionales con horas destinadas para la atención a adolescentes, éstos -si es que son abordados- son atendidos junto con la población general, dejando de lado las necesidades propias de este segmento:

“Va a sonar también como una barrera mía pero que va a ser barrera de los adolescentes, es el número de encargados. Nosotros somos dos no más y empezó a aumentar la cantidad de pacientes que llegan. Entonces, de pronto, esta consulta espontánea y se va a convertir en consulta por ahora y vamos a caer quizás, de nuevo, en el mismo círculo que en atención diurna” (NL RM G1).

“Hay que tener disponibilidad de atención de profesionales para eso, porque si nosotros abrimos la puerta a todos los adolescentes, independiente a que consultorio pertenezcan, necesitamos también que cuando ellos lleguen haya una persona que esté disponible para atenderlos, si no, no van a venir más, y a veces nos vemos un poquito sobrepasadas. Por eso la idea de que hubiera una instancia, un lugar especial para ellos que es lo mejor, la persona que esté al 100% para adolescente, como había antes” (NL VR E12).

“Sí, yo creo que acá está la disposición del servicio, pero no están los recursos, no hay personal, no está el espacio físico” (NL VR E10).

- ***Resistencia por parte de los equipos de salud a trabajar con adolescentes***

Los/as entrevistados/as identifican resistencias de parte de algunos profesionales y funcionarios de salud para trabajar con el grupo de adolescentes y jóvenes, en el sentido de que se niegan a cambiar su modelo de trabajo para incorporar la atención a este grupo etario.

“Se te funó el cuento porque ya no vas a recibir más pacientes. De partida, o sea, si el técnico se opone a esto no vas a recibir pacientes. Entonces de pronto hay resistencia de una persona y con eso ya se te echó a perder todo” (NL RM G1).

“Yo creo que no todo el mundo hemos querido trabajar con adolescentes, a mí me pasaba, yo a veces le decía a mi compañera (...) no todo el mundo tiene ese sentimiento y ganas de trabajar con adolescentes (...) Cómo abordarlos...es el temor quizás” (NL RM G2).

Esta barrera ha sido superada en algunos centros de salud, principalmente los que cuentan con el Programa de Salud de los y las Adolescentes, al incorporar en éste a gente joven, con ganas de generar cambios en la manera de abordar a los y las adolescentes:

“Los colegas que colocaban obstáculos se fueron, entonces como que enganchamos, de mi trabajo, las colegas que tengo son puras chiquillas jóvenes” (NL VR E12).

“En el fondo llegar a un equipo así, que está trabajando bien hace rato, no es tan difícil plantearles esta situación. Entonces son equipos bien trabajaditos y que ya conocen el sistema de atención y esto para ellos lo reciben bien, sobre todo cuando uno le dice “mira si el adolescente viene y no tienes hora, dámelo (...) pásalo para la tarde.” Entonces ¡qué rico!, porque en el fondo se descongestionan ellos, y así nosotros empezamos a recibir los ingresos en mayor cantidad. Pero en el fondo es fácil trabajar con los equipos de esta comuna porque son equipos súper abiertos al trabajo de salud familiar, entonces ya tienen como esa visión de que esto va (...) siempre van a llegar innovaciones, que no tienen que ser tan estructurados” (NL RM G1).

Una de las estrategias que ha dado resultado para revertir la resistencia por parte de los/as funcionarios/as de salud han sido los programas de capacitación en adolescencia, lo que les ha entregado nuevas herramientas para abordar a este segmento:

“Lo que pasa es que las chiquillas, las matronas gracias a Dios están en capacitaciones bien constantes, están como bien actualizadas y en ese sentido no llegan ninguna mañosa que venga con lo del adulto responsable, que le haga atado a un adolescente por eso, no se ve” (NL RM G1).

- ***Falta de formación y capacitación de los/as funcionarios/as para atender a adolescentes***

La falta de capacitación formal de los/as profesionales de salud en temáticas vinculadas al mundo adolescente es una barrera importante en opinión de las personas entrevistadas. Esta carencia, se sostiene, se arrastra desde la formación universitaria, donde carreras como obstetricia y puericultura, trabajo social, entre otras, al parecer no cuentan con asignaturas que entreguen herramientas para trabajar con jóvenes. De acuerdo a los equipos de salud, esta carencia tampoco es subsanada durante el desarrollo profesional ya que no se cuenta con programas estables y específicos de capacitación en temáticas de adolescencia:

“El adolescente es atendido como cualquier usuario, y ahí donde queda más evidente como barrera es lo que te decía antes, no estamos capacitados y formados para trabajar con jóvenes” (NCR RM E4).

“La otra barrera es la cultura organizacional del sistema de salud, y entre eso la gran barrera es que nosotros no sabemos trabajar con jóvenes, no nos han enseñado, hemos aprendido con el tiempo, con la experiencia, pero la formación del profesional del equipo de salud, ya sea asistente social, sicólogo, matró, enfermera, médico, no nos enseñan, no está contemplado” (NCR RM E3).

“Recurso humano que trabaje con adolescente debería tener algún perfil de capacidades; y se ha ido tratando de avanzar en esa dirección” (NCR RM E1).

“La voluntad de los directivos de cada establecimiento (...) hay directores y directoras que han tenido una voluntad maravillosa, súper posibilitadora y hay otros que no por mala voluntad si no por un tema también de desconocimiento del tema que no ven que es un tema trascendente que va a tener harto impacto si lo llevamos a cabo” (NCR RM E3).

Esta carencia de herramientas para trabajar con jóvenes hace que en muchos equipos de salud exista una sensación de frustración, ya que se percibe que no han podido llegar a los y las jóvenes, que los mensajes que intentan transmitir desde salud no son escuchados por ellos/as, que no hay comunicación ni entendimiento mutuo:

“No sé por qué nosotros no hemos sabido llegar, no hemos usado las herramientas simplemente adecuadas, no hemos logrado llegar a ellos con el mensaje de que se cuide, usa preservativo... no, no hemos llegado” (NL RM E3).

“Nos falta harto meternos en el mundo adolescente; si bien sabemos el tema biológico y psicológico y todo, falta meternos en los temas de las tribus (urbanas) y cuáles son los intereses reales de los adolescentes ahora” (NL RM E1).

“Hay poco trabajado con la negociación con los jóvenes, no sabemos negociar con ellos y lo hacemos, si los papás sabemos, si al final uno aprende también en la casa como trabajar con los muchachos; pero no hay, no hay capacitación en negociar con los cabros” (NCR VR E4).

“Yo creo que de todos sería súper importante que nosotros, o el personal que estamos trabajando con adolescentes, se le capacitara para saber más cómo interactuar con ellos [...]. La idea es que se fuera capacitando en forma continua, porque a veces los equipos cambian” (NL RM G2).

“A mí como matrona me encantaría tener una capacitación de anticoncepción en el adolescente” (NL RM G2).

“Yo creo que al equipo le faltaría como una capacitación en cómo es el adolescente en general de todas sus áreas” (NL RM E6).

Esta falta de capacitación y preparación en el trabajo con adolescentes -entre otros factores-, facilita el que se perpetúen una serie de estigmatizaciones por parte de los equipos de salud sobre este grupo etario, al considerarlos un “problema”, ya que solamente se les asocia a prácticas y actitudes irresponsables y peligrosas que provocan daño en su propia salud y en la salud de las demás personas, dejando de lado todos los aspectos positivos de este segmento. De esta manera, en gran parte de los equipos de salud prima sobre los/as adolescentes una visión adultocéntrica, y una mirada que los clasifica como sujetos en riesgo social:

“Una gran barrera que yo percibo es la tradición adultocéntrica, el mundo adulto tiende a mirar a adolescentes como sujetos peligrosos, irresponsables. Al mundo adulto se le olvida que fue joven” (NCR RM E1).

“El adolescente es visto desde el punto de vista de la psiquiatría como que son todos adictos a las drogas, al abuso del alcohol, o quieren tener relaciones sexuales de forma discriminada” (NCR RM E3).

“Los jóvenes no se mueren, se matan: por accidentes, por drogas, esa es la mirada” (NCR RM E1).

Este estigma presente en la atención hacia la población adolescente dificulta un trabajo con adolescentes que no sea desde una perspectiva de riesgo, lo que deja sin cobertura necesidades importantes de este grupo que solo sería posible cubrir desde un enfoque diferente:

“No ha habido un trabajo dirigido al joven común y corriente, al normal, digamos entre comillas, al que va a carretear normalmente, al que pololea, al que va a jugar fútbol, el que también estudia, que de paso se fuma un pito de marihuana pero no es adicto, ¿me entiendes?, a la gran masa de jóvenes no llegamos; o sea, no llegamos a los que tienen necesidades, menos llegamos a los sanitos” (NCR RM E3).

En opinión de varios/as entrevistados/as, esto hace que la población adolescente se aleje de los centros de salud al sentirse discriminada y poco comprendida. Esto, principalmente en el campo de la sexualidad, ya que aún hay profesionales de la salud que juzgan la iniciación sexual temprana de los y las jóvenes:

“El principal reclamo que tenían era que no los reten, que la matrona no los reten porque tienen relaciones, o porque quedó embarazada” (NCR VR E4).

Cabe destacar que además de la falta de formación y capacitación que existe en los equipos de salud en torno a adolescentes, tampoco existe una incorporación de la perspectiva de género para abordar a este segmento. En salud, y para temas de salud sexual y reproductiva, suele primar una visión que incorpora sólo a las mujeres y sus necesidades específicas en relación al embarazo y prevención de éste. Este enfoque deja de lado tanto las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres más allá del embarazo, como las particularidades propias de los hombres adolescentes en estos temas, los cuales hasta la fecha han sido escasos o nulumamente abordados por el sector salud, tal como se analizará a continuación.

- ***Falta de formación, experiencia y capacitación en la atención a hombres adolescentes***

Un tema muy presente dentro de la mayoría de los equipos de salud es la invisibilización que existe en torno a los hombres jóvenes en tanto receptores de atención de salud. La mayoría de los/as entrevistados/as sostiene no estar capacitado para atender a hombres jóvenes ya que dicen no contar con los conocimientos básicos en torno a este segmento de la población. Las matronas y matrones son los profesionales que más se vinculan con los/as adolescentes en los centros de salud y, en general, sostienen que en la carrera universitaria de obstetricia y puericultura no adquieren ninguna herramienta para atender a varones. Esto hace que en

muchos centros de salud la atención a hombres adolescentes se traduzca en la mera distribución de preservativos, dejando de lado muchos otros aspectos de su salud.

Quienes han abordado el trabajo con hombres lo han hecho por iniciativa propia y desde conocimientos generales que se tienen sobre este grupo, pero se reconoce la falta de capacitación formal en torno a las particularidades y necesidades de este segmento específico:

“Las matronas deben atender hombres al tratar con adolescentes, deberían tener habilidades para eso, lo pusimos en las normas de fertilidad de 2006 pero qué sacamos con diseñar una oferta si no hay profesionales que la entreguen, si un chico viene a pedir condones le vamos a dar condones, pero no mucho más” (NCR RM E1).

“El tema de los varones se da por iniciativas locales: en algunos lugares les complica y en otros no” (NCR RM E1).

“La voluntad desde la formulación de los programas está. En las normas de fertilidad hay un capítulo dedicado a varones, pero ¿dónde los vamos a atender? ¿En los mismos espacios donde atendemos mujeres o no?” (NCR RM E1).

“Hay un estereotipo de que salud sexual y reproductiva es sólo de mujeres” (NCR RM E1).

“Como equipo, los que estamos aquí, damos acogida a las mujeres técnicamente, a ver, me voy a poner bien seria: medio ambiente, salud sexual y reproductiva, últimamente estaba enfocado sólo a las mujeres [...] al hacer eso, incorporar a hombres, porque normalmente la gente que se atiende en consultorio asume que la mujer va a la matrona y no entienden que puede ser la hija, la pareja, el hijo adolescente, todo eso” (NL RM E4).

“Yo creo que de partida la atención del consultorio es una atención media femenina, al consultorio van las mujeres con sus hijos” (NL RM G1).

Esta falta de formación y capacitación para trabajar con hombres jóvenes se entrelaza con una serie de creencias, valores y percepciones propias de algunos/as funcionarios/as de salud en torno a la atención de varones, lo que genera una doble barrera frente a la atención de hombres jóvenes:

“Pero siempre hay como una reticencia al hombre. Sobre todo las matronas con mayor experiencia que ya están muy acostumbradas a ver a mujeres, cuesta, dicen *no, yo no voy a examinar a un hombre*” (NL RM E5).

“Yo no sé si es pudor, pero no me gusta examinar varones, me niego rotundamente a examinar varones [...]. Pero eso es un tema personal mío, porque siento que yo fui formada para atender mujeres y no fui formada para atender hombres. Independiente de que eso sea lo correcto o sea incorrecto de todas las valoraciones que puedas hacer del discurso que te estoy dando, pero eso es un tema personal, no tengo ningún empacho ni ninguna vergüenza en decirlo” (NL RM E9).

Esta barrera “valórica” de ciertos funcionarios/as de salud hace que el trabajo con los hombres adolescentes se dificulte aún más, y que se pierdan importantes instancias de atención, sobre todo cuando ellos se acercan a los centros de salud por su propia voluntad.

- **Barreras en la entrega de métodos anticonceptivos**

Respecto al protocolo de entrega de anticonceptivos es posible observar prácticas diferenciadas en los distintos centros de salud. Por una parte, existe en la mayoría de los centros de salud la normativa de que la entrega de cualquier medicamento se debe hacer a través de la farmacia:

“Tiene que ir a la farmacia, ellos van con la receta y les entregan preservativos que son especialmente para entregar a adolescentes” (NL RM E3).

(Retira los preservativos) “En la farmacia. En algún momento pensamos nosotros entregarlos en el box, pero se supone que debe haber un control sobre lo que entra, lo que sale, y como en la farmacia no hay tanta gente no hay como una (...) está el lolo ahí, no hay problema, puede estar esperando por aspirinas” (NL RM E14).

(Sobre los métodos anticonceptivos, donde se retiran) “A la farmacia. Nosotros no tenemos ninguna entrega de algún medicamento o preservativo centralizado acá. Por eso te digo, acá no hay ninguna habilitación todavía en cuanto al Programa del Adolescente” (NL VR E10).

“En la farmacia. Claro porque yo no tengo acá. Eso va con ficha y con receta médica como debe salir el medicamento del servicio. Mira, aquí te puedo hablar más menos de los temas” (NL VR E12).

“Siempre entra la técnico y dice *sabe que allá afuera hay un joven que dice si acaso le pueden dar preservativos*. Entonces ahí ya viene todo el tema burocrático, en el cual uno tiene que decir, *ya, ¿pero él es del sector?, ¿está inscrito?*, entonces, *ah ya, entonces, pídemela*, y yo lo hago pasar si está inscrito, si no, no le pueden dar la receta en la farmacia. Y de ahí le doy la receta y le digo *ya, vas a tener que pedir una horita para ingresar al Programa de Planificación Familiar, si es que tú quieres seguir retirando de forma ordenada*. Y él con esa receta va a la farmacia y retira” (NL RM G2).

Tanto desde el Nivel Central, como desde varios equipos de salud, esta práctica de entrega se identifica como una barrera, en el sentido que obstaculiza el acceso directo del/la adolescente a los métodos anticonceptivos, lo expone frente a la comunidad (toda vez que en la farmacia convergen todos/as los/as usuarios/as del centro de salud y queda en evidencia lo que cada quien va a retirar), y baja el nivel de adherencia que los/as jóvenes puedan tener con respecto a la consulta de salud. Por esto algunos/as entrevistados/as plantean que el ideal es que la entrega de anticonceptivos se realice en otros espacios, por ejemplo, al interior del box de atención de manera directa.

“El tema de las farmacias que estamos hablando. El mismo tema de la entrega de preservativos en farmacias, yo creo que sería mucho más cómodo teniéndolo nosotros, agilizamos, o sea mucho, pero somos cuatro matronas, tú sabís (...) uno siempre trata de aunar el criterio entre todos los que estamos” (NL VR E13).

Esta práctica ya se está implementando en varios centros de salud donde la entrega se realiza dentro del box de atención. Si bien ocurre de manera informal, muchas/as profesionales consideran que es una práctica de gran importancia ya que se aprovecha el momento de confianza que se establece con el/la adolescente, se asegura la entrega del anticonceptivo y se solucionan todas las dudas que existan en torno al uso de éstos. Para esto, la mayoría de las matronas que realizan esta práctica utilizan anticonceptivos que han recibido desde diversos

canales: por el Programa de VIH, por parte del Programa de Salud Adolescente, entre otros. Existen centros de salud donde esta práctica está oficializada y una vez que la matrona entrega el anticonceptivo en el box, ella misma lleva la receta a la farmacia para que el retiro de éstos quede registrado:

“En el consultorio como el preservativo está entregado desde el Servicio hay que tener el registro por dentro. Yo entrego una receta, ellos van a la farmacia y se las entregan. Pero por Programa Adolescente yo tengo mi stock aparte, entonces hago una educación didáctica, les enseño a poner el condón, yo le hago como el curso intensivo, y ellos también lo hacen, y en ese momento igual les regalo” (NL RM E4).

“Lo que nosotros hicimos como matronas, por ejemplo, es tener un stock de preservativos en el box. Entonces, por ejemplo, nosotros en el box mismo le damos los diez, quince preservativos, se enseña cómo se usa con un dildo, y después llevamos la receta a la farmacia para que ellos tengan el comprobante de que se llevó preservativos” (NL RM E5).

“Se los damos en el box, a veces nos llegan preservativos por programas de VIH y ahí se lo entregamos nosotros mismos, pero en general, la mayoría sale de farmacia, entonces igual ahí hay otra barrera también” (NL VR E13).

Existen otras opiniones que sostienen que la entrega de anticonceptivos se debiera realizar en espacios aún más neutros que el box de atención, ya que muchos/as jóvenes no ingresan a éstos por las razones antes descritas (por ejemplo, en el caso de los hombres por considerar la atención de matronas como algo femenino que no les corresponde; en el caso de las mujeres por no querer ser vistas por vecinas o conocidas entrando a la consulta con la matrona; entre muchas otras razones). No se proponen espacios específicos, sino más bien se plantea la inquietud y la necesidad de crear espacios nuevos que cumplan con el objetivo de generar confianza y comodidad en los/as jóvenes:

“Son necesidades percibidas por el equipo, no por los adolescentes; pero eso no significa que se tenga que entregar en la farmacia, y tampoco en el box, porque a muchos no le gusta entrar al box de la matrona. Entonces, ese es un tema que lo vamos a tener que trabajar con los establecimientos, que busquen estrategias de entrega, no sólo del preservativo, sino también de los otros anticonceptivos, que no sea, a través de la matrona, y tampoco que hagan fila en la farmacia para buscarlos” (NCR VR E4).

Algunas experiencias de ciertos centros de salud van en esta línea, recurriendo a todos los medios posibles con tal de facilitar el acceso de los jóvenes a los preservativos. Así, por ejemplo, hay centros de salud donde, durante los fines de semana, el guardia está capacitado para entregar preservativos a los jóvenes que los soliciten, facilitando de este modo el acceso de los jóvenes a este producto de una manera expedita y confidencial:

“Los fines de semana es el guardia, le piden al guardia, no le van a pedir a la doctora que está de turno o a la matrona que está de turno. El guardia, el guardia los entrega (*los preservativos*). Está capacitado el guardia para explicarles cómo se usan” (NCR VR E4).

Otros ejemplos muestran lo contrario, es decir, centros de salud que obstaculizan el acceso de hombres y mujeres jóvenes a los preservativos. Así, por ejemplo, hay centros de salud que sólo entregan preservativos a los hombres, negándoles el acceso de éstos a las mujeres. Cabe

destacar que esta no es la regla, ya que gran parte de los centros de salud los entrega tanto a hombres como a mujeres:

“A ella no, somos machistas, a ella la vemos, la atendemos, y viene, no le entregamos la receta en el pasillo [...] Pero también pasa porque tenemos que chequear, que lo estén usando bien el método, que le haya llegado su menstruación” (NL RM E14).

“Cuando los chicos vienen acá a pedir preservativos tienen que ir a la farmacia a buscarlos [...] les damos 6 por vez [...] también les damos condones a las mujeres” (NL RM E1).

Ahora bien, esta distinción que hacen algunos centros de salud en la entrega de preservativos a hombres o a mujeres es una barrera en sí, ya que aleja a las jóvenes mujeres que van en busca de preservativos, y las imposibilita a empoderarse en el cuidado de su propia salud sexual. Respecto a la edad de entrega de anticonceptivos, la gran mayoría de los equipos de salud se atiene a la ley, que regula que a menores de 14 años sólo se les entregan estos medicamentos con el consentimiento de los padres:

“Ellos a los 15 años ya son mayores de edad, o sea en términos legales ya pueden elegir un método anticonceptivo (NL RM E1).

“Menos de catorce años uno no puede darle un tipo de tratamiento anticonceptivo sin el consentimiento de los papás” (NL RM E2).

“Menores de 14 años, sí, con un familiar adulto, idealmente familiar directo: mamá. Pero sobre 14 años les damos método anticonceptivo así [...] lo que es matrona, asistente social o psicólogo no necesita venir con un adulto” (NL RM E5).

“Nos han tocado menores de 15 que hemos tenido que pedirle consentimiento a su mamá. Hemos conversado con la niña que es importante que un adulto se haga responsable, porque legalmente no podemos hacerlo abiertamente” (NL RM E14).

“Si viene una niña de 13 años a pedirme un método anticonceptivo, yo no estoy autorizada para dárselo, por indicación” (NL VR E10).

Esto también puede ser percibido como una barrera, sobre todo si se tiene en consideración que la edad de iniciación sexual ha bajado en los últimos años y que el hecho de tener que ir acompañada de un adulto aleja a las menores de 14 años de la atención de salud y de la adquisición de anticonceptivos:

“Las chicas ahora han iniciado su actividad sexual mucho más jóvenes que antes, yo tengo niñas de 13 para arriba que han iniciado actividad sexual, es que antiguamente se suponía que era entre 15 y 16 años” (NL RM E4).

- ***Carencia de insumos, especialmente de métodos anticonceptivos, y percepción de mala calidad de estos últimos***

Vinculado a lo anterior se identifica la falta de insumos a los que se enfrentan los centros de salud, principalmente en lo que respecta a anticonceptivos y preservativos:

(Sobre la entrega de preservativos) “A todos por igual, y no en todos los establecimientos dan 3 ó 2, o sea es muy al criterio del profesional. Además hemos tenido, entre paréntesis, dos años de falta o de escasez de métodos anticonceptivos, incluyendo los preservativos,

dramática en el país no; por un tema de gestión del Ministerio y de CENABAST, pero del Ministerio en el fondo” (NCR VR E4).

“Nos quedamos sin a mitad de año. Tenemos un inyectable que a la gente le encanta el inyectable y lo comienza a usar, y nos quedamos sin inyectable y comenzamos a cambiar” (NL RM E14).

“Una dificultad ha sido el tema de los insumos en salud sexual y reproductiva porque en el Programa de la Mujer existen problemas de cantidades, o sea, de distribución, entonces como en un inicio no teníamos plata, había que pedirle prestado a ellos y ellos tampoco tenían, eso es una complicación” (NCR RM E3).

“Más ha costado que tú puedas manejar tus propios insumos y eso sí es una barrera de acceso” (NCR RM E3).

“Esa es otra de la rigideces que tiene, porque la forma de regular la distribución, el stock de los métodos anticonceptivos en el Programa de la Mujer es así, tú tienes tarjetero que van del Servicio de Salud y te revisan tus tarjeteros, entonces el consumo tiene que ser contra validado, tiene que cuadrar casi lo que tenís en farmacia con lo que tenís en recetas, y con lo que tenís en esos cajoncitos de tarjeteros, donde inscribiste a las personas” (NCR RM E3).

Otra de las barreras detectadas con respecto a los insumos tiene que ver con la calidad de éstos, es decir, algunos equipos de salud sostienen que los métodos anticonceptivos que se les entrega a los y las adolescentes no son los mejores productos que existen en el mercado:

“Tener más disponibilidad de anticonceptivos para adolescentes, asegurar los anticonceptivos para los adolescentes, lo único que tenemos seguro para ellos son los preservativos, pero todo lo demás, si falta, falta para todos. Y para ellas debiera haber, como para asegurar, este es el Programa de Planificación Familiar de Adolescentes y ahí aumentar un poco la oferta, si bien las pastillas nunca faltan, las pastillas que están aquí son Anulet, yo a mi hija de 16 años no le daría eso. Entonces hay mejores, que hace sentir a la niña mejor, que no echa a perder su piel, que se sienta mejor de ánimo, que no le engorde, que su pelito se vea brillante, que no le baje la libido” (NL RM E14).

“Tenemos poco stock, los Implanon que es un método buenísimo, que desde el año pasado llegaron a los centros de salud también, y mensualmente nos llegan 10, poquísimos, y es un método muy bueno, entonces lo que más tenemos en este momento son las pastillas. La verdad que las pastillas no nos da muy buenos resultados con los adolescentes, porque simplemente no tienen el hábito, se les olvida” (NL VR E11).

- ***Confusión, desconocimiento y miedo de los equipos de salud ante las leyes***

Con respecto a la atención de adolescentes, se identifica una barrera que afecta principalmente la atención a menores de 14 años, y que tiene que ver con la confusión y desconocimiento que tienen los equipos de salud respecto a las normativas legales que recaen sobre este segmento etario. De acuerdo a los equipos entrevistados, la promulgación de la ley 19.927 en enero 2004, sobre temas relacionados con trato de menores de edad, establece que la edad de consentimiento para las relaciones sexuales sube desde los 12 a los 14 años; y que en los menores de 14 años “todo acceso carnal será sancionado, tanto el que es efectuado por la fuerza, como el consentido” con penas que van desde los 5 años y un día a 20 años de presidio.

De acuerdo a varios de los equipos de salud entrevistados, esta normativa obstaculiza la atención de adolescentes menores de 14 años ya que muchos/as profesionales y funcionarios/as de la salud se sienten desorientados sobre si, al saber que una menor de 14 años es activa sexualmente, deben denunciar estas situaciones o no. Esta confusión, desconocimiento y desorientación hace que muchos profesionales de salud opten por no entregar anticoncepción a menores de 14 años, e incluso equipos más radicales opten por no atenderlos/as, como una manera de protegerse a sí mismos/as frente a potenciales problemas legales:

“Ante la ley, niño menor de catorce años que tenga relaciones sexuales es violación, él quiera o no quiera tener relaciones sexuales” (NL RM E5).

“Legalmente, las chiquillas menores de 14 años no tienen permiso en este país para tener relaciones sexuales, legalmente. Eso es lo que dice la ley, la constitución y las leyes. Nosotros analizamos caso a caso. O sea, no es sólo regirse por lo que dice la ley, o sea, si tú me preguntas aquí, en un par de casos puntuales nosotros hemos transgredido la ley” (NL RM E9).

“Fuera de este contexto están todas las otras barreras de otro orden, como las leyes, como esta ley de protección de abuso sexual a los menores que generó elevar la edad del consentimiento sexual a los 14 años, y que debería obligar a denunciar como delito a toda persona que tenga sexo ya a los 13 años; esto ha hecho que los equipos se pongan temerosos, que se pongan a la defensiva, y digan *yo no atiendo a menores de 14 años*” (NCR RM E2).

“Hay gente muy temerosa de entregar anticoncepción a menores de 13 o 14 años porque también hay un tema legal de las cosas que ha dicho Fiscalía, obviamente no hay libertad sexual antes de los 14 años y se tiene que presumir un abuso, siempre y cuando la pareja no tenga más de dos años de diferencia” (NCR RM E3).

“Lo otro, es esto de la ley nos jugó en contra, la ley bien entendida es como clarita, pero la ley que se difunde y que conoce toda la gente, es como prohibición de darle si es menor de tal edad y lo que entiende la gente *te van a denunciar si quedas embarazada*, y ese es otro punto, como ingresaban los adolescentes eran con embarazos chiquititos ahora ingresan con embarazos más grandes, pareciera, que les cuesta más venir para acá porque acá las vamos a acusar, las vamos a denunciar” (NL RM E14).

- ***Escasa vinculación de salud con el medio***

Otra de las barreras detectadas por los equipos de salud se refiere a la escasa vinculación que los centros de salud tienen con la comunidad y el medio (colegios, organizaciones sociales, sedes comunales, entre otras). Esto, de acuerdo a los/as profesionales entrevistados, aísla al sector salud de la comunidad y no permite que se genere un trabajo compartido por las diversas instituciones y organizaciones existentes en lo que respecta a los y las adolescentes.

Muchos de los equipos de salud sostienen que vincularse con la comunidad es indispensable, toda vez que los y las adolescentes son reacios a acercarse a los centros de salud y, por ende, debe ser salud quien se acerque a ellos/as y se inserte dentro de la comunidad propiamente tal. Junto con esto, se destaca la necesidad de abrir los centros de salud a la comunidad para así acortar la distancia que los y las jóvenes sienten con respecto a estos espacios y permitir una apropiación de éstos por parte de los mismos.

Se identifican una serie de iniciativas que diversos centros de salud han impulsado en esta línea, principalmente en lo que respecta a trabajo con colegios, donde se han impulsado acciones que tienen como principal objetivo el acercar la oferta de salud a los y las adolescentes, permitiendo de este modo un acceso flexible, dinámico e innovador. Como ejemplo, se relatan a continuación algunas experiencias de trabajo con colegios y organizaciones sociales:

“Ella va a los colegios, a ver lo que es la parte de salud sexual y reproductiva. Generalmente ella va a los colegios a impartir charlas, enseña el uso de preservativos, lo típico [...] Se hacen cronograma anual. Pero estamos hablando de tres o cuatro al año, que va dentro del equipo de promoción del consultorio, que también maneja otras áreas, como nutrición, estilo de vida saludable, va como incorporado dentro de esas temáticas” (NL VR E 10).

“Nosotros en ese sentido tenemos una buena coordinación con nuestros colegios de alrededor y le damos la posibilidad a profesores e inspectores que cuando detecten algún problema o necesiten alguna orientación, los envíen para acá a los adolescentes, o nosotros vamos al colegio” (NL VR E 11).

“Yo siento que hemos tenido harto apoyo de los colegios, digamos, los profesores de alguna forma se han abierto más y cuando ellos ven algún riesgo -porque ellos son muy buenos para percibir cuando la persona, la lolita, ya anda en fiestas y no llega a la casa, o se queda en casa de amigas-, ellos perciben eso y hacen una alerta” (NL VR E 11).

“Hice un proyecto de trabajo con los liceos de Valparaíso [...] en impartir salud sexual y reproductiva, los temas puntuales en los liceos de la Quinta Región, y que ellos tengan acceso a llegar al consultorio, no siendo éste su consultorio de su suscripción, el que le pertenezca por red, eso es un programa que yo se lo presenté a la dirección de Servicio y estoy trabajando en él [...] clases a los liceos, en conjunto con la psicóloga” (NL VR E 12).

“Tenemos unas redes comunitarias, donde nosotros también tenemos unas horas semanales, donde el consultorio va por distintos temas, pero más resulta en los colegios porque ahí te conocen, el tema es que te conozcan” (NL VR E 13).

“Nosotros tenemos con la municipalidad alguna redes, o sea, con los departamentos de la juventud que también nos ha ayudado un poco sobre este tema, sobre todo en la difusión” (NL RM G1).

“Entonces ahí empezamos a contactarnos con colegios, ir, además con otras instituciones, el PREVIENE (Programa de CONACE “Chile Previene en la Escuela”), o sea como que nuestro trabajo de repente se entrelazaba un poco, y en general ha sido una súper buena experiencia, o sea, a mi lejos lo que más me gusta, ha sido como súper enriquecedor” (NL RM G3).

“Entonces nos queremos enfocar este año en eso como programa a nivel comunal, en trabajar con ellos en proyecto de vida, y llegar a aquéllos jóvenes que no van a venir nunca al consultorio, porque el tema está también en que nosotros como encargados de la salud estamos solamente trabajando entre cuatro paredes, y no salimos a las calles a trabajar con sus grupos” (NL RM E1).

- ***Falta de difusión de acciones dirigidas a adolescentes***

Vinculada a la barrera anterior, se identifica la falta de difusión por parte del sector salud respecto a las acciones que realizan dirigidas a adolescentes. Se percibe que esta barrera

viene tanto desde el Nivel Central como desde el Nivel Local. En lo que respecta al Nivel Local, los equipos de salud sostienen que la comunidad en la cual están insertos los centros de salud conoce muy poco del trabajo que se realiza al interior de los centros de salud con los y las adolescentes (en los casos en que existe un trabajo sistemático en esta área). Esto se hace evidente para los equipos de salud cuando van a hacer visitas a colegios y organizaciones sociales, y éstos les reportan un total desconocimiento respecto a la atención que muchos centros de salud tienen para adolescentes.

Esto ha llevado a que algunos equipos de salud desplieguen estrategias propias para difundir la oferta de salud que existe para adolescentes, tanto al interior de los centros de salud como en la comunidad misma, ya que muchas veces incluso los y las adolescentes que se acercan sistemáticamente a los centros de salud desconocen el trabajo que allí se realiza con jóvenes:

“Nosotros repartimos distintos folletos o distintos afiches en donde nosotros invitamos al Programa Adolescente, nosotros los ponemos acá a cada uno de nuestros médicos, a cada una de las asistentes sociales para decirles a los niños y a los papás de los niños, que existe el Programa Adolescente” (NL RM E1).

“Poder hacer un poco de promoción en los colegios con respecto a este grupo de matronas que está ahí instalada haciendo como casi lo que venga para que todos pregunten y nadie se quede sin consejería ni consultar” (NL RM E5).

“Yo aquí tengo un folleto que nosotros hicimos, lo entregamos pero no es muy, muy, muy bonito [...] Nosotros se lo entregamos a los cabros que vienen, tenemos también en la oficina de informaciones. Lo pasamos ahora a unos encargados del departamento de salud que están como en la parte de promoción” (NL RM E5).

“Nosotros tenemos un boletín aquí, con una pequeña redacción [...] (que) edita el consultorio” (NL VR E13).

“Nosotros hicimos hace tiempo una campaña bien grande, fue bien buena la verdad, hicimos un proyecto para buscar a los adolescentes afuera, no esperarlos acá, la idea era buscar a todos los adolescentes que habían dejado de estudiar, porque dentro de nuestras embarazadas el denominador común era que habían dejado los estudios [...]salimos a las calles, pedimos la lista de los colegios de las niñas que habían dejado de ir, y fuimos a las casas, la verdad que fue bien motivante, súper bueno” (NL RM E14).

“Hemos promocionado un poco la consejería en adolescentes [...] En colegios, en la junta de vecinos” (NL RM E14).

III.2.3. Barreras que el sector salud percibe desde los y las adolescentes

A continuación se da cuenta de una serie de barreras que el sector salud percibe como obstaculizadores para que los y las adolescentes se acerquen a los servicios de salud sexual y reproductiva. Dichas barreras giran en torno tanto a realidades socio-culturales en las cuales los y las adolescentes están inmersos, como a problemáticas propias del sector salud, todas ellas percibidas por los equipos de salud.

- **Falta de proyecto de vida**

Una de las grandes barreras que los equipos de salud reconocen en los y las jóvenes para acceder a los centros de salud tiene que ver con un aspecto cultural que los funcionarios/as de salud identifican como una falta de proyecto de vida en los y las adolescentes. De acuerdo a los equipos de salud entrevistados, esta falta de proyecto de vida se genera por una serie de factores sociales, entre ellos la falta de oportunidades a la que se enfrenta la población joven que ellos/as atienden por pertenecer a los sectores más desfavorecidos de la sociedad:

“Lo que pasa es que, además, nuestras adolescentes vienen de estratos socioeconómicos bajos, donde para ellas el único futuro posible es ser esposas y madres. Muchas no ven otra alternativa” (NL RM E9).

“Por un tema, que en lugares como poblaciones o sectores de un poquito más bajo nivel sociocultural, el ser madre la niña adolescente, es tener un título, es ser algo, es darse una importancia” (NL RM E3).

Esta falta de oportunidades hace que la maternidad se profile como una de las alternativas más atractivas para las jóvenes, ya que les otorga status dentro de sus comunidades, y una noción de independencia ya que al embarazarse se proyectan fuera de sus hogares los cuales caracterizan como conflictivos y, en muchos casos, violentos:

“Sí, es sorprendente y cuando indagamos, lo típico, una que quieren retener una pareja -se usa todavía-, porque tiene un problema en la familia y es una forma de salir, *si yo me embarazo me voy a la casa de mi pareja, salgo de la mía*; se da también las niñas que tienen un problema familiar y están solas” (NL RM E14).

“Entonces está ahí el problema, que ellos no tienen un proyecto de vida, los jóvenes no están trabajando, bueno nosotros no estamos trabajando con ellos en proyectos de vida, nosotros nos acotamos a un problema específico, por ejemplo el embarazo adolescente, en tenerles más métodos anticonceptivos, en enseñarles cómo usarlos y todo; ellos lo saben, ellos lo saben y hay recursos y todo disponibles, pero el tema está en que ellos no los quieren usar porque es una opción para ellos, porque ellos no tienen un proyecto de vida” (NL RM E1).

“Y yo me he dado cuenta, que generalmente me dice, si es planificado, *yo quería tener un bebé*, hay un problema de conflicto familiar por parte de la embarazada, papá ausente, o un problema social de su propia familia” (NL VR E10).

“No hay nada más que hacer en la vida más que ser mamá; tienen ese concepto. Si tú no estabas embarazada a los 19 años eres la puta, entonces que miedo de juntarse contigo porque tú no estás ligada a nadie, entonces eres un peligro porque me puedes quitar a mi hombre” (NL RM E1).

“Entre nosotros conversamos y hemos establecido que las niñas quieren embarazarse porque quieren ser mamás porque no tienen otra expectativa” (NL RM E2).

“Para ellos es una opción de vida, de hecho muchos nos decían que si tú no estabas embarazada antes de los 19 años, tú eras la puta, y si tú no eras la persona que estaba embarazada del líder del grupo, no te respetaban como tal, tú siempre tenías que estar embarazada del líder del grupo, porque ahí eran más respetadas entre ellas, entre grupos; y sobre todo la mujer tenía que embarazarse” (NL RM E1).

Ahora bien, al parecer esta carencia respecto a un proyecto de vida más allá de la maternidad no es sólo un tema de las mujeres jóvenes, sino también de los hombres quienes, de acuerdo a los equipos de salud entrevistados, tienen instalada la noción que la paternidad adolescente es también una vía para obtener pertenencia y status dentro del grupo social:

“De repente encuentro que hasta les gusta embarazarse, hasta como que, es como un sentido de pertenencia, como que *ya estoy embarazada y esto va a ser mío*. Los chiquillos también... tenemos acá, al tiro, *ay tía si mi polola está embarazada y yo voy a trabajar po, me voy a poner a trabajar para criar a la guagua*, y como que aperran al tiro, no se asustan” (NL RM E6).

- ***La juventud no se reconoce como sujeto de derecho***

Otro de los temas que los equipos de salud perciben como barrera desde los y las adolescentes es el que éstos no se reconocen como ciudadanos, como sujetos de derecho y, por ende, no ven a las instituciones como entidades al servicio de ellos/as, sino como orientadas al público adulto. Esto hace que en muchos casos los y las adolescentes se automarginen de los centros de salud ya que no se sienten con el derecho a utilizarlos, toda vez que los conciben como espacios dirigidos a otros segmentos:

“Dentro de la barrera de los usuarios, está la poca identificación que tienen los adolescentes como sujetos de derecho y como potenciales beneficiarios de los servicios, no se vinculan con los servicios. En la 4ta, la 5ta, la 6ta encuesta de juventud del INJUV muestran siempre lo mismo, no se reconocen como sujetos de derecho y no reconocen la oferta de servicios, no saben que es para ellos” (NCR RM E2).

De acuerdo a los equipos de salud, el origen de esta barrera (al igual que muchas otras) no es atribuible sólo a los y las adolescentes, sino que es una construcción cultural propia de una sociedad adultocéntrica, que se refuerza como tal cotidianamente a través de diversos medios.

Cabe destacar que existen iniciativas en algunos centros de salud que buscan superar esta barrera a través de la participación de los y las jóvenes en diversas instancias, tanto para indagar en sus necesidades, como sus intereses y en la visión que tienen respecto a la atención de salud que requiere su segmento en particular:

“Lo estamos enfocando -para nosotros ahora es innovador- porque estamos incluyéndolos a ellos, les estamos preguntando a ellos que les parece esto, que les parece esto otro, entonces al final ahondamos en las temáticas que de verdad les interesan” (NL RM E1).

“Nosotros hemos tratado de incluir a los jóvenes en nuestras reuniones, por ejemplo. O cómo abordar con ellos o qué cosas de la sexualidad quieren abordar, más que lo que nosotros vamos a presentar, por ejemplo nosotros les preguntamos a ellos qué cosas de la sexualidad quieren saber” (NL RM E1).

“Estamos haciendo teatro interactivo, donde abordamos temas donde ellos participan de la obra, ellos actúan de las palabras que ellos van diciendo, los sentimientos se hacen actuación, ellos critican la actuación, dan valores positivos, y se hizo con alrededor de 200 chicos del colegio desde 8 básico para arriba” (NL RM E3).

Estas acciones tienen como objetivo empoderar a los y las jóvenes y hacerlos/as partícipes de los procesos y la toma de decisiones en salud, para que de este modo asuman un rol activo y se incorporen en la planificación de la salud adolescente.

- ***Desinformación por parte de los y las adolescentes***

Vinculada a la anterior, los equipos de salud reconocen en los y las jóvenes una barrera asociada a la desinformación que tienen respecto a la oferta en salud que existe para su grupo etario en muchos centros de salud en la actualidad. Esto hace que muchos/as de ellos/as no conozcan las nuevas maneras de operar de los centros de salud con respecto a los jóvenes y, por lo mismo, se queden con imágenes del pasado vinculadas al exceso de burocracia y la obligatoriedad de ir acompañado/a por un adulto:

“Yo creo que vienen con susto seguramente porque piensan que van a tener barreras, que el cuento de que lo vea una matrona, por ejemplo. O sea, eso ya de partida no es agradable. O que vengan con una persona. Igual algunos me han dicho *pucha, yo pensaba que tenía que venir con alguien más*. Entonces, como que desconocen o están mal informados con el tema” (NL RM G1).

Esta barrera se relaciona con la anterior en el sentido que en la gran mayoría de los/as adolescentes pareciera no haber una actitud proactiva por acercarse a los centros de salud e informarse y preguntar por atención propia para ellos/as. Esto, porque en muchos casos los y las jóvenes no se conciben a sí mismos como sujetos de derecho que merecen una atención propia en tanto grupo etario.

Por otra parte, tal como se mencionaba anteriormente, por lo general los centros de salud tampoco establecen lazos con la comunidad, por lo que se genera una desinformación respecto a las acciones que se llevan a cabo, principalmente en materia de salud de adolescentes. No obstante lo anterior, cada vez existen más iniciativas que buscan vincular a los centros de salud con la comunidad, y se están estableciendo interesantes alianzas entre centros de salud y colegios, organizaciones comunales, entre otras.

- ***Percepción de invulnerabilidad por parte de los y las adolescentes***

Otra de las barreras que los equipos de salud identifican en los jóvenes tiene que ver con la percepción de invulnerabilidad que tiene este segmento. Pareciera que en los y las jóvenes está instalada la idea de que “a mí no me va a pasar”, lo que los hace sentirse alejados y ajenos a riesgos propios de su edad como lo son las ITS y los embarazos no planificados, entre otros.

“La etapa de la adolescencia uno vive el día a día, entonces no vas a pensar en que algo malo me va a pasar, nada, hay que vivir la vida” (NL RM E1).

“No se cuidan, *a mí no me va a pasar*, pero es típico del pensamiento adolescente. Es típico, *a mí no, a mí no me va a dar el SIDA, yo no voy a tener gonorrea, yo no voy a tener sífilis*. Hombres y mujeres de igual manera. No es desconocimiento” (NL RM E3).

“Yo creo que también interviene lo que es la etapa de la adolescencia que está como súper hombre, súper humanos, son invencibles. Cuando están en esa etapa de pensamiento concreto, que piensan en que nada les va a pasar” (NL RM E3).

“Generalmente no les interesa, no les preocupa el tema de enfermedades venéreas, no toman la conciencia de eso” (NL RM E8).

“El adolescente no asume fácilmente que tiene una sexualidad activa, no lo asume, entonces ellos piensan que al tener relaciones sexuales una sola vez y de cierta forma, ellos no se van a

embarazar o no les va a pasar nada, porque por una parte como que le quita la espontaneidad a su sexualidad el hecho de hacerlo público” (NL VR E11).

“El tema es por ser adolescente, por ser invulnerable” (NL VR E12).

“Pocos creen que van a quedar embarazadas, siempre creen que a ellas no les va a pasar, se cuidan a su manera, con sus métodos raros [...] El coito interruptus, que ellos le dicen “lo echo afuera” (NL VR E13).

“El cuento de la omnipotencia, de que *a mí no me va a pasar nunca; ah pero si yo llevo un año sin método. No me he embarazado, entonces, soy infértil. Ya estai lista, es infértil; y oye pero si has tenido suerte no más*” (NL RM G1).

- ***Falta de flexibilidad y adaptación al funcionamiento del sector salud por parte de la juventud***

Otra barrera que los equipos de salud reconocen desde los y las adolescentes está vinculada a una característica propia de este grupo etario que es la impaciencia, la búsqueda de la inmediatez, la falta de flexibilidad que demuestran para adaptarse a la burocracia propia de las instituciones, entre otras características.

Así, los equipos de salud sostienen que cuando los y las adolescentes se acercan a los servicios de salud, se muestran impacientes, apurados, exigiendo una atención inmediata, y si no es así, simplemente se van:

“La conformación típica del adolescente, que es como bien inestable de repente, impulsivo [...] Muchas veces se citan a control, no vienen, vienen cualquier día a pedir las cosas” (NL VR E10).

“Lo ven difícil, primero porque es desafiante, segundo porque es exigente, no le gusta que lo hagan esperar, el adolescente va apurado, entonces no le gusta esperar, que le pregunten muchos datos, que qué previsión tiene, dónde vives tú... eso no le gusta al joven, y menos le gusta que lo sienten con un montón de viejas en el medio a esperar que lo llamen a gritos, una hora, dos horas después de que llegó” (NCR RM E4).

Además, de acuerdo a los equipos de salud, los y las adolescentes se muestran reacios a seguir las reglas, lo que los confronta con la institucionalidad de salud, la cual se maneja con protocolos fijos y preestablecidos:

“No sirve, el adolescente se escapa a todas las reglas que uno le puede poner, y además que les molesta seguir reglas, por eso es bueno que los consultorios tengan flexibilizado un espacio y un horario para ellos” (NL VR E11).

“*Me van a poner muchos problemas, me van a pedir identidad, me van a pedir previsión, me van a pedir hora, etc. Entonces mejor no voy porque es muy engorroso el sistema; entonces, teniendo síntomas no expresa demanda, y lo otro no expresa demandas porque no tiene conciencia de síntomas*” (NCR RM E2).

Dadas las características propias de la juventud, varios de los/as profesionales de salud entrevistados sostienen que los centros de salud deben flexibilizarse y ser más empáticos con los y las jóvenes, otorgando algunos beneficios que sean propios para este segmento y que permitan retenerlos, principalmente a los adolescentes varones, que son el grupo donde más se presentan las situaciones recién descritas.

- ***Vergüenza frente a la atención de salud***

La vergüenza es, de acuerdo a varios/as profesionales de salud entrevistados/as, otra de las grandes barreras de acceso a los centros de salud que presentan los y las adolescentes. Esta vergüenza se da en diversos niveles: por un lado, vergüenza a ser vistos en los centros de salud por personas de su comunidad: parientes, vecinos/as, amigos/as. El hecho de toparse con personas conocidas hace que el y la adolescente se sientan expuestos y vulnerables, y como la infraestructura de los centros de salud no permite mucha privacidad, cuando los y las jóvenes van en busca de atención por temas de sexualidad esto queda en evidencia en las salas de espera o en farmacia, lo que genera rechazo en los y las adolescentes:

“Como que les da vergüenza” (NL RM E2).

“Los jóvenes no vienen acá por tema de vergüenza, porque si vienen acá se encuentran con la tía, la prima, algún familiar, o la señora que las conoces, hay un tema de privacidad en cuanto a ellos que no está resuelto” (NL VR E10).

“Yo creo que el grupo de los adolescentes lo que se dice hartos es que ellos les cuesta venir a los consultorios, tienen dificultad para acercarse a los consultorios, por un tema cultural, de que, *me va a ver la vecina, la abuelita, la tía, entonces a mí no me gusta ir*, yo creo por un estereotipo de que me van a tratar mal, me van a retar, todas esas cuestiones” (NL VR E12).

“Yo creo que igual acá se encuentran con gente; están viviendo la sexualidad y no tienen por qué encontrarse con la amiga, la vecina. Muchas mamás no saben, nosotros ingresamos acá adolescentes y las mamás, cuando las planificamos, siempre necesitamos un teléfono, preguntamos si en la casa saben para saber cómo llamarte, que hacemos, y muchos dicen que su mamá no sabe, entonces creo que eso para ellas venir para acá, sentarse, estar con la vecina, no debe ser cómodo. Encontrarse con conocidos y se sepa que está con algo tan íntimo como la sexualidad, para ellas venir acá es como decirle a todo el mundo “*sí, tengo sexo*” (NL RM E14).

“El adolescente va al médico avergonzado siempre” (NCR VR E4).

Además, está la idea que los centros de salud son espacios propios de mujeres y de gente mayor, por lo que los hombres jóvenes se sienten ajenos a éstos y, por ende, los evitan ya que les avergüenza ser vistos en espacios que consideran como femeninos:

“Sacan número aquí, allá, entonces eso ya es terrible y más encima yo que me ando escondiendo, que no me vean que me voy a inyectar un método anticonceptivo ¿te fijas?, entonces a ellos no les agrada, lo ven como pérdida de tiempo, algo desagradable venir al consultorio, no creo que les agrade venir al consultorio para nada. Y relacionan el consultorio con gente mayor, mujeres, muchas mujeres” (NL VR E13).

La instalación del horario diferido en varios de los centros de salud ha logrado contrarrestar en parte esta barrera, y ha significado un esfuerzo por parte de salud por adecuarse a las necesidades de los y las jóvenes. Aún así, pareciera que queda mucho camino por recorrer en este ámbito:

“La cultura juvenil no se rige por la de los adultos, ellos tampoco van a ir, y si eso significa además meterse a un espacio complicado, a un consultorio, donde lo van a ver, donde se expone. De ahí surge la idea de que algunos de los espacios para jóvenes deben ser no identificables, por decirle de alguna manera” (NCR RM E1).

Otro tema vinculado a la vergüenza por parte de los y las adolescentes tiene que ver con la atención misma en salud. Es decir, a muchos jóvenes les avergüenza asumir su propia sexualidad y más aún que el personal de salud los examinen por estos temas:

“Por otra parte está una barrera propia del proceso de crecimiento y producción de identidad, o sea son chicos que están construyendo su identidad y sienten vergüenza por su identidad sexual, por asumirse como seres sexuados, entonces no se quieren exponer a un juicio y no van a consultar; los van a mirar como seres sexuados y ellos, tienen un problema con eso, entonces no van a consultar” (NCR RM E2).

Esto se da principalmente en los hombres jóvenes quienes están poco acostumbrados a la atención en salud. Esto se potencia aún más cuando son atendidos por matronas, ya que consideran que es una atención que los feminiza y afecta de cierta forma su masculinidad.

- ***Barreras desde hombres adolescentes para acceder a los servicios de salud***

La gran mayoría de los equipos de salud entrevistados sostienen que los hombres jóvenes constituyen uno de los grupos sociales más difíciles de atraer a los centros de salud. Esto se debe a que culturalmente los hombres no han sido socializados para cuidar de su salud, sino más bien para exponerse a situaciones de riesgo. El cuidado de la salud es visto por los hombres jóvenes como un tema propio de las mujeres, del mundo privado, lo que los aleja de los centros de salud:

“Aquí siempre vienen mujeres a atenderse, más que los hombres; los hombres generalmente están en la casa o están trabajando, no tienen esa costumbre. La mujer ya sabe que desde chica ya se le estuvo trayendo al consultorio” (NL RM E2).

“Se nota que vienen más las niñas que los hombres. Es como, *como te vai a enfermar si eres hombre*” (NL RM E2).

“Me parece que está muy inserto en una población con unas características particulares, con un machismo hegemónico tradicional, donde los hombres, o sea, sólo vienen cuando son niños porque los trae la mamá con la enfermera, pero cuando ya son adolescentes se nos pierden, que es el tema que tenemos con los hipertensos, con los diabéticos, o sea, los hombres al consultorio no aparecen [...] en términos de la adolescencia hasta los 64 años los tenemos absolutamente perdidos” (NL RM E5).

“Es un tema de machismo que lo arrastran y lo arrastraran por (...) es un tema generacional, y porque se sienten sanos pues; porque el centro de salud todavía sigue siendo un centro de enfermedad, no se ve como centro de salud [...] A la farmacia, ese es el lugar de atención de los hombres jóvenes” (NCR VR E4).

“Lo que yo por lo menos veo, los hombres vienen más obligados, más que las mujeres. Lo que se ve en el box. Obligados por la mamá; y finalmente en grupo etario menor a 15 años. Son pocos adolescentes los que llegan, 18-17 años, ya como al finalizar ya la adolescencia, no llegan de esa edad. Finalmente más de 10 años, 14 años, obligados por la mamá; y que se quieren ir en el fondo” (NL RM G2).

“El hombre llega menos, y no solamente el adolescente; el niño y la niña va igual hasta los 5 años porque las mamás los llevan a vacunarse y que hagan su control de niño sano, después desaparecen, y la mujer empieza a ir cuando está embarazada, cuando necesita métodos

anticonceptivos, generalmente por eso. Y el joven no va como te decía. Va al establecimiento cuando esta viejito” (NCR VR E4).

Esta barrera cultural también se ve reflejada en la oferta de salud que tradicionalmente se ha establecido para los hombres jóvenes, la cual, de acuerdo a varias personas entrevistadas, se limita a la entrega de preservativos. Muchos equipos de salud dicen no saber qué más ofrecer a los hombres adolescentes ya que no cuentan con conocimientos y herramientas específicas para abordar a este segmento:

“Y además para ofrecerle a los hombres tenemos sólo los preservativos. Y culturalmente tampoco le agradan los preservativos” (NL RM G2).

Los centros de salud que cuentan con el Programa de Salud de los y las Adolescentes han hecho importantes avances en este campo, ya que han establecido criterios de atención para hombres jóvenes que van más allá de la entrega de preservativos. Aún así, se reconoce la existencia de barreras, muchas de las cuales ya se han mencionado anteriormente, por ejemplo, el hecho que los varones jóvenes perciben los centros de salud como espacios feminizados a los que acceden principalmente mujeres y en los que atienden también mujeres. Esto genera una barrera de género difícil de contrarrestar, ya que los hombres jóvenes sienten que los centros de salud no son espacios para ellos y que el acceder a éstos pone en juego su masculinidad:

“Los chicos creen que su masculinidad se pone en juego cuando entran a un espacio de mujeres y además sienten, porque la gente cree todavía estos temas, de que los homosexuales lo pueden agredir, si el que lo va a atender es potencialmente homosexual porque está dedicado a un ámbito de mujeres, me puede agredir entonces yo mejor no me expongo al riesgo” (NCR RM E2).

Esta resistencia se ve exacerbada en muchos hombres jóvenes cuando saben que los van a atender una matrona, ya que piensan que esta profesional es exclusiva para la atención de mujeres, por lo que verse enfrentados a esta situación delante de personas conocidas, especialmente pares, les genera vergüenza y los aleja de los centros de salud:

“Y de hecho, en el programa adolescente, cuando vienen jóvenes, cuando vienen niños, y les dicen *ya, los va a ver el médico, la asistente social, la nutricionista, la matrona*, como que abren los ojos así, o dicen *¡la matrona!* Y cuando yo los llamo, ya tanto, tanto, entre ellos se tiran tallas *ah, te va a ver la matrona*; así como que se tiran tallas porque como que es de risa que los vaya a ver una matrona si es hombre. Cuando entran yo les digo: *sabes que, aquí no vienen solamente embarazadas, también vienen niños que necesitan información, hombres, mujeres, de todo*” (NL RM G2).

“Yo sí siento que un joven que pregunta y le dicen te vamos a derivar con la matrona, ahí yo creo que sienten, *por qué me va a ver una mujer si yo soy hombre*, así lo percibo yo” (NL RM E4).

- ***Familias y redes de los y las adolescentes***

De acuerdo a varias de las personas entrevistadas, las familias y las redes de apoyo de los y las adolescentes son fuente de fuertes resistencias para que éstos/as accedan a los servicios de salud. Por una parte, se identifica la percepción de que los temas de educación sexual son de

responsabilidad de los colegios y no del sector salud. Esta noción no sólo la manejan los padres, madres y familiares, sino también muchos centros educacionales, los que se niegan a abrirse a que el sector salud entre a sus establecimientos para capacitar a los y las jóvenes. Además, hay colegios que se niegan a la educación sexual y la entrega de preservativos por parte del sector salud:

“Los padres piensan que la educación sexual es tarea de la escuela, y las escuelas piensan que es tarea de los padres” (NL RM E8).

“Los colegios, sí claro, así tal vez se abre la visión hacia el centro de salud, por los profesores, y lo mismo, digamos, en el trabajo con los apoderados, porque por ejemplo acá en el sector hay colegios que no dan el acceso a que uno vaya a hacer algún tipo de educación, o algo relacionado con la salud reproductiva” (NL VR E10).

“Muchos apoderados lo toman como que uno está incitando a los jóvenes a que tengan relaciones, eso yo lo he escuchado directamente de un profesor” (NL VR E10).

“Lamentablemente lo que ve uno es que los profesores tampoco están motivados en el tema, uno les dice que vengan, y uno les da el material a ellos y ellos lo transmiten a los alumnos, pero tampoco surge de ahí, igual sería una estrategia” (NL VR E13).

“Hay colegios que no nos permiten llevar anticonceptivos, puedes mostrar no más pero no regalar [...] en varios colegios, nosotros tenemos pocos colegios católicos. Por lo general no está bien visto por los profesores que nosotros llevemos anticonceptivos, y se repartan... uno usará condones y el resto no usará, entre sumando y restando ganaremos, pero tampoco es bien mirado que nosotros les llevamos así tanto a destajo, así que yo creo que no es un tema fácil para ellos” (NL VR E13).

Existen también otros agentes que construyen barreras, entre ellos autoridades como alcaldes que se niegan a la entrega de anticoncepción sin la autorización de los padres. Esto dificulta el quehacer de salud ya que muchos/as de los y las jóvenes se resisten a que sus padres y madres sepan que son personas sexualmente activas, lo que los aleja de los centros de salud:

“Hay alcaldes que han dicho que para la entrega de anticoncepción es obligación avisar o pedir autorización a los padres, pero salud no puede hacer de policía, no puede exponer a jóvenes a que sean agredidos por sus padres, a que sufran violencia, deben protegerlos” (NCR RM E1).

“Ahora los adolescentes cuando están en esta situación muchos me han dicho que no quieren que sus papás lo sepan, entonces yo les pongo en la ficha, sobre todo si llama la técnico paramédico, que los papás no saben que se cuida con algo, porque igual todavía para algunas familias es un tabú, cosa que no debería ser, no están abierto esto del usos de algún método anticonceptivo por ellos” (NL VR E11).

Otra resistencia es la que existe entre los padres y madres, quienes en muchos casos se niegan a aceptar que los/as hijos/as son sexualmente activos. Esto lleva a que en muchas ocasiones se invisibilice esta realidad por lo que la sexualidad de los y las jóvenes se transforma en un tema tabú, silenciado.

“Yo diría que muchas veces, la mayoría de las veces, porque primero ellos tienen la mentalidad basada en que si la chiquilla no llega virgen al matrimonio, es un verdadero caos [...] Pero pedir a una lola de 15 años que no tenga actividad sexual, no se va para ninguna

parte con ese pensamiento. Después también está el problema de que los papás no le dan importancia al tema, solamente cuando ya tienen el problema encima” (NL VR E11).

“Está el tema de que la sexualidad es un tabú, no está permitido, hay casas en las que no se toca el tema, son muy pocas mamás, contadas con las manos que hablan del tema, que me traen a la hija para que pueda venir con amigas, son pocas las mamás, en general pasan en la casa, en el colegio” (NL VR E13).

“Cuando le preguntamos *tiene una hija de 18 años y pololea, si pololea, ¿y se cuida? ¿Por qué se va cuidar si no tiene relaciones sexuales!*, entonces no está integrado eso, cuesta pero, *piense usted, acuérdesse que los jóvenes han cambiado, sí en realidad se la voy a traer*, pero hay que convencer a la mamá, y a escondidas del papá” (NL VR E13).

“Yo creo, de pronto, a lo mejor puede sonar bien tirado de las mechas, pero yo creo que los papás a veces son los que más dificultan. Porque no hay... pero no porque no los dejen venir, sino porque no está la confianza para que ellos le digan mira, *estoy viniendo al control, voy a ir a la matrona*, qué sé yo. No existe eso” (NL RM G1).

Incluso hay familias que les quitan los métodos anticonceptivos a los y las adolescentes, entre otras acciones que hacen retroceder los avances logrados por los equipos de salud:

“Le botan las pastillas, se enojan con ellos, son muy cerrados y siempre se comparan con sus hijos (“en mis tiempos...”)” (NL RM E8).

Por otra parte, hay familias que comparten la noción instalada entre muchos/as de los y las adolescentes sobre el embarazo adolescente como un proyecto de vida, lo que genera una importante barrera ya que son, en muchos casos, las propias familias las que apoyan el que los y las jóvenes no se cuiden en sus relaciones sexuales:

“Familias orgullosas que sus hijas adolescentes van a tener hijos. Son familias de riesgo por lo tanto no conocen otra cosa” (NL RM E8).

- ***Adolescentes inmigrantes***

Por último, una barrera presente en nuestro país pero invisibilizada tiene que ver con adolescentes inmigrantes. Hasta la fecha es escaso el conocimiento que el sector salud tiene sobre este segmento -cada vez más grande en el país-, por lo que representan un nuevo desafío para los equipos de salud ya que implica introducirse en lógicas diferentes y en la tarea de derribar barreras particulares que estos grupos presentan:

“Si tú entiendes la lógica del inmigrante, viene primero el varón, después trae la mujer y al último trae a los niños. Entonces los niños que son chicos han nacidos acá generalmente. Entonces, después vienen o están encargados con las abuelas” (NL RM G1).

“Entonces son gente con hartas necesidades, pero sabes que vienen como bien (...) Bueno, yo tengo hartas adolescentes en una estación médica en particular en donde se arrienda mucha pieza entonces hay mucha población peruana más que nada, entonces vienen de la selva, de lugares bien rurales, entonces, sí, cuesta mucho. A mí me ha costado ene como contextualizarlos y ordenarlos y enseñarles los métodos” (NL RM G1).

“En el fondo son gente que está indocumentada. Son gente que viene llegando recién, entonces si uno le va a ofrecer una atención de salud la acogen súper bien en realidad. No le van a hacer el quite. Así que llegan fácilmente” (NL RM G1).

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio se ha centrado en identificar las barreras de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSR) para población adolescente. A lo largo del estudio, se ha analizado tanto la literatura sobre el tema, como las percepciones de equipos de salud que trabajan en atención de SSR. En este último capítulo, se ordenan las **barreras detectadas** y se proponen **recomendaciones para facilitar el acceso de adolescentes a los servicios de atención en salud sexual y salud reproductiva**.

Resulta relevante comentar que los estudios revisados y la información recogida en terreno presentan una gran coherencia temática, en cuanto los ejes problemáticos identificados son muy similares. Por una parte, en la revisión de la literatura se han identificado las múltiples barreras que enfrentan adolescentes en su acceso a servicios de SSR, y aquellas que enfrentan los proveedores en la atención al mismo grupo etario. Los resultados de las diferentes investigaciones revisadas, a pesar de utilizar diferentes metodologías y tipos de muestras, tienden a ser consistentes. Los y las adolescentes estudiados en Chile confirman que para ellos/as son importantes los aspectos que la literatura internacional y nacional indican como recomendaciones para el desarrollo de servicios de atención de salud amigables, entre los cuales se cuentan horarios diferidos para la atención a adolescentes, espacios en lo posible exclusivos para ellos/as y con ambientes acogedores, y especialmente que se respete la confidencialidad de la atención. Por otra parte, las opiniones y percepciones de profesionales y equipos de salud coinciden con las ideas centrales recogidas desde la literatura internacional y nacional. En este sentido, las conclusiones que revisaremos a continuación no levantan temáticas nuevas, sino más bien vienen a reforzar lo que se ha dicho desde distintas perspectivas y con diversos énfasis en estudios anteriores.

Siguiendo los objetivos del estudio, las conclusiones se centran en las barreras de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva para población adolescente, sin relevar los avances producidos en la materia en nuestro país en los últimos años. Por ello, antes de entrar en las barreras detectadas, es importante mencionar ciertos hitos. En primer lugar, se cuenta con el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, que si bien es un programa con pocos recursos y profesionales asignados, ha tenido un importante desarrollo debido al esfuerzo tanto del equipo del Nivel Central como de los equipos locales. Desde el Nivel Central se ha dirigido un esfuerzo por instalar recomendaciones y procedimientos para la atención a adolescentes, que, si bien aun no cuentan con la categoría de norma técnica como las de los otros programas de salud, constituyen un gran avance. El documento “Atención Adolescente: Componente Espacios Asequibles en APS para Atención de Salud de Adolescentes”, se constituye en el instructivo para la implementación del programa en 54 centros de 54 comunas a lo largo de todo el país. Este documento integra en sus lineamientos las recomendaciones internacionales sobre atención amigable hacia adolescentes, basándose en los principios de equidad, derechos, desarrollo humano, enfoque biosicosocial con énfasis en la familia y la comunidad,

continuidad de la atención y de los cuidados de la salud, prestación de servicios integrados, responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y comunidad, participación social y de adolescentes, promoción de la salud e interculturalidad. El documento plantea que los espacios amigables constituyen un cambio cualitativo en la atención a adolescentes, que se diseña en base a dos elementos centrales: la extensión horaria para la atención a adolescentes, y la focalización de estos espacios de interacción y atención orientados específicamente a adolescentes de 10 a 19 años de edad. Al revisar el documento, se constata que muchos de los elementos que aparecen como barreras en el presente estudio ya han sido considerados e integrados en los Espacios Amigables, buscando formas posibles de solucionarlas. En este sentido, si bien este instructivo incorpora los elementos necesarios para una atención integral a adolescentes, muchas de las barreras que se identifican en la ejecución de la política y programa se vinculan con dimensiones culturales –tanto a nivel macrosocial como en las propias culturas locales de los centros de salud- sobre las maneras de definir, tratar y atender a adolescentes.

En el Nivel Local, también es necesario destacar que han habido grandes avances, en especial en los centros de salud donde se ha instalado el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes junto con los Espacios Amigables, y que los éxitos conseguidos se vinculan al esfuerzo de equipos locales comprometidos con la temática, que han adecuado de formas creativas la atención para adolescentes, a pesar de las barreras de tipo económico, administrativo, burocrático, etc., con que se encuentran a diario. Si bien las experiencias varían mucho en términos de calidad entre diversos contextos y centros de salud, hay un trabajo acumulado que sin duda va dando frutos. En este sentido, son muchos los equipos que han sido capaces de adaptar las normativas ministeriales a sus contextos locales de trabajo, desarrollando innovadoras actividades y modelos para la atención a adolescentes.

Además de los antecedentes recién mencionados, es importante mencionar la ley 20.418 recientemente promulgada, la cual fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Puede que sus efectos no se vean de inmediato, pero por su carácter de ley debería ser acatada.

Planteado lo anterior, es importante insistir en que muchas de las barreras que se mencionan a continuación ya han sido “abordadas” por el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, pero se trata de lineamientos muy recientes que se topan con las estructuras ya instaladas para la atención de salud adolescente. Estas estructuras operan tanto desde el sector salud hacia la comunidad como en sentido inverso. También es relevante recordar que, por una parte, la mayoría de los estudios nacionales revisados, si bien datan de los últimos años, son anteriores a la implementación de los Espacios Amigables, y, por otra, que las entrevistas realizadas en el marco del presente estudio a profesionales de salud fueron efectuadas en centros de salud donde está y donde no está instalado el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes. En este sentido, el objetivo del presente estudio es el de sistematizar las barreras en la atención a adolescentes en los temas de salud sexual y reproductiva, más que evaluar el programa en sí mismo. De ahí que muchas de las barreras, como ya se mencionó, levanten problemas que el mismo programa ya está intentando subsanar.

Las barreras detectadas se organizan de la siguiente manera:

-Barreras del Sector Salud: Nivel Central

-Barreras del Sector Salud: Nivel Local

-Barreras en Adolescentes para acceder a los Servicios de SSR

A continuación se describen las barreras detectadas dentro de cada uno de estos niveles, y luego se proponen recomendaciones para superar dichas barreras.

IV.1. Barreras

- **Barreras del sector salud: Nivel Central**

Se identifican una serie de barreras en la revisión de la literatura internacional y nacional, y en las entrevistas realizadas a profesionales de atención de salud, que provienen del Nivel Central del sector salud, es decir, que se reconocen como barreras “estructurales” del sistema de salud, en oposición a las barreras más vinculadas a las problemáticas locales de la atención en SSR. Si bien ambos niveles -el Central y Local- se interrelacionan, se propone una distinción analítica con el fin de organizar la información.

Cabe destacar que, tal como se comentó en el inicio del capítulo de conclusiones, si bien el Gobierno ha realizado avances recientes en las normativas para la atención de SSR a adolescentes, y muchos de los temas que surgen como barreras ya están siendo abordados, existen una serie de barreras que los equipos de salud continúan mencionando. En el caso del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, el instructivo para la implementación de los Espacios Amigables (documento “Atención Adolescente: Componente Espacios Asequibles en APS para Atención de Salud de Adolescentes”), si bien recoge muchas de las demandas de los equipos locales de atención de salud e integra las recomendaciones internacionales en la materia, aun no es conocido masivamente en el sector salud, y se encuentra en una etapa reciente de implementación. Es importante mencionar que los equipos locales que conocen y utilizan el documento lo consideran un gran avance, pero sostienen que aun carece de la especificidad necesaria para la atención a adolescentes. En este sentido, consideran que el documento aborda el enfoque general esperado en la atención, pero no así los pasos e instrucciones específicas que se deben aplicar en la atención a adolescentes. Esto es relevante al ser analizado en el contexto de la atención biomédica de nuestro país, donde el personal está acostumbrado a contar con normas técnicas y guías muy específicas sobre los procedimientos a ser aplicados en cada programa de salud. Por tanto, un Programa que deja mucho espacio a la innovación de los equipos locales puede resultar de difícil comprensión y aplicación.

Las barreras no se refieren sólo al Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, sino que también se vinculan con el Programa de Salud de la Mujer y a ciertos enfoques que el sector salud comparte con respecto al abordaje que hacen de la población adolescente, independientemente del programa desde el cual se atiende a este grupo etario. Aquí se

detectan una serie de problemas en el trabajo coordinado entre los programas de salud desde los cuales se atiende a adolescentes, mostrando debilidades en la cooperación intrasectorial.

Sumado a lo anterior, se detectan una serie de barreras derivadas del escaso trabajo intersectorial que existe entre salud y otros sectores para trabajar con población adolescente. Esta carencia no es exclusiva del sector salud, y se reconoce como una problemática transversal a los diversos sectores. En el trabajo intersectorial con adolescentes, si bien el sector educación aparece como el más mencionado y necesario de integrar, aparecen otros sectores que podrían constituirse en aliados estratégicos, como deportes, planificación, trabajo y vivienda, entre otros sectores que si bien no se vinculan directamente con temáticas de SSR, sí inciden en la vida de los y las jóvenes y, por ende, impactan en su salud. Esto implica también una superación del “monopolio” que ha tenido el sector salud en las temáticas de SSR en el país, y el reconocimiento de las determinantes sociales que inciden en las condiciones de salud de la población.

En cuanto a las temáticas para trabajar desde el intersector, la que más se menciona es la de educación sexual, considerada una deuda en nuestro país. En este sentido, los testimonios recogidos y la literatura revisada son consistentes en la importancia de contar con programas de educación sexual desde la adolescencia temprana.

En el trabajo intersectorial, es importante destacar que a Nivel Local aparecen diversas iniciativas de trabajo coordinado impulsadas desde centros de salud con escuelas de las mismas comunas y con agrupaciones juveniles de diversa índole (religiosas, de trabajo comunitario, deportivas, culturales, entre otras). La percepción del personal de salud es que estas acciones derivan de un trabajo local que no cuenta con mayor apoyo desde el Nivel Central. Así, si bien es relevante que cada contexto local genere sus propias redes de trabajo fuera del sector salud, ello se podría potenciar con una mayor cooperación y coordinación intersectorial desde el Nivel Central.

También se detectan barreras en los ámbitos de participación ciudadana, en el sentido de que se reconoce que existen escasas instancias de participación de los/las propios adolescentes y de sus comunidades en el diseño, ejecución y monitoreo de las acciones de salud que se dirigen hacia ellos y ellas.

BARRERAS DE SECTOR SALUD: NIVEL CENTRAL

- **Escasa coordinación intersectorial en el trabajo con adolescentes y falta de normativas gubernamentales que regulen el trabajo intersectorial con adolescentes.**

Es importante destacar que el artículo 1° de la ley 20.418 sostiene que “los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informen de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados,

de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados”. Con esto, se reconoce un avance en materia de intersectorialidad, y se espera que con el tiempo se incluya también a otros sectores.

- **Escasa coordinación y planificación intrasectorial en el trabajo con adolescentes desde el Nivel Central.** Esto dificulta el diálogo y la cooperación entre los diversos programas dentro del sector salud ya que cada uno opera de manera autónoma y los/as profesionales responden sólo a un programa. Esto se evidencia por ejemplo, en el caso del Programa de la Mujer y el Programa de los y las Adolescentes y Jóvenes, donde si bien desde el Nivel Central se generan estrategias de acción conjuntas, éstas no bajan a los niveles locales, lo cual perjudica la atención a adolescentes ya que son los dos programas que más se vinculan con población joven a Nivel Local.

- **Enfoques reduccionistas respecto de la salud sexual y salud reproductiva.**

-Salud adolescente asociada a prevención y atención del embarazo adolescente, con foco en mujeres: las necesidades en salud sexual quedan invisibilizadas y la atención a adolescentes se vincula principalmente a temas de maternidad.

-Carencia de enfoques y programas para trabajar con hombres en salud sexual y salud reproductiva.

- **Instalación de Modelo de Atención de Salud Familiar genera incertidumbre** frente a la escasa visibilización que permite de las necesidades específicas de la población adolescente; y al hecho de que al ser el grupo familiar atendido por el mismo equipo de salud, se puede ver comprometida la confidencialidad de la atención a adolescentes.

- **Barreras propias del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes:**

- Falta de definición y voluntad política que le otorgue mayor relevancia al Programa al interior del Ministerio de Salud. Si bien ha habido ciertos avances en esta dirección, no ha habido una continuidad en el reconocimiento político del Programa.

-El Programa no ha logrado alcanzar una 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.

-Los/as encargados/as del Programa en los Servicios de Salud no cuentan con el mismo reconocimiento y beneficios que aquellos/as de otros programas de salud; la mayor parte de las veces suman a su asignación de cargos ya establecida esta nueva responsabilidad y no pueden dedicar tiempo de calidad al Programa.

- A lo anterior se suma que no existe una supervisión efectiva por parte de los/as encargados/as del Programa en los Servicios de Salud, lo que se traduce en pérdidas de recursos del Programa, entre otras consecuencias.

-Las personas que se encargan comunalmente del programa tampoco cuentan con

beneficios económicos por dicha tarea.

-Problemas de acceso a recursos y financiamiento de las acciones en torno a la salud de adolescentes. Administración municipal de los recursos entorpece el trabajo pues muchas veces los recursos no llegan a tiempo al Nivel Local. Además se advierten diferencias en las asignaciones económicas entregadas a profesionales asignados al Programa entre diferentes centros de salud. Esto produce sensación de falta de una política clara y equitativa entre los/as profesionales del Programa.

-Comunicación poco fluida entre Nivel Central y Local: equipos locales sienten una especie de abandono de los niveles superiores, y consideran que muchos de sus logros dependen de su propio esfuerzo y constancia más que de acciones integrales y coordinadas.

- Falta de difusión de los beneficios que ofrece el Programa a la población. Falta transparentar la información y generar canales de socialización de la información que estén a disposición de las personas, como sitios web, etc.

- **Barreras propias del Programa de Salud de la Mujer:**

-Se trata de un Programa con foco exclusivo en las mujeres, especialmente en cuanto a su salud reproductiva, por lo cual se invisibiliza al sujeto masculino y, a la vez, a otros ámbitos de la sexualidad femenina.

-Enfoque de género limitado en los lineamientos del programa, pues no considera las estructuras relacionales del concepto y no involucra a los hombres.

-Profesionales que atienden desde este Programa no priorizan la atención a adolescentes pues no se traduce en metas ni 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. Cabe destacar la actual creación de consejos consultivos con jóvenes, proyecto piloto que aún no se implementa pero que está en etapa de diseño.

- **Poca difusión de la programación y acciones de salud a realizar con población adolescente**, lo que hace que la opinión pública desconozca los avances que se han generado en esta área en los últimos años.

- **Barreras del sector salud: Nivel Local**

Las barreras que se enuncian a continuación se identifican tanto en la literatura revisada como en las entrevistas realizadas a personal de atención de salud. Con respecto al personal de salud, es importante mencionar que las barreras se identifican en distintos grados o con distintos matices entre los diferentes centros de atención y entre los diversos profesionales entrevistados. Usualmente las barreras se encuentran menos presentes en los centros de salud que cuentan con la instalación del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes y de los Espacios Amigables, sin embargo, esto último no garantiza que haya una

atención más adecuada a adolescentes que en aquellos donde el programa no está presente. Como se comentó a lo largo del análisis, resulta también relevante el hecho de que hay barreras personales en los/as profesionales de salud que atentan contra los lineamientos de atención integral a adolescentes. En este sentido, hay profesionales que en conocimiento de los lineamientos de atención a adolescentes, deciden no seguirlos por motivos de índole personal.

De esta manera, las barreras que se presentan a continuación incluyen tanto aspectos estructurales y administrativos propios del Nivel Local del sector salud (infraestructura de los establecimientos, recursos humanos, burocracia, entre otras), como factores vinculados a las creencias, valores y percepciones que el personal de atención de salud tiene respecto a los y las adolescentes y su atención de SSR. Es importante subrayar estos diferentes elementos que forman parte de las barreras del Nivel Local ya que en su conjunto (barreras de infraestructura, recursos humanos, burocracia, etc., más las barreras personales de los equipos de salud) dan cuenta de la “cultura” particular que se despliega en cada centro de salud, cultura que adquiere dinámicas específicas que son difíciles de transformar a través de normativas ministeriales. Esto, debido a que conllevan formas de operar que ya están instaladas en cada uno de los centros de salud y en el personal de atención. Por esto, parece fundamental identificar estas barreras para desde ahí idear estrategias de superación de éstas que vayan más allá de los aspectos meramente normativos, y que impliquen cambios en la cosmovisión que el personal de salud tiene respecto a jóvenes y adolescentes, y sus procesos de salud sexual y salud reproductiva.

Cabe destacar que a partir de las entrevistas realizadas a profesionales que trabajan con adolescentes y jóvenes, fue posible distinguir, por un lado, a aquellos que mantienen una visión más tradicional y más rígida respecto a la atención de jóvenes -en la que predomina una visión asistencialista- lo que genera un abismo entre las expectativas de atención de adolescentes y aquello que los/as profesionales están dispuestos a ofrecer. Por otro lado, se identifican equipos muy abiertos a implementar nuevas estrategias de atención y con muchas ganas de incorporar a los/as adolescentes y jóvenes a los centros de salud, en tanto sujetos de derecho y sujetos activos en el cuidado de su salud sexual y salud reproductiva. De esta manera, se puede sostener que no existe un único perfil de profesional que atiende a adolescentes y jóvenes, y cada vez impera con mayor fuerza la tendencia a encontrar profesionales abiertos y con la motivación de generar cambios en la manera de abordar a los/as jóvenes.

Ahora bien, en general ambos grupos de profesionales se encuentran con barreras similares para ejercer su labor profesional con adolescentes y jóvenes: por un lado, barreras ligadas a la falta de formación y capacitación para abordar a jóvenes y adolescentes; por otro, barreras que imponen las instituciones locales (municipalidades y Servicios de Salud especialmente) al, por ejemplo, no entregar los recursos a tiempo para los/as profesionales a cargo de la atención a adolescentes en los centros de salud, no disponer de personas encargadas que velen por los recursos para atención a adolescentes, entre otros temas. Esto hace que el trabajo de estos/as profesionales se vea obstaculizado por barreras administrativas y que finalmente sea la población joven y adolescente la más afectada por estos hechos. Por otra

parte, las barreras propias de los centros de salud también entorpecen el trabajo de los/as profesionales, por lo que identificar cada uno de estos niveles de barreras se hace indispensable a la hora de pensar en estrategias de innovación en atención adolescente.

Las barreras que se identifican en el Nivel Local son las siguientes:

BARRERAS DE SECTOR SALUD: NIVEL LOCAL
<ul style="list-style-type: none"> • Voluntades políticas locales (municipales y de directivas de centros de salud) pueden interferir en el trabajo de equipos de atención de adolescentes: se identifica que en algunos centros de salud las autoridades locales entregan instrucciones de atención a adolescentes que atentan contra las normativas del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, por ejemplo, relacionadas a la no entrega de métodos anticonceptivos. En estos casos, los/as profesionales que atienden a adolescentes temen las consecuencias de actuar en disconformidad a las instrucciones recibidas de parte de sus autoridades locales.
<ul style="list-style-type: none"> • Falsa percepción en funcionarios/as de centros de salud de que profesionales del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes deben absorber toda la demanda y cubrir todas las necesidades de la población adolescente, cuando el Programa está diseñado para operar como puerta de entrada de los/as adolescentes al sector salud, quienes debieran ser atendidos por el conjunto de profesionales y programas que operan en cada centro.
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo parcializado entre estamentos profesionales, administrativos y técnicos al interior de los centros de salud asignados a diferentes programas de salud y con asignación de diversas funciones; lo que lleva a una carencia de acciones coherentes en la atención a adolescentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Poca flexibilidad de profesionales que atienden a adolescentes para adaptarse a culturas juveniles y “salir” del territorio de salud: si bien el instructivo sobre Espacios Amigables aclara que dichos espacios pueden implementarse fuera de los centros de salud, existe una cultura instalada de que las prestaciones de salud ocurren dentro de territorio estrictamente “médico”. Los equipos de salud, si bien realizan acciones de difusión fuera de los centros de salud, en general no entregan prestaciones de salud a adolescentes fuera de ellos.
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras burocráticas en el ingreso de adolescentes a la atención: solicitud de carnet de identidad u otros documentos, exigencia de estar inscrito/a en el centro, solicitud de toma de hora para la atención (lo que difiere la atención y puede implicar que ese/a joven no regrese), solicitud de acreditación de previsión (que en muchos casos debe ser solicitada a los padres), exigencia de acompañamiento por adultos. Todos estos procedimientos, que varían enormemente entre distintos centros, atentan contra la confidencialidad de los/as adolescentes y su atención oportuna. Esto, a pesar de que la instrucción desde el Nivel Central es la de no solicitar documentos a los/as adolescentes y entregar una atención inmediata.

- **La infraestructura y disposición espacial de los centros de salud atenta contra la intimidad, privacidad, anonimato y confidencialidad de la atención a adolescentes:**

- falta de señalética y/o de espacios diferenciados para atención a adolescentes;
- necesidad de pasar por recepción o ingreso común, y de esperar la atención en espacios y salas comunes con todas las áreas de atención de salud (lo que expone a los/as adolescentes a ser vistos);
- ser llamados/as en voz alta por personal de atención que los expone a ser vistos y saber quiénes los van a atender (matrón/a);
- entrega de medicamentos y métodos anticonceptivos a través de farmacia.

- **Horarios y tiempo de atención poco flexibles y no adaptados a necesidades de adolescentes:**

- horarios de atención coinciden con horarios de clases de adolescentes (en centros de salud sin la implementación del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes);
- duración de consultas es muy breve para satisfacer necesidades de adolescentes;
- tiempo de dedicación de personal de salud para atender adolescentes es insuficiente: por una parte, personal de salud no prioriza atención a adolescentes por no estar asociada a metas o beneficios económicos; y por otra, en los centros donde hay personal con dedicación horaria para adolescentes, cuentan con pocas horas a la semana lo que les impide dedicar todo el tiempo que consideran sería ideal para entregar una atención adecuada a las necesidades de adolescentes;
- gran parte del tiempo de personal de atención de salud se debe dedicar a completar formularios y fichas que requieren de una gran dedicación horaria –siendo varios de estos procedimientos considerados innecesarios por el personal de salud- lo que resta tiempo a la atención cara a cara con adolescentes.

- **Problemas en recursos humanos asignados a la atención de adolescentes:**

- personal de salud insuficiente para implementar de manera óptima las acciones destinadas a adolescentes;
- alta rotación de personal asignado a la atención de adolescentes, lo que hace que equipos ya entrenados en el funcionamiento y orgánica del Programa sean reemplazados/as por personal que no lo está, perdiendo continuidad en el modelo de atención.

- **Falta de formación y capacitación de los equipos de salud para atender adolescentes en un enfoque diferente al de riesgos, en temas de:**

- culturas juveniles, para facilitar el encuentro entre la atención de salud y las características propias de adolescentes y jóvenes;
- enfoque de género y masculinidades;

<ul style="list-style-type: none"> -protocolos de atención a adolescentes hombres; -comunicación efectiva y desarrollo de habilidades vinculares; -legislación vigente para atención a adolescentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Definiciones rígidas sobre adolescencia y SSR en equipos de salud: <ul style="list-style-type: none"> -población adolescente considerada como problemática, clasificados como sujetos de riesgo social; -salud sexual y reproductiva entendida como tema que compete principalmente a personas sexualmente activas, especialmente mujeres; - salud sexual y reproductiva concebida como sinónimo de salud reproductiva, y en el caso de adolescentes, de embarazo adolescente; -percepción de que el embarazo adolescente es una realidad inmutable, y de que ninguna acción que se emprenda contribuirá a disminuir sus índices.
<ul style="list-style-type: none"> • Resistencias y prejuicios personales de parte de personal de salud en la atención a adolescentes, valores y creencias del personal de atención que atentan contra los derechos de adolescentes de recibir una atención adecuada y a tiempo: <ul style="list-style-type: none"> -desaprobación sobre iniciación sexual temprana que se traduce en recriminaciones, bromas, y/o malos tratos hacia adolescentes durante su atención y cuando van solicitar información, métodos anticonceptivos; y en la atención de embarazo y parto; -no entrega de métodos anticonceptivos o entrega de información incompleta que no permite a los y las adolescentes prevenir adecuadamente un embarazo no planificado o ITS; -incapacidad de personal de reconocer estas barreras de índole personal y derivar a adolescentes a otros profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a hombres jóvenes presenta especiales barreras: <ul style="list-style-type: none"> -falta de formación universitaria/técnica y de capacitación en atención a hombres; -percepción de que hombres sólo requieren de la entrega de preservativos y que no existen otros ámbitos de salud sexual y salud reproductiva que les competan; - prejuicios de personal de salud con respecto a su atención. Algunos proveedores prefieren no ofrecer atención a los hombres porque se sienten incómodos conversando sobre asuntos de salud sexual y salud reproductiva con ellos y porque ello podría desviar recursos para atender a las mujeres y poner en peligro la calidad y disponibilidad de esos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras en la entrega de anticoncepción: <ul style="list-style-type: none"> -entrega en farmacia (exposición de los/as adolescentes frente a la comunidad); -falta de entrega inmediata de métodos;

<p>-en algunos centros de salud, entrega de preservativos sólo a hombres;</p> <p>-restricciones en edad de adolescentes a quienes se les entregan (a menores de 14 años la mayoría de las veces se les exige consentimiento de adultos, a lo que se suman restricciones legales de tener que denunciar ante posible situación de abuso).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras de índole personal: varias de las barreras anteriores tienen que ver con el criterio del personal de salud, con los valores y las creencias de los/as proveedores/as de salud, los que en algunos contextos no coinciden con las indicaciones ministeriales, lo que afecta directamente la atención de los/as jóvenes.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de insumos, principalmente preservativos y métodos anticonceptivos.
<ul style="list-style-type: none"> • Confusión, desconocimiento y miedo de los equipos de salud acerca de las leyes para atención a menores de 14 años, y de las repercusiones que dicha atención pueda tener en sus carreras.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de difusión al Nivel Local de las acciones programadas por el Nivel Central: percepción de que la información no circula desde el Nivel Central al Local, que ésta no llega a los/as profesionales, que solo llega a los/as encargados/as de programa pero no baja hasta los equipos de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Escasa vinculación de salud local con el medio.
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras desde otros sectores para incorporar acciones de SSR dirigidas a adolescentes: por ejemplo, algunas escuelas no reciben acciones de salud en la temática por sus orientaciones religiosas, políticas o de otra índole; lo que dificulta las acciones en red que tratan de impulsar algunos centros de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de difusión de acciones dirigidas a adolescentes.

- **Barreras en adolescentes para acceder a SSR**

Tras identificar las barreras que emanan desde y hacia el sector salud, a continuación se presentan aquellas barreras detectadas en la población adolescente y que dificultan su acceso a los servicios de atención en salud sexual y salud reproductiva. Al igual que en los niveles anteriormente descritos, las barreras se identifican tanto desde la literatura especializada en la temática, como desde las percepciones que los equipos de salud tiene sobre esta temática.

Las barreras que se identifican en adolescentes y jóvenes derivan tanto de las propias construcciones identitarias de este segmento, como de la reproducción de las estructuras que se identifican en la sociedad mayor. En este sentido, por ejemplo, una serie de barreras presentes en los adolescentes hombres para acercarse a la atención de salud sexual y salud reproductiva se vinculan directamente con las construcciones sobre masculinidad y salud presentes en la sociedad en su conjunto.

Las principales barreras identificadas para que los/as jóvenes y adolescentes se acerquen al sector salud provienen de ámbitos culturales, entre ellos, la construcción de identidades propias de la juventud donde impera la noción de invulnerabilidad, y la sobrevaloración de la maternidad adolescente, idea que está presente tanto entre los y las jóvenes, como entre sus padres y madres, los que alientan a la reproducción del círculo del embarazo juvenil en las familias. Por otra parte, nociones propias de la construcción de la identidad de género en adolescentes y jóvenes también están muy presentes en las barreras identificadas, por ejemplo, la idea que los centros de salud son espacios femeninos y que los hombres poco o nada tienen que hacer ahí. En las mujeres jóvenes, impera la noción que la SSR está estrechamente vinculada al embarazo, particularmente al control del mismo, y no a la prevención de éste y de temáticas de sexualidad más amplias que la reproductiva.

Los/as profesionales de salud en muchas ocasiones asumen una postura que atribuye las problemáticas descritas a contextos culturales que superan su quehacer, percibiendo así que son muy difíciles de superar. Esto deja entrever toda un área de intervención posible con los/as profesionales de la salud, en el sentido de empoderarlos/as y entregarles herramientas específicas para que contribuyan en la tarea de superar estas barreras culturales, y para que sean agentes activos en el proceso de cambio en la cosmovisión que tienen los/as jóvenes con respecto a la salud sexual y salud reproductiva.

Ahora bien, se perciben otras barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes que son propias del sector salud, entre ellas la infraestructura y disposición física de los centros de salud, la calidad de atención que reciben por parte de los/as profesionales, entre otros elementos que incumben principalmente al sector salud, y no sólo a la cultura particular en la que están insertos los y las jóvenes. De este modo, se identifica que la superación de las barreras identificadas en los y las jóvenes conlleva un cambio tanto en el segmento juvenil, como en el sector salud; sólo así se podrán construir caminos de encuentro entre ambas partes.

BARRERAS EN ADOLESCENTES PARA ACCEDER A SSR
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes no se reconocen como sujetos de derecho y, por ende, no ven a las instituciones como entidades al servicio de ellos/as, sino como orientadas al público adulto. Esto hace que en muchos casos los y las adolescentes se automarginen de los centros de salud ya que no se sienten con el derecho a utilizarlos (construcción cultural propia de una sociedad adultocéntrica).
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de los servicios de SSR como espacios pertinentes solamente para adolescentes sexualmente activos, y no como espacios de orientación y consejería.
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de falta de adaptación del sector salud a “cultural juveniles”, identidades y dinámicas propias de la adolescencia. Los y las adolescentes se sienten poco comprendidos por el sector salud, y no perciben a los espacios de salud como propios u orientados a sus necesidades.

- **Barreras en las actitudes y comportamientos de adolescentes:**

-Falta de flexibilidad y adaptación al funcionamiento del sector salud por parte de adolescentes; impaciencia, búsqueda de la inmediatez, falta de flexibilidad para adaptarse a la burocracia propia de las instituciones, dificultad para seguir reglas (lo que los confronta con la institucionalidad de salud, la cual se maneja con protocolos fijos y preestablecidos).

-Vergüenza frente a la atención en salud de parte de adolescentes: vergüenza a exponer aspectos de su vida íntima y a reconocer frente a adultos el inicio de su vida sexual; vergüenza a ser vistos en los centros de salud por personas de su comunidad; vergüenza por asumir su propia sexualidad y más aún que el personal de salud los examine por estos temas; miedo o temor a ser discriminados por su edad en los centros de salud, o por sus pares al saber que asisten a los servicios; en los hombres, vergüenza de ser atendidos por personal femenino (especialmente matronas), y de ser atendidos en espacios femeninos o feminizados (lo que puede cuestionar su masculinidad);

-Percepción de invulnerabilidad por parte de adolescentes frente a riesgos como el embarazo no planificado y las ITS (“a mí no me va a pasar”).

- **Barreras desde hombres adolescentes para acceder a servicios de SSR:**

-Socialización masculina en comportamientos de poco cuidado de su propia salud, donde el cuidado de la salud es visto como un tema propio de las mujeres, del mundo privado, lo que los aleja de los centros de salud. Esto se ve reflejado también en la oferta de salud sexual y salud reproductiva que tradicionalmente se ha establecido para los hombres jóvenes, que en muchos casos se limita a la entrega de preservativos.

-Percepción de que SSR es tema exclusivo de mujeres, percepción de que ellos no tienen que involucrarse en dichas áreas, y de que los servicios no se orientan a hombres.

-Vergüenza de reconocer que necesitan información sobre temas de SSR (lo que atenta contra la idea de una masculinidad sexualmente activa e informada que se promueve desde los patrones culturales imperantes).

-Hombres se vinculan a los centros de salud principalmente por episodios de “emergencia”, como accidentes, lesiones derivadas de peleas o de deportes, por lo que para los hombres la atención en salud se vincula a temor, fragilidad e impotencia.

- **Barreras percibidas por adolescentes en el sector salud** (adolescentes reconocen muchas de las mismas barreras que ya fueron identificadas en el Nivel Local de atención de salud):

-Barreras burocráticas para la atención en salud.

-Falta de confidencialidad en la atención.

-Poco tiempo destinado a las consultas de adolescentes.

-Desconfianza y vergüenza si la atención es brindada por una persona del sexo opuesto al

adolescente.
<ul style="list-style-type: none"> • Desinformación de adolescentes acerca de la oferta en salud que existe para ellos/as: <ul style="list-style-type: none"> -Adolescentes desconocen la existencia de servicios para su grupo etario y/o de las actividades pertinentes que se ofrecen para ellos/as. Muchos/as adolescentes no se informan sobre los servicios destinados a su grupo etario, o sobre las nuevas maneras de operar de los centros de salud con respecto a los y las jóvenes y, por lo mismo, se queden con imágenes del pasado vinculadas generalmente al exceso de burocracia y la obligatoriedad de ir acompañados/as por un adulto. -Adolescentes se ocupan especialmente por informarse sobre prevención del embarazo, y no tanto por prevención de ITS u otros temas de sexualidad (lo cual refleja la noción culturalmente arraigada de que la SSR es sinónimo de embarazo).
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de adolescentes para inscribirse y/o ser atendidos en centros de salud diferentes a los de su grupo familiar, derivadas de barreras legales al ser cargas familiares y menores de 18 años. Jóvenes pueden preferir atenderse en otros centros por cercanía a sus lugares de estudio y porque consideran que si son atendidos en un lugar diferente al de su grupo familiar, la confidencialidad de la atención será protegida.
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de mala calidad de métodos anticonceptivos y preservativos entregados, lo que genera discontinuidad y desconfianza en el uso.
<ul style="list-style-type: none"> • Educación sexual insuficiente y desinformación sobre métodos adecuados de prevención de embarazo e ITS: <ul style="list-style-type: none"> -A pesar de percepción adolescente de tener nociones sobre sexualidad y prevención de embarazo e ITS, y/o de haber recibido clases de educación sexual en sus escuelas, se considera que la información no ha sido completa, pertinente ni efectiva, al menos respecto a los temas biológicos. En este sentido, se consideran desinformados sobre los métodos adecuados para prevenir el embarazo y las ITS, o reconocen no utilizar los métodos adecuadamente por falta de información completa al respecto.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de proyecto de vida en adolescentes de sectores vulnerables debido a falta de oportunidades, lo que lleva a que la maternidad se perfile como una de las alternativas más atractivas para las jóvenes, ya que les otorga status e independencia dentro de sus comunidades; y que la paternidad adolescente también sea vista como una vía para obtener reconocimiento social.
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras en familias, redes de apoyo y comunidades de adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> -Percepción de que los temas de educación sexual son de responsabilidad del sector educación, y no así del sector salud. Esta noción no sólo la manejan los padres y familiares, sino también muchos centros educacionales, quienes se niegan a abrirse a que el sector salud entre para capacitar a los y las jóvenes. -Padres y madres en muchos casos se niegan a aceptar que sus hijos/as son personas

sexualmente activas, resistiendo conversaciones sobre el tema y mediante acciones que ponen en riesgo la salud de sus hijos/as (por ejemplo, botando métodos anticonceptivos). De la mano de lo anterior, son muchos los/as adolescentes que se resisten a que sus padres y madres sepan que son personas sexualmente activas, lo que los aleja de los centros de salud.

-La experiencia cercana (de pares, familiares, etc.) del embarazo adolescente es muy frecuente entre adolescentes de los niveles socioeconómicos más vulnerables, y esta vivencia de un embarazo adolescente en el entorno cercano hace que sea visto como una posibilidad no muy lejana.

-Hay familias en las que se acepta y existe una especie de orgullo frente al embarazo adolescente, que es visto como una posibilidad que no necesariamente debe ser evitada.

IV.2. Recomendaciones

Hemos revisado las barreras detectadas para el acceso de la población adolescente a servicios de atención de salud sexual y salud reproductiva, organizándolas en tres grandes dimensiones: Nivel Central de atención, Nivel Local de atención, y barreras percibidas desde los y las adolescentes. A continuación se presentan una serie de recomendaciones para facilitar el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

1. Difusión de estudios y generación de nueva investigación

En la revisión de la literatura nacional e internacional se encontró gran cantidad de material actualizado sobre adolescencia y atención de salud sexual y reproductiva. Si bien en el extranjero es frecuente que las investigaciones se encuentren publicadas y accesibles en medios de difusión, en nuestro país la realidad es diferente. A pesar de haberse realizado interesantes estudios en los últimos años sobre la temática, muy pocos de ellos se encuentran publicados y/o se difunden en medios accesibles a la población en general. Más aún, muchos estudios sólo se han dado a conocer en congresos o seminarios especializados, y no llegan a traspasar esas específicas fronteras. Asimismo, si bien se cuenta con estudios que enfocan la temática desde diversas aristas, se requiere de mayor información e indagación sobre las formas en que adolescentes se vinculan con la salud en general, y con la salud sexual y salud reproductiva en particular. De aquí emanan las siguientes recomendaciones:

- Publicar y difundir estudios sobre salud sexual y reproductiva, y adolescencia en el país.
- Fomentar la investigación en la temática, no sólo a nivel de equipos de investigación consolidados, sino también a nivel de estudiantes y jóvenes egresados de diversas disciplinas que pueden aportar en esta materia.

2. Comprensión y acercamiento a culturas juveniles

Como se planteó a lo largo del estudio, nos encontramos insertos en una cultura profundamente adultocéntrica en la cual se perpetúan prejuicios sobre la adolescencia, y donde todas las acciones que se desarrollan para el trabajo con jóvenes se realizan desde las perspectivas y percepciones de la población adulta. El grupo etario conocido como adolescencia tiene una trayectoria y cultura marcada por la discriminación, por el escaso vínculo con el cuidado de la salud, y por el desconocimiento que tienen del propio cuerpo. En términos generales, en nuestra sociedad las instituciones de salud se asocian a enfermedades y patología, y los jóvenes no se autoperciben como personas enfermas. De ahí que sea pertinente generar puentes a través de los cuales los/as adolescentes puedan apropiarse de las temáticas de salud desde sus propios marcos contextuales.

Por todo lo antes planteado, resulta esencial comprender las culturas juveniles y sentidos que los/as adolescentes asignan a la salud en general, a la salud sexual y reproductiva en particular, y a la prevención y cuidado de la misma, para poder generar un acercamiento efectivo entre ellos/as y el sector salud. Es importante reconocer que la etapa de la adolescencia es vivida de maneras diferentes por los/as jóvenes de diversos contextos, por lo que se hace imprescindible entender las culturas juveniles locales. Esto implica un movimiento en doble sentido: acercamiento del sector salud a los/as adolescentes, y de los/as adolescentes al sector salud. Como estrategia, es relevante involucrar a los/as mismos jóvenes y a sus comunidades para generar estrategias conjuntas de acercamiento, es decir, fomentar la participación. Esto no significa que la meta siempre sea lograr que adolescentes lleguen a los centros de salud, sino que esto también implica que el personal de salud salga de sus tradicionales muros institucionales para insertarse activamente en las comunidades juveniles.

Las recomendaciones que se plantean en este ámbito son las siguientes:

- Comprender las culturas juveniles locales para vincularse con adolescentes desde sus propios códigos y términos. Para ello se sugiere:
 - potenciar capacitaciones al sector salud que apunten a una reconceptualización de la adolescencia;
 - fomentar estudios sobre el tema entre prestadores de salud;
 - incorporar participativamente a adolescentes y sus comunidades en el diagnóstico, ejecución y monitoreo de planes y acciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Acercarse a adolescentes: generar acciones tanto de difusión como de intervención y atención fuera del territorio del sector salud, buscando los canales más adecuados para comunicarse con la población adolescente, es decir, que estén en concordancia con sus identidades, por ejemplo, a través de mails, mensajes de texto, facebook, páginas de internet; en espacios de actividades recreativas o deportivas, en agrupaciones juveniles, entre otros.
- Realizar difusión en las comunidades de las acciones dirigidas hacia adolescentes en SSR, de los enfoques utilizados en la atención en salud, y de la existencia de Servicios

Amigables, que derriben los prejuicios instalados en la población adolescente, sus familias y comunidades sobre la atención en salud hacia adolescentes.

3. Fomentar el trabajo intersectorial e intrasectorial

Como barrera, se detectó la percepción de una precariedad en el trabajo intersectorial con adolescentes. Se percibe la necesidad de que diversos sectores se acercan desde sus propios quehaceres al grupo adolescente, toda vez que hasta la fecha en general sectores diferentes a salud no se hacen cargo de la temática de salud. En este sentido, el sector salud considera que todas las demandas de salud son de su responsabilidad exclusiva, y desde educación, entre otros sectores, no se hacen cargo del tema. Si bien en el sector educación hay acercamientos hacia la educación sexual de la población adolescente (estrategias que varían en cantidad y calidad), se detecta una tremenda carencia de programas de educación sexual centralizados que entreguen información de calidad a la población adolescente. Tanto el personal de salud como la población adolescente coinciden en que la educación sexual que existe hasta la fecha es insuficiente, y sostienen que existe desinformación sobre métodos adecuados de prevención de embarazo e ITS.

Si bien educación es el principal sector que menciona el personal de salud y los/as propios/as adolescentes como necesario de integrar en un trabajo coordinado con el sector salud, también se mencionan los sectores de deportes, planificación, trabajo y vivienda como posibles aliados en la difusión, entrega de información y fomento de acciones de salud orientadas a adolescentes.

En cuanto al intrasector, surge también una crítica en cuanto se considera que al interior del sector salud pocos quieren hacerse cargo de la población adolescente (a excepción del Programa de Salud de los y las Adolescentes). En los centros de salud donde el Programa de Salud de Adolescentes se encuentra implementado, el personal de salud que no se encuentra adscrito a dicho Programa considera que no es su tarea ocuparse de adolescentes. En general, los/as adolescentes/as son considerados una población compleja, pues requiere más tiempo de dedicación que otros grupos etarios, y su atención no se asocia a metas específicas. Por esto, en los centros de salud sólo el personal asignado al Programa de Adolescentes conoce las indicaciones detalladas para la atención de este grupo, y el resto de los equipos de salud conocen escasamente o no conocen los procedimientos. De ahí que los/as adolescentes no cuenten con una atención integrada. El otro programa que suele hacerse cargo de la población adolescente es el Programa de la Mujer, pero el énfasis de la atención está puesto sólo en las mujeres, y particularmente en los procesos reproductivos de ellas, lo que limita la visión que se quiere construir respecto a una atención de salud sexual y reproductiva integral.

En cuanto al trabajo inter e intrasector, las recomendaciones son las siguientes:

- Estimular el trabajo intersectorial para fortalecer las redes en atención a adolescentes.
- Involucrar en un trabajo coordinado a los sectores de salud y educación, y a otros como deportes, planificación, trabajo y vivienda en el diagnóstico, diseño, implementación y monitoreo de planes y acciones de SSR para adolescentes.

- Generar programas de educación sexual para adolescentes con estrategias intersectoriales, para ser aplicados desde la adolescencia temprana.
- Estimular el 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.

4. Incorporar enfoques de género y de masculinidades en los Programas de Salud que atienden a adolescentes

A lo largo del estudio, revisamos cómo la salud sexual y reproductiva se vincula principalmente a la atención de mujeres que tienen una sexualidad activa y están en edad reproductiva, percepción compartida por usuarios/as y equipos de salud, y reforzada en los programas de atención de salud (especialmente en el Programa Salud de la Mujer). Carecemos de un enfoque de salud sexual que la distinga de la salud reproductiva, y carecemos de enfoques para el trabajo con hombres en estas temáticas. Asimismo, hay poco énfasis en la prevención (por ejemplo, de los embarazos no deseados e ITS) y mucho énfasis en la atención de estas situaciones una vez que se producen.

En este sentido, se requiere una reconceptualización de la salud sexual y reproductiva, ampliándola más allá de los hitos de reproducción y generando espacios de incorporación de los hombres en esta área.

Las recomendaciones en esta temática son las siguientes:

- Generar programas de salud centrados en la salud sexual y salud reproductiva de la población, tanto en hombres como en mujeres, a lo largo de todo el ciclo vital.
- Capacitar a los equipos de salud en perspectiva de género y masculinidades.
- Establecer estándares de asistencia médica en salud sexual y salud reproductiva para hombres.
- Identificar y generar formas creativas para atraer a los hombres adolescentes, como por ejemplo, ofreciendo evaluación médica general o relacionada con el deporte o recreativas, así como visitas conjuntas para parejas y consejería en aquellas áreas de SSR relevantes para los hombres. Ante el diagnóstico de que muchas veces los adolescentes llegan en grupos de amigos a solicitar preservativos, se pueden pensar formas para convocarlos grupalmente, o de acercarse a las instancias donde ellos se reúnen en grupos de pares.

5. Fortalecer el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes (Nivel Central)

En el desarrollo de las barreras detectadas para la atención de adolescentes en materias de salud sexual y salud reproductiva se detallaron los problemas asociados a la implementación del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes en el Nivel Central. De dichas

barreras se desprenden una serie de recomendaciones que se vinculan con la necesidad de fortalecer dicho Programa:

- Desarrollar normas técnicas para que las actividades del Programa estén reguladas como en los otros programas de salud. Si bien el documento “Atención Adolescente: Componente Espacios Asequibles en APS para Atención de Salud de Adolescentes” es reconocido como un avance, los equipos consideran que necesitan normativas y protocolos más específicos.
- Asignar metas al Programa que supongan beneficios directos para los equipos de salud, entre ellos beneficios económicos.
- Reconocer la labor de los/as encargados/as del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes en los Servicios de Salud y comunas con el mismo status y beneficios de otros programas de salud.
- Establecer canales de comunicación directos, permanentes y eficientes entre las autoridades del Nivel Central, los/as encargados/as de los Servicios de Salud y los equipos locales.
- Asignar mayores recursos económicos para el Programa, con el fin de aumentar los recursos humanos, poder ofrecer la atención diferenciada que se desea (mejorar infraestructura), considerar la conformación de equipos multidisciplinarios para una atención integral, y cambiar el enfoque de salud para esta población desde el de riesgo al de desarrollo saludable integral.

6. Fortalecer la atención de salud sexual y salud reproductiva para adolescentes en el Nivel Local

En la atención a adolescentes en el Nivel Local, se identificaron barreras que hablan de la poca prioridad que se le da a dicho grupo etario en la atención de salud. En los centros de salud donde aun no se ha implementado el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, se hace necesario incorporar todo el set de procedimientos para la atención amigable a este grupo de edad, y en aquellos donde se ha implementado, es necesario reforzar algunos o todos los puntos que se mencionan a continuación. Como se comentó anteriormente, en los contextos locales de atención se han incorporado en mayor o menor medida, y con mayor o menor éxito, los lineamientos ministeriales para la atención a adolescentes, por tanto las siguientes recomendaciones aplican en diferentes niveles para cada contexto local de atención.

- Implementar espacios o circuitos de atención para adolescentes diferentes a los de la población general, con el fin de proteger su intimidad y la confidencialidad de su atención. Buscar formas creativas para gestionar el circuito de adolescentes de manera innovadora, considerando las particularidades locales de cada contexto de atención (características de población usuaria, de centros de salud, entre otras).

- Contar con personal de salud capacitado para el trabajo con adolescentes, que cuente con las características que los/as adolescentes valoran (simpatía, acogida, juventud, cuidado y respeto por la confidencialidad de la atención); y que esté capacitado en atención a hombres adolescentes. Contar con personal femenino y masculino para la atención a adolescentes.
- Garantizar la atención inmediata a adolescentes y la entrega inmediata de métodos anticonceptivos si los requieren, sin documentos de por medio, entrega de horas diferidas o exigencia de acompañamiento por personas adultas.
- Flexibilizar los horarios de atención y tiempo dedicado a las consultas de adolescentes, para satisfacer adecuadamente sus demandas: implementar la extensión horaria, dedicar más tiempo en cada consulta de adolescente, disminuir o agilizar procesos de llenados de fichas para que personal de atención pueda dedicar más tiempo a la atención. Esto debe ir acompañado de las medidas recomendadas a Nivel Central, como asignar metas y beneficios al personal de salud por atender a población adolescente.
- Incrementar los recursos humanos para la atención a adolescentes. En este caso también se trata de una medida que debe ir acompañada de mayores recursos desde el Nivel Central para el trabajo con adolescentes.
- Realizar un mercadeo adecuado de productos tales como preservativos y anticonceptivos que distribuyen los centros de salud ya que la presentación actual genera una percepción de mala calidad de éstos.
- Monitorear y estudiar en el tiempo lo que sucede en la atención a adolescentes con la instalación progresiva del Modelo de Atención de Salud Familiar.
- Utilizar las estadísticas de atención desagregadas para adolescentes para monitorear la demanda y respuesta a sus necesidades en atención de salud.

7. Difundir y visibilizar las acciones que se están llevando a cabo en materia de SSR para adolescentes

El análisis de la información recogida muestra que existe una percepción bastante generalizada en la población de que hay pocas acciones destinadas a adolescentes en materia de salud sexual y salud reproductiva. Asimismo, se percibe que las acciones existentes se enfocan en la atención del embarazo adolescente una vez que éste se produce, se centran en la atención a mujeres y en población adolescente sexualmente activa. En este sentido, se identifica una falta de difusión del enfoque integral que promueve en la actualidad el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes.

Al mismo tiempo, existe poco conocimiento entre el mismo personal de salud de diferentes centros de salud de las acciones llevadas a cabo y de los logros conseguidos por otros equipos de salud. En este sentido, los equipos de atención de salud perciben que están solos y que hay pocos equipos involucrados en la atención a adolescente.

De aquí emanan las siguientes recomendaciones:

- Difundir y visibilizar las acciones que se están llevando a cabo en materia de salud sexual y salud reproductiva para adolescentes.
- Difundir buenas prácticas de atención a adolescentes: hay centros de salud que tienen experiencias muy exitosas en la atención a adolescentes, por lo que se sugiere difundirlas tanto entre los equipos de salud como hacia la población general.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Alpízar, L. y Bernal, M. La Construcción Social de las Juventudes. Última Década n° 19. CIDPA. 2003. <http://www.cidpa.org/txt/19art7.pdf>
- ² Martínez, J. Discursos Sociales y Juventud. En Vergara, A. (ed) Cartografías de la Juventud. Santiago de Chile: PRAXIS / UDP, 2002.
- ³ Revilla, J.C. La Construcción Discursiva de la Juventud: lo General y lo Particular. Papers 63/64, 2001: 103-122. <http://www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n63-64p103.pdf>
- ⁴ Palma, Irma. El embarazo adolescente desde una perspectiva de género. En Memoria reunión de trabajo: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago de Chile, 1991: 23-31.
- ⁵ Maddaleno, M. y Schutt-Aine, J. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas. Washington: OPS, 2003. <http://www.adolesc.org/pdf/SSRA.pdf>
- ⁶ Maddaleno, M., Morillo, P. y Infante, F. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la Próxima Década. Salud Pública de México. Vol 1, suplemento 1, 2003: 132-139.
- ⁷ Issler, JR. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina* N° 107 - Agosto/2001: 11-23. http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- ⁸ Anderson J, Santelli J, Morrow B. Trends in adolescent contraceptive use, unprotected and poorly protected sex. *Journal of Adolescent Health* 2006, 38(6): 734-739.
- ⁹ Mohamed MA, Cleland J. Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(6): 1175-1185.
- ¹⁰ Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo de Resultados Obstétricos y Perinatales Con Pacientes Embarazadas Adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2002, 67, N° 6: 481 - 487. Santiago, Chile.
- ¹¹ Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P, Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2004, 16(5):265-70.
- ¹² Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New England Journal of Medicine* 1995, 332(17):1113-7.
- ¹³ Luengo X y González, E. (2003) Hijos de madres adolescentes. En Molina, R., Sandoval, J. y González, E. (eds) Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Chile: Mediterráneo.
- ¹⁴ Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. 2004. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile*, 132, N° 1, pág. 65-70. Santiago, Chile.
- ¹⁵ Kalmuss DS, & Namerow, PB. Subsequent childbearing among teenage mothers: The determinants of closely spaced second birth. *Family Planning Perspectives* 1994, 26(4): 149-153.
- ¹⁶ Hotz VJ, McElroy SW, & Sanders SG. The impacts of teenage childbearing on the mothers and the consequences of those impacts for government. 1997. In Maynard, R. (ed.), *Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy* (pp. 55-94). Washington, DC: The Urban Institute Press.
- ¹⁷ Institute of Medicine. *The best intentions*. Washington, DC: National Academy Press, 1995.
- ¹⁸ Singh S, Darroch JE, Vlassoff M, Nadeau N. ADDING IT UP The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care. The Alan Guttmacher Institute and The United Nations Population Fund. 2007. <http://www.guttmacher.org/pubs/addingitup.pdf>
- ¹⁹ Amaral, G, Foster, DG, Biggs, MA, Jasik, CB, Judd, S, Brindis CD. Public Savings from the Prevention of Unintended Pregnancy: A Cost Analysis of Family Planning Services in California. *Health Services Research* (OnlineEarly Articles). doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00702.x 2007.
- ²⁰ Foster DG, Biggs MA, Amaral G, Brindis C, Navarro S, Bradsberry M, Stewart F. Estimates of pregnancies averted through California's family planning waiver program in 2002. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006 Sep,38(3):126-31.
- ²¹ United Nations - Department of Economic and Social Affairs - Population Division. World Fertility Patterns 2007. March 2008. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/worldfertility2007.htm>

-
- 22 Ministerio de Planificación (Mideplan). Los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Objetivo 5. Indicadores adicionales ODM. Meta N° 2. Disponible en <http://siis.mideplan.cl/indicadoresmilenio>.
- 23 Estrada D. Health-Chile: Teen Pregnancy Bucks Global Downward Trend. 26 febrero 2007. IPS. <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=36729>
- 24 Ministerio de Salud. Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes en Chile. Orientaciones para la Implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Chile. Documento Final, Proyecto UNFPA CHI1R05. Santiago de Chile, Enero, 2008.
- 25 Kirby D. No Easy Answers. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. March 1997. http://www.teenpregnancy.org/resources/data/report_summaries/no_easy_answers/default.asp.
- 26 Dailard C, Richardson CT. Teenagers' access to confidential reproductive health services. *The Guttmacher Report on Public Policy* 2005, 8(4).
- 27 Sugerman S, Halfon N, Fink A, Anderson M, Valle L, and Brook R. Family planning clinic patients: Their usual care health providers, insurance status, and implications of managed care. *Journal of Adolescent Health*. 2000, 27:25-33.
- 28 Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*. 2007, 369 (9572): 1565-1573.
- 29 Rew L, Resnick M, Beuhring T. 1999. Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Health* 25: 407-413.
- 30 Sadler M y Aguayo F. Gestación adolescente y dinámicas familiares Estudio de las "Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes". Gobierno de Chile, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Ministerio de Planificación. Centro Interdisciplinario de Estudios de Género (CIEG), Universidad de Chile. Santiago de Chile, Marzo 2006.
- 31 Luengo X, Zepeda A y Millán T. "Opiniones adolescentes sobre las razones por qué se embarazan. Datos preliminares". Proyecto OMS/HRP A55078. XII Jornadas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva organizadas por ICIMER. Presentación, Santiago de Chile. Octubre, 2007.
- 32 Palma I, Matus C, Navarrete L, Palma S. Etnografía de la atención y consulta médica a adolescentes en establecimientos de atención primaria de salud. Proyecto FONIS SA05I20093. Informe de Investigación. Universidad de Chile. Marzo 2008.
- 33 Agampodi SB, Agampodi TC, Piyaseeli UKD. Adolescents' perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC Health Services Research* 2008, 8:98.
- 34 De Belmonte LR, Gutierrez EZ, Magnani R, Lipovsek V. January 2000. *Barriers to Adolescents' Use of Reproductive Health Services in Three Bolivian Cities*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults/Pathfinder International.
- 35 Brindis CD. Financing adolescent health services. In: S.B. Friedman, M.M. Fisher, S.K. Schonberg and E.M. Alderman, Editors, *Comprehensive Adolescent Health Care* (2nd edn.), Mosby, St. Louis, MO (1998), pp. 114-118.
- 36 Williamson LM, Parkes A, Wight D, Petticrew M, Hart GJ. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health* 2009, 6:3
- 37 Palena C, Bahamondes MV, Schenk V, Bahamondes L, Fernandez-Funes J. High rate of unintended pregnancy among pregnant women in a maternity hospital in Córdoba, Argentina: a pilot study. *Reproductive Health*, 2009, 6:11.
- 38 Reddy D, Fleming R, & Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health services. *JAMA* 2002, 288(6): 710-714.
- 39 Jones R, Purcell A, Singh S, Finer L. Adolescents' reports of parental knowledge of adolescents' use of sexual health services and their reactions to mandated parental notification for prescription contraception. *JAMA* 2005, 293: 340-348.
- 40 English A. More evidence supports the need to protect confidentiality in adolescent health care. *Journal of Adolescent Health*. 2007, 40: 199-200.
- 41 Harper C, Callegari L, Raine T, Blum M, Darney P. Adolescent clinic visits for contraception: support from mothers, male partners and friends. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004, 36(1):20-6.

-
- 42 Lehrer JA, Pantell R, Tebb K, Shafer MA. Forgone Health Care among U.S. Adolescents: Associations between Risk Characteristics and Confidentiality Concern. *Journal of Adolescent Health* 2007, 40, 218–226.
- 43 El-Ibiary SY, Youmans SL. Health literacy and contraception: a readability evaluation of contraceptive instructions for condoms, spermicides and emergency contraception in the USA. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007,12:58-62.
- 44 Rutherford J, Holman R, MacDonald J, et al. Low literacy: A hidden problem in family planning clinics. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006, 32:235-240.
- 45 Gazmararian J, Parker R, Baker D. Reading skills and family planning knowledge and practices in a low-income managed-care population. *Obstetrics & Gynecology* 1999, 93(2): 239-244.
- 46 Wells J, Ruscavage D, Parker B, McArthur L. Literacy of women attending family planning clinics in Virginia and reading levels of brochures on HIV prevention. *Family Planning Perspectives* 1994, 26(3): 113-5, 131.
- 47 Gray NJ, Klein JD, Noyce PR, Sesselberg TS, Cantrill JA. Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine* 2005, 60(7):1467-1478.
- 48 Gray NJ, Klein JD, Sesselberg TS, Cantrill JA, Noyce PR. Adolescents' health literacy and the Internet. *Journal of Adolescent Health*. 2003, 32(2):124.
- 49 Frost J, Driscoll A. *Sexual and reproductive health of US Latinas: a literature review*. Occasional Report. The Alan Guttmacher Institute. New York, NY: 2006.
- 50 Vargas Trujillo E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología* 10 (1): 49-63, 2007.
- 51 MIDEPLAN (2000) *Los Jóvenes Chilenos: Cambios Culturales; Perspectivas para el Siglo XXI*. MIDEPLAN: Santiago de Chile.
- 52 Driscoll A, Biggs MA, Brindis CD, Yankah E. Adolescent Latino reproductive health: A review of the literature. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2001, 23(3); 255-326.
- 53 Unger J, Molina G, & Teran L. Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample. *Journal of Adolescent Health* 2000, 26:205-212.
- 54 Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D, & Cox A. Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *Journal of Adolescent Health* 1996, 19(1): 48-55.
- 55 Smith P, McGill L, Wait R. Hispanic adolescent conception and contraception profiles: a comparison. *Journal of Adolescent Health Care*. 1987, 8(4): 352-355.
- 56 East PL, Reyes BT, Horn EJ. Association between adolescent pregnancy and a family history of teen births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2007, 39(2): 108-15.
- 57 Way S, Finch B, Cohen D. Hispanic concentration and the conditional influence of collective efficacy on adolescent childbearing. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2006, 160: 925-930.
- 58 Denner J et al. The protective role of social capital and cultural norms in Latino communities: a study of adolescent births. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2001, 23(1): 3-21.
- 59 Zepeda A, Luengo X, Tijero M y Millan T. Embarazo en la adolescencia: prevalencia de vivencia cercana en los adolescentes, en la familia, en sus pares o propia y sus opiniones respecto del por qué se producen. Proyecto OMS/HRP A55078. Contribución científica, III Congreso Chileno de Adolescencia. Santiago de Chile, Septiembre 2008.
- 60 Villarruel AM, Rodriguez D. Beyond stereotypes: promoting safer sex behaviors among Latino adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003,32(2):258-63.
- 61 Unger J, Molina G. Contraceptive use among Latina women: social, cultural, and demographic correlates. *Women's Health Issues* 1998, 8: 359-369.
- 62 Baeza B, Poo A, Vásquez O, Muñoz S. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. *Rev SOGIA* 2005, 12(2): 41-48.

-
- ⁶³ Biggs MA, Ralph L, Minnis AM, Marchi KS, Lehrer JA, Braveman PA, Brindis CD. Factors Associated With Delayed Childbearing: From the Voices of Expectant Latina Adults and Teens in California. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2010, 32(1): 77-103.
- ⁶⁴ Miller KS, Levin ML, Whitaker, DJ, Xu X. Patterns of Condom Use Among Adolescents: The Impact of Mother-Adolescent Communication. *American Journal of Public Health*, 1998; 88:1542-1544.
- ⁶⁵ Miller BC, Benson B, Galbraith KA. Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review* 2001, 21(1): 1-38.
- ⁶⁶ Manlove J, Ryan S, and Franzetta K. Patterns of contraceptive use within teenagers' first sexual relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35(6):246-255.
- ⁶⁷ Manlove J, Ryan S, and Franzetta K. Contraceptive use and consistency in US teenagers' most recent sexual relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2004;36(6), 265-275.
- ⁶⁸ Landry D, Forrest J. How old are US fathers? *Family Planning Perspectives* 1995, 27(4): 159-61 & 165.
- ⁶⁹ Beutel AM. The relationship between adolescent nonmarital childbearing and educational expectations: A cohort and period comparison. *The Sociological Quarterly* 2000, 41(2):297-314.
- ⁷⁰ Young TM, Martin SS, Young ME, et al. Internal poverty and teen pregnancy. *Adolescence* 2001, 36(142): 289-304.
- ⁷¹ Coley RL, Chase-Lansdale PL. Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidence and future directions. *Am Psychol* 1998, 53(2): 152-66.
- ⁷² Hayward MD, Grady WR, Billy JO, Bill JO. The influence of socioeconomic status on adolescent pregnancy. *Social Science Quarterly*. 1992;73:750-72.
- ⁷³ Kirby D, Coyle K, Gould JB, . Manifestations of poverty and birthrates among young teenagers in California zip code areas. *Fam Plann Perspect* 2001, 33(2):63-9.
- ⁷⁴ Zibners A, Cromer B and Hayes J. Comparison of continuation rates for hormonal contraception among adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 1999, 12(2):90-94.
- ⁷⁵ Pariani S, Heer DM, Van Arsdol MD Jr. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. *Stud Fam Plann* 1991, 22(6):384-90.
- ⁷⁶ Forrest JD, Frost JJ. The family planning attitudes and experiences of low-income women *Family Planning Perspectives*, 1996, 28:246-255.
- ⁷⁷ Oakley D, Sereika S, Bogue EL. Oral contraceptive pill use after an initial visit to a family planning clinic. *Fam Plann Perspect* 1991, 23(4):150-4.
- ⁷⁸ Chetkovich C, Mauldon J, Brindis C, Guendelman S. Informed policy-making for the prevention of unwanted pregnancy: Understanding low-income women's experiences with family planning. *Evaluation Review* 1999, 23(5): 527-552.
- ⁷⁹ Rosenberg MJ, Waugh MS, and Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception* 1995, 51:283-288.
- ⁸⁰ Gilliam ML, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: a focus group approach. *Contraception* 2004, 70(4):299-305;
- ⁸¹ Walsh J. Contraceptive Choices: Supporting Effective Use of Methods. In *Beyond acceptability: User's perspectives on contraception*, 1997, published by *Reproductive Health Matters* for WHO.
- ⁸² Pinter B. Continuation and compliance of contraceptive use. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002, 7(3):178-83.
- ⁸³ Kerns J, Westhoff C, Morroni C, and Murphy PA. Partner influence on early discontinuation of the pill in a predominantly Hispanic population. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2003, 35(6): 256-260.
- ⁸⁴ Serfaty D. Medical aspects of oral contraceptive discontinuation. *Adv Contracept*. 1992 Oct;8 Suppl 1:21-33.
- ⁸⁵ Rosenberg MJ, Waugh MS, Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998, 179(3):577-582.

-
- ⁸⁶ Lei ZW, Wu SC, Garceau RJ, Jiang S, Yang QZ, Wang WL, Vander Meulen TC. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 1996, 53:357-361.
- ⁸⁷ Halpern V, Grimes D, Lopez L, Gallo M. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2006,25; 1:CD004317.
- ⁸⁸ Sangi-Haghpeykar H, Ali N, Posner S, Poindexter AN. Disparities in Contraceptive knowledge and attitude among Hispanic and non-Hispanic women. *Contraception* 2006, 74(2):125-32.
- ⁸⁹ Kalmuss D, Davidson AR, Cushman LF, Heartwell S, Rulin M. Determinants of early implant discontinuation among low-income women. *Fam Plann Perspect.* 1996 Nov-Dec;28(6):256-60.
- ⁹⁰ Smith JD, Oakley D. Why do women miss oral contraceptive pills: An analysis of women's self-described reasons for missed pills. *J Midwifery Women's Health.* 2005; 50:380-385.
- ⁹¹ Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. *Paediatr Drugs* 2006, 8(1):25-45.
- ⁹² Beckman LJ and Harvey SM. Factors affecting the consistent use of barrier methods of contraception, *Obstetrics & Gynecology* 1996, 88(Suppl.): 65S-71S.
- ⁹³ Filgueiras Toneli MJ, Barreto Vavassori M. Sexualidade na adolescencia: Um estudo sobre jovens homens. *Interações*, 2004, 9(18): 109-126.
- ⁹⁴ Blake SM Ledsky R, Goodenow C, Sawyer R, Lohrmann D, Windsor R. Condom availability programs in Massachusetts high schools: relationships with condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health* 2003, 93: 955-962.
- ⁹⁵ Guttmacher S, Lieberman L, Ward D, Freudenberg N, Radosh A, Des Jarlais D. *Condom availability in New York City public high schools: relationships to condom use and sexual behavior. American Journal of Public Health* 1997, 87: 1427-1433.
- ⁹⁶ Furstenberg FF Geitz LM, Teitler JO, Weiss CC. Does condom availability make a difference? An evaluation of Philadelphia's health resource centers. *Family Planning Perspectives* 1997, 29: 123-127.
- ⁹⁷ WHO. Adolescent Friendly Health Services. An agenda for change. Geneva, October 2002.
- ⁹⁸ Senderowitz J. 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults.
- ⁹⁹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Integración del Manejo de adolescentes y sus Necesidades (IMAN) Servicios: Normas de Atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. 2005, Washington, D.C.
- ¹⁰⁰ Davis L. 1996. *Components of Promising Teen Pregnancy Prevention Programs*. Washington, DC: Advocates for Youth.
- ¹⁰¹ Brindis CD, Geierstanger SP, Wilcox N, McCarter V, Hubbard A. Evaluation of a Peer Provider Reproductive Health Service Model for Adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2005, 37(2): 85-91.
- ¹⁰² Young A, Shalwitz J, Pollock S, Simmons M. *Sexual Health: An Adolescent Provider Toolkit* 2003, San Francisco, CA: Adolescent Health Working Group.
- ¹⁰³ Ford C and English A. (2002). Limiting Confidentiality of Adolescent Health Services: What are the Risks? *Journal of the American Medical Association*, 288(6): 752-753.
- ¹⁰⁴ Barrett B, Schueller J. *Meeting the Needs of Young Clients: A Guide to Providing Reproductive Health Services to Adolescents* 2000, Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- ¹⁰⁵ American College of Obstetricians and Gynecologists -- ACOG. *Health Care for Adolescents* 2003, Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- ¹⁰⁶ Forste R, Morgan J. How Relationships of U.S. Men Affect Contraceptive Use and Efforts to Prevent Sexually Transmitted Diseases. *Family Planning Perspectives*. 1998, 30 (2), 56-62.
- ¹⁰⁷ Manning D, Longmore MA and Giordano PC. The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 2000, 32(3):104-110.

-
- ¹⁰⁸ Soler H, Quadagno D, Sly DF, Riehman KS, Eberstein IW, Harrison DF. Relationship dynamics, ethnicity and condom use among low-income women, *Family Planning Perspectives*, 2000, 32(2):82-88 & 101.
- ¹⁰⁹ Schulte MM, Sonenstein FL, Men at family planning clinics: The new patients? *Family Planning Perspectives*, 1995, 27(5):212-216, 225;
- ¹¹⁰ Brindis CD, Boggess J, Katsuranis F, Mantell M, McCarter V, Wolfe A. A profile of the adolescent male family planning client, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(2):63-66 & 88.
- ¹¹¹ Merzel C, Gender differences in health care access indicators in an urban, low-income community, *Am J Public Health* 2000, 90(6):909-916.
- ¹¹² McGlynn EA, Quality assessment of reproductive health services, *West J Med* 1995, 163 (suppl):19-27.
- ¹¹³ Pantelides EA, Manzelli HM, Córdova MO, González RL, McKay AC, Montoya O, Ruiz E, Vargas Cruz R et al. (sin fecha) La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica.
- ¹¹⁴ Alan Guttmacher Institute. (2002). In their own right: Addressing the sexual and reproductive health needs of American men. Washington DC: Alan Guttmacher Institute.
- ¹¹⁵ Sonenstein FL (Ed.), Young Men's Sexual and Reproductive Health: Toward a National Strategy, Washington, DC: Urban Institute, 2000.
- ¹¹⁶ Bloom B, Simpson G, Cohen RA and Parsons PE. 1997. Access to health care part 2: Working-age adults. *Vital and Health Statistics*, 10(197): 1-47.
- ¹¹⁷ Danielson R, Barbey A, Cassidy D, Rosenzweig J, and Chowdhury D. Reproductive health counseling for young men: What does it do? *Family Planning Perspectives*, 1990, 22(3): 1115-1121.
- ¹¹⁸ Gerbert B, Bleeker T, and Bernzweig J. Is anybody talking to physicians about AIDS and sex? A national survey of patients. *Archives of Family Medicine*, 1993, 2(1): 45-51.
- ¹¹⁹ Sonfield A. Looking at Men's Sexual and Reproductive Health Needs. *The Guttmacher Report on Public Policy* 2002, 5 (2). <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/05/2/gr050207.html>
- ¹²⁰ Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas, Ministerio de Salud. Promoción de la participación de los hombres en programas de salud sexual y reproductiva. Resumen de Informe Final. Nicaragua, Febrero 2004.
- ¹²¹ Armstrong B, Cohall AT, Vaughan RD, Scott M, Tiezzi L, McCarthy JF. Involving men in reproductive health: The young men's clinic. *American Journal of Public Health* 1999, 89(6), 902-05.
- ¹²² Brown S, Burdette SS, Rodriguez P. Looking inward: provider-based barriers to contraception among teens and young adults. *Contraception* 2008, 78: 355-357.
- ¹²³ The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancies and the Association of Reproductive Health Professionals. Providers' perspectives: perceived barriers to contraceptive use in youth and young adults. March 2008. http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/BarrierstoContraception_FINAL.pdf
- ¹²⁴ Landry DJ, Wei J, Frost JJ. Public and private providers' involvement in improving their patients' contraceptive use. *Contraception* 2008, 78(1): 42-51. Epub 2008 May 29.
- ¹²⁵ Lazarus JV, Jaruseviciene L, Liljestrand J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: a cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2008, 36(3):303-9. Epub 2008 Mar 7.
- ¹²⁶ Diaz A, Neal WP, Nucci AT, Ludmer P, Bitterman J, Edwards S. Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals. *Mt Sinai J Med* 2004, 71(3): 181-5.
- ¹²⁷ Luengo X, Tijero M y Zepeda A. El Programa de Salud de los y las Adolescentes. Chile 1995-2005. Informe Final Proyecto Análisis del Estado de Situación del programa dirigido a los y las adolescentes en el sistema de salud público de Chile. ICIMER, Proyecto UNFPA CHI0R201. Santiago de Chile, 2006
- ¹²⁸ Kostrzewa K. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies. *Salud Publica Mex* 2008, 50:10-16.

-
- ¹²⁹ PROTEGE, Red de Protección Social. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas, Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental. Dirigidas a los Equipos de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud/Sub-Secretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental, Programa de Salud del Adolescente y Joven. Chile, 2009
- ¹³⁰ Faúndes A, Távara L, Brache V, Alvarez F. Emergency Contraception under Attack in Latin America: Response of the Medical Establishment and Civil Society *Reproductive Health Matters* 2007, 15(29):130–138.
- ¹³¹ Bixby Center for Global Reproductive Health. Does Emergency Contraception Cause Abortion? http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/DoesECCauseAbortion_2008.pdf
- ¹³² Zepeda A, Luengo X, Tijero M, Millán T. Adolescentes escolares: ¿Qué saben de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual? Presentación en XXI Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), São Paulo, Brasil. Abril 2009.
- ¹³³ Martin A. La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004, 16(6).
- ¹³⁴ Mestad RE, Kenerson J, Peipert JF. Reversible contraception update: the importance of long-acting reversible contraception. *Postgrad Med* 2009, 121(4):18-25.
- ¹³⁵ Prager S, Darney PD. The levonorgestrel intrauterine system in nulliparous women. *Contraception* 2007, 75: S12-5.
- ¹³⁶ Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception* 2004, 69:407-12.
- ¹³⁷ Harper CC, Blum M, Theil de Bocanegra H, Darney PD, Speidel JJ, Policar M, Drey E. Challenges in Translating Evidence to Practice: The Provision of Intrauterine Contraception *Obstetrics & Gynecology* 2008, 111(6): 1359-1369.
- ¹³⁸ Foster DG, Rostovtseva DP, Brindis C, Biggs MA, Hulett D, Darney PD. Cost-Savings from the Provision of Specific Methods of Contraception. *American Journal of Public Health* 2009, 99: 446-451.
- ¹³⁹ Blum RW, Beuhring T, Wunderlich M, Resnick MD. Don't ask, they won't tell: the quality of adolescent health screening in five practice settings, *Am J Public Health* 1996, 86(12): 1767–1772.
- ¹⁴⁰ Millstein SG, Igra V, Gans J, Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians, *J Adolesc Health* 1996, 96(4): 249–257.
- ¹⁴¹ Mngadi PT, Faxelid E, Zwane IT, Höjer B, Ransjo-Arvidson AB. Health providers' perceptions of adolescent sexual and reproductive health care in Swaziland. *Int Nurs Rev* 2008, 55(2): 148-55.
- ¹⁴² Meuwissen LE, Gorter AC, Kester AD, Knottnerus JA. Can a comprehensive voucher programme prompt changes in doctors' knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America. *Trop Med Int Health* 2006, 11(6): 889-98.
- ¹⁴³ Moura ER, Silva RM. Professional competence and contraceptive care. *Rev Saude Publica* 2005, 39(5): 795-801. Epub 2005 Oct 24.
- ¹⁴⁴ Isaacs JN, Creinin MD. Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies small star, filled. *Contraception* 2003, 68(5): 373-6.
- ¹⁴⁵ Sills MR, Chamberlain JM, Teach SJ. The associations among pediatricians' knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception. *Pediatrics* 2000, 105: 954-956.
- ¹⁴⁶ Brown S, Burdette SS, Rodriguez P. Looking inward: provider-based barriers to contraception among teens and young adults. *Contraception* 2008, 78: 355–357.
- ¹⁴⁷ Tangmunkongvorakul A, Kane R, Wellings K. Gender double standards in young people attending sexual health services in Northern Thailand. *Cult Health Sex* 2005, 7(4): 361-73.
- ¹⁴⁸ Warenus LU, Faxelid EA, Chishimba PN, Musandu JO, Ong'any AA, Nissen EBM. Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia. *Reproductive Health Matters* 2006, 14(7): 119-128.

-
- 149 Landry D, Wei J, Frost JJ. Public and private providers' involvement in improving their patients' contraceptive use. *Contraception* 2008, 78: 42-51.
- 150 Landry D, Wei J, Frost JJ. Public and private providers' provision of services, their views on the problems patients have using contraception and steps needed to improve use. *Contraception* 2007, 76(2): 176.
- 151 Day T, Raker CA, Boardman LA. Factors associated with the provision of antenatal contraceptive counseling. *Contraception* 2008, 78(4): 294-9. Epub 2008 Jul 30.
- 152 Kostrzewa K. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies. *Salud Publica Mex* 2008, 50: 10-16.
- 153 Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud de Chile, 2008-2011. Chile, 2008.
- 154 MINSAL/UNFPA-FLACSO-Chile. Programa de Género y Equidad. Dides C, Benavente C, Pérez S, Guajardo A, Morán JM. Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Presentación oral realizada en el Seminario de Capacitación y Articulación, Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes. Santiago, Diciembre 2007
- 155 Albagli A y cols. 1ª Jornada Adolescentes y Salud: Diagnóstico Participativo de la Solicitud Adolescente a los Servicios Públicos de Salud en la Comuna de La Pintana. Contribución científica presentada en el III Congreso Chileno de Adolescencia. Santiago, 4 al 6 de Septiembre de 2008.
- 156 Luengo X, Zepeda A, Tijero M. The Perspective of Young People in Chile on Sexual and Reproductive Health Services: What do they know about and what do they demand from public sexual and reproductive health services? Final Report Project A55078. (Resultados en vías de publicación). ICIMER, Santiago de Chile. Mayo 2009.
- 157 Dussaillant F. Comportamientos Riesgosos entre los Jóvenes: El caso de la actividad sexual. Centro de Estudios Públicos. Documento de Trabajo N° 381. Santiago de Chile, Enero 2010.
- 158 Luengo X. La situación del Adolescente y el Joven en Chile y los Servicios de Salud. Informe de la Consultoría solicitada por MINSAL/OPS/KELLOGG en el marco del proyecto de Apoyo a las Iniciativas Nacionales. Santiago de Chile, Diciembre 1994.
- 159 Luengo X, González C, Castro M, Molina T. Confidencialidad en la Consulta por Anticoncepción: perfil de las adolescentes cuyos padres están o no conocimiento de su actividad sexual. Contribución Científica presentada en el VI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Santiago de Chile, Septiembre, 2009.
- 160 D'Angelo Q, Cettina; Aliaga T, Gustavo; Moreira M, Jazmín; Valenzuela M, Susana; Vargas T, Patricia. Centro de Salud Adolescente Alter Joven. Experiencia Piloto en Atención Primaria. Comuna de El Bosque. Centro de Salud Adolescente Alter Joven, El Bosque. Centro de Salud Laura Vicuña, El Bosque. Contribución científica presentada al III Congreso Chileno de Adolescencia. Santiago, 4 al 6 de Septiembre de 2008.
- 161 FLACSO/ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud/ UNFPA. Informe Buenas Prácticas en Prevención de Embarazo Adolescente en Chile. Programa de Género y Equidad, FLACSO Chile. Enero 2009.