

## Barreras y facilitadores para el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes en programas de protección y justicia en Chile

### Barriers and facilitators to accessing sexual and reproductive health care for adolescents in protection and justice programs in Chile

Ingrid Leal Fuentes<sup>a,c</sup>, Daniela González Aristegui<sup>a,d</sup>,  
Carolina Carstens Riveros<sup>b,e</sup>, Temistocles Molina González<sup>a,f</sup>

<sup>a</sup>Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Dirección de Igualdad de Género, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

<sup>c</sup>Matrona.

<sup>d</sup>Trabajadora Social.

<sup>e</sup>Socióloga.

<sup>f</sup>Bioestadístico.

Recibido: 19 de agosto de 2024; Aceptado: 28 de diciembre de 2024

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La salud sexual y reproductiva (SSR) de adolescentes en Chile enfrenta desafíos significativos. A pesar de avances, persisten brechas en el acceso a servicios, especialmente para grupos vulnerados en sus derechos como las adolescentes que asisten a programas de protección y justicia.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio entrega antecedentes y recomendaciones para equipos de salud y de protección y justicia del estado, para disminuir las barreras de acceso a servicios de SSR de adolescentes adscritas a programas de protección y justicia.

#### Resumen

La salud sexual y reproductiva (SSR) de adolescentes en Chile enfrenta desafíos significativos. A pesar de avances, persisten brechas en el acceso a servicios, especialmente para grupos vulnerados en sus derechos como las adolescentes que asisten a programas de protección y justicia. **Objetivo:** Analizar las barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en la Atención Primaria de Salud para las adolescentes mujeres que asisten a programas de protección y justicia en la Región Metropolitana de Chile. **Sujetos y Método:** Investigación cualitativa y exploratoria con muestreo intencional, incluyendo a adolescentes mujeres en programas de protección y justicia, y profesionales de atención primaria y de los programas. Se realizaron entrevistas cualitativas semi-estructuradas. El

#### Palabras clave:

Adolescente;  
Salud de la Mujer;  
Accesibilidad a  
Servicios de Salud;  
Anticoncepción;  
Políticas Públicas

análisis se realizó mediante enfoque temático constructivista, estableciendo un sistema de categorización y codificación. **Resultados:** Se entrevistó a 16 adolescentes y 24 profesionales. Las adolescentes identificaron como barreras para acceder a los servicios los horarios de atención, la obligatoriedad de asistir con un adulto cuando son menores de edad, el desconocimiento sobre los procedimientos administrativos y los prolongados tiempos de espera. Los/as profesionales señalaron dificultades como la implementación insuficiente de las políticas y programas de salud adolescentes, la alta rotación del personal, la sobrecarga laboral y problemas en la coordinación, colaboración y comunicación intersectorial. También destacaron la desconfianza, prejuicios y desconocimiento mutuos entre los sistemas de salud, protección y justicia, la estigmatización de las adolescentes usuarias, y la percepción de esta población como “complicada” para la atención. Asimismo, enfatizaron la falta de sensibilización de quienes se desempeñan en salud respecto a problemáticas de vulneración de derechos. Entre los facilitadores se destacó el reconocimiento del estatus como población prioritaria, la relación de confianza con los equipos, las intervenciones educativas en sexualidad, normativas legales que garantizan la confidencialidad, y el rol del profesional encargado de la articulación intersectorial como elementos claves para mejorar el acceso a los servicios de salud. **Conclusiones:** Existen barreras institucionales que dificultan el acceso de adolescentes de programas de protección y justicia a servicios de salud sexual y reproductiva en la atención primaria. El conocimiento y aplicación efectiva de las políticas públicas que priorizan a esta población, representan un facilitador clave.

## Abstract

Sexual and reproductive health (SRH) of adolescents in Chile faces significant challenges. Despite progress, gaps in access to services persist, especially for groups whose rights have been violated, such as adolescents who attend protection and justice programs. **Objective:** To analyze the barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services in Primary Health Care for adolescent women who attend protection and justice programs in the Metropolitan Region of Chile. **Subjects and Method:** Qualitative and exploratory research with intentional sampling of adolescent women in protection and justice programs, and primary care professionals and those of the programs. Semi-structured qualitative interviews were conducted. The analysis was carried out using a constructivist thematic approach, establishing a categorization and coding system. **Results:** 16 adolescents and 24 professionals were interviewed. The adolescents identified the following barriers to accessing services: opening hours, the obligation to attend with an adult when they are minors, lack of knowledge about administrative procedures and long waiting times. The professionals pointed out difficulties such as insufficient implementation of adolescent health policies and programs, high staff turnover, work overload and problems in intersectoral coordination. They also highlighted the mutual mistrust, prejudices and lack of knowledge between the health, protection and justice systems, the stigmatization of adolescent users, and the perception of this population as “complicated” to care for. They also emphasized the lack of awareness of those working in health regarding problems of rights violations. Among the facilitators, the recognition of the status as a priority population, the relationship of trust with the teams, educational interventions on sexuality, legal regulations that guarantee confidentiality, and the role of the professional in charge of intersectoral coordination, were key elements to improve access to health services. **Conclusions:** There are institutional barriers that hinder access by adolescents from protection and justice programs to sexual and reproductive health services in primary care. Knowledge and effective implementation of public policies that prioritize this population represent a key facilitator.

## Keywords:

Adolescent;  
Women's Health;  
Health Services  
Accessibility;  
Public Policies;  
Contraception

## Introducción

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) es fundamental en todo el ciclo vital de las personas, incluida la adolescencia. Ha habido avances en esta materia, como la ampliación de los espacios amigables para adolescentes en la atención primaria de salud (APS), que han llegado a 375 a nivel nacional en el año 2022, el aumento del uso de anticonceptivos en jóvenes de 15 a 29 años, alcanzando el 84,5% en 2022, y la dis-

minución de la tasa de fecundidad adolescente pasando de 60 nacimientos por cada mil habitantes hace dos décadas atrás, a 11,9 nacimientos por cada mil en el año 2021<sup>1,2,3</sup>. Sin embargo, aún persisten inequidades que afectan la SSR de las adolescentes, especialmente en menores de 15 años, diversidades sexo-genéricas, migrantes y aquellas que poseen indicadores de pobreza multidimensional, siendo quienes presentan las consecuencias más desfavorables de la falta de acceso a servicios de SSR, como violencia sexual, embarazos no

intencionados e infecciones de transmisión sexual<sup>4,5,6</sup>. Dentro de estos grupos, aquellas adolescentes que asisten a sistemas de protección y justicia, han sido descritas con alta incidencia de problemas de salud física, mental y también en la esfera de la sexualidad<sup>7,8,9,10,11</sup>. Estas adolescentes son consideradas como grupo prioritario dentro de las políticas públicas nacionales en salud y seguridad social, siendo su ingreso al sistema de protección y justicia una oportunidad para vincularlas con el sistema de salud de manera oportuna<sup>1,12</sup>.

En Chile, el sistema de protección del Estado para niños, niñas y adolescentes (NNA) garantiza el bienestar de este grupo, que presentan en su trayectoria de vida, violencia, abuso o negligencia. Este sistema considera atención integral en centros especializados ambulatorios o residenciales, apoyo psicológico y social, protección legal y educación, cuya intervención específica se determina en función del motivo de ingreso y diagnóstico inicial. Además, promueve la inclusión social de NNA en situación de vulnerabilidad, facilitando su desarrollo y un futuro mejor. Este sistema se conoce como, Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Por otro lado, el sistema judicial cuenta con unidades especializadas en infancia y adolescencia, que garantizan los derechos de NNA durante el proceso sancionador, estableciendo medidas privativas de libertad o en medio libre a partir de los 14 años). Estos procesos se rigen por normas distintas a las de adultos, en este caso reguladas (a partir de los 14 años) por Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (20.084) y por el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil que trabaja en coordinación con otros organismos del Estado y la sociedad civil para contribuir al abandono de conductas delictivas, favoreciendo la integración y reinserción social, garantizando el ejercicio de sus derechos.

A pesar del interés y preocupación manifestados por la autoridad sanitaria para establecer mecanismos y coordinaciones interinstitucionales y sectoriales que permitan otorgar atención en salud oportuna y efectiva a NNA bajo protección y justicia del Estado, muchas veces no se logra un acceso efectivo a estas atenciones debido a barreras que no han sido estudiadas en nuestro medio<sup>12,13,14</sup>.

La literatura menciona como barreras para acceder a servicios de SSR, la actitud ambivalente de las adolescentes hacia la atención, debido a experiencias negativas y estigmas por parte de los proveedores de salud<sup>9,10,11,13,15,16,17,18</sup>. También se señalan las dificultades en la colaboración entre instituciones de salud, protección y justicia<sup>5,8,19,20,21</sup>. Un estudio de UNICEF realizado en instituciones de protección en Chile, señala que la articulación con redes externas es débil, lo que afecta la restitución de derechos de NNA, recomendando una respuesta coordinada con salud y educación<sup>22</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las barreras y facilitadores de acceso a servicios de SSR en la APS para las adolescentes mujeres que asisten a programas de protección y justicia en la Región Metropolitana de Chile, desde las perspectivas de las adolescentes y profesionales de salud y de los programas.

## Sujetos y Método

Investigación con enfoque cualitativo y exploratorio, centrado en las experiencias de quienes participaron, buscando facilitar la descripción de nuevos elementos que contribuyan a la comprensión del fenómeno<sup>23,24</sup>.

Se consideró un muestreo intencional que incluyera a adolescentes, profesionales de APS y de los programas de protección y justicia. Los criterios de inclusión para las adolescentes fueron: ser mujer (cis y trans), tener entre 10 y 19 años y estar adscrita a algún programa de protección y/o justicia. Para los/as profesionales el criterio de inclusión fue tener al menos un año de experiencia en el cargo.

El contacto con las adolescentes y profesionales se llevó a cabo mediante informantes clave tanto de programas, como de centros de APS. A través de éstos, se extendió la invitación a participar a quienes manifestaron interés de ser incluido en el estudio, comenzando el procedimiento establecido para la firma del consentimiento informado.

Como técnica de producción de datos, se consideró la entrevista cualitativa semi-estructurada, por ser flexible y dinámica. El guion temático utilizado en las entrevistas derivó de los objetivos de la investigación y la revisión de la evidencia. Se desarrollaron dos guiones, uno para adolescentes y otro para profesionales, los que fueron validados por expertos del área de protección, de justicia y de salud.

Las entrevistas fueron realizadas entre abril de 2022 y abril de 2023, en un lugar y momento de común acuerdo entre participantes y el equipo investigación. Duraron entre 45 a 60 minutos, siendo grabadas y transcritas. A la transcripción se le otorgó un código con el objetivo de anonimizarlas. Para determinar el máximo de entrevistas a realizar, se utilizó el criterio de saturación de la información, es decir, aquel momento en que se deja de obtener información o datos nuevos<sup>24</sup>.

Los datos recopilados fueron organizados para facilitar el análisis cualitativo del contenido. Se empleó un enfoque de análisis temático constructivista, lo que condujo al establecimiento de un sistema de categorización y codificación. Estos fueron complementados con códigos axiales emergentes. El proceso de codificación fue llevado a cabo por el equipo de investigación,

quienes se reunieron para discutir los códigos identificados, garantizando su consistencia. Luego realizaron una validación intercodificadores para asegurar la fiabilidad del análisis y se utilizó el software MAXQDA para facilitar el proceso. Se implementaron procedimientos para garantizar la credibilidad, transferibilidad, dependabilidad y confirmabilidad de la investigación cualitativa. Por último, se llevó a cabo un taller de expertos para validar los resultados.

## Resultados

Participaron 16 adolescentes entre 11 y 18 años de edad, con un promedio de 15,4 años de edad, todas se encontraban escolarizadas, tres eran de nacionalidad extranjera. Dos se identificaban como personas transgénero. Cuatro vivían en residencias familiares de protección, nueve asistían a programas de protección ambulatorios y dos asistían a programas de justicia juvenil en la misma modalidad.

Dentro del grupo de profesionales, 13 se desempeñaban en salud y 11 en programas de protección y justicia, 20 eran mujeres. La edad promedio fue de 35 años y en promedio tenían 10 años de experiencia en el cargo. Las profesiones referidas fueron, matrona, psicólogo/a, trabajador/a social y terapeuta ocupacional.

## Barreras institucionales identificadas por las adolescentes

Las adolescentes identificaron que los horarios de atención en centros de APS no son compatibles con sus horarios escolares, lo que representa un obstáculo para acceder a los servicios de anticoncepción. Otra barrera mencionada es la exigencia de asistir con un adulto responsable cuando se es menor de edad. Es importante destacar que muchas de ellas carecen de un adulto responsable disponible, ya que sus cuidadores no están presentes, han vulnerado sus derechos y/o no cuentan con las competencias requeridas para desempeñar su rol lo que convierte esta exigencia en un obstáculo significativo para este grupo. Además, expresan que la asistencia acompañada de un adulto les genera incomodidad, en especial cuando quienes son proveedores de salud abordan temas sensibles y privados relacionados con la sexualidad en su presencia. Otra barrera identificada es la falta de conocimiento sobre los procedimientos y sus derechos para acceder a los servicios de anticoncepción, lo que les genera inseguridad ante la búsqueda de atención en salud. Asimismo, reportan prolongados tiempos de espera para obtener una hora de atención, lo que las desanima a asistir a sus controles. Finalmente, mencionan el temor a ser juzgadas por el personal de los centros de salud, como otra barrera (tabla 1).

**Tabla 1. Barreras para la atención en SSR, desde la mirada de adolescentes que asisten a programas de protección y justicia**

Categoría	Sub categorías	Citas
Barreras Institucionales	Horarios de atención	Los horarios igual son súper complicados para mí, porque igual como que a la hora que salgo del colegio ahí ya no, no están... no están... entonces el que se necesita un adulto para este tipo de... no sé, de anticonceptivo, igual es como un poco complicado para mí. (EA14)
	Tiempo de espera	voy al CESFAM, ingreso mi RUT espero, casi siempre son como 3 horas de espera para la farmacia para que me entreguen la inyección y después otra hora de espera para que me la pongan... Todos los meses... Si es mucho tiempo de espera, tengo que ir un día que no tenga nada que hacer porque o sino no me alcanza a hacer mis cosas. (EA15)
	Necesidad de asistencia con adulto	Sí, me dijeron que no podía ir sola, porque yo, bueno como siempre he tenido esto de... trabajadores sociales y todo atrás mío, yo hablé con mi... tutora y le dije que quería, me dijo "mira, hablé con el... me dijeron que fuerai mañana a las 6 de la mañana a pedir hora, que fuerai con un adulto, porque si erai menor no te van a dejar entrar". (EA16)
	Temor a ser juzgada	entonces como que siempre hay adultos a los cuales poder recurrir, pero a veces claro, no se hace por el miedo a lo que van a decir. (...) Claro, que reaccionen mal, es como "oh, tan chico y ya hace esto" o "oh, yo a tu edad..." que "¿cómo haces eso?, ¿cómo te puede gustar eso?" (...) Sí, demasiado buenos para juzgar diría yo, como que te reprochan por todo y uno no les puede contar nada porque "no, eso no se hace así, eso está mal" como que "tú no tienes que hacer esto, yo a tu edad no era así" entonces como que... Somos adolescentes, tenemos que experimentar nosotros mismos para poder ver todo eso. (EA12)
	Insuficiente Educación sexual	No muchos papás ni mamás ni nada dan la confianza suficiente para contarlo, alguna es como que "no, tú te metes con este o tú haces esto yo te voy a pegar y si quedas embarazada yo te voy a echar de la casa" es como que no, hablemos del tema, hay muchos métodos para cuidarse, hay muchas cosas que están ahí también, como los anticonceptivos, las pastillas, los condones, las inyecciones y un montón de cosas. Entonces, en vez de cerrarse a una idea de quizás "no, si tu quedas embarazada yo te voy a echar de la casa" es como "no hija, hablemos, ¿qué te pasa?, buscaremos la solución" no al tiro irse al lado agresivo o algo así. (EA12)

### **Barreras institucionales identificadas por profesionales**

Los equipos de salud destacaron como barreras de acceso a servicios de SSR de las adolescentes, la implementación incompleta, inestable y de insuficiente cobertura de las políticas y programas de salud sexual para la población adolescente en general, y en particular para el grupo adscrito a programas de protección y justicia, sumado a falta de asignación de recursos.

Por otro lado, tanto los equipos de salud como los de programas de protección y justicia, identifican como barreras, la alta rotación de profesionales, sumada a la sobrecarga laboral, en especial en el caso de quienes se encargan de vincular el trabajo intersectorial entre salud y los programas de protección y justicia, cumpliendo en algunos casos, múltiples roles sin una capacitación adecuada, lo que deriva en dificultades de colaboración, coordinación y comunicación entre los sectores involucrados. Otro obstáculo señalado, fue la desconfianza, desconocimiento y prejuicios desde salud hacia el trabajo realizados por los programas de protección y justicia, especialmente en el caso de los programas en modalidad ambulatoria. También se observó desconocimiento de los equipos de programas de protección y justicia en cuanto al funcionamiento y organización del sistema de salud.

Los equipos de los programas de protección, identificaron múltiples barreras del sistema de salud para el acceso de adolescentes, entre ellas, la entrega de horas en horarios que las adolescentes no pueden asistir debido a sus obligaciones escolares. Asimismo, se encontró que los equipos de salud tienen una mirada estereotipada de las adolescentes que asisten a programas de protección lo que les predispone a asumir que, tienen un consumo de drogas, trayectoria delictiva y conducta sexual problemática, percibiéndoles a priori como una población “complicada” para la atención. Desde la mirada de los programas de protección y justicia, los/as profesionales de salud en general, no están suficientemente sensibilizados/as respecto a temas de vulneración de derechos en la esfera de la sexualidad, como explotación sexual y el daño que ello implica en la trayectoria de vida de estas adolescentes (tabla 2).

### **Facilitadores identificados por las adolescentes**

Desde la perspectiva de las adolescentes adscritas a programas de protección residencial, el acceso a los servicios de salud es percibido sin mayores obstáculos, al saber que son una población prioritaria. Sin embargo, se observó que esto no se percibe de igual manera para adolescentes de programas de protección ambulatorios o de programas de justicia juvenil.

En general las adolescentes perciben que tener una relación de confianza con los/as profesionales de los programas a los cuales asisten, facilita el acceso a los

servicios de salud, así durante el proceso de diagnóstico e intervención pueden manifestarles su interés o necesidad de salud en temas de SSR.

Otro aspecto positivo, pese a su baja ocurrencia es lo referido a la educación sexual, ya sea en sus colegios, a través de charlas o talleres realizados por personal de salud de APS, o en los mismos programas de protección o justicia. Las adolescentes consideran beneficioso contar con estas instancias para mejorar sus conocimientos en sexualidad y con esto facilitar el acceso a los servicios de salud.

Las adolescentes destacan la importancia de capacitarse en temas de sexualidad en la adultez para que los equipos profesionales y sus familias, puedan brindarles una mejor orientación y apoyo a los jóvenes en este ámbito desde una visión centrada en el bienestar, libre de estereotipos (tabla 3).

### **Facilitadores identificados por profesionales**

Se identificaron una serie de facilitadores para el acceso a la atención de SSR para adolescentes, que coincidieron entre los/as profesionales de salud y profesionales de los programas de protección y justicia. Entre ellos, se destacó la existencia de normativas legales que resguardan la confidencialidad de la atención, la posibilidad de acceder a atención para anticoncepción sin el requisito de ser acompañada por un adulto y la entrega de anticoncepción a adolescentes independientemente de su edad. Asimismo, se encontró que la priorización de la atención de adolescentes adscritas a estos programas de protección y justicia, junto con la articulación del trabajo intersectorial entre salud y los equipos de protección y justicia, son elementos clave para mejorar el acceso a la atención de salud y que su rol debe ser fortalecido y visibilizado.

Otras iniciativas y programas dirigidos a la población general adolescente, también se identificaron como facilitadores para el acceso a la atención de salud de este grupo específico de adolescentes, como los espacios amigables. Además, se destacó la importancia de instancias de coordinación intersectorial, como las redes locales de infancia, donde participan diferentes instituciones comunitarias de la sociedad civil, gubernamentales y relacionadas con la protección de los derechos de las infancias y adolescencia y la oferta programática local dirigida a la población adolescente, así como el establecimiento de flujos de información y colaboración intersectorial mediante protocolos locales y reuniones de coordinación (tabla 4).

La flexibilidad en la atención a adolescentes por parte de los/as profesionales de APS y las capacitaciones en perspectiva de derechos y género para la atención en SSR de adolescentes, son elementos claves para mejorar el acceso a la atención de salud para esta población, como también la calidad de la misma.

**Tabla 2. Barreras para la atención en SSR, desde la mirada de profesionales de salud y de programas de protección y justicia**

Categoría	Subcategoría	Cita
Barreras institucionales	Falta de implementación efectiva de programas de salud para adolescentes	O sea, yo creo que lleva muy poco el programa y también, yo creo que no se hizo una buena campaña de sensibilización cuando se inauguró el programa. Entonces, eso hace que no, como no, necesariamente entiendan que existen estas prestaciones priorizadas (EPS5).
	Negación de atención por parte de profesionales de salud	Efectivamente. Los médicos, particularmente, dicen "no, yo no quiero ver los adolescentes, no, a mí no me entreguen adolescentes". Siendo que hoy día, en el rol del médico de atención primaria, en este rol de salud familiar que nosotros estamos viendo y, en este rol también de nuevo modelo de multimorbilidad que nosotros estamos incluyendo a nivel de salud pública, en general, ellos debiesen ver todo tipo de población, ¿me entiende? Entonces sí, hoy día existe una exclusión, siento yo, de algunos profesionales que no les gusta recibir este tipo de paciente. (EPS2)
	Desconocimiento y desconfianza mutua entre las instituciones	Desde atención primaria, existe un desconocimiento total de toda la gama de interventores que existen desde "Mejor Niñez". Existen muchos y muchas veces llegan a la confusión porque, por ejemplo, nosotros tenemos programas, no sé, que son de temas de reinserción escolar, que nosotros igual lo tenemos en los programas adolescentes comunales en APS y que, en algún momento decimos "pucha, estamos sobre interviniendo en este caso, cómo lo hacemos y cómo lo dividimos". Entonces, existe mucha dificultad en conocer qué es lo que hace cada dispositivo y qué o cuál es tanto, si son tantos. Entonces, si bien hemos tratado de generar reuniones un poco para entender este sistema, pero después, nuevamente, nos nace otro sistema (EPS2).
	Desconocimiento de roles profesionales intersectoriales	..., cuando yo me empecé a reunir con otros, otros psicólogos, otros equipos que pertenecían a este programa de acompañamiento psicosocial, me di cuenta que los CESFAM [CESFAM: Centro de salud familiar] de la comuna tienen ese trabajo dividido en distintas personas. Uno es el psicólogo del acompañamiento psicosocial, el otro es el psicólogo del referente SENAME. [SENAME: Programa de protección] (EPS3).
	Alta rotación de profesionales y sobrecarga laboral	Hay CESFAM, por ejemplo, que no tienen trabajadora social actualmente, ¿ya? Se están recién rearmando, se están reestructurando, entonces, dejan atrás estas intervenciones, listas de espera. La rotación de profesionales también es importante. Yo creo que tiene que ver con un tema igual laboral, los sueldos son bajos igual. Entonces, se van las matronas, vuelven los ginecólogos o no hay ginecólogo. (EMN2)
	Desconocimiento de normativas para la atención de adolescentes	Tenemos, actualmente, cinco niñas, las cuales no podemos ingresar al sistema de salud porque no tienen adultos responsables, hemos tenido que nosotros, quizás, ocupar esa área de buscar, quizás, ginecólogas feministas de forma independiente que puedan venir a hacer talleres acá. (EMN2)
	Dificultades traspaso información interinstitucional	Ya, esto depende también principalmente como del profesional que uno se encuentre al frente, porque muchos aluden a la ley de privacidad del paciente, que ellas no pueden entregar información y bla bla bla... y no entendiendo que no le estas entregando la información a cualquiera, que uno también hace manejo de la información y que esta información se, en el fondo se requiere con fines de intervención, no de otra cosa. (EMN3)
	Tiempos de espera para acceder a atención	Te soy súper sincero. Yo he trabajado en, como te decía, en la tercera región, he trabajado en San Bernardo, en La Granja y no se da esta lógica de acceso oportuno. Te pongo un ejemplo, yo cuando trabajaba en La Granja, cuando intentábamos gestionar con el referente de "Mejor Niñez" en salud mental, por ejemplo, en Sótero del Río, las respuestas eran eternas, eternas. O sea, esperábamos cuatro, cinco, seis meses. (EMN6)

## Discusión

El estudio identificó múltiples dificultades y facilitadores institucionales para el acceso efectivo y oportuno de adolescentes que asisten a programas de protección y justicia, a servicios de SSR, en la APS. Algunas dificultades fueron los horarios de atención de salud, la falta de empatía por parte del personal de salud ante temas sensibles, como las causas de ingreso a los programas y

el estigma asociado a esto. Varios de estos obstáculos han sido descritos en la literatura para la población adolescente en general y para la que se encuentra en programas de protección y justicia<sup>9,10,11,16,17,18</sup>. También se describe a esta última, como una población con necesidades y desafíos específicos en salud, con conductas sexuales de riesgo más frecuentes y peores consecuencias para su salud sexual. Es probable que esto se deba a las experiencias adversas tempranas, como el abuso, la ne-

**Tabla 3. Facilitadores para la atención en SSR, desde la mirada de las adolescentes que asisten a programas de protección y justicia**

Categoría	Subcategoría	Cita
Facilitadores institucionales	Población prioritaria	no me preguntaron, pero del consultorio, o sea, mi tutora llamó al consultorio, del consultorio dijeron que venga a las 6 de la mañana porque ahí damos hora y le vamos a dar prioridad para el día. Y me hicieron hacer la consulta en el día. [E]: ¿Y te dieron prioridad porque estabai en el programa? Sí, porque estaba en el programa, del PIE. [E]: Perfecto. Ya. O sea, por el hecho de ser del PIE te dijeron, "no, tiene prioridad, la vamos a atender, el mismo día". O sea, sí po, hablaron con la tutora del PIE, ah, son del PIE, dígame que venga a las 6 de la mañana y le vamos a dar prioridad para dar una hora durante el día. (EA16)
	Relación de confianza con adultos significativos	Quizás en un consultorio, con una matrona, como usted dice, o en los colegios, con convivencia escolar, muchas veces los psicólogos son super buena onda y siempre están a disposición a veces incluso los profesores también, entonces como que siempre hay adultos a los cuales poder recurrir (EA12).
	Educación sexual	existe como todavía lo que es como una mente cerrada, en las familias sobre todo, yo... en mi experiencia no fue el caso, a mí mi mamá de muy pequeña me enseñó todo esto, eh, nunca fue así como no, que la cigüeña, no, mi mamá siempre me explicó cómo era, todo, eh... me enseñó a poner condones mi mamá muy chica, ella me decía que yo antes de tener relaciones tenía que avisarle, no después, antes, eh, siempre, siempre fue como super abierto, fue como algo muy normal, pero yo creo que hoy en día las niñas adolescentes, esto se habla más como con las amigas (EA16).

**Tabla 4. Facilitadores para la atención en SSR, desde la mirada de profesionales de salud y programas de protección y justicia**

Categoría	Subcategoría	Cita
Facilitadores institucionales	Normativas gubernamentales que priorizan la población proveniente de programas de protección	Sí, siento que ha habido respaldos desde el área central que, al principio, no existían. Respaldos con respecto al tema de la confidencialidad, al no negar atención, al entregar métodos independientes de la edad, de la condición. Eh.. el hecho de que eso haya llegado, los respaldos desde el área central y por escrito, eh... siento que hizo avanzar mucho mejor la atención, pero siento que llegó hace muy poco. O sea, si bien llegaron hace como, no sé, serán unos cinco años máximo, no recuerdo exactamente. Antes de eso era muy... muy todavía de pedir por favor, de que atendiera el que le gustaba y el que no le gustaba podía negarse. (EPS1)
	Programas de salud específicos para adolescentes	Ahora, para nosotros, son claves los controles de salud integral, ¿cachay? Porque ahí, efectivamente, se nos develan muchas cosas. Las matronas, generalmente, en el programa adolescente, todo esto lo ingresan a través de ahí, ¿cachay? Es como la puerta que tienen de entrada y para hacer un paneo así, como global de la situación y, luego, desde ahí vamos priorizando y qué es lo que vamos entregando primero. Pero a través de esta herramienta del control de salud integral, a nosotros nos ha servido un poco para organizarnos de ese tema y ahí se va viendo esto po', si la cosa tiene que ser un poco más ordenada (EPS2).
	Profesionales sensibilizados con las necesidades de salud de adolescentes	Nosotros, permanentemente estamos como capacitando, sensibilizando a través de capacitación a las redes. Donde nuestras redes, en el fondo, son como... capacitaciones donde nosotros hacemos un llamado como ampliado y eh... y, en algunos casos, participa salud, pero no siempre participa salud. (...) principalmente, nos interesa que la red conozca los indicadores, ¿por qué? Porque es la instancia donde ellos pueden decir, ¿sabís qué? Este, hay un indicador de explotación sexual y tenemos que derivar, y derivar oportunamente al programa nuestro, porque, finalmente, lo que ocurre con los niños, que terminan siendo derivados a un programa, el programa les dice "¿sabís qué" no, no es perfil nuestro" y así se los van chuteando. (EMN7)

gligencia, relaciones interrumpidas con sus cuidadores y otras exposiciones<sup>9,10,11,15,16</sup>. En este sentido se recomienda que los equipos de salud consideren la trayectoria de vida, las experiencias traumáticas, los contextos sociales y familiares, entre otros factores, para brindar una atención integral y efectiva. En nuestro estudio, se encontró que tanto las necesidades de atención en SSR, como las formas de entregar esta atención son comparables a las recomendaciones para adolescentes en general, es decir,

con base al respeto de los derechos humanos y calidad de la atención, considerando, confidencialidad, autonomía progresiva y evitando la re victimización. Las diferencias por tanto no están en la atención clínica dentro del box, si no en los aspectos administrativos, como la gestión de horas y el seguimiento de los controles posteriores, para favorecer la adherencia al centro de salud y la capacidad de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos por parte de las adolescentes.

Para lograr fortalecer los aspectos administrativos mencionados, es fundamental la coordinación intersectorial, la que ha sido identificada en este estudio y otros como un punto crítico dentro de los obstáculos para garantizar el acceso<sup>5,20,22,25</sup>. La percepción de los/as profesionales es que existe un inadecuado intercambio de información entre los programas y la red de salud. Estas dificultades están relacionadas con leyes de protección de la información de pacientes, pero también con las relaciones de poder entre las instituciones y la desconfianza mutua. Este último punto se manifiesta con la subvaloración a la intervención psicosocial desde el ámbito biomédico, sumada a la falta de claridad en los roles de los distintos actores y a las escasas oportunidades para el trabajo colaborativo e interdisciplinario dentro de la coordinación entre salud y los programas de protección y justicia. Todo lo anterior, contrasta con las recomendaciones para lograr una intersectorialidad efectiva, como la motivación de los actores involucrados, el conocimiento de los objetivos y beneficios mutuos, las buenas relaciones personales y la confianza entre las instituciones<sup>21</sup>.

Otra barrera que persistente, identificada por adolescentes y profesionales, fue la exigencia de la compañía de un adulto para la atención de salud de adolescentes menores de edad, barrera que ha sido descrita en otros estudios<sup>13,14</sup>. Es importante señalar que en Chile la normativa indica *“Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial”*, esto incluye a adolescentes, y solo se hace referencia al adulto, *“en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años..., procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale”*<sup>26</sup>. Por tanto, el requisito de asistencia con un adulto para acceder a prestaciones de salud, como el inicio de un método anticonceptivo, muchas veces se realiza como resguardo profesional e institucional, no para proteger el bien superior de la adolescente, demostrando falta de conocimiento en la aplicación de las normativas por parte de proveedores de salud, además de una visión adultocéntrica y familiarista, que perpetúa la idea de que las adolescentes son incapaces de tomar decisiones sobre su SSR<sup>14</sup>. Esta exigencia, es especialmente compleja en el caso de esta población, quienes dadas sus historias de vulneraciones, no necesariamente cuentan con figuras adultas de confianza para asistir a la atención de salud, ya sea, por la inexistencia de éstas, la poca prioridad que le brindan los adultos a este acompañamiento por prejuicios y/o falta de información, la falta de disponibilidad por horarios de trabajo, sobre todo en hogares monoparentales, entre

otras circunstancias que les impiden cumplir con este requisito arbitrario.

El conocimiento de las normativas y políticas relacionadas con la atención de salud de adolescentes en general y la priorización de esta población en particular; se constituye como un facilitador, tanto para el ejercicio de los derechos en SSR de adolescentes, como para las intervenciones en salud, que los/as profesionales realizan; por el contrario, no conocerlas se transforma en una barrera.

En cuanto a los preconceptos y estigmas por parte de los equipos de salud hacia las adolescentes que asisten a programas de protección o sanción por conductas al margen de la ley, si bien se han descrito en otros estudios<sup>15,16,17</sup>, en éste, fueron referidas en su mayoría por profesionales de programas de justicia y no por las propias adolescentes. Esto se puede deber a que la mayoría de las adolescentes provenía del ámbito protectorial identificando una mirada más paternalista y compasiva hacia su situación, en especial para aquellas que viven en residencias, quienes reconocieron como un facilitador para acceder a su centro de salud, que profesionales de salud conocieran de su situación de institucionalización. Lo anterior, en contraste con las miradas punitivas que reciben las adolescentes de programas de justicia, quienes han cometido delitos y que pueden ser vistas como personas de bajo estándar moral<sup>15,16</sup>.

El presente estudio ofrece un análisis orientado a identificar y comprender las brechas que persisten en el acceso de adolescentes a servicios de (SSR) a pesar de las políticas públicas vigentes destinadas a eliminarlas. Resulta fundamental promover la difusión y el cumplimiento efectivo de las normativas que resguardan una atención prioritaria y una gestión intersectorial coordinada, así como implementar mecanismos de capacitación, coordinación, comunicación y colaboración que optimicen el trabajo interinstitucional y con ello se garantice el respeto a los derechos y necesidades de adolescentes en el ámbito de la atención de salud.

## Conclusiones

Existen múltiples dificultades institucionales que obstaculizan el acceso efectivo y oportuno de adolescentes que asisten a programas de protección y justicia a servicios de salud sexual y reproductiva en la atención primaria de salud. El adecuado conocimiento y aplicación de las políticas públicas existentes favorecen y priorizan el acceso de esta población, es un facilitador relevante. Se recomienda que los equipos de salud consideren la trayectoria de vida y las experiencias traumáticas de estas adolescentes, en especial en el ám-

bito de la sexualidad, al brindar la atención de salud, desde una mirada integral centrada en el bienestar. Se necesitan investigaciones que contribuyan a fortalecer el trabajo intersectorial entre salud y otros sectores del estado.

## Responsabilidades Éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

- Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes; 2023.
- Instituto Nacional de la Juventud. Ministerio de Desarrollo Social y Familia [Internet]. X Encuesta Nacional de la Juventud; 2022 [consultado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma\\_encuesta\\_nacional\\_de\\_juventudes\\_2022.pdf](https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Subdepartamento de Demografía Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales, Síntesis de Resultados Estadísticas Vitales Período de información. 2021.
- Rodríguez Vignoli J, Roberts, A. El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades. Serie de Estudios N° 12. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud. 2020.
- Bai Y, Wells R, Hillemeier MM. Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):372-81.
- Robards F, Kang M, Usherwood T, et al. How Marginalized Young People Access, Engage With, and Navigate Health-Care Systems in the Digital Age: Systematic Review. *J Adolesc Health.* 2018;62(4):365-81
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Reproductive health care for incarcerated women and adolescent females. Committee Opinion No. 535. *Obstet Gynecol.* 2012;120:425-9.
- Kern MR, Duinhof EL, Walsh SD, et al. Intersectionality and Adolescent Mental Well-being: A Cross-Nationally Comparative Analysis of the Interplay Between Immigration Background, Socioeconomic Status and Gender. *J Adolesc Health.* 2020;66(6S):S12-S20.
- Robards F, Kang M, Steinbeck K, et al. Health care equity and access for marginalised young people: A longitudinal qualitative study exploring health system navigation in Australia. *Int J Equity Health.* 2019;18(1):1-14.
- Braverman PK, Murray PJ, Adelman WP, et al. Health care for youth in the juvenile justice system. *Pediatrics.* 2011;128(6):1219-35.
- Farid NDN, Rus SC, Dahlui M, et al. Predictors of sexual risk behaviour among adolescents from welfare institutions in Malaysia: A cross sectional study. *BMC Public Health.* 2014;14(Suppl 3):S9.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social. Lineamientos técnicos para la implementación del sistema intersectorial de salud integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente [Internet]. 2023. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Lineamientos-Tecnicos-SISI-2023.pdf>
- Sadler M, Obach A, Luengo X, et al. Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2011.
- Leal I, Luttgés C, Troncoso P, et al. Conocimientos y práctica clínica de los proveedores de salud para la prevención del embarazo adolescente según marco legal Chileno. *Rev Med Chil.* 2016;144(5):577-84.
- Ti A, Burns R, Barnert ES, et al. Perspectives on Patient-Centered Family Planning Care from Incarcerated Girls: A Qualitative Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019.
- Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, et al. National policy for comprehensive health care for adolescents deprived of liberty: An analysis of its implementation. *Ciencia Saude Coletiva.* 2018;23(9):2859-68.
- Nascimento MA, Uziel AP, Hernández Jimena de Garay. Young men in juvenile detention centers in Rio de Janeiro, Brazil: gender, sexuality, masculinity and health implications. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(2).
- Robertson RD. The invisibility of adolescent sexual development in foster care: Seriously addressing sexually transmitted infections and access to services. *Children and Youth Services Review* 2013;35(3):493-504. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.12.009>
- Ball B, Hofer S, Faulkner M, et al. Innovation in Sexuality and Relationship Education in Child Welfare: Shifting Toward a Focus on Ongoing Conversations, Connection, and Consent. *Prev Sci.* 2023;24(Suppl 2):163-73. doi: 10.1007/s11121-022-01476-z.
- Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13:1056. doi: 10.1186/1471-2458-13-1056. PMID: 24209299; PMCID: PMC3830502.
- Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest. polít. pública [online].* 2014;23(1):5-46.
- UNICEF. Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores. 2019.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodologías de la Investigación. México, Editorial Mc GrawHill, 6ta edición, 2014.

24. Flores R. Observando observadores. Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social, Santiago de Chile, Ediciones UC, 2009.
25. Kelly MA, Barnert E, Bath E. Think, Ask, Act: The Intersectionality of Mental and Reproductive Health for Judicially Involved Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018;57(10):715-18. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.870>
26. Ley 20.418. Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad. Biblioteca del Congreso Nacional, (28-02-2010). [Consultado el 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482>