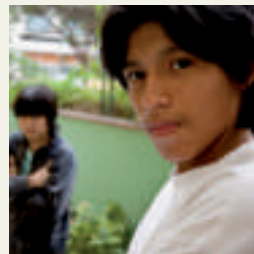
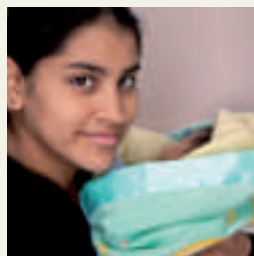


Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes

Agrégame a tus contactos, hazte fan y apoya la causa para superar las barreras que nos distancian



El documento forma parte del trabajo que viene realizando la Oficina de UNFPA en Perú en el marco del Fondo de Cooperación España - UNFPA para América Latina y El Caribe, cuyo objetivo es la promoción, protección y cumplimiento de los derechos reproductivos, el derecho a la salud y el derecho al desarrollo. Eje 1: Género, derechos reproductivos y reducción de la pobreza, del cual forma parte el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Los contenidos de esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de MINSA, UNFPA ni AECID.

Esta publicación ha sido financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo - AECID.

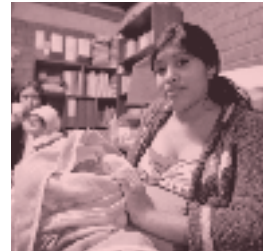


PERÚ

Ministerio de Salud

Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes

Agrégame a tus contactos, hazte fan y apoya la causa para superar las barreras que nos distancian



Fondo de Población de las Naciones Unidas - Perú



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes: Agrégame a tus contactos, hazte fan y apoya la causa para superar las barreras que nos distancian / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas; Fondo de Población de las Naciones Unidas - Lima: Ministerio de Salud; 2010.

60 p.; ilus.

INSTITUCIONES DE SALUD / ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD, organización & administración / SALUD DEL ADOLESCENTE / DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-13400

*Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes.
Agrégame a tus contactos, hazte fan y apoya la causa para superar las barreras que nos distancian.*

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas

Ministerio de Salud - MINSa, Octubre 2010
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Diagnóstico de barreras de acceso de los adolescentes a los servicios de salud realizado por



Asociación de Comunicadores Sociales Calandria

Contenidos y texto

Javier Ampuero Albarracín

Gestión y procesamiento de datos

Hisela Culqui y Sada Kusunoki

Coordinación y revisión

Ministerio de Salud
Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Lic. Tatiana Ramírez Aldea,
Dra. Lourdes Palomino Gamarra
Lic. María Elena Yumbato Pinto
Lic. Cristina Magán La Rosa
Lic. Zoila Varas Hilario

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Claudia Saravía López de Castilla
Carmen Murguía Pardo

Edición final:

Javier Ampuero Albarracín

Fotografía:

Archivo Family Care International, Joey O'Loughlin
Archivo Instituto de Educación y Salud
Archivo UNFPA

Ministerio de Salud
Av. Salaverry 801, Lima 11, Perú
Telf. (51-1) 315 6600
<http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición
Tiraje: 1000 ejemplares

Diseño, diagramación e impresión

Chataro Editores
Psje Juan de Arona 151, Lima 39

- 5 Presentación
- 7 Introducción

Sección 1

- 10 **Sobre la metodología del estudio**

Sección 2

- 16 **Diagnóstico sobre unas barreras altas y profundas**
- 18 2.1 La adolescencia desde la mirada adolescente
- 22 2.2 Los servicios de salud en la vida de las y los adolescentes: ¿próximos a la lejanía?
- 22 2.2.1 Hablan las cifras
- 30 2.2.2 Hablan las y los profesionales de salud
- 35 2.2.3 Hablan las y los adolescentes

Sección 3

- 41 **Barreras: ¿Por qué las y los adolescentes no “agregan” a los establecimientos de salud entre sus “contactos” de confianza?**
- 42 3.1 Barreras al nivel de los establecimientos de salud y de la comunidad
- 47 3.2 Barreras a nivel de los tomadores de decisión

Sección 4

- 51 **Recapitulando: Algunas recomendaciones para superar las barreras**
- 55 Anexos



Dr. María del Rosario Rodríguez - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.
Dr. José Antonio Torres - M.D.

CLINICA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.
Méd. José Antonio Torres - M.D.

COMPARACION DE LOS ESTADIOS DE LA VIDA SEXUAL EN LOS HOMINIDOS Y EN LOS ANIMALES
GALLINOS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

DENTAL

OBSTETRICIA

PSICOPROFILAXIS DEL PARTO

El embarazo adolescente es un problema de salud pública a nivel mundial y sobre todo a nivel de América Latina y El Caribe. En el Perú, alrededor del 20% de la población es adolescente y el porcentaje de quienes son madres o están embarazadas se ha elevado de 12.2% (ENDES 2004-2006) a 13.7%, de acuerdo a ENDES 2009. Esta cifra se incrementa entre el grupo de adolescentes más pobres y con menor nivel educativo de las regiones de Loreto, Ucayali, Cajamarca, Apurímac y Ayacucho, donde algunos casos coinciden con un inicio temprano de las relaciones sexuales.

Asimismo, según información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de muerte materna del Ministerio de Salud, la proporción de muertes maternas notificadas en adolescentes es de 15% en los últimos cinco años en promedio y según ENDES 2009 el número de nacidos vivos por cada mil mujeres adolescentes se ha ido incrementando con el pasar de los años, siendo la tasa de fecundidad actual de 63, cifra mayor al promedio a nivel de América Latina y el Caribe (52,9).

Así pues, el embarazo y la maternidad adolescente se presentan en una dimensión importante y compleja en el Perú. Diversos estudios cualitativos realizados en los países de la Subregión, así como la información estadística disponible, muestran que el fenómeno del embarazo y la maternidad adolescente afecta en mayor medida a las adolescentes pobres, indígenas, amazónicas y a aquellas con menor educación.

Por este motivo, la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes se ha convertido en un área de atención prioritaria para el Estado Peruano, la comunidad internacional, las organizaciones civiles y, una serie de normativas internacionales y nacionales respaldan y promueven la necesidad de la atención y del ejercicio de los derechos de los/las adolescentes, así como la necesidad prioritaria de favorecer el acceso de esta población a servicios de salud amigables. En este contexto, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) mediante la Resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina -

REMSAA XXVIII/437 de 30 de marzo de 2007 resolvió: “Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral”.

En el Marco del Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, el Ministerio de Salud de Perú con asistencia técnica y financiera de UNFPA, Fondo de Población de Naciones Unidas y con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo – AECID pone a su alcance la publicación titulada *Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes. Agrégame a tus contactos, hazte fan y apoya la causa para superar las barreras que nos distancian*. El documento busca contribuir a conocer y comprender mejor cuáles son las principales barreras que impiden un mayor acceso de adolescentes peruanos a los servicios de salud sexual y salud reproductiva disponibles en los establecimientos de salud del Estado, aportando algunas recomendaciones para enfrentar estos obstáculos.

Dichas recomendaciones no sólo se basan en la información cuantitativa recolectada y analizada sino también en las conversaciones sostenidas con adolescentes y profesionales de la salud de establecimientos públicos.

Esperamos que las evidencias que arroja este estudio sobre barreras de acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud realizado en Perú, contribuyan a dar el salto con el cual logremos superar aquellas altas y hondas barreras que aún alejan a las y los adolescentes de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para cambiar esta historia, el 19 de Abril del 2009 se aprobó la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud; así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, con miras a establecer un marco integrado sistémico y coordinado que permita el acceso a todo residente en el territorio nacional a las prestaciones esenciales de cobertura de salud sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el marco del proceso de descentralización y dentro de un criterio de progresividad para comprender a toda la población.

El Aseguramiento Universal en Salud será progresivo empezando con la población en pobreza y extrema pobreza para continuar con los demás segmentos de la población. Busca que todos los ciudadanos —entiéndase incluidos los/las adolescentes— tengan asegurados sus riesgos de salud y se reduzca sustancialmente el porcentaje del gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud.

Lima, Octubre de 2010

Dr. Carlos Acosta Saal
Director General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud de Perú

El objetivo central del presente documento es contribuir a la identificación de las principales barreras que impiden un mayor acceso de adolescentes peruanos a los servicios de salud sexual y salud reproductiva disponibles en los establecimientos de salud del Estado, aportando algunas recomendaciones para enfrentar estos obstáculos.

Para alcanzar este propósito, se recolectó información cuantitativa acerca del volumen real de la atención brindada a adolescentes varones y mujeres durante los últimos cuatro años; así como se escuchó las voces, historias y opiniones tanto de adolescentes como de profesionales de los servicios de salud sexual y reproductiva.

El proceso de indagación y análisis de información comprendió tanto la recolección y análisis de información cuantitativa como de información cualitativa.

La publicación que les presentamos titulada *Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes. Agrégame a tus contactos, hazte fan y apoya la causa para superar las barreras que nos distancian* ha sido organizada en cuatro partes.

La primera sección presenta de manera sucinta los pasos metodológicos seguidos para recolectar y analizar la información del estudio.

En la sección Diagnóstico sobre unas barreras altas y profundas se describe y analiza la información cuantitativa y cualitativa recolectada sobre el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva de los establecimientos de salud.

En la sección Barreras: ¿por qué las y los adolescentes no “agregan” a los establecimientos de salud entre sus “contactos” de confianza?, se explica cuáles son las barreras de acceso identificadas.

Y en la parte final del documento titulada Recapitulando: algunas recomendaciones para superar barreras, se plantean algunas propuestas que pueden contribuir a mejorar el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud.



Foto: Archivo UNFPA

Sobre la metodología del estudio

El proceso de indagación y análisis de información fue realizado sobre la base de los lineamientos técnicos¹ del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes², y comprendió tres momentos:

- * Recolección de información cuantitativa sobre las atenciones brindadas a adolescentes por los servicios de salud de Lima y Callao entre los años 2005 y 2008, así como sobre las consultas recibidas por el servicio Infosalud del Ministerio de Salud (MINSa) acerca de la salud sexual y reproductiva de adolescentes.
- * Recolección de información cualitativa, mediante grupos focales con adolescentes y entrevistas con profesionales de establecimientos de salud de Lima y Callao.
- * Análisis de la información cuantitativa y cualitativa para la elaboración de un informe que aporte a la identificación de barreras de acceso de adolescentes a los servicios de salud y ofrezca algunas recomendaciones para enfrentarlas.

[1] Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Lineamientos de propuesta para su identificación y superación. Elaborado a solicitud del Ministerio de la Protección Social y el UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas, Colombia.

[2] En junio de 2007, en la ciudad de Lima, Perú, se realizó la primera reunión del Comité Subregional Andino - conformado en marzo del mismo año por las ministras y ministros de Salud del Área Andina- en el que se elaboró el “Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes”.

Este proceso fue diseñado y ejecutado por el equipo consultor, y contó con la supervisión y colaboración del equipo técnico del Ministerio de Salud integrado por representantes de la Estrategia Sanitaria Nacional (ESN) de Salud Sexual y Reproductiva, la ESN de Prevención y Control de ITS y VIH/Sida, de la Etapa de Vida Adolescente; así como del equipo técnico del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas en Perú.

A continuación se detalla las actividades realizadas en cada paso del proceso:

Paso 1. Información cuantitativa

Se solicitó información cuantitativa sobre las atenciones brindadas a adolescentes, entre los años 2005 y 2008 a las y los coordinadores de la ES de Salud Sexual y Reproductiva, la ES de Prevención y Control de ITS y VIH/sida y la Etapa de Vida Adolescente de tres Direcciones de Salud (DISA) de Lima: Lima Este, Lima Ciudad³ y Lima Sur, y de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) del Callao.

La información solicitada se organizó en los siguientes ítems:

- 1** Cantidad de personas atendidas en todos los servicios entre enero de 2005 y diciembre de 2008.
- 2** Cantidad de adolescentes atendidos (10 a 19 años) en todos los servicios entre enero de 2005 y diciembre de 2008.
- 3** Cantidad de adolescentes atendidos (10 a 19 años) en servicios referidos a salud sexual y reproductiva, entre enero de 2005 y diciembre de 2008.

Inicialmente la recolección de información cuantitativa se iba a realizar en diez establecimientos de salud —entre hospitales, centros maternos infantiles y centros de salud— de Lima y Callao. Sin embargo, por recomendación de las y los profesionales entrevistados se optó por hacer la recolección a nivel de las DISA, pues no en todos los establecimientos de salud se brindaban los servicios sobre los que se requería la información y además en muchos establecimientos no se disponía del registro de información de años anteriores.

[3] No incluye información del Instituto Materno Perinatal (Maternidad de Lima).

Entonces, el MINSA envió una nueva comunicación formal solicitando la información requerida a cada director de las DISA de Lima y la DIRESA Callao, con copia a las y los responsables de la Etapa de Vida Adolescente y las ESN de Salud Sexual y Reproductiva, y de ITS y VIH/sida.

Para acceder a las estadísticas sobre las atenciones brindadas a las y los adolescentes, fue necesario sortear —precisamente— una serie de barreras⁴. De manera que, luego de múltiples gestiones, las DISA enviaron archivos digitales con la información requerida por correo electrónico, los entregaron en soportes digitales (USB o CD) o señalaron las rutas en sus Portales Web institucionales donde se podía ubicar la información. Sin embargo, no fue posible acceder a todos los datos cuantitativos solicitados, las DISA Lima Ciudad y Lima Este no contaban con información completa sobre las atenciones a adolescentes en servicios de salud sexual y reproductiva durante el periodo del estudio. Es importante señalar que las y los responsables de las estrategias sanitarias de las DISA consideran que han facilitado la información informalmente pues —por razones de tiempo— no pudieron usar la vía regular (envío por escrito con una carta formal de respuesta). Ver ANEXO 1 con la relación de las fuentes de la información cuantitativa recolectada en las DISA.

Paralelamente, previa comunicación formal del MINSA, se solicitó información cuantitativa a la Defensoría de la Salud e Infosalud sobre las consultas y casos recibidos entre los años 2005 y 2008. La información solicitada abarcó los siguientes asuntos:

1 Cantidad de personas que consultaron el servicio en todos los temas, entre enero 2005 y diciembre 2008.

[4] Barreras como las siguientes:

- En las DISA no conocían el Plan Andino de Prevención de Embarazo Adolescente y solicitaron que, previamente, se les enviara información al respecto por vía oficial y una explicación sobre el uso que se daría a la data solicitada.
- La gestión de las solicitudes de acceso a información es un proceso sumamente lento y desordenado: las vías de comunicación formal exigidas toman demasiado tiempo, muchas veces las comunicaciones se “traspapelan”, las agendas de las personas responsables están recargadas, etc.
- En las DISA manifestaron que la información solicitada se reporta periódicamente a las estrategias nacionales y a la Oficina de Estadística del MINSA, por lo que estos datos deberían estar disponibles en el nivel central del Ministerio de Salud y no sería necesario gestionarlos en cada DISA.
- La mayoría de responsables de estrategias sanitarias en las DISA no tiene información cuantitativa a la mano, de manera física ni virtual. Algunos ejercen el cargo desde hace poco tiempo y desconocen la ubicación de la información de años anteriores, o en otros casos ésta se ha perdido porque los discos duros se estropearon.
- Anualmente las Estrategias Nacionales del MINSA hacen modificaciones a los formatos lo cual hace más difícil la comparación de la información registrada a través de los años.

2 Cantidad de adolescentes atendidos (14 a 17 años) en todos los temas, entre enero 2005 y diciembre 2008.

3 Cantidad de adolescentes atendidos (14 a 17 años) en temas referidos a su salud sexual y reproductiva, entre enero 2005 y diciembre 2008.

La coordinadora del área de la Defensoría de la Salud señaló que no habían recibido quejas o denuncias de adolescentes referidas a Salud Sexual y Reproductiva y que la mayoría de intervenciones que realizan tienen que ver con quejas, reclamos o denuncias de índole administrativo. Finalmente, indicó que la Defensoría de la Salud sólo cuenta con una base de datos con información registrada a partir de octubre de 2008. A pesar de sucesivos intentos, no fue posible acceder a la información solicitada a la Defensoría de la Salud.

En el caso del servicio de Infosalud solo fue posible acceder parcialmente a la información solicitada en los ítems 1 y 2 (enero - junio 2005) y de manera completa en el ítem 3 (enero 2005 - diciembre 2008).

Paso 2. Información cualitativa

Se recolectó información cualitativa sobre el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva de cuatro establecimientos de salud: Hospital Nacional Cayetano Heredia (corresponde a la DISA Lima Ciudad), Hospital San José (DIRESA Callao), Centro Materno Infantil Piedra Liza (DISA Lima Este) y Centro Materno Infantil San José (DISA Lima Sur).

Las actividades emprendidas fueron las siguientes:

1 Entrevistas con las o los coordinadores de la ES de Salud Sexual y Reproductiva, la ES de ITS, VIH y Sida, y de Etapa de Vida Adolescente de los cuatro establecimientos de salud. Ver ANEXO 2 con la relación de los 12 profesionales de salud entrevistados.

2 Grupos focales con adolescentes varones y mujeres de zonas aledañas a los cuatro establecimientos de salud. Se realizaron ocho grupos focales con un total de 75 adolescentes, dos grupos por zona. En total, cuatro grupos con mujeres y cuatro con varones; en total, cuatro grupos con adolescentes de 10 a 13 años y cuatro con adolescentes de 14 a 17 años.

Paso 3. Informe final

- 1** Elaboración de una primera versión del documento de diagnóstico, a partir del análisis de la información cuantitativa y cualitativa recolectada.
- 2** Revisión con los equipos técnicos del MINSA y UNFPA del documento.
- 3** Ajuste y versión final de documento de diagnóstico.

Al final del informe, se incluyen algunos anexos con datos de referencia específicos.



Diagnóstico sobre unas barreras altas y profundas

En el Perú, la vida sexual activa de adolescentes menores de 18 años es un hecho que algunas normas sociales y políticas se resisten a aceptar. A pesar de que 4 de cada 10 mujeres tienen su primera relación sexual antes de cumplir la mayoría de edad⁵, el Código Penal —luego de una modificación fechada el año 2006⁶— desconoce la capacidad de discernimiento y decisión que se les reconocía antes de esa norma a adolescentes entre 14 y 18 años con relación a su propia sexualidad.

En la actualidad, luego de aquella modificación del Código Penal, las relaciones sexuales de adolescentes son penalizadas, no se reconoce la capacidad de las y los adolescentes para consentirlas pues son asumidas, en todos los casos, como si se tratase de abuso sexual. Por ello los establecimientos de salud están obligados a reportar a las autoridades los casos de adolescentes atendidas en el servicio de parto. Esta situación se ha constituido en una barrera importante que hace difícil el acceso a los servicios de atención y orientación en salud sexual y reproductiva por parte de las y los adolescentes. Lo cual incrementa su vulnerabilidad a embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, sobre todo en aquellos y aquellas con menores recursos económicos y niveles de instrucción⁷.

[5] 40.7 % de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 18 años. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2004-2006. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

[6] Ley 28704 publicada el 5 de abril de 2006

[7] Para un análisis más amplio sobre las normas vigentes en Perú acerca de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes

En consecuencia, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes se encuentra gravemente afectado por este contexto legal y político. Sin embargo, existe un problema cultural de fondo que explica este contexto y que obliga a pensar alternativas de solución que vayan más allá del cambio de normas y leyes: la visión conservadora, paternalista, negativa y temerosa que la sociedad adulta tiene sobre la sexualidad de las y los adolescentes, que se reproduce en los discursos de muchos padres y madres de familia, docentes, profesionales de salud y periodistas de medios de comunicación.

Idealmente, adolescentes y profesionales de la salud deberían relacionarse en espacios cotidianos (establecimientos de salud, colegios, barrios, medios de comunicación) para solicitar, unos, y proveer, otros, servicios de información, prevención o atención que contribuyan al bienestar y la salud sexual y reproductiva, asumidos esos servicios como un derecho de las y los adolescentes protegido por el Estado.

Sin embargo, en la realidad, el acceso de adolescentes a los servicios —y a sus derechos— se ve obstaculizado por una serie de trabas que llevan en última instancia a que ellos y ellas vivan una sexualidad marcada más por los riesgos —embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, VIH y sida— que por el bienestar y disfrute de la vida.

Habitualmente, las barreras para este acceso son organizadas en tres diferentes dimensiones⁸: sociocultural (significados y valores socialmente asignados a adolescencia, salud, sexualidad y otros asuntos clave), institucional (funcionamiento y recursos humanos disponibles en los servicios) y política (legislación y normatividad sectorial, y voluntades políticas).

¿Cuáles son las barreras que impiden o hacen difícil el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en nuestro país? A continuación, a partir de los relatos y reflexiones de adolescentes y profesionales de salud, así como de los datos cuantitativos de las atenciones brindadas, se procurará identificar aquellas condiciones que distancian los servicios de la vida cotidiana y de las expectativas de las y los adolescentes.

revisar “Balance político normativo sobre el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención del VIH-sida” UNFPA – Fondo de Población de la Naciones Unidas, MINSA 2009.

[8] Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Lineamientos de propuesta para su identificación y superación. Elaborado a solicitud del Ministerio de la Protección Social y el UNFPA - Fondo de Población de la Naciones Unidas, Colombia.

2.1 La adolescencia desde la mirada adolescente

Iniciaremos este recorrido haciendo un reconocimiento inicial acerca de cómo se ven las y los adolescentes a sí mismos: ¿les interesa su salud y bienestar?, ¿se sienten capaces de tomar decisiones relacionadas con su vida y sexualidad?, ¿se sienten respetados por las y los adultos que les rodean?

Cuando en nuestras conversaciones con decenas de adolescentes, les preguntamos acerca de aquello que más les agrada y aquello que más les desagradaba de vivir la edad que tienen, tres ideas constantes se desprendieron de sus declaraciones:

“Conciencia sobre sí mismos y mayor responsabilidad”

A diferencia de cuando eran niños y niñas, sienten que las cosas no les suceden simplemente, sino que ahora perciben el papel que tienen su voluntad y sus decisiones en lo que les ocurre. Por ello, señalan que pasan mucho tiempo, ahora más que antes, pensando y analizando las cosas que les pasa, anticipando lo que pueda suceder y tomando decisiones de manera conciente.

*Tenemos opiniones un poco más maduras según vamos creciendo. **Mujer SMP**⁹.*

*Ya no es como antes, cuando discutía con mis padres. Ahora me doy cuenta de lo que pasa, pienso más. **Varón SJL**.*

*Tener más libertad para salir, para pasear; para reflexionar sobre las cosas, mis amigos, los estudios y la diversión; para no andar en malas juntas. Claro, ahora razono más. **Varón SMP**.*

*No necesariamente tenemos que esperar a tener 18 años para planificar nuestro futuro. Ahora podemos planificarlo, claro que con la ayuda de personas mayores para que nos den unas ideas más concretas. Las confrontas con nuestras ideas y logras sacar algo. **Mujer SJL**.*

[9] Se señalará el distrito de las y los adolescentes entrevistados con las siguientes claves: C (Callao), SMP (San Martín de Porres), SJL (San Juan de Lurigancho), VES (Villa El Salvador).

*Ahora ya se puede decir, mira esto sucede con tu papá o tu mamá, porque uno es maduro y puede entender los problemas que suceden con los padres. **Mujer C.***

Como ya no son niños o niñas, ahora deben asumir más responsabilidades en casa, y también los adultos les exigen más. Sin embargo, las chicas se quejan de la desigualdad de género sobre la que se basa esa mayor exigencia.

*Nos dan más responsabilidades y como soy la hermana mayor es más trabajo. Eso es lo que no me gusta. A mí no me gusta que mis tíos de parte de mi mamá me vigilen. Salgo y me dicen “a dónde vas” “tu mamá no te ha dado permiso”. También porque soy la hermana mayor, mis abuelos me dicen “tienes que dar el ejemplo a tus hermanos porque si tu eres profesional también ellos te van a seguir”. **Mujeres SJL.***

*Los papás te dan más obligaciones, que hagas otras cosas, más cosas en la casa. Más a las mujeres que a los hombres, porque nos toca a las mujeres hacer más cosas en la casa, barrer y... el estereotipo, la mujer tiene que dedicarse a la casa, cuidar a los sobrinitos, a los hermanitos. **Mujeres C.***

“Mayor confianza y libertad... pero bajo mayor control”

Perciben que sus padres y madres tienen mayor confianza en ellos y ellas, que ahora les han abierto las puertas a una mayor autonomía y libertad. Sienten que son más escuchados que cuando fueron niños o niñas, pues la comunicación con sus padres y madres tiene mayor fluidez.

*Ahora uno tiene más confianza en hacerlo, en cambio cuando uno es chiquito paran detrás de uno, no le hacen caso. **Varón SJL.***

*También tienes más comunicación con tus padres, cuando eres más pequeña no puedes comunicarte directamente sobre lo que quieres hacer o no. Más confianza con tu papá y con tu mamá, en contarle tus cosas íntimas, tus secretos. **Mujeres SMP.***

Sin embargo, sienten que el control ha aumentado y eso les desagradó. Padres y madres están preocupados por los casos que se ven en sus barrios y en los noticieros sobre adolescentes violadas,

chicos secuestrados o involucrados en pandillas, etc. Entonces, exigen a sus hijos e hijas adolescentes que les mantengan al tanto de todo lo que hacen. Las mujeres perciben que a ellas las controlan más que a sus pares varones porque las ven más frágiles y vulnerables al peligro.

A veces mi papá se preocupa porque había muchos secuestros, ahora tiene esa preocupación, cuando tú sales ya se preocupa. Tú le dices “voy a estar con mis amigos”, te dice “vuelve rápido y no te metas en problemas”. Siempre se preocupan, la hora de llegada, qué has hecho. O sea que te pregunten a cada rato fastidia.

—¿Qué preguntas son las que no soportan?

*—Por qué llegas tarde, a dónde vas, por qué vas a salir. **Varones SMP.***

*En esta etapa los padres nos vigilan más. Como ven que hay casos en que mayormente las chicas salen embarazadas porque a veces las drogan para luego violarlas, nos vigilan: que a dónde vas, con quienes. Mayormente les mentimos: voy a hacer mi tarea. **Mujer SJL.***

*Para mí lo desagradable es no tener mucha libertad. Si tienes hermanos mayores, te controlan más, te dicen a la hora que tienes que venir. En cambio cuando eres niña, sales a jugar y regresas a la hora que quieres y no nos controlan. **Mujer SMP.***

*Yo digo que está bien que nuestros padres nos controlen, porque muchas veces salen noticias de violación a niñas. Pero todo tiene un límite. **Mujer VES.***

*Por el hecho que somos mujeres, que somos más delicadas. ¿Somos más delicadas, somos niñitas, somos finas? O sea, yo me he peleado con cuatro chicos (todas ríen), con cuatro chicos, y ¿qué me van a hacer? **Mujeres C.***

“Interés por el amor, la sexualidad y sus cuerpos”

Los cambios que van viviendo traen nuevas sensaciones y experiencias agradables. Así mismo, la relación y las conversaciones entre amigos y amigas se hacen más profundas.

*Las enamoradas. Antes sí había, pero ahora es más chévere. Ahora se puede sacar a pasear, hay sitios como el Parque de la Reserva. Antes no había, se hacía a escondidas porque éramos muy chibolos. Las chicas no querían chibolos. Teníamos otro pensamiento. **Varones SMP.***

*Tratamos de saber más sobre nuestro cuerpo, sobre sexualidad. **Mujer SMP.***

*También es una alegría diferente cuando tienes tu enamorado. Una chica menor lo toma a la broma, al juego, no tiene mucho interés. **Mujeres SMP.***

*Compartes tus experiencias e ideas con tus amigos más cercanos. Empezamos a ver a los amigos más cerca, como un hermano. Podemos encontrar más amigos en quienes confiar. Ser más unidos, sociables, tener más experiencia. **Mujeres VES.***

Sin embargo, algunos cambios no son vividos con agrado por las y los adolescentes, sobre todo porque los experimentan sin recibir orientación de sus padres y madres.

*El desarrollo. Que te salga acné en la cara. Ya, ninguna chica te da bola. **Varón C.***

*Los cambios que pasan en nuestro cuerpo. Es desagradable, porque nos salen granitos. A veces tus padres no te hablan, tu cuerpo está cambiando y no sabes porque ni siquiera te hablan. No nos dan consejos, no nos acompañan. **Mujeres VES.***

*Tú sabes que te va a venir la regla y te puedes manchar la ropa. Porque te salen granitos, te salen barritos, porque no puedes comer grasa y además tienes miedo de mancharte. También viene con dolor, los cólicos. Porque también cambias de humor, porque en un momento te pones feliz y en otro te pones triste, las emociones cambian. Los días previos, no quieres hacer nada, echada, tranquila, sin hacer nada. Que nadie me moleste, ni un mosquito. **Mujeres C.***

La adolescencia es una etapa de cambios importantes en la vida. Los chicos y chicas destacan la adquisición de una conciencia autónoma, el tránsito de verse gobernados por los hechos y las decisiones de los demás para empezar a explorar su capacidad de decidir y anticipar consecuencias. Cuando sienten que sus márgenes de libertad se van ampliando porque sus padres confían más en ellos y ellas, al mismo tiempo crece, en sus padres y madres, el temor por lo que les pueda pasar, especialmente en esa dimensión nueva que tanto interés empieza a despertar: su sexualidad, el amor, sus cuerpos.

Hasta qué punto los servicios de salud están conectados con estas expectativas y percepciones adolescentes, cuán preparados están para relacionarse adecuadamente con estos sujetos en plena transformación, qué lugar ocupan realmente los servicios en sus vidas diarias. En la

siguiente sección procuraremos abordar estas interrogantes, consultando a las y los protagonistas de esta relación: profesionales de salud y adolescentes.

2.2 Los servicios de salud en la vida de las y los adolescentes: ¿próximos a la lejanía?

En primer lugar, revisaremos algunos datos cuantitativos acerca de los servicios de salud brindados a adolescentes; conoceremos cómo se organizan los servicios de salud sexual y reproductiva llamados a atenderlos; y finalmente, nos aproximaremos a conocer cómo las y los adolescentes viven problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva y qué rol juegan los servicios de salud.

2.2.1 Hablan las cifras

La información recolectada sobre las personas atendidas en los servicios de salud durante el periodo 2005 a 2008 ha sido facilitada por cuatro direcciones de salud: DISA Lima Sur, DISA Lima Este, DISA Ciudad y DIRESA Callao. Es importante señalar que el ámbito territorial de varias de estas Direcciones de Salud se modificó a lo largo de este periodo, reduciéndose o incrementándose el número de establecimientos de salud, año a año¹⁰.

En el consolidado de las personas atendidas por los establecimientos de las cuatro Direcciones de Salud se puede observar una disminución importante a partir del año 2007 (ver Gráfico 1). De casi 3 millones 790 mil personas atendidas en 2005 se baja a casi 2 millones 900 mil en 2008¹¹.

[10] En la DISA Lima Este es donde se percibe más cambios. En el año 2005, esta DISA comprendía 138 establecimientos de salud. En 2006 salieron de su ámbito de dirección los establecimientos de las microrredes Huarochirí, Langa, Ricardo Palma, Huinco y Matucana, pero ingresaron los establecimientos de las microrredes Piedra Liza, San Fernando, Canto Grande, Jaime Zubieta y José Carlos Mariátegui. Estos cambios llevan a contabilizar en 2006 un total de 110 establecimientos. En el año 2007, se reduce levemente a 107 y para el año 2008 se registran 108 establecimientos de salud.

Mientras que la DISA Lima Sur comprendía en los años 2005 y 2006 los establecimientos de 5 redes de salud y dos hospitales, a partir de los años 2007 y 2008, los establecimientos de dos redes de salud (Chilca-Mala e Imperial-Cañete-Yauyos) y el Hospital Rezola de Cañete dejan de formar parte de su jurisdicción.

[11] Fuentes: DIRESA Callao: Sitio Web www.disacallao.gob.pe/estadistica/poblacion.html. DISA Lima Este: Sitio Web www.limaeste.gob.pe. DISA Lima Ciudad: Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística. DISA Lima Sur: Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística.



Tomando como base el número de personas atendidas en el año 2005, en 2006 se atendió el equivalente al 99%, en 2007 al 75% y en 2008 al 77%.

**“De cada 20 personas atendidas
en los establecimientos de salud, sólo 3 son adolescentes”**

Entre los años 2005 y 2008, del total de personas atendidas por todos los servicios de los establecimientos de salud de Lima Este, Lima Ciudad y Lima Sur, en promedio, sólo 15.9 % corresponde a población adolescente (10 a 19 años)¹². Ese promedio se mantiene más o menos estable, aunque con una ligera tendencia a decrecer: en 2005 la población adolescente atendida equivale al 16.7% de la población general atendida, en 2006 al 15.7%, en 2007 al 16.0% y en 2008 al 15.2% (ver Gráfico 2 en la página siguiente).

Como se observa en el Gráfico 3, el número de adolescentes atendidos disminuyó durante los cuatro años: de casi 560 mil en 2005 a alrededor de 380 mil en 2008. Tomando como base el

[12] Fuentes: DISA Lima Este: Sitio Web www.limaeste.gob.pe. DISA Lima Ciudad: Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística. DISA Lima Sur: Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística.

Gráfico 2:

Población general atendida vs. Adolescentes atendidos en Lima Este, Lima Ciudad, Lima Sur

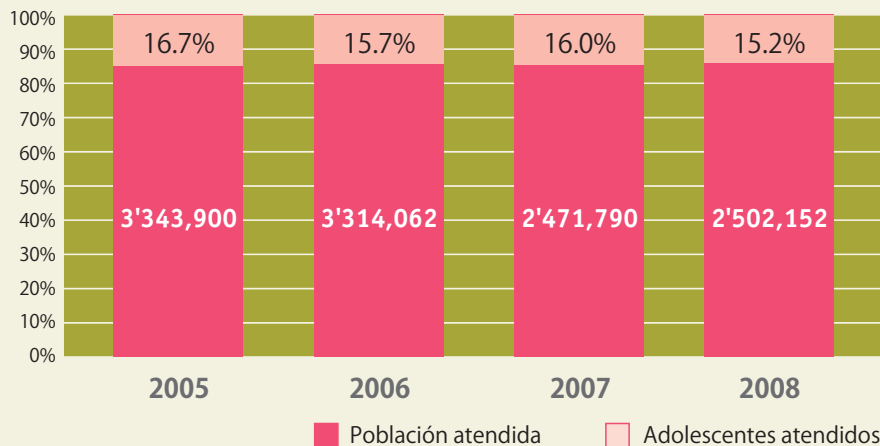
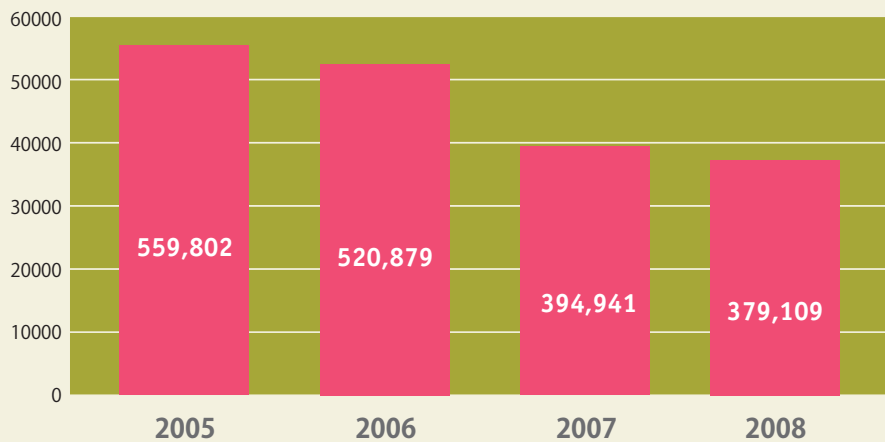


Gráfico 3:

Adolescentes atendidos en establecimientos de Lima Este, Lima Ciudad, Lima Sur

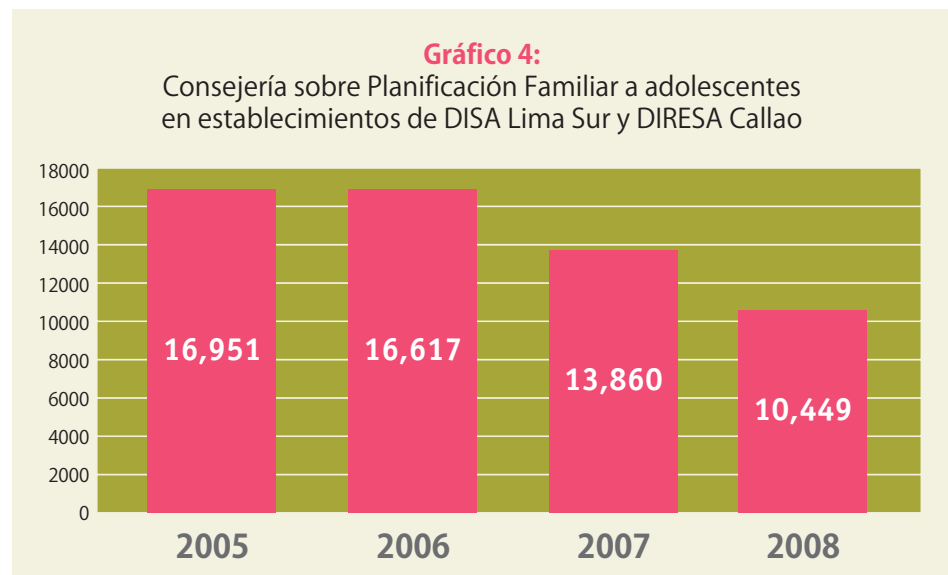


número de adolescentes atendidos en el año 2005, en 2006 se atendió el equivalente al 93%, en 2007 al 71% y en 2008 al 68%.

“Cada vez menos adolescentes acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de los establecimientos de salud”

Lamentablemente, la información disponible sobre adolescentes atendidos en los servicios de salud sexual y reproductiva entre los años 2005 y 2008 es limitada en varias direcciones de salud. Sólo la DISA Lima Sur y la DIRESA Callao facilitaron la información completa para todo el periodo.

Entre 2005 y 2008, en el servicio de consejería en planificación familiar se atendió a un total de 57,877 adolescentes en los establecimientos de las DISA Lima Sur y Callao¹³. Como se observa en el Gráfico 4, a partir del año 2007 las cifras muestran un sostenido alejamiento de las y los

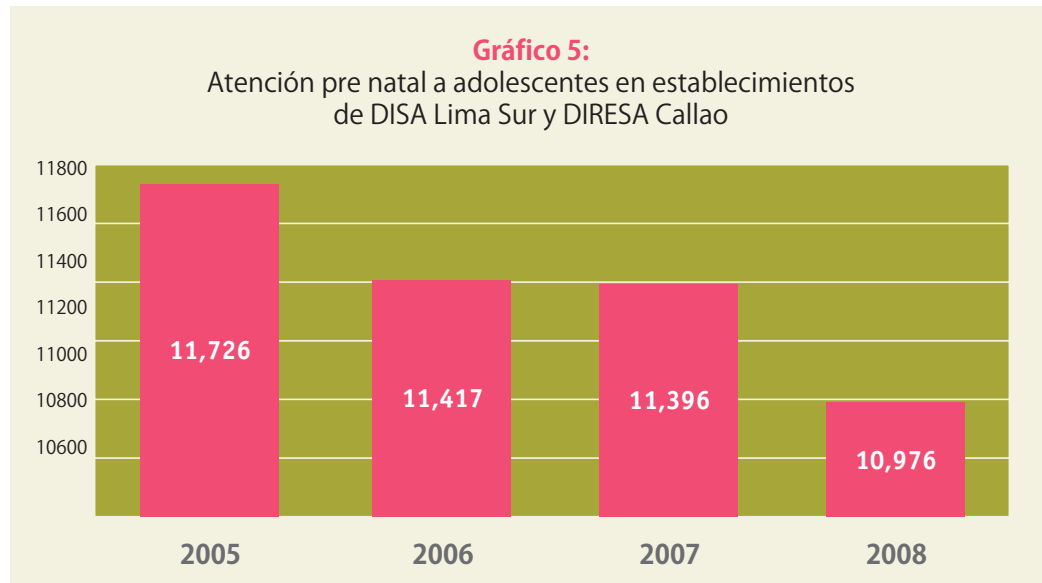


[13] Fuentes: Disa Lima Sur: Información de la ES de Salud Sexual Reproductiva. DIRESA Callao: Información de la ES de Salud Sexual Reproductiva.

adolescentes: de 16,951 en 2005 a 10,499 en 2008. Tomando como base el número de adolescentes atendidos en el año 2005, en 2006 se atendió el 98%, en 2007 el 82% y en 2008 el 62%.

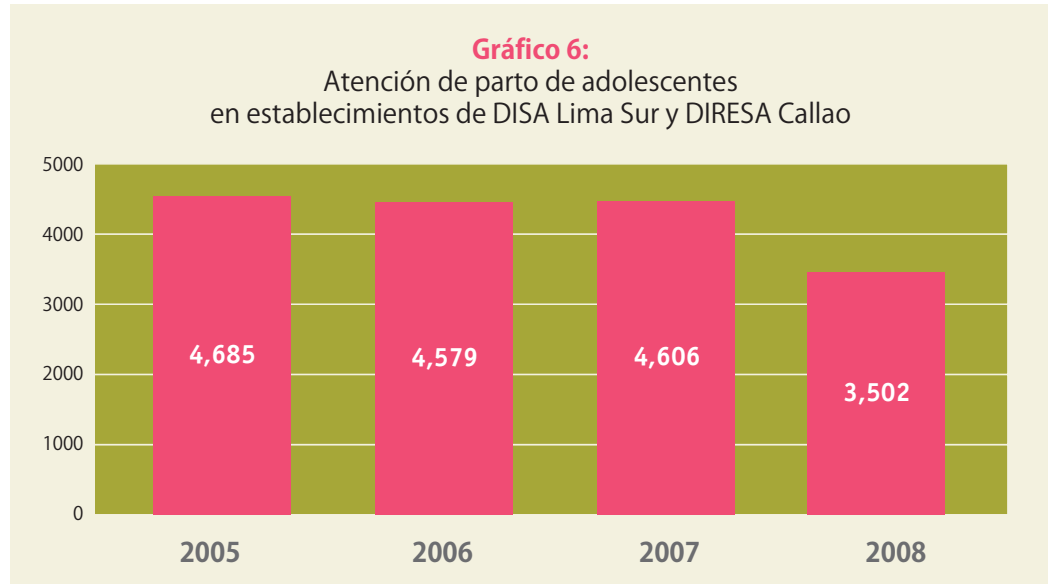
De 2005 a 2008, en el servicio de atención prenatal se atendió a un total de 45,515 adolescentes en los establecimientos de las DISA Lima Sur y DIRESA Callao¹⁴. Existe una leve reducción de atenciones a partir del año 2006. Tomando como base el número de adolescentes atendidas en el año 2005, en 2006 se atendió el 97%, en 2007 el 97% y en 2008 el 94% (ver Gráfico 5).

Entre 2005 y 2008, en el servicio de parto de los establecimientos de salud de la DISA Lima Sur y DIRESA Callao se atendieron un total de 25,925 adolescentes¹⁵.



[14] *Ibíd*em
[15] *Ibíd*em.

Como se observa en el Gráfico 6, hay una ligera tendencia a la reducción del nivel de atenciones de parto durante los tres primeros años, que se profundiza radicalmente en 2008. Tomando como base el número de adolescentes atendidas en el año 2005, en 2006 se atendió el 98%, en 2007 el 98% y en 2008 el 75%.



“De cada 10 personas que consultan Infosalud sólo 1 es adolescente”

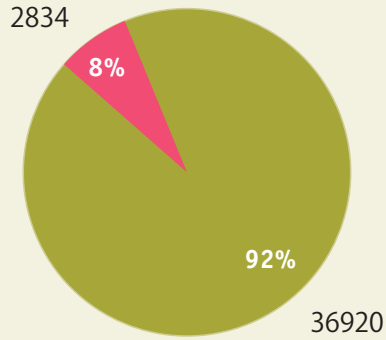
Considerando los datos registrados durante el primer semestre de 2005 por Infosalud¹⁶, se observa que de cada 10 consultas recibidas por el servicio de orientación telefónica sólo una proviene de adolescentes de 10 a 19 años de edad (ver Gráfico 7, página siguiente).

Y la gran mayoría de las consultas realizadas por adolescentes tienen que ver con otros motivos diferentes a su salud sexual y reproductiva: sólo 2 de cada 10 consultas se refieren a temas como embarazo, ITS y VIH sida, planificación familiar, etc. (ver Gráfico 8, página siguiente)¹⁷.

[16] Fuente: Coordinación de Infosalud. Defensoría de la Salud y Transparencia del MINSA.

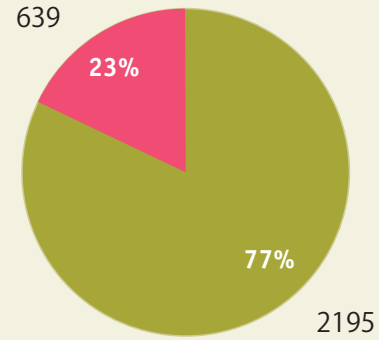
[17] *Ibidem*.

Gráfico 7:
Consultas a Infosalud 2005-1



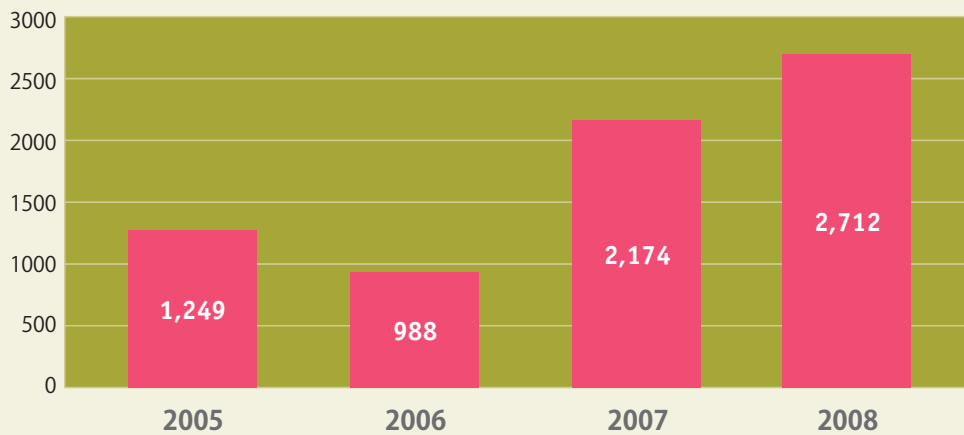
■ Consultas público general
■ Consultas adolescentes

Gráfico 8:
Consultas de adolescentes a Infosalud 2005-1



■ Consultas adolescentes otros temas
■ Consultas adolescentes SSR

Gráfico 9:
Consultas de adolescentes a Infosalud en temas de salud sexual y reproductiva



Revisando el registro de consultas de adolescentes recibidas por Infosalud entre los años 2005 y 2008 sobre salud sexual y reproductiva, observamos que luego de una leve caída el 2006, las consultas sobre estos temas se incrementaron en los años 2007 y 2008, probablemente motivadas por la mayor difusión del servicio telefónico Infosalud en las campañas de prevención del VIH y Sida del Ministerio de Salud: subiendo de 1249 consultas en 2005 a 2712 consultas en 2008 (ver Gráfico 9).

Tres conclusiones sobre la atención en salud a adolescentes que confirman estas evidencias

Las cifras y datos cuantitativos del periodo 2005 a 2008, recolectados en las DISA y en el servicio de Infosalud confirman que:

- a** Los servicios de salud prácticamente no están atendiendo a adolescentes: en los establecimientos sólo se atendió a tres adolescentes por cada veinte personas de la población en general; y en la consulta telefónica de Infosalud se recibió sólo una llamada de adolescentes por cada diez de la población en general.
- b** La escasa atención a adolescentes NO es sobre su salud sexual y reproductiva: sólo 2 de cada 10 consultas de adolescentes a Infosalud son sobre temas de SSR.
- c** Cada vez menos adolescentes acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de los establecimientos de salud: año a año ha caído de manera sostenida el nivel de atención a adolescentes en los servicios de orientación en planificación familiar, atención pre natal y atención de partos.

Entonces, ¿cómo los adolescentes satisfacen su demanda de información y orientación preventiva sobre su sexualidad? ¿Qué ocurre en los establecimientos de salud y sus servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Por qué están prácticamente fuera del radar de interés de la inmensa mayoría de adolescentes?

2.2.2 Hablan las y los profesionales de salud

“Se carece de personal y recursos suficientes para una atención diferenciada a adolescentes”¹⁸

De acuerdo a las y los profesionales entrevistados, en los establecimientos de salud se procura aplicar la disposición de ofrecer un servicio diferenciado a adolescentes. Incluso en algunos hay horarios definidos, consultorios asignados o, en el mejor de los casos, un ambiente completo dedicado a adolescentes. Sin embargo, la vorágine de la atención diaria —conformada por una demanda mayoritaria de adultos, madres y niños— consume el tiempo de dedicación del personal y la infraestructura disponible.¹⁸

Nos pidieron un horario diferenciado para adolescentes, el personal debe respetar eso, el problema es que la infraestructura misma no te permite, no le puedes dar profesionales para que estén justamente a esas horas para ellos. No se podría tener un profesional exclusivo para eso. SSR CMI Piedra Liza.

Adicionalmente, el personal disponible en el servicio diferenciado es escaso, consiste básicamente en el profesional a cargo de Etapa de Vida Adolescente (EVA). Puede ser que este profesional esté dedicado exclusivamente a esta función o que, en realidad, sea multifuncional: se le asignó este servicio pero sin dejar su carga de atención en otros servicios (consultorios, emergencia, hospitalización, etc.)

Lo ideal es que solamente se atiendan acá adolescentes, pero acá en verdad es multifuncional uno. Por ejemplo, hoy en la mañana estamos las dos, pero como tiene que ir a una reunión la colega del (consultorio) 14, la (responsable) de adolescentes tiene que suplir esas dos atenciones. O sea, en esa mañana está atendiendo por ejemplo uno o dos adolescentes con su historia de adolescentes que son seis hojas y (también) tiene que correr con la atención de adultas. EVA CMI Piedra Liza.

[18] Se indicará a la persona entrevistada con las siguientes claves antes del nombre del establecimiento: SSR (coordinador/a de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva), EVA (coordinador/a de Etapa de Vida Adolescente), VIH (coordinador/a de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS y VIH/sida).

¿Qué aspectos hace que no sea bien diferenciado? No es exclusivo para ellos, o sea un área que sea consultorio, consejería, que haya folletería para ellos. (En el consultorio de ITS y VIH) no tenemos nada para población general porque uno les da la consejería, les habla, les dice pero lo ideal es que se lleven algún folletito o algún boletincito donde pueda consultar o leer y de repente compartirlo con sus compañeros. VIH CMI Piedra Liza.

En cualquier caso, el servicio diferenciado no cuenta con personal propio (psicólogos, obstetras, médicos, etc.), que brinden atención especializada al interior de un espacio amigable donde las y los adolescentes se puedan sentir cómodos dentro del establecimiento de salud. Lo que se ofrece, en la mayoría de casos, es una consejería inicial y luego el acompañamiento en el recorrido por los mismos consultorios y servicios de atención que el establecimiento ofrece a la población en general.

Un joven de 10 años, 14 o 15 automáticamente se le da el ticket y viene. Primero saca su historia, de ahí viene acá. Tienen una ficha, llenamos la ficha de adolescentes y vamos donde el médico y empezamos a pasar a otros servicios. Terminan y ya pasamos a otro servicio. EVA CMI San José.

Si (la chica) viene al hospital directamente, se va a ir a lo que es consejería en salud sexual y reproductiva del adolescente, que hay un consultorio. Pero si viene acá (al centro juvenil) y tiene ese problema se registra y pasa a (nuestra) consejería. La consejera ve la situación, conversa conmigo y lo acompañamos a lo que es el hospital, a consejería de salud sexual y reproductiva. EVA H Cayetano Heredia.

En establecimientos que cuentan con un espacio para atención diferenciada, la infraestructura instalada proviene por lo general de un proyecto de cooperación de una ONG que, mientras estuvo en ejecución, facilitó incluso la atención de profesionales en el ambiente para adolescentes. Sin embargo, cuando el proyecto concluye, las autoridades del establecimiento no sostienen el servicio para adolescentes con toda la capacidad instalada, sino que van recortando el servicio hasta que queda como un espacio básicamente para talleres y consejería.

Nosotros antes teníamos acá las obstetras y hacíamos la consejería en salud sexual y reproductiva, todo hacíamos acá. Pero como ahora no tenemos ese recurso, entonces qué hacemos, simplemente acompañamos (al adolescente) y coordinamos con la obstetra para que ella pueda darle la consejería al respecto. EVA H Cayetano Heredia.

*Hasta hace más o menos cuatro años esto era un centro juvenil. Toda la infraestructura que ven arriba y abajo era para adolescentes, apoyado por la ONG GTZ. Luego, como hubo cambios de personal, como que las cosas no estaban funcionando. Y vino después la remodelación del hospital y entonces empezaron a quitarle espacio (al centro juvenil). Yo he venido y sólo he encontrado esto (un ambiente pequeño), también lo que era el auditorio al costado se ha ocupado por oftalmología. Prácticamente sólo tengo este espacio. **EVA H San José.***

“Los servicios no están organizados ni el personal sensibilizado para acoger a las y los adolescentes que llegan al establecimiento”

Los servicios de planificación familiar (consejería, pruebas de embarazo, entrega de condones y métodos anticonceptivos), de ITS y VIH son brindados fuera del espacio diferenciado para adolescentes. Por otro lado, las y los profesionales de salud —así como el personal a cargo de la admisión del establecimiento— no siempre están preparados ni dispuestos a comunicarse con la sensibilidad requerida para atender a adolescentes. Por ello, en muchos casos las y los coordinadores de EVA asumen un rol que podría ser llamado defensoría del adolescente al interior del establecimiento, acompañándolos y orientándolos para que sean bien atendidos o también haciendo incidencia ante las autoridades del establecimiento para procurar mejoras en las condiciones del servicio hacia adolescentes.

*Hace poco una adolescente embarazada venía a hacerse el control y vino sola. Entonces le enseñé a sacar sus consultas y todo el trámite e incluso para sacar su SIS (seguro integral de salud) la llevé a la asistente social. Pero cuando la dejé en ginecología, vino la técnica a buscarme y me dijo que la doctora preguntaba quién iba a pasar con ella, que tenía 16 años. Y yo me hice responsable y tuve que pasar con ella. **EVA H San José.***

*Lo ideal es que el paciente venga a admisión donde hay una anfitriona y que, por el grupo etáreo y por lo que le dice, me la derive pues ya sabe que la responsable de adolescentes es la obstetrix. Ese es también un problema porque el que da el anfitriónaje en las mañanas es el chofer. Como que ahí hay un maltrato al paciente. Ahorita el ginecólogo me llama por celular y me dice. “tengo una paciente (adolescente), no la han anotado ¿qué hago?”. Pudiendo esa paciente con un buen anfitriónaje en admisión haber sido derivada al sitio adecuado. **EVA CMI Piedra Liza.***

Donde he encontrado problema es en admisión. Me refirieron a dos adolescentes que venían a sacar consulta y métodos de planificación y en admisión les dijeron “tienen que venir con sus papás a sacar la historia”. Entonces me las mandaron. Pero no puede ser siempre así, por eso estaba pidiendo una reunión con los directores porque no siempre yo estoy y vamos a perder las oportunidades. Ellas vienen, están buscando métodos y si queremos disminuir el embarazo adolescente tenemos que atenderlas. EVA H San José.

En los servicios de planificación familiar y de ginecología u obstetricia —a cargo de la ES de Salud Sexual y Reproductiva— suele haber también algún consultorio o un horario diferenciado para la atención de adolescentes. En estos servicios, las y los adolescentes pueden acceder a pruebas de embarazo, métodos de planificación familiar —incluidos condones— y exámenes de descarte de ITS, éstos últimos en caso de estar acompañados de sus padres o tutor.

“Adolescentes obligados a acudir con sus padres o madres para ser atendidos en algunos servicios de salud sexual y reproductiva”

Aunque existen normas que así lo exigen, no hay un criterio común en todos los establecimientos y profesionales acerca de si una adolescente puede hacerse una prueba de embarazo sin que esté presente su padre, madre o un adulto que la respalde.

Por lo general el profesional de salud tiene sus temores y pide que esté acompañado de un adulto. Nosotras, la gran mayoría incluyéndome yo, no pido la autorización de un adulto. Creo que hay normas pero no las tenemos ahí pegadas. Es que hay controversia en la aplicación de eso y entonces prefieren asegurarse y cada quien obra por su criterio. SSR H Cayetano Heredia.

Sí, lo que piden es que como es menor de edad tiene que tener alguna persona que la respalde y para eso siempre vienen a mí y me dicen “señorita por favor puede usted...” y nos vamos. EVA H Cayetano Heredia.

La misma diversidad de criterios se advierte cuando se conversa con las y los profesionales de salud sobre la entrega de condones y otros métodos anticonceptivos a adolescentes sin la presencia de sus padres.

- ¿Entregan preservativos a adolescentes?
- Se les da previa consejería, inclusive la ley de planificación familiar lo permite, previa consejería.
- ¿En ese caso, no tiene que venir con un adulto?
- No necesariamente. **SSR H San José.**

He hablado con muchos de ellos y me dicen que cuando van a una farmacia no le venden preservativos, les hacen roche.

- ¿Acá sí les entregan?
- Sí, en planificación se les entrega, al menos con obstetrices que converso dicen que sí vienen adolescentes y sí se les entrega. **EVA H San José.**

*Primero el gran problema que hay es que tienen que venir con una persona mayor porque eso dicen las normas para proveerles un método. Para consejería no habría problemas pero para repartirles un método sí porque tiene que venir con una persona adulta para que esa persona firme. **SSR CMI Piedra Liza.***

*La primera vez que nosotros hicimos eso (entregar condones) fue en una campaña de salud integral para adolescentes, que tuvimos lógicamente la reacción de los padres de familia pero luego informados los padres de familia de la situación hemos hecho otras actividades y no hemos tenido ningún problema. El anticonceptivo que más se entrega a los adolescentes es el condón, y básicamente quien le entrega el preservativo es la obstetriz, porque previa a la entrega tiene que darle su consejería. **EVA H Cayetano Heredia.***

El servicio de control y prevención de ITS y VIH/sida está orientado casi exclusivamente a la denominada población vulnerable (HSH y trabajadores/as sexuales). Atiende a adolescentes cuando son derivados por los servicios de planificación familiar, ginecología y obstetricia o por el servicio diferenciado. Y les hace una prueba de descarté de ITS o de VIH, y ofrece tratamiento médico, siempre y cuando vengan acompañados de sus padres o un adulto que responda por ellos o ellas.

*Nosotros recibimos solo a población vulnerable si tiene más de 18 años. Si son menores de edad no (los atendemos) salvo que vengan con el papá o la mamá. Si hay que hacerle un descarté de gonorrea y esas cosas se le hacen y se le trata. El tratamiento médico no se le puede negar. ¿Para pruebas de ELISA? Nosotros sabemos que deberían ser atendidos con su DNI y además porque muchos de ellos son trabajadores sexuales y se meten en ciertos problemas y nos han dicho que no debemos atender si no tienen DNI y si son menores de edad. Esa es la disposición que nos ha dado la DISA. **VIH CMI Piedra Liza.***

Esto es un CERITS y está destinado a atención de población vulnerable, pero se le da atención a población general salvo que llegue tarde. Yo tengo programada a población general de 8 a 9 (de la mañana) porque de 9 para adelante ya viene la población HSH, TS y son un poquito exigentes y se demora más que atendiendo a población general y también para evitar el estigma. VIH CMI San José.

Hay chicos que quieren hacerse la prueba (de VIH) y ahí sí me parece que es más delicado el asunto porque sí piden que haya una persona mayor que avale la prueba. EVA H San José

2.2.3 Hablan las y los adolescentes

Una manera de descubrir algunas barreras de acceso a los servicios de salud es reconstruir la relación cotidiana que las y los adolescentes tienen con estos servicios mediante el relato de historias cotidianas. Revisando sus narraciones, podemos identificar cuáles son los principales conflictos asociados al tema, quiénes son sus protagonistas y cuáles los escenarios recorridos.

La dinámica de estas conversaciones grupales que tuvimos con más de 70 adolescentes, consistió en solicitarle a cada chico y chica que escribiera un relato corto sobre alguna situación vivida por amigos o amigas de su edad respecto de cuatro asuntos: los tres primeros vinculados a su salud sexual y reproductiva (embarazo, ITS y VIH/sida) y el último vinculado al propio escenario del servicio: los establecimientos de salud. Para ello, se les facilitó una cantidad similar de tarjetas en blanco por cada tema, para que todos y todas tuvieran la oportunidad de seleccionar libremente el asunto sobre el cual querían escribir.

“El embarazo es un drama que “patea” en el imaginario adolescente”

Se recopiló un total de 71 relatos protagonizados por adolescentes. Cerca de la mitad de los cuales tienen que ver con el embarazo (33), casi una tercera parte (21) con los establecimientos de salud y el resto son historias sobre ITS y VIH/sida.

Es interesante notar el peso que tienen las historias sobre embarazo en la vida cotidiana de las y los adolescentes (algo más en las chicas, que escribieron 20 de esas 33 historias). Los conflictos

dramáticos en estos relatos surgen a partir de la certeza o la duda sobre un embarazo, lo cual desencadena dilemas diferentes en las chicas y en los chicos protagonistas.

“Ante un posible embarazo, las chicas buscan apoyo, los chicos desconfían”

Para las chicas estos dilemas tienen que ver con una expectativa de apoyo para afrontar la situación: compartir o no la noticia con el chico, recibir su apoyo o rechazo, contárselo a mamá o papá, permanecer o salir de la escuela, recibir el apoyo de los padres, buscar o no el apoyo de las amigas, tener o no al bebé, etc.

*...cuando se dio cuenta que no le venía la menstruación, al principio estaba muy triste porque pensaba que le iba a destrozar la vida. O sea iba a perder todos sus estudios. **Mujer VES.***

*...ella en su momento de desesperación lo que hizo es pensar en donde lo podía abortar y en ese momento, desesperante para ella, fue a contarle a su enamorado, pero el chico lo que le dijo fue que de él no era y que él no se iba a hacer cargo. Mi amiga se puso a llorar... **Mujer SJL.***

Para los chicos los dilemas están relacionados con la duda y la posibilidad de engaño: sentir la presión de la chica para asumir la responsabilidad, ser maltratado por el padre y la madre de la chica, paralizarse y no saber cómo afrontar la situación, temer que sus padres se enteren, sentirse aliviado porque solo fue un susto, etc.

*...Llegó el día y la chica lo reconoció a mi amigo en el colegio y le hacía problemas con lo que ella decía que la había embarazado. **Varón SJL.***

*...un día la chica de repente le dijo que tenía dos meses de embarazo y era de él. Pero la verdad no era así. La chica estaba esperando un hijo de otro joven que supuestamente estaba con él hacía dos meses atrás. **Varón SMP.***

*...a los tres meses siguientes, me dijo que su enamorada había tenido vómitos y mareos, por lo cual él supuso que era porque estaba embarazada. Por suerte esto no era así, pero él se quedó con la impresión y con ese nerviosismo de ser papá a muy temprana edad ya que sus padres no lo soportarían y lo botarían de la casa. **Varón SJL.***

“Padres, madres y profesionales de salud: temor y ausencia”

Obviamente el actor protagónico en estas historias puede ser un chico o una chica, dependiendo de quien escriba. Los relatos muestran a este protagonista rodeado fundamentalmente por otros adolescentes: la pareja con quien comparte el drama, los amigos y amigas a quienes recurre para ser escuchado o recibir consejo.

Mientras que los adultos, o no aparecen en el relato (los profesionales de la salud, por ejemplo) o son personajes que provocan temor por sus probables reacciones violentas (madres y padres de familia).

*Yo conocía a una amiga que tenía 16 años que se sentía temerosa, con miedo porque ya estaba embarazada y no sabía cómo decirle a sus padres, tenía temor de que la gritaran o no la aceptaran en su casa por su embarazo. **Mujer SMP.***

*Fue una amiga que pensaba que estaba embarazada, ella se sentía triste y todos los días en la noche lloraba porque no sabía qué hacer con el bebé que iba a tener. Ella estudiaba por la noche, y si sus padres se enteraban la iban a hacer dejar de estudiar y la botaban de la casa. **Mujer SMP.***

*Una de mis hermanas de 17 tenía un enamorado de 18, pero no le comentaba a su mamá ni a mi papá. Entonces un día pasó una semana y mi mamá se da cuenta de que ella tiene enamorado y le advierte que si sale embarazada se va de la casa. **Varón VES.***

El desenlace más frecuente de estas historias no es necesariamente feliz: no se recibe el apoyo paterno y materno esperado e incluso hay relatos que reseñan intentos de suicidio, expulsiones de casa, abandono de la escuela, viajes para “ocultar la vergüenza”, etc.

*...ella me dijo que pensaba que estaba embarazada y no quiso ir al hospital, porque tenía miedo de saber si estaba embarazada o no. Ella sólo quería matarse porque tenía mucho miedo, no sabía qué hacer. Pero yo le decía que no lo haga. **Mujer C.***

*Una compañera de segundo año de secundaria tenía un enamorado y ella salió embarazada y se fue del colegio y no terminó el colegio... **Mujer SJL.***

*...pero lo peor fue que le dijeron que estaba embarazada y después sus padres se enteraron. Después de un tiempo, supe que mi amiga se quiso matar por la situación económica que pasaba. **Mujer SMP.***

*...entonces ella aprovechó y le contó lo que ella sentía, los síntomas del embarazo. La mamá lloró desilusionada y la llevó al hospital para hacer la prueba. Entonces resultó estar embarazada. Después de un mes la llevo su madre a una provincia, desde esa fecha no supe nada. **Mujer SMP.***

Otro dato importante a considerar es que los establecimientos de salud no aparecen de manera espontánea en estos relatos adolescentes sobre embarazos. Sólo son mencionados —y en algunos pocos casos— cuando se profundiza en la conversación, como un lugar asociado a una atención esporádica y reactiva (prueba de embarazo) pero no como un espacio agradable, cotidiano, vinculado a la búsqueda de orientación o información preventiva. Incluso las farmacias y médicos particulares están más presentes que los establecimientos públicos en estas narraciones. Por otro lado, el consejo y compañía de amigas y amigos suele ser fundamental para atreverse a una atención.

*Ella estudiaba por la noche, que si sus padres se enteraban la iban a hacer dejar de estudiar y la botaban de la casa. Luego, yo le dije que fuéramos a la botica para que se sacara los análisis, fuimos y descubrió que no estaba embarazada. **Mujer SMP.***

*...y ella no sabía si estaba embarazada y luego que se lo dijo a su enamorado al fin se fueron al hospital y le hicieron un examen y salió que estaba embarazada. **Mujer SMP.***

*O sea, iba a perder todos sus estudios, sus amigas se sintieron apenadas por la metida de pata pero después la fueron apoyando poco a poco que se sintió tan confiada con sus amigas que quiso que le acompañaran las amigas al hospital. **Mujer VES.***

“Los establecimientos de salud no son escenarios cercanos a la vida y salud sexual de adolescentes”

Por otro lado, si bien las historias que se basan en situaciones vividas dentro de los establecimientos de salud son las segundas más frecuentes de las descritas por las y los adolescentes, los casos relatados no tienen ninguna relación con los servicios de salud sexual y

reproductiva. Se trata de hechos referidos a malestares de otra índole —enfermedades respiratorias, del aparato digestivo, fiebres altas, accidentes, emergencias, etc.—; y donde tampoco faltan los casos de mala atención y discriminación debido a que son menores de edad.

*Fue una amiga al centro de Salud San José, de acá al lado, pero la enfermera dijo que esperen y no podía esperar porque su rodilla se había hecho un hueco grande pero cuando vino una profesora recién ahí la atendieron pero como ven que teníamos 14 no les importaba y por eso no deben estar así todos. Mi amigo se sentía muy mal, lloraba porque salía mucha sangre de su rodilla y no quería que llamen a sus padres, tenían miedo a que le griten. **Mujer VES.***

*Cuando un amigo fue al Centro de salud, porque lo atropelló una moto, su mamá estaba desesperada, pero sólo se había roto una pierna, poco a poco fue mejorando, fue un milagro que en 10 meses se sanó y ahora camina bien. **Varón C.***

*Mi amigo fue al hospital porque estaba mal del apéndice, lo operaron y después de 3 meses tuvo molestias de la operación. Resultaba que le habían operado mal y se fue al hospital de nuevo. Y hasta ahora sigue con dolores en su operación. **Varón SMP.***

En conclusión, el embarazo es una situación muy presente en el imaginario y la vida cotidiana de las y los adolescentes. Pero, aparentemente, no sienten el respaldo que esperan de parte de sus padres, madres o de profesionales de la salud. Esa orientación cercana que les ayude a evitar situaciones de riesgo, la compañía física y psicológica que requieren al momento de hacerse una prueba de embarazo, o la seguridad y afecto que buscan para afrontar la paternidad y maternidad en la adolescencia.



Barreras: ¿por qué las y los adolescentes no “agregan” a los establecimientos de salud entre sus “contactos” de confianza?

De cada veinte personas que son atendidas en un establecimiento de salud, sólo tres son adolescentes. Y la mayoría de estos adolescentes acude a los establecimientos para usar otros servicios distintos a los de salud sexual y reproductiva. ¿Por qué ocurre esto? La premisa es que existen algunas barreras que impiden que más adolescentes se acerquen a buscar información y orientación preventiva, a atenderse en casos de embarazo o infecciones de transmisión sexual.

Por supuesto que existen otras estrategias y escenarios donde se puede trabajar temas de salud y derechos sexuales y reproductivos con las y los adolescentes: los colegios, los medios de comunicación, las lozas deportivas, la Internet, los espacios de entretenimiento en la comunidad. Sin embargo, los establecimientos de salud cuentan con instalaciones, recursos y profesionales que las y los adolescentes tienen derecho a aprovechar para mejorar su calidad de vida.

Como señala una profesional de salud, responsable de Etapa de Vida Adolescente de un hospital: *Fácil me voy al colegio como lo hemos estado haciendo. Pero creo que ellos tienen que aprender a confiar en el personal de salud, aprender a venir a un servicio de planificación familiar, a pedir un método, a pedir un psicólogo.*

A continuación, revisemos cuáles son los obstáculos más importantes que tiene que sortear un adolescente para que —usando el lenguaje de las comunidades virtuales— tome la decisión de “agregar” a los establecimientos de salud entre sus “contactos” de confianza, de manera que

llegue a “hacerse fan” de sus servicios y, mejor aún, “apoye la causa” de usarlos para aprender a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y mejorar su estilo de vida.

3.1 Barreras al nivel de los establecimientos de salud y de la comunidad

“Personal poco sensible a las necesidades emocionales y afectivas de las y los adolescentes”

Un escenario estratégico es el módulo de admisión, cuyo personal es el contacto inicial del establecimiento con la gente joven. Lamentablemente, este personal en lugar de orientar a las y los adolescentes en el uso de las instalaciones del establecimiento y persuadirlos con su buen trato de regresar a buscar más información preventiva o a continuar su tratamiento, generalmente marca de manera negativa la experiencia de acudir al establecimiento de salud: niega la atención o les hace esperar cuando acuden sin sus padres, no les explica cómo funcionan los servicios, los deriva a consultorios no preparados para brindar atención diferenciada, etc.

Para los jóvenes no debe existir la indiferencia, (que no digan que) porque es joven puede esperar, sino que debe ser atendido como todos. Varón SJL.

Más paciencia porque a veces como somos jóvenes, quieren botarnos rápido para que la cola avance, entonces nos dan cualquier receta, cualquier medicamento. Mujer C.

Mi primera barrera con la que peleo todos los días es con admisión. Entra el joven y recibe la cara del vigilante que le manda “ahí pregunte, ahí” y encuentra una persona que no es la idónea. EVA Piedra Liza.

Primero creo que el trato que se les da. Muchas veces ellos entran a una institución y los toman como unos chiquitos, le dicen “tú dónde vas”. Ese es un problema porque ellos como que no se sienten bien tratados. EVA H San José.

Cuando las y los adolescentes superan la barrera de la admisión y llegan a los consultorios, no es poco frecuente que sean atendidos por profesionales de salud apresurados por resolver estrictamente sus malestares físicos, las dolencias de sus cuerpos; pero que prefieren voltear la mirada ante los dramas y dolores del alma que chicos y chicas pueden llegar a manifestar con su silencio, un quiebre de voz o un relato trunco.

El personal de salud no está preparado para trabajar con adolescentes, básicamente se encuadra mucho en la parte netamente asistencial, mas no ve el problema de fondo del adolescente. Si está embarazado, con una ITS o con un problema de drogas, lo aborda de frente a la parte clínica y ahí termina su rol. Los adolescentes lo que buscan no es eso, buscan que los escuchen, que los entiendan, que le digan qué pueden hacer, cómo lo deben hacer, una relación armónica, empática. Eso es lo que no ve el personal de salud. EVA H Cayetano.

En esta edad nos deprimimos bastante, deberían ver también lo psicológico. Sería bueno que alguien nos guiara, algún especialista. Mujeres C.

Cuando una amiga fue al centro de salud porque ella estaba muy mal y cuando fuimos al centro de salud con mis compañeros no nos dejaban entrar a la posta y nos trataron muy mal. Nosotros estábamos preocupados y queríamos llorar y cuando entramos ella me dijo que llamara a sus padres y juntamos dinero y llamamos y estaba ocupado. Mujeres VES.

Es cuestión de personas, nosotros mismos tendríamos que cambiar. Yo pienso que debería de haber en forma permanente un tipo de refrescamiento. A veces tú le das un curso de relaciones interpersonales y algunas cosas mejoran un tiempo; pero luego se olvidan y volvemos a lo mismo. VIH Piedra Liza.

“Escasez de espacios amigables y diferenciados para adolescentes”

Donde sientan que pueden recibir una atención completa, de manera discreta, oportuna y amigable. Habitualmente, las y los adolescentes son obligados a pasar por experiencias que refuerzan la percepción de que los establecimientos de salud son lugares ajenos, que están concebidos sólo para madres, niños o ancianos.

Si van a buscar información, métodos anticonceptivos o acuden a examinarse por una posible infección de transmisión sexual, deben recorrer diversos pasillos y compartir salas de espera con el temor de encontrarse con personas conocidas que lo miren raro o que luego puedan “delatarlos”. En establecimientos donde no es posible instalar espacios exclusivos para adolescentes, tampoco se les suele ofrecer horarios de atención más amigables.

Que no haya tanto enredo, porque de una sala te mandan a la otra y a la otra. En una misma (sala) que haya las pastillas que te deben de recomendar. Varón C.

Que haya un programa especial para adolescentes, con un horario especial para que nosotros podamos ir, para poder hacer todos nuestros quehaceres de la casa y nuestras tareas y poder llegar temprano al colegio. Mujer SMP.

El temor de que los padres también se enteren. Otra barrera es que ellos no han encontrado un espacio propio. Se necesita hacer un ambiente para ellos que sea separado, en donde no lo vea ni la mamá ni nadie del barrio. SSR H San José.

Y la otra limitante también es el horario. Magdita está generalmente por las mañanas otras veces por la tarde o sea no hay un horario fijo establecido ni días fijos porque ella a veces está haciendo guardia adentro, a veces en la mañana, a veces en la tarde, a veces vienen y no está la persona de adolescentes, lo ve cualquiera de las otras personas y no las que están capacitadas para eso. VIH Piedra Liza.

En la mayoría de establecimientos no existen servicios diferenciados. Y donde, tiempo atrás, un proyecto de cooperación facilitó la instalación de un espacio exclusivo para adolescentes, ya no se les ofrece otras opciones que ellos y ellas demandan de los servicios diferenciados: consultas especializadas, pruebas de embarazo, métodos anticonceptivos, etc.

Una sala para menores, para nuestra edad para que podamos hacernos los exámenes más rápido. Varón SJL.

Que el servicio sea mejor para aquellos jóvenes que a veces están apurados, no tienen tiempo, tienen cosas que hacer, cosa que ellos vayan y los analicen rápido y puedan terminar lo que tienen que continuar o también ampliar el horario. Varón SJL.

Eso de la atención diferenciada me parece importante. Ya no hay aquí, había toda una infraestructura para adolescentes, una atención diferenciada porque tenía su equipo, tenía su médico, eso también es importante. Los adolescentes tienen menos paciencia, quieren llegar y ya que todo sea rápido. Ellos llegan porque yo los traigo, el asunto es que a veces tienen que esperar mucho, los saco de clases porque los profesores me dejan sacarlos pero tienen que esperar casi dos horas para una consulta y como que se empiezan a aburrir. EVA H San José

“Escasa promoción entre la población adolescente de los servicios disponibles en los establecimientos de salud”

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

Los escasos recursos de los establecimientos se invierten prioritariamente en la atención hospitalaria y en consultorios. Si queda tiempo, personal e insumos disponibles, se hacen esporádicamente actividades de promoción y prevención fuera de los linderos del establecimiento.

Luego no hay difusión, por ejemplo acá Magda es responsable de lo que es adolescente, pero creo que no se ha difundido suficiente para que los chicos se enteren que hay un servicio. Si bien es cierto que no es 100% diferenciado, por lo menos es un espacio en donde los puedan atender a ellos y que pueden ser bienvenidos. VIH Piedra Liza

Lamentablemente los que estamos en el hospital estamos enclaustrados en nuestro mundo de atención al que ya viene. No ofertamos, no salimos fuera. Debería ser una actividad que se programa. SSR H Cayetano

“Nociones conservadoras sobre sexualidad y salud y escasa comunicación en el entorno familiar”

Las y los adolescentes aprenden el concepto tradicional de la salud: ausencia de enfermedad. Entonces, perciben al establecimiento de salud como aquel lugar donde van las personas que están enfermas, no las que están saludables y quieren mantenerse bien de salud.

—La mayoría de las veces a uno no se le presentan síntomas de una enfermedad grave como para ir a una posta.

—¿Las personas que van a la posta es porque están muy mal?

—Yo he ido nomás pero cuando estaba grave. **Varones SJL.**

Por otro lado, se percibe un alto nivel de violencia en los hogares. Habitados a un trato agresivo y poco comprensivo de parte de sus padres y madres, las y los adolescentes desarrollan su sexualidad no como una dimensión de la vida que pueden disfrutar de manera saludable, sino —como se deduce de sus relatos— es una experiencia marcada por el temor, el riesgo, el daño y los prejuicios.

Muchos adolescentes que ya tienen relaciones sexuales, que tienen pareja y están en riesgo de embarazo y de infecciones, vienen de un hogar disociado en su gran mayoría (...) están siendo violentados o agredidos en casa o simplemente no les dejan salir. Hay muchas chicas que dicen que estoy con mi pareja pero mi papá y mi mamá me han prohibido, mi prima me ha prohibido y en esa crisis salen embarazadas. SSR H Cayetano Heredia.

(Adolescentes que vienen de) esas familias desintegradas, donde no hay mucha comunicación con los padres, y comienzan su actividad sexual muy pronto. Viene casi siempre cuando están embarazadas, nosotros sabemos que acá tenemos que reforzar esa actividad y estamos en eso honestamente. SSR Piedra Liza.

- Si tengo algún problema, no tengo con quien hablar
- Y en esos casos, cuando se sienten mal de las emociones, de los sentimientos ¿qué hacen?
- Juego play
- Chateo
- Juego futbol
- Juego en la computadora
- ¿Conversan de estos problemas de estado de ánimo con alguien?
- Con amigos. **Varones SMP.**

*Cuando estoy deprimida yo misma me cuento mis cosas, me pongo a escribir de todo lo que me pasa. Le tengo confianza a mi mamá pero muy pocas veces le cuento lo que me pasa. Le cuento lo que ella va a tomarlo bien, pero si me pasa algo malo, no le cuento. **Mujer SJL.***

3.2 Barreras a nivel de los tomadores de decisión

“La legislación y las normas vigentes actúan como barreras”

Que las y los adolescentes no puedan atenderse sin adultos que “respondan por ellos” (pues su palabra no tendría valor para la legislación), es algo que profesionales y adolescentes identifican como el principal escollo que aleja a los adolescentes de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Sí, es una limitante el hecho de no ser atendido si no son mayores de edad. Yo creo que eso podría ser cambiado, (los adolescentes) tienen todo el derecho de atenderse. Nadie va a querer contar sus cosas y venir acompañado, si lo que buscan es la confidencialidad, estar solos y contar sus cosas. VIH Piedra Liza.

Demoran mucho, esperando horas ahí parada y después le dicen “tienes que traer a tus padres para darte el chequeo que te has hecho”. Mujer C.

A veces cuando uno entra a la posta, por ejemplo para una infección urinaria, la doctora pregunta ¿tienes enamorado? Y tú no vas a decirle delante de tu mamá porque tu mamá te va a mirar y a la hora de salir te va a jalar tu pelo y gritar por eso. Mujer SJL.

Hay algunas que también tienen miedo porque a veces cuando le dicen estás embarazada, llaman a tu papá. Mujer C.

Además se instala en los proveedores del servicio el temor a las consecuencias legales que tendría el brindar la atención integral que requieren las y los adolescentes para prevenir embarazos no planificados y nuevas infecciones de transmisión sexual, es decir: entregarles condones y otros métodos anticonceptivos, facilitarles las pruebas de embarazo y exámenes de ITS y VIH.

Para dar un método a un adolescente, según la norma, no le puedes dar si no está con un adulto. Muchas veces no hacemos eso porque vemos que el adolescente necesita, pero si viene el papá a reclamar que por ahí se entere que le dimos pastillas, el que se mete en problemas es profesional. Ese es el problema, desde el MINSA mismo hay esa traba. SSR Piedra Liza.

No está bien claro, sé que hay una directiva para lo que es planificación y todo, pero en este último congreso (sobre salud adolescente) que hubo se vio que algo así legal no hay. Un padre puede venir y denunciarte porque les has dado condones o decirte que tú lo estás incitando. No hay algo claro y hay personal que teme eso y uno de ellos son los de admisión, dicen que si es menor tienen que venir sus padres y yo me tengo que hacer responsable. Pero cuántos habrán venido y yo no voy a estar para ver a todos los que vienen. EVA H San José.

También está muy presente otra norma que obliga al hospital o al centro materno infantil a esperar la autorización de la Fiscalía para dar de alta a una adolescente que ha dado a luz. Esta disposición provoca que aquellas adolescentes gestantes que sí asisten a sus controles prenatales y sesiones de psicoprofilaxis (incluso con sus parejas), prefieran no dar a luz en los establecimientos de salud, por el temor a que su pareja sea denunciada por violación. Como se señaló antes, el Código Penal modificado el 2006 no reconoce la capacidad de las y los adolescentes a tener relaciones sexuales consentidas, asumiendo a priori que se trata siempre de situaciones de abuso sexual.

Pero acá debo decir, chocamos con la parte legal, porque al final del proceso de embarazo, en el momento del parto, hay que comunicar a la Fiscalía. La ley define que el embarazo de una adolescente es una situación que tiene implicancias legales. SSR H San José.

Materno tiene la orden de que toda adolescente puérpera, antes del alta viene el Fiscal, que viene con sus hojas, constata, le hace un interrogatorio a la paciente. Se hace un atestado y uno de esos atestados queda en la historia. Solamente hay información de quien se hace responsable de ella, que mayormente yo he visto que es la mamá o el papá. He visto un caso en que ya sabía la familia que va a venir un Fiscal, que tú eres menor de edad; y el muchacho se desapareció. A mi particularmente me parece que no debe ser así pues le estarían de antemano quitando sus derechos y el deber también del papá. EVA Piedra Liza.

“Los lineamientos de política de salud de adolescentes no se expresan de manera concreta en los servicios”

El discurso sobre la importancia de la salud integral de las y los adolescentes de esos lineamientos de política, no se llegan a transformar en prioridades presupuestales, disponibilidad de personal e inversión en infraestructura dedicada a esta población. Entonces, cualquier buena intención y modelo diferenciado de atención escrito y firmado en papel, se desmorona al tomar contacto con

la realidad, si no se cuenta con los recursos necesarios para sostener servicios de atención, prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Es autofinanciado el centro juvenil y (gestiona recursos) de proyectos que se ejecutan. En verano hacemos un programa de vacaciones que genera unos ingresos que nos permiten realmente tener materiales como para poder atender a nuestra demanda durante un año. En años anteriores hemos tenido apoyo de otras ONG y del mismo Ministerio (de Salud), por lo tanto no teníamos ese problema (financiero). **EVA H Cayetano Heredia.**

Sí, falta de recursos humanos que compartan sus actividades asistenciales con actividades preventivo-promocionales. Todo profesional de salud debería de dividir sus actividades en asistenciales y preventivos promocionales, debería ser una necesidad en este país. **SSR H Cayetano Heredia.**

Otra cosa que no favorece mucho es la parte logística a veces nos han dicho que hay tal actividad, tal campaña y no te han dado papel lustre, no te han dado ni pasajes ni refrigerios ni nada; lo conseguimos con los laboratorios. Antes había un poco más de apoyo, pero antes era a través de programas y había presupuesto para una actividad específica. De un tiempo atrás ya no hay. **SSR Piedra Liza.**



Para enfrentar estas barreras que hacen difícil el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud, es necesario en primer lugar creer sinceramente que es su derecho. Considerar que las trabas que podamos colocar profesionales de salud, padres y madres, autoridades y legisladores, docentes, periodistas y medios de comunicación constituyen un acto de vulneración del derecho de las y los adolescentes.

Más allá de discursos y palabras ligeras impresas en papel que hablen sobre derechos, se requiere de personas con la convicción de que necesitamos adolescentes concientes, practicantes y defensores de sus derechos; servicios de educación, prevención y atención en salud sexual y reproductiva sensibles a las expectativas y necesidades adolescentes; relaciones intrafamiliares inspiradas en el diálogo y la orientación con el ejemplo; sistemas de educación y comunicación local libres de tabúes y prejuicios sobre la sexualidad adolescente; voluntades políticas y presupuestos orientados a lograr resultados a favor del bienestar y la salud de las y los adolescentes.

Estas barreras tampoco se podrán superar del todo con acciones emprendidas de manera aislada y con vocación de corto plazo, bosquejando cambios sólo al interior de los establecimientos de salud o ubicando como eje y agente único de la transformación a las y los profesionales de la salud, o sólo a las y los propios adolescentes, o únicamente a las autoridades locales.

Se requiere una estrategia pluridimensional, sostenida sobre un tejido de alianzas multisectoriales, que nos permita actuar en diferentes niveles:

- * Visibilizar y lograr la legitimidad pública del derecho de los y las adolescentes a vivir su sexualidad de manera placentera y saludable.
- * Empoderar a las y los adolescentes para que se conviertan en los protagonistas de una movilización (inter) generacional que incida en autoridades, políticas y presupuestos.
- * Contribuir a mirarnos en el espejo de nuestros prejuicios, estilos de relación y prácticas cotidianas, para emprender transformaciones culturales que nos conviertan en mejores personas y comunidades, recreando los modelos de ser padre, madre, docente, médico, adolescente, autoridad, comunicador, etc.

Orientados por este enfoque, compartimos a continuación algunas recomendaciones específicas, inspiradas en las conversaciones sostenidas con adolescentes y profesionales de la salud. Esperamos que éstas contribuyan a dar el salto con el cual logremos superar aquellas altas y hondas barreras que alejan a las y los adolescentes de los servicios de salud sexual y reproductiva.

- a Promover la actualización y continua discusión de las políticas y estrategias de atención a las y los adolescentes, de manera que estas políticas involucren a todo el personal de los establecimientos de salud y formen parte de su cultura de servicio. Disipando las dudas y temores existentes acerca de lo que está permitido ofrecer a las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- b Incentivar al personal de los establecimientos de salud con sensibilidad abierta, dispuesto a cuestionar sus propios prejuicios sobre la sexualidad de las y los adolescentes, a escucharlos respetando y valorando sus expectativas y demandas. A nivel de los propios establecimientos, implica sensibilizar a todo el personal —profesionales de salud, responsables de admisión, vigilancia o administración— en prácticas apropiadas de relación con adolescentes. Implica también concebir al establecimiento de salud como un espacio de comunicación donde, además de vincularse en torno a un servicio, se busque construir relaciones humanas, instalar mecanismos para escuchar y conocer al otro, y en consecuencia valorar recíprocamente su tiempo, su vida y su bienestar.
- c Diseñar y ejecutar una ruta de atención a las y los adolescentes en los establecimientos que se conecte con sus demandas: buen trato, confidencialidad, orientación e información de calidad, capacidad de escucha sin juicio moral, atención sin demora excesiva ni sucesivas derivaciones que extravían y desaniman. La ruta empieza fuera del establecimiento, con la

promoción constante en las escuelas, los deportivos, mercados y calles donde están las y los adolescentes, y la ejecución de actividades lúdicas y atractivas que capten la atención, orienten y deriven hacia los servicios. En el establecimiento, el primer contacto de ellos y ellas con el servicio es clave: debe generar la sensación de ser bienvenido y conducirles hacia la persona preparada para orientarles en su itinerario. La ruta puede ser plasmada en un croquis de diseño atractivo que precise la ubicación y camino que se puede seguir; este croquis se puede distribuir ampliamente y también establecer una señalización con una gráfica juvenil que muestre los hitos clave del recorrido.

- d** Sostener acciones de orientación y atención fuera del establecimiento, ofreciendo mayor visibilidad local a los servicios disponibles, aprovechando los espacios de alta concentración adolescente, las y los líderes y promotores de pares, los medios de comunicación local, etc.
- e** Empezar iniciativas de incidencia política para lograr modificaciones legislativas y normativas, escuchando a las y los profesionales de salud que brindan cotidianamente los servicios y conocen las limitaciones normativas que se requieren superar. Así mismo, es fundamental empoderar a grupos de adolescentes y jóvenes para que adquieran las capacidades para jugar un rol más protagónico en el proceso de movilización y debate que modifique el contexto legal.
- f** Contribuir a la transformación de percepciones, actitudes y prácticas que circulan en la sociedad como sentidos comunes. Son procesos de largo plazo, a los que cualquier intervención que busca cambios específicos debe contribuir: interpelar relatos y discursos sobre la adolescencia, su sexualidad y derechos, abriendo el debate, escuchando las voces e ideas de las y los adolescentes. Para ello el trabajo con los medios de comunicación, desde su oferta noticiosa y de entretenimiento, es clave. Implica construir alianzas a nivel local con los medios y periodistas, superando la tradicional difusión de mensajes de campaña. Profesionales de salud, líderes y promotores adolescentes deben participar en espacios mediáticos no para limitarse a instalar un consultorio “al aire” o divulgar sus campañas de salud; deben aprender a usar los espacios y medios de comunicación de manera estratégica, para construir relaciones de confianza e influencia cotidiana en las audiencias: escuchar, conversar, compartir relatos de vida, ayudar a imaginar y emprender cambios concretos en el día a día.



Relación de fuentes de la información cuantitativa recolectada en las DISA

DISA Lima Ciudad

- * Información enviada por Hernán Rantes Vega, Jefe de Estadística de la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística, DISA V Lima Ciudad, a pedido de la Lic. Zoila Almonacid, Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva de la DISA Lima Ciudad: 3 archivos en formato Excel recibidos vía email el 15 de octubre de 2009.
- * Información entregada por la responsable de la Estrategia Sanitaria de ITS, VIH y SIDA - DISA V Lima Ciudad, Lic. Ketty Luis López: 5 archivos en Excel recibidos vía email el 21 de octubre de 2009.

DISA Lima Este

- * Información enviada por la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de ITS, VIH y Sida - DISA IV Lima Este, Lic. Flor Domínguez Rosales: 1 archivo en Excel recibido vía email el 14 de octubre de 2009.
- * Información extraída de la Web institucional de la DISA Lima Este www.limaeste.gob.pe

DIRESA Callao

- * Información entregada en CD por la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva de la DIRESA CALLAO, Lic. Ruth Escalante: 9 archivos en Excel recibidos el 10 de septiembre de 2009.
- * Información entregada en archivos digitales por el Coordinador de la Estrategia Sanitaria de ITS, VIH y Sida de la DIRESA CALLAO, Dr. Jorge Alcántara: 28 archivos en Excel recibidos el 8 de octubre de 2009.
- * Información extraída de la Web institucional de la DIRESA CALLAO www.disacallao.gob.pe/estadistica/atendidos.html

DISA Lima Sur

- * Información entregada en archivos digitales por la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de ITS, VIH y Sida de la Disa Lima Sur, Lic. Magaly Robles mediante su asistente Rosario Paredes: 1 archivo en Excel recibido vía email el 11 de septiembre de 2009.
- * Información complementaria enviada por Daniel Jibaja Alvarez, director de Informática, Estadística y Telecomunicaciones.
- * Información entregada en archivos digitales por la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Lic. Luz La Torre de la Disa Lima Sur: 8 archivos en Excel recibidos vía email el 27 de agosto de 2009.

Infosalud

- * Información entregada por Erika Rodríguez Valdez, Coordinadora Infosalud, Ministerio de Salud: 1 archivo en Excel recibido vía email el 14 de octubre de 2009.

Relación de profesionales de salud entrevistados para recolectar información cualitativa

Hospital Cayetano Heredia (DISA Lima Ciudad)

- * Cristina Altamirano Carrasco, Educadora para la salud. Responsable del Centro Juvenil y coordinadora de EVA. En el Centro Juvenil desde hace 13 años y en EVA hace 16 años.
- * Rosa Zela Casaverde, Obstetriz, jefa del Dpto. de Ginecología-Obstetricia y responsable de la ES de SSR.
- * DR. Juan Echevarría Zárate, Médico infectólogo tropicalista, Coordinador de la ES de ITS y VIH/sida.
- * Dr. Carlos Eduardo Verne Martínez, Pediatra infectólogo del área de Pediatría, trabaja con niños y niñas con VIH.

Hospital San José (DIRESA Callao)

- * Gabriela Ibáñez, Enfermera, responsable de EVA desde hace un año y medio. Estuvo 10 años en PROCETTS. En 2007 trabajó en Impacta haciendo investigación en sida y regresó al hospital a encargarse de EVA.

* Dr. Carlos Ramos Blume, médico ginecólogo, Jefe del Dpto. de Ginecología y Obstetricia desde hace 4 años. Trabaja en el hospital desde 1996. A cargo de la ES de SSR.

* Doris Jeny García Rosales, Enfermera, coordinadora de la ES de ITS y VIH sida desde 2006.

Centro Materno Infantil San José (DISA Lima Sur)

* Lic. Inquil Sánchez Bernardino, Educador para la salud, a cargo de EVA desde marzo de 2009, trabaja hace 29 años en el CMI, anteriormente a cargo de Promoción de la salud.

* Dr. César Augusto Sánchez Nolasco, médico encargado de la ES ITS y VIH/sida, 7 años trabajando en el CMI. Ha trabajado en el Centro de Salud Patrucco Puig por 18 años.

Centro Materno Infantil Piedra Liza (DISA Lima Este)

* Magda Taituiro Jiménez, Obstetrix del Centro de Salud Piedra Liza, hace dos años encargada de EVA.

* Maribel Tafur Lazo, Obstetrix, responsable de la microrred de la estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. En el CMI trabaja 2 años, como responsable de la microrred hace 1 año.
Dra. Luz Nely Prado Ignacio, responsable del CERITS y la ES de ITS VIH Sida hace 4 años. Trabaja en el CMI desde 2001 en medicina general. Estuvo en la dirección de la red San Juan de Lurigancho por 10 años.



Av. Salaverry 801, Lima 11

INFOSALUD 0800-10828

www.minsa.gob.pe

