

Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes



Fondo de Población
de las Naciones Unidas - Perú



DEFENSORÍA DEL PUEBLO

© *Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes*

Primera edición, julio 2018

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Jirón Ucayali N° 394-398

Lima 1- Perú

Teléfono: (511) 311-0300

Fax: (511) 426-7889

consulta@defensoria.gob.pe

www.defensoria.gob.pe

Línea gratuita: 0-800-15170

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca
Nacional del Perú n.º 2018-09460

El presente documento de trabajo ha sido elaborado por la Adjuntía para la Niñez y la Adolescencia de la Defensoría del Pueblo a partir de un informe realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA.

500 ejemplares de este libro
se terminaron de imprimir
el 15 de julio de 2018
en los talleres de Mantaraya S.R.L
Calle 28, N° 151, Independencia, Lima

Impreso en Perú / *Printed in Peru*

Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes



Fondo de Población
de las Naciones Unidas - Perú



Índice



| | |
|---|-----------|
| Presentación | 7 |
| Capítulo I: Marco normativo del derecho a la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes | 9 |
| 1.1 Marco normativo internacional | 9 |
| 1.2 Marco normativo nacional | 13 |
| 1.3 Desarrollo de políticas públicas | 14 |
| 1.4 La atención integral de las y los adolescentes | 17 |
| 1.4.1. Enfoques para la atención Integral de las y los adolescentes | 17 |
| Capítulo II: Organización de los servicios de salud para adolescentes | 19 |
| 1.1 Las modalidades de servicios diferenciados para la atención integral de adolescentes | 19 |
| a) Servicios con horarios diferenciados | 19 |
| b) Servicios con ambientes exclusivos | 19 |
| c) Servicios diferenciados especializados | 20 |
| 1.2 La prestación integral de los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes | 21 |
| 1.3 El proceso de atención de los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes | 22 |
| Capítulo III: Aspectos generales de la supervisión realizada a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes | 25 |
| 1.2 Metodología de la investigación | 25 |
| 1.3 Muestra de la investigación | 25 |
| 1.4 Objetivos de la investigación | 26 |
| 1.5 Establecimientos de salud supervisados | 27 |
| Capítulo IV: Resultados de la supervisión a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes | 31 |
| 1.1 Población atendida | 31 |
| 1.2 Resultados de los establecimientos de salud que brindan servicios con horarios diferenciados | 32 |
| 1.2.1 Ambientes multifuncionales | 32 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 1.2.2 | Equipo humano que brinda la atención | 32 |
| 1.2.3 | Capacitación del equipo humano | 33 |
| 1.3 | Resultados de los establecimientos de salud que brindan servicios con ambientes exclusivos | 34 |
| 1.3.1 | Ambientes exclusivos | 34 |
| 1.3.2 | Ofrecimiento de prestaciones de atención integral | 36 |
| 1.3.3 | Días de atención en el servicio diferenciado | 36 |
| 1.4 | Resultados de todos los establecimientos de salud supervisados | 37 |
| 1.4.1 | Capacitación del equipo humano | 37 |
| 1.4.2 | Accesibilidad al servicio de salud diferenciado | 38 |
| 1.4.3 | Horarios de atención en el servicio de salud diferenciado para adolescentes | 39 |
| 1.4.4 | Privacidad y confidencialidad de los servicios | 41 |
| 1.4.5 | Acompañamiento por los padres o tutores a los adolescentes en los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes | 42 |
| 1.4.6 | Consejería integral para adolescentes en servicios de salud diferenciados para adolescentes | 44 |
| 1.4.7 | Entrega de anticonceptivos en los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes | 46 |
| | a) Información sobre anticoncepción oral de emergencia (AOE) | 47 |
| 1.4.8 | Oportunidad en la entrega de información y métodos anticonceptivos | 48 |
| 1.4.9 | Promoción y acceso a servicios | 49 |
| | a) Actividades de promoción | 50 |
| | b) Promoción de la afiliación del adolescente al Seguro Integral de Salud (SIS) | 51 |
| | Capítulo V: Conclusiones | 53 |
| | Capítulo VI: Recomendaciones | 57 |

Presentación



La adolescencia es una etapa del ciclo de la vida humana, con aspectos únicos de crecimiento y maduración física, biológica, psicológica y social. Si bien la incidencia de enfermedades durante esta etapa de la vida es baja y no suele ser considerada como un grupo prioritario, se advierte la presencia de factores que podrían dañar su desarrollo, su salud sexual y reproductiva e incluso su proyecto de vida como ocurre en los casos de embarazo en adolescentes.

Por ello, con la finalidad de garantizar su derecho a la salud y mantener su bienestar, el Estado peruano viene realizando diversos esfuerzos por adecuar el ordenamiento jurídico interno con los estándares internacionales sobre los derechos humanos de las y los adolescentes. Por ejemplo, ha aprobado el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021,¹ el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021, y diversas normas técnicas como la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente, la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, la Norma Técnica de Salud sobre criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes, entre otras.

Cabe resaltar que para hacer efectivo el derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, el Estado Peruano ha optado por organizar el funcionamiento de las prestaciones de salud a través de los Servicios de salud Diferenciados para la atención integral a Adolescentes. En ese sentido, ha dispuesto que la atención integral de su salud sea con calidad y calidez, se realice en un espacio y horario diferenciado, con personal calificado para responder a sus necesidades y expectativas en el marco de su desarrollo integral.

La actividad de la Defensoría del Pueblo, en materia de derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, ha estado enfocada en la promoción de la

¹ Cabe indicar que la cuarta meta emblemática de dicho plan es reducir la tasa de maternidad adolescente en un 20%.

implementación del Plan multisectorial para la prevención del embarazo adolescente, así como en la modificación de la norma técnica de planificación familiar. Sin embargo, resultaba necesario conocer la situación actual de los servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes de 12 a 17 años 11 meses 29 días, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva y formular recomendaciones que contribuyan a garantizar la optimización de los servicios, especialmente, en salud sexual y reproductiva para prevenir el embarazo en adolescentes.

Así, con el apoyo técnico y financiero de la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA Perú, agencia del Sistema de Naciones Unidas, que como parte de su mandato promueve y defiende los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres, las y los adolescentes y jóvenes; y en el marco del Convenio Marco de Cooperación entre la Defensoría del Pueblo y el UNFPA; en el mes de setiembre del 2017 se realizó la supervisión nacional a servicios diferenciados de atención integral para adolescentes, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

Este informe consolida los resultados de la supervisión nacional realizada en 91 establecimientos de salud que cuentan con servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Los aspectos supervisados están referidos a la cobertura, disponibilidad, calidad, promoción y acceso al servicio. Asimismo, este informe plantea recomendaciones al Ministerio de Salud, a los gobiernos regionales y a los establecimientos de salud.

La Defensoría del Pueblo, en cumplimiento de su mandato constitucional de defensa de los derechos fundamentales de la persona y de la comunidad, busca contribuir al respeto y protección de los derechos de la adolescencia y, de ese modo, coadyuvar al cumplimiento de los estándares internacionales en la materia, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como de las recomendaciones que el Comité de los Derechos del Niño ha formulado al Estado peruano.

La Defensoría del Pueblo tiene la convicción de que este documento constituirá una herramienta útil para los funcionarios y las funcionarias del sector salud y gobiernos regionales, de modo que puedan tomar decisiones responsables y oportunas para mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes, principalmente, aquellas relacionadas a prevenir el embarazo en adolescentes.

Lima, julio del 2018.

Marco normativo del derecho a la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes



1.1 Marco normativo internacional

El artículo 1° de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), considera niño a toda persona menor de 18 años. La definición de la minoría de edad, tanto en el plano internacional como en las leyes nacionales, pretende que los derechos de las personas menores de edad sean especialmente protegidos por el Estado, la sociedad y la familia; en función a ello, las normas y políticas públicas se orientan hacia su protección como sujeto de derechos con autonomía progresiva.

En ese sentido, en el ámbito del derecho a la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes, se deben considerar las siguientes premisas²:

- Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos.
- La salud es un servicio público.
- Las intervenciones buscan mejorar su salud sexual y salud reproductiva; y, disminuir los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, estimulando los factores protectores.

Se trata de no convertir la etapa de vida de la adolescencia en un factor de vulnerabilidad adicional, que restrinja a las y los adolescentes en el goce de sus derechos a la salud y la integridad³. En materia de salud sexual y salud reproductiva, se considera que limitar el acceso a la información y a las prestaciones de salud durante la adolescencia,

2 Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Aprobado durante la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: Clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.

3 González Ana Cristina y Duran Juanita. Consentimiento informado: capacidad de los menores de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. En: Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven. Autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales. IPPF y Profamilia. Pág. 12.

incrementa las posibilidades de iniciar la vida sexual a una edad temprana, quedar embarazadas y tener más hijos, lo que podría cambiar el curso vital al impactar en la salud y en las oportunidades de desarrollo personal.

El artículo 24° de la CDN, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y el acceso a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Mientras que el artículo 12°, señala que se debe garantizar al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio y expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de la edad y madurez; lo que complementado con el artículo 16° de este mismo instrumento, le otorga protección contra las injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, es decir, prohíbe al Estado y otros sujetos interferir negativamente en la voluntad del adolescente.

El Comité sobre los Derechos del Niño, órgano que vela por el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, ha precisado el contenido del derecho a la salud, a través de sus Observaciones Generales N° 4 y N°15 (ver cuadro N° 1).

Sobre este particular, el Comité de los Derechos del Niño, formuló recomendaciones puntuales al Estado peruano en sus Observaciones finales a los informes periódicos cuarto y quinto combinados, sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Dicho Comité recomendó lo siguiente:

- Hacer frente al problema del elevado número de embarazos de adolescentes, para lo cual ha de reforzar el acceso a una educación en materia de salud sexual y reproductiva en función de la edad y los derechos de las niñas y los niños, incluidos los de los niños sin escolarizar.⁴
- Garantizar la disponibilidad para todos los adolescentes de servicios e información confidenciales sobre la salud reproductiva y la correspondiente asistencia psicológica y el acceso efectivo de los adolescentes a tales servicios e información, así como a formas modernas de anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos gratuitos de emergencia.⁵

Por último, es importante tener en cuenta las recomendaciones que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer - CEDAW, formuló al Estado peruano en sus Observaciones finales a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Perú, sobre la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres y niñas. Dicho Comité recomendó lo siguiente:

4 Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú 2016. Párrafo 56 literal a).

5 Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú 2016. Párrafo 56 literal c).

**Cuadro N° 1: Observaciones generales N° 4 y N° 15, sobre el derecho a la salud
Comité de los Derechos del Niño**

| <p>Observación General N°4 (2003): La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24°)</p> | <p>Observación General N°15 (2013): El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 24°)</p> |
|--|--|
| <p>Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, (...). Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial (párrafo 11).</p> <p>Los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores (párrafo 28).</p> <p>Por lo que respecta a la intimidad y a la confidencialidad y al consentimiento fundamentado al tratamiento, los Estados Partes deben: a) promulgar leyes o dictar reglamentos para que se proporcione a los adolescentes asesoramiento confidencial sobre el tratamiento, al objeto de que puedan prestar el consentimiento con conocimiento de causa. En dichas leyes o reglamentos deberá figurar la edad requerida para ello o hacer referencia a la evolución de las facultades del niño (párrafo 33).</p> <p>Los Estados Partes deben proporcionar servicios de salud que estén adecuados a las especiales necesidades y derechos humanos de todos los adolescentes. La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de los adolescentes, concediendo especial atención a su salud sexual y reproductiva y a la salud mental (párrafo 41a).</p> | <p>Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad (párrafo 31).</p> <p>Los Estados deben velar por que no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva como consecuencia de objeciones de conciencia de los proveedores (párrafo 69).</p> <p>Los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo (párrafo 70).</p> |
| <p>Fuente: Observación General N° 4 y N° 15, Comité de los Derechos del Niño. Elaboración: Defensoría del Pueblo.</p> | |

- Garantizar el acceso a servicios de planificación familiar, en particular en las zonas rurales, y adoptar todas las medidas necesarias para llevar a cabo la libre distribución de anticonceptivos de emergencia en el sistema de salud pública, particularmente a las mujeres y niñas víctimas de abuso sexual.⁶
- Desarrollar capacidades sobre el derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, del personal médico, con miras a garantizar una prestación adecuada de servicios de salud a las mujeres y niñas.⁷

En esa misma línea, el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Precisamente, una de las metas de este objetivo persigue asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.⁸

Cabe destacar que el derecho a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes también fue materia de preocupación en el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo⁹, en el que se establecieron medidas prioritarias, considerando los derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Es así que, debido a los altos y desiguales niveles de embarazo en la adolescencia, en particular entre las niñas y adolescentes menores de 15 años por uniones forzadas, abuso y violencia sexual; los países miembros y asociados (entre ellos el Perú) acordaron:

Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y

-
- 6** Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – CEDAW. Observaciones finales a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Perú 2016. Párrafo 36 literal e).
 - 7** Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – CEDAW. Observaciones finales a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Perú 2016. Párrafo 36 literal f).
 - 8** Asamblea General de las Naciones Unidas. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Página 18.
 - 9** Aprobado durante la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: Clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.

*tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual.*¹⁰

1.2 Marco normativo nacional

El artículo 7° de la Constitución Política reconoce el derecho a la salud, mientras que el artículo 6° de la misma carta, alude a la paternidad y maternidad responsables y reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir, así como la obligación del Estado de asegurar programas de educación, información y el acceso a los medios respectivos.

Sobre el derecho a la salud, el Tribunal Constitucional ha señalado que este consiste en *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento. (...) Los servicios públicos de salud cobran vital importancia en una sociedad, pues de ellos depende no solo el logro de mejores niveles de vida de las personas, sino que incluso en la eficiencia de su prestación está en juego la vida y la integridad de los pacientes”*¹¹.

Pero además, dicho Tribunal ha precisado que *“algunas de las más importantes manifestaciones del derecho a la salud se relacionan con el ámbito sexual y reproductivo, es decir, con aquellas propiedades, entre otras, que permiten al hombre y la mujer el ejercicio normal de su actividad sexual, la protección de su integridad física y psíquica, la autodeterminación en cuanto a las posibilidades de reproducción, la atención médica pre y post natal (atenciones de salud que permiten los embarazos y los partos sin riesgos independientemente de sus condición social o ubicación geográfica), así como relacionado con los derechos a la información y a la educación, el acceso rápido y eficaz a educación sexual”*¹².

Como se puede advertir, el derecho a la salud sexual y salud reproductiva es un derecho humano implícito pero con contenido propio, que no está expresamente mencionado en la Constitución Política, pero que encuentra su fundamento en otros derechos humanos ya reconocidos, como por ejemplo, el derecho a la vida, a la integridad, a la libertad y a la salud. Sobre los derechos implícitos, el artículo 3° de la Constitución Política establece que *“la enumeración de los derechos establecidos en este capítulo*

10 Acuerdo Número 11 de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: Clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.

11 STC Expediente 2945-2003-AA/TC, fundamentos jurídicos N° 28 y 30, respectivamente.

12 STC recaída en el Exp. 0008-2012-PI/TC. Párrafo 85.

no excluye los demás que la Constitución garantiza, ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre, o en los principios de soberanía del pueblo, del Estado democrático de derecho y de la forma republicana de gobierno”. En ese sentido, no es necesario que todos los derechos estén nombrados de manera expresa, para ser reconocidos dentro del ordenamiento jurídico como tales.

Por su parte, el Código de los Niños y Adolescentes¹³, señala que las niñas y los niños son sujetos de derechos, libertades y de protección específica; así como también reconoce que gozan de los derechos relacionados con su proceso de desarrollo, entre ellos, el derecho a la atención integral de su salud mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas; el derecho a formarse sus propios juicios y expresar su opinión en todos los asuntos que les afecten, entre otros.¹⁴

1.3 Desarrollo de políticas públicas

América Latina y el Caribe presentan la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes del mundo.¹⁵ En el Perú, el embarazo en adolescentes no se ha reducido de manera importante en los últimos veinte años. Así se tiene que 13 de cada 100 mujeres entre los 15 y los 19 es madre o ha estado embarazada, advirtiendo que, los mayores porcentajes se presentan en mujeres con primaria (42,3%), en el quintil inferior de bienestar (23.9%), residentes en la selva (23.3%), y en el área rural (22.7%). Las regiones que superan el 20% de embarazo adolescente son: Loreto (30.6%), Ucayali (26.7%), San Martín (23.5%), según datos de la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2016).¹⁶

De otro lado, es importante tener en cuenta que, persisten patrones culturales que impiden que los padres, las madres y la sociedad, en general, reconozcan a las y los adolescentes como sujetos con derecho a ejercer su sexualidad. Este tipo de patrones son difíciles de revertir si es que no se complementa con una adecuada educación sexual integral que postergue el inicio de las relaciones sexuales y, en consecuencia, reduzca el embarazo en la adolescencia.

Ante las altas tasas de embarazo adolescente —que amenazan la salud e impactan negativamente en el desarrollo personal y educativo de este grupo poblacional—

13 Aprobado mediante Ley N° 27337, de fecha 21 de julio de 2000.

14 Artículo IV del Título Preliminar y artículos 9 y 21 del Código de Niños y Adolescentes.

15 Informe de Consulta Técnica: Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. OPS, OMS, UNFPA, UNICEF (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.)

16 Estos datos corresponden a la información estadística disponible durante la supervisión de los establecimientos de salud.

los países de la región han desarrollado políticas y programas de educación sexual integral en la escuela y programas específicos para prevenir el embarazo en adolescentes, vinculados a servicios de salud diferenciados y amigables que se adecuen a sus necesidades y que garanticen un mejor reconocimiento de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

En el plano de las políticas públicas rectoras, el Perú cuenta con el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021¹⁷ y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021¹⁸, ambos instrumentos están dirigidos a garantizar que las y los adolescentes puedan ejercer su derecho a la salud sexual y salud reproductiva, con autonomía progresiva y responsabilidad, reduciendo el embarazo adolescente.

Cuadro N° 2: Planes Nacionales vinculados a la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes

| Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 | Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021 |
|--|---|
| <p>Resultado Esperado 9: Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta. Tiene como meta reducir en 20% el embarazo adolescente.</p> <p>Estrategias: i) promover el acceso de adolescentes a servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes para prevenir conductas de riesgo y alentar estilos de vida saludables; (...); iii) propiciar, desde el Ministerio de Salud, el acceso a información y métodos anticonceptivos oportunamente, así como la capacitación de las y los adolescentes para que puedan ejercer una actividad sexual responsable, prioricen su educación y posterguen la maternidad/paternidad hasta la edad adulta. (...) v) capacitar desde las instituciones educativas, a padres y madres de familia sobre sexualidad con un enfoque de género.</p> | <p>Meta: Reducir en 20% la prevalencia de embarazo adolescente</p> <p>Meta del Objetivo Específico 4: Incrementar en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales”, para lo cual propone:</p> <p>Línea de Acción Estratégica 5 (LAE5): acceso a servicios de atención integral, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva;</p> <p>Línea de Acción Estratégica 6 (LAE6): orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para adolescentes sexualmente activos/as.</p> |
| <p>Fuente: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia y Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente. Elaboración: Defensoría del Pueblo.</p> | |

¹⁷ Aprobado por Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, de fecha 20 de abril del 2012.

¹⁸ Aprobado por Decreto Supremo N° 012-2013-SA, de fecha 7 de noviembre de 2013.

Por su parte, desde el Ministerio de Salud se cuenta con los Lineamientos de políticas de salud del adolescente¹⁹, cuyo Lineamiento 1, plantea la necesidad de implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada desde los sistemas de aseguramiento público y privado, incluyendo prestaciones que respondan a las necesidades de los y las adolescentes, en especial las relacionadas a su salud sexual y reproductiva, eliminando aquellas barreras que obstaculizan su afiliación y/o atentan contra la confidencialidad.

Asimismo, dicho sector aprobó la Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente,²⁰ con la finalidad de mejorar la atención que se brinda a las y los adolescentes en los establecimientos públicos y privados de salud, en un marco de respeto a los derechos humanos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a su desarrollo y bienestar.

Posteriormente, se actualizó dicha norma técnica²¹ a fin de establecer los criterios técnicos y administrativos para la atención integral de las y los adolescentes cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad.

Sin embargo, dado el proceso de implementación y el incremento de los servicios, se hacía necesario contar con un documento técnico que permita evaluar el desarrollo de estos servicios y garantizar su calidad, por lo que se aprobó también la Norma Técnica N° 095-MINSA/DGSP.V.01, Norma Técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes²², entre cuyos objetivos específicos se mencionan i) ofrecer evidencias que en los servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes, las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de la población adolescente; ii) promover la cultura de calidad en todos los servicios donde se ofrezca atención integral a las/los adolescentes a través del cumplimiento de criterios y estándares para evaluación de la calidad; y iii) dotar a los usuarios de información relevante para la selección de los servicios por sus atributos de calidad.

19 Aprobados mediante Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA, de fecha 14 de febrero de 2005.

20 Aprobada mediante Resolución Ministerial 633-2005/MINSA, de fecha 22 de agosto de 2005.

21 Aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012.

22 Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA de fecha 15 de junio del 2012

1.4 La atención integral de las y los adolescentes

La adolescencia es una etapa del ciclo de la vida humana, con aspectos únicos de crecimiento y maduración física, biológica, psicológica y social. Si bien la incidencia de enfermedades durante esta etapa de la vida es baja y no suele ser considerada como un grupo prioritario, se advierte la presencia de factores que podrían dañar su desarrollo, su salud sexual y reproductiva e incluso su proyecto de vida como ocurre en los casos de embarazo en adolescentes.

Por ello, con la intención de garantizar su derecho a la salud y mantener su bienestar, el Estado peruano ha optado por organizar el funcionamiento de las prestaciones de salud a través de los Servicios de Salud Diferenciados para Adolescentes²³, proponiendo que la atención integral de salud, con calidad y calidez, se realice en un espacio y horario diferenciado, con personal calificado para responder a sus necesidades y expectativas en el marco de su desarrollo integral.

Cabe indicar que la Organización Mundial de la Salud señala que la accesibilidad a los servicios de salud, significa que las y los adolescentes pueden acceder a dichos servicios que se prestan en horarios de atención apropiados y convenientes para ellos y ellas.²⁴ Ello porque tienen múltiples actividades y acuden al establecimiento de salud en el momento que sus actividades se lo permiten.

1.4.1. Enfoques para la Atención Integral de las y los Adolescentes

De acuerdo a la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, la atención integral de salud de las y los adolescentes debe tener en cuenta los siguientes enfoques:²⁵

- a) Enfoque de derechos y ciudadanía: que implica respetar el ejercicio de los derechos de las y los adolescentes en los servicios de salud, incluidos los derechos sexuales y reproductivos; así como promover en la sociedad, la comunidad, las familias y las instituciones educativas, la protección, información, promoción y ejercicio de los derechos de las y los adolescentes, dentro de un ambiente de

23 Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012, define al Servicio diferenciado como aquel servicio que brinda atención integral de salud a las y los adolescentes en un espacio y/o horario diferenciado, con personal calificado para responder a sus necesidades y expectativas en el marco de su desarrollo integral. Página 12.

24 Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de Evaluación: Una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para los adolescentes. Ginebra: OMS, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Argentina, 2012. Página 10.

25 Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. En el Ítem 5.4. establece los enfoques para la atención integral de las y los adolescentes. Página 15.

formación integral y desarrollo social, en armonía con el entorno sociocultural y el medio ambiente para el desarrollo sostenible y una cultura de paz.

- b)** Enfoque de género: que implica brindar atención integral de salud sin la influencia de estereotipos que marginen la orientación sexual de las y los adolescentes y/o promuevan el machismo y/o feminismo, previniendo la inequidad entre hombres y mujeres.
- c)** Enfoque de diversidad: que implica promover con carácter de inclusión el acceso a los servicios de atención de salud integral y diferenciada para adolescentes independientemente de su raza, cultura, religión, edad, orientación sexual, discapacidades, etc., adoptando una postura ética, abierta y flexible.
- d)** Enfoque de interculturalidad: que implica tomar en cuenta en el diseño, planteamiento e implementación de políticas de salud, el respeto a la identidad, las características étnicas y los valores de cada cultura de las y los adolescentes, concibiendo que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración, articulación y convivencia entre culturas.
- e)** Enfoque de prevención de riesgo: que implica desarrollar mecanismos que hagan posible la identificación oportuna de factores y/o conductas de riesgo para la salud de las y los adolescentes; así como promover el desarrollo de investigaciones que hagan posible identificar y priorizar factores de riesgo sobre todo en las y los adolescentes en situación de especial vulnerabilidad, como aquellos adolescentes que viven en situación de pobreza y pobreza extrema, ruralidad, marginalidad, discapacidad, adolescentes víctimas de explotación sexual, adolescentes privados de su libertad y adolescentes en situación de calle.
- f)** Enfoque intergeneracional: que implica promover relaciones positivas entre las y los adolescentes y otras generaciones (niñez, juventud, adultez y adultez mayor), las mismas que conviven en un mismo tiempo y espacio.

Estos enfoques requieren interrelacionarse entre sí para brindar una atención integral a salud de las y los adolescentes.

Organización de los servicios de salud diferenciados para adolescentes



2.1 Las modalidades de servicios de salud diferenciados para la atención integral de adolescentes

La Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente establece diversas modalidades de servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Estos servicios pueden ser brindados en los propios establecimientos de salud (servicios intra murales) o fuera de dichos establecimientos (servicios extra murales) y también contempla espacios de socialización que implementan actividades y ofrecen servicios dentro o fuera de los establecimientos de salud (centros de desarrollo juvenil):²⁶

Entre los servicios intra murales, encontramos los siguientes:

- a) Servicios con horarios diferenciados: son aquellos que no disponen de ambientes diferenciados y ocupan ambientes multifuncionales, en horario diferenciado, adecuado a las necesidades y demandas de las y los adolescentes, sin interferir con los horarios escolares o laborales. Estos servicios deben hacer amigable el espacio físico y la oferta de atención debe darse en un horario que implique un lapso no menor de tres horas.
- b) Servicios con ambientes exclusivos: son aquellos que disponen de ambientes destinados exclusivamente para la atención de las y los adolescentes, en los que se brinda orientación, consejería y atención clínica, con calidad y calidez, en el marco de la confidencialidad y privacidad, pudiendo ofrecer talleres formativos y

²⁶ Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. En el ítem 6.6.1, literal A), establece las modalidades de servicios diferenciados. Página 17

actividades socioculturales. Asimismo, contemplan la posibilidad de una puerta de entrada con acceso directo para las y los adolescentes.

- c) Servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes: son aquellos ubicados en el tercer nivel de atención con áreas especializadas dedicadas exclusivamente para la atención de las y los adolescentes y se adaptan a sus gustos y preferencias; así como también brindan orientación, consejería y atención clínica en la consulta externa, la emergencia y la hospitalización. Además pueden ofertar talleres formativos y de animación socio-cultural. Las redes de salud pública cuentan al menos con un servicio diferenciado.

Cabe indicar que la complejidad de la atención ofrecida a las y los adolescentes a través de los servicios de salud diferenciados, depende de la categoría del establecimiento de salud, según su capacidad resolutive, como se observa en el cuadro N° 3.

| Cuadro N° 3: Categorías de Establecimientos de Salud y Servicios Diferenciados para la Atención Integral de Salud de Adolescentes | | |
|--|---|---|
| I-1, I-2 | I-3, I-4, II-1, II-2, II-E | III-1, III-2 y III-E |
| Servicios con horario Diferenciado | Servicios con ambientes Exclusivos | Servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes especializados |
| <p>Puerta de entrada de la población al sistema de salud.</p> <p>Ocupan ambientes multi funcionales y prestan atención a las y los adolescentes sanos, según prestaciones del PEAS, y según capacidad resolutive.</p> <p>Equipo básico.</p> <p>Captación y referencia.</p> | <p>Complementa la atención del nivel precedente agregando un grado de mayor especialización.</p> <p>Ambientes exclusivos para la atención de las y los adolescentes.</p> <p>Equipo multidisciplinario ofrece servicios: orientación y consejería integral, evaluación integral de crecimiento y desarrollo salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal, prevención y tratamiento de morbilidad prevalente, según el PEAS, y según capacidad resolutive.</p> <p>Pueden brindar talleres formativos y animación, socio cultural.</p> | <p>Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive.</p> <p>Cuenta con áreas especializadas dedicadas exclusivamente para la atención de las y los adolescentes adaptada a sus condiciones, gustos y preferencias.</p> <p>Servicios: orientación, consejería integral, consulta externa, emergencia y hospitalización diferenciada.</p> <p>Realizan investigación y docencia en salud del adolescente.</p> <p>Pueden brindar talleres formativos y animación socio cultural.</p> |
| <p>Fuente: Norma Técnica Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Elaboración: Defensoría del Pueblo.</p> | | |

2.2 La prestación integral de los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes

De acuerdo a la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, la atención integral de salud para la población adolescente es ofertada en los servicios de salud en el marco de la provisión continua y con calidad orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en el contexto de su familia y comunidad, bajo las siguientes características:²⁷

- Accesibilidad geográfica: lo que implica que los servicios estén instalados en el área urbana y rural de todos los departamentos.
- Accesibilidad horaria: lo que implica que los servicios tengan horarios flexibles para la atención, acorde a las necesidades y preferencias de las y los adolescentes de su jurisdicción.
- Accesibilidad cultural: lo que implica que los servicios estén adaptados según la cultura local, el idioma, costumbres y roles asignados a los adolescentes; así como también cuenten con su participación en la implementación.
- Accesibilidad económica: lo que implica que todo(a) adolescente del país debe estar afiliado(a) a un tipo de seguro ya sea contributivo, semi contributivo o subsidiado.
- Confidencialidad: lo que implica que los servicios guarden la confidencialidad según las normas legales, evitando limitar la asistencia de las y los adolescentes a estos servicios.
- Integralidad de la atención: lo que implica que los servicios consideren las diferentes esferas de desarrollo y las múltiples necesidades, en el contexto familiar, comunal, articulando la red de servicios e instituciones para la atención promocional, preventiva y recuperativa.
- Oportunidad de la atención: lo que implica la prestación del servicio sin retrasos que pongan en riesgo la vida o salud del adolescente.
- Continuidad de la atención: lo que implica que los servicios cuenten con una secuencia lógica y racional de intervenciones posterior a su primera atención y acorde a sus necesidades: adhesión.
- Sustentabilidad: lo que implica que las prestaciones estén basadas en evidencias científicas, incorporando la política nacional, regional y local para adolescentes, en la programación y presupuesto institucional.

27 Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. Ítem 6.6.1, establece las características de la prestación del servicio. Página 16.

- Recurso humano con capacitación permanente: lo que implica que el personal de los servicios tenga conocimientos actualizados, a través de la capacitación periódica.
- Evaluación interna o autoevaluación: lo que implica que los servicios deben autoevaluarse periódicamente para garantizar la idoneidad de los procesos y el cumplimiento de los planes de mejora de la calidad.
- Evaluación externa periódica: lo que implica que los servicios sean evaluados periódicamente por la Red y/o Micro red a la que pertenece y por las autoridades sanitarias del nivel nacional y regional.

2.3 El proceso de atención de los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes

La Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente establece el proceso de atención a la población adolescente en los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes, que comprende la entrega del paquete de cuidados para esta etapa de vida, conforme se precisa en el cuadro N° 4, priorizando la demanda de las y los adolescentes. Por esta razón, la atención integral no siempre se agota en la primera consulta. La atención puede ser fraccionada, debiendo evaluarse permanentemente las expectativas de las y los adolescentes, para que, de acuerdo a ello y a la capacidad resolutoria del establecimiento de salud, pueda hacerse la referencia que corresponda.

Los momentos de la atención de las y los adolescentes se adecuan al contexto del establecimiento de salud. En ese sentido, el proceso de atención comprende la captación, admisión, atención en el servicio (atención del motivo de consulta que puede ser una necesidad de información, consejería o problemas agudos de salud, crónicos u otros que ponen en riesgo su vida y que deben ser referidos, evaluación integral, elaboración de un plan individualizado de atención integral, desarrollo y seguimiento del plan), así como intervenciones promocionales, intervenciones preventivas en las familias, instituciones educativas y la comunidad.

Asimismo, el paquete de atención integral tiene contenido diferenciado, de acuerdo al grupo etario adolescente y comprende lo siguiente:

Cuadro N° 4: Paquete de atención integral en salud a adolescentes

| Adolescentes de 12 a 14 años Paquete integral | Adolescentes de 15 a 17 años Paquete integral |
|--|--|
| <p>Temas educativos para padres y adolescentes:</p> <p>Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación e higiene, prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.</p> <p>Protección solar.</p> <p>Derechos y responsabilidad en salud</p> <p>Equidad de género e interculturalidad</p> <p>Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones</p> <p>Proyectos de vida. Resiliencia</p> <p>Viviendo en familia</p> <p>Sexualidad humana y afectividad</p> <p>Desarrollo sexual en la adolescencia</p> <p>Violencia familiar (maltrato, abuso sexual), social, juvenil (pandillaje, bullying), etc.</p> <p>Medio ambiente saludable</p> <p>Medidas de seguridad y prevención de accidentes. Primeros auxilios. Resucitación Cardio pulmonar</p> <p>Salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH-Sida, Tuberculosis.</p> <p>Trastornos de la alimentación: Obesidad, anorexia, bulimia.</p> <p>Salud psicosocial: Autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación, ludopatía, depresión, y suicidio.</p> | <p>Temas educativos para adolescentes:</p> <p>Desarrollo Integral: físico, sexual, cognitivo, social, emocional, espiritual (valores y ética).</p> <p>Estilos de vida saludable: actividad física y deporte, alimentación y nutrición saludable, prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas, nuevas adicciones (ludopatías).</p> <p>Protección solar. Primeros auxilios. Resucitación Cardio pulmonar.</p> <p>Enfoque ecológico</p> <p>Viviendo en familia: relaciones intergeneracionales, mejorando la comunicación.</p> <p>Viviendo en comunidad.</p> <p>Medio ambiente saludable y medidas de seguridad y prevención de accidentes.</p> <p>Medios de comunicación</p> <p>Salud Sexual y Reproductiva</p> <p>Sexualidad saludable y responsable.</p> <p>Anticoncepción y Paternidad precoz.</p> <p>Prevención de embarazo adolescente.</p> <p>Relaciones sexuales abstinencia, sexo seguro.</p> <p>Infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida.</p> <p>Diversidad sexual e identidad de género.</p> <p>Salud psicosocial</p> <p>Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones.</p> <p>Resiliencia. Empoderamiento. Liderazgo. Participación ciudadana.</p> <p>Proyecto de vida y orientación vocacional.</p> <p>Derechos y responsabilidad en salud.</p> <p>Violencia familiar (maltrato físico, violencia psicológica, por negligencia abuso sexual), violencia escolar (bullying), violencia social (pandillaje, delincuencia).</p> <p>Salud física.</p> <p>Malnutrición: obesidad, desnutrición, anemia.</p> <p>Trastornos posturales.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Enfermedades transmisibles prevalentes: TB, ITS.</p> <p>Enfermedades no transmisibles: obesidad, hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico</p> <p>Trastornos de salud mental: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia)</p> <p>Consejería Integral</p> <p>Complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna)</p> <p>Salud familiar</p> |
| Consejería integral | Consejería integral |
| <p>Salud sexual y reproductiva: sexualidad, anticoncepción, diversidad sexual e identidad de género</p> <p>Salud psicosocial: autoestima, asertividad, proyecto de vida, identidad, toma de decisiones, relaciones interpersonales, manejo de conflictos, control de emociones, liderazgo, roles de género, manejo del estrés, manejo de emociones y control de la ira, empoderamiento, etc.</p> <p>Salud física: deporte, actividad física, alimentación y nutrición saludable</p> <p>Autocuidado: protección de la piel, seguridad vial: uso de cinturón, uso de protectores para deportes de riesgo, higiene diaria corporal e íntima.</p> | <p>Salud sexual y reproductiva: sexo y sexualidad, anticoncepción, paternidad y maternidad adolescente, embarazo, complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna), parto y puerperio, ITS y VIH</p> <p>Salud psicosocial: resiliencia, proyecto de vida. Autoestima, asertividad. Toma de decisiones y comunicación</p> <p>Salud física y salud bucal</p> <p>Alimentación saludable y nutrición saludable</p> |
| <p>Fuente: Norma Técnica Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Elaboración: Defensoría del Pueblo.</p> | |

Aspectos generales de la supervisión realizada a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes



3.1 Metodología de la investigación

El presente informe refleja los resultados de una investigación a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, el mismo que consiste en seleccionar una muestra de la población por su accesibilidad. Es decir, las unidades empleadas en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no siendo posible hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la población²⁸. Por consiguiente, los establecimientos de salud supervisados, fueron seleccionados por la proximidad geográfica a las oficinas defensoriales.

3.2 Muestra de la investigación

La supervisión de servicios de salud diferenciados de atención integral a adolescentes, se desarrolló en la semana del 25 al 29 de setiembre de 2017. Cabe indicar que, a julio de 2017, el Ministerio de Salud registró un total de 3,290 servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes, conforme se aprecia en el cuadro N° 5.

Sin embargo, debido a la proximidad geográfica, así como de recursos humanos y financieros, se eligieron tres establecimientos de salud del área urbana por cada capital de departamento, haciendo un total de 91 establecimientos de salud correspondientes a distintos niveles de atención y categorías de los establecimientos de salud.²⁹

28 James H. McMillan y Sally Schumacher (2001). *Research in education: A conceptual Introduction* (5ª ed.). New York: Addison Wesley Logman; Casal, J. & Mateu, E (2003) Tipos de muestreo, *Rev. Epidem. Med. Prev.* I, pp. 3-7.

29 NTS 021-MINSA/DGSPV.03, Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, aprobada por Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, de fecha 13 de julio de 2011.

3.3 Objetivos de la investigación

Los objetivos de la investigación fueron los siguientes:

- **Objetivo General:** analizar la situación actual de los servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes, con especial énfasis en salud sexual y salud reproductiva, para brindar recomendaciones que contribuyan a garantizar el respeto y vigencia de los derechos de las y los adolescentes, particularmente, su derecho a la salud sexual y salud reproductiva para prevenir el embarazo en adolescentes.
- **Objetivos Específicos:**
 - a) Analizar el marco normativo nacional que regula los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes.
 - b) Identificar problemas, fortalezas y debilidades en la atención que brindan los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes del Ministerio de Salud, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

Cuadro N° 5: Número de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes

| Tipo de Servicios | | N° |
|-------------------------------------|--|--------------------------|
| Servicios Intramurales | a. Servicios con horarios diferenciados | 3031 |
| | b. Servicios con ambientes exclusivos | 213 |
| | c. Servicios diferenciados especializados | 2 |
| Servicios Extramurales | a. Servicios móviles para la atención integral | 1 |
| | b. Servicios coordinados en instituciones educativas | 19 |
| | c. Servicios coordinados con otras instituciones | 0 |
| Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ) | | 24 |
| TOTAL | | 3290³⁰ |

Fuente: Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud y REDEs 2017.

30 Mediante Oficio N° 805-2017-DGIESP/MINSA se informó que el número total de servicios era 3279, sin embargo, la suma real es de 3290, de acuerdo a la revisión realizada.

3.4 Establecimientos de salud supervisados

Los establecimientos de salud supervisados por las oficinas defensoriales, a nivel nacional, fueron los siguientes:

| Cuadro N° 6: Establecimientos de salud supervisados, setiembre 2017 | | | |
|---|------------------|--|--------------------------|
| | Oficina /Módulo | EE.SS | Categorías |
| 1 | OD Callao | Hospital San José Centro de Salud Manuel Bonilla Puesto de Salud Mi Perú | II-2 I-3 I-2 |
| 2 | OD Tacna | Centro de Salud Bolognesi Centro de Salud Ciudad Nueva | I-3 I-4 |
| 3 | OD La Libertad | Hospital Belén de Trujillo Hospital Regional Docente de Trujillo Hospital Distrital de Laredo | III-1 III-1 II-1 |
| 4 | OD Lima Norte | Centro de Salud Condevilla Centro de Salud Enrique Milla Ochoa Centro de Salud Ermitaño Bajo | I-3 I-3 I-1 |
| 5 | OD Ucayali | Hospital Regional de Pucallpa Centro de Salud San Fernando Centro de Salud 9 de Octubre | II-2 I-3 I-3 |
| 6 | OD Moquegua | C. de Salud de San Antonio C. de Salud de Samegua Puesto de Salud El Siglo | I-3 I-3 I-2 |
| 7 | MAD Chimbote | Hospital La Caleta C.S. Miraflores Alto Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón | II-2 I-3 II-2 |
| 8 | MAD Puquio | Hospital de Apoyo "Huamán Poma de Ayala" | II-1 |
| 9 | OD Lima Sur | Centro de Salud San Juan Centro de Salud Leonor Saavedra Puesto de Salud Jesús Poderoso | I-3 I-3 I-2 |
| 10 | OD Lima Este | Puesto de Salud Metropolitano Centro de Salud Materno Infantil Centro de Salud Calcuta | I-3 I-3 I-3 |
| 11 | OD Ancash | Centro de Salud Monterrey Centro de Salud Marcará Hospital "Víctor Ramos Guardia" | I-3 I-3 II-2 |
| 12 | OD Madre de Dios | Puesto de Salud la Joya Centro de Salud Nuevo Milenio | I-2 I-3 |
| 13 | OD Apurímac | Centro de Salud Curahuasi Centro de Salud Pueblo Joven Centro de Salud Tamburco Centro de Salud Metropolitano | I-4 I-4 I-4 I-3 |

| | | | |
|----|-----------------|--|----------------------------|
| 14 | OD Junín | Centro de Salud Juan Parra Del Riego Centro de Salud de Chilca Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen | I-3 I-4 I-3 |
| 15 | OD San Martín | Hospital II-1 Moyobamba Centro de Salud Lluylucucha | II-1 I-3 |
| 16 | OD Huancavelica | Centro de Salud Ascensión | I-4 |
| 17 | OD Arequipa | Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital Goyeneche Centro de Salud Maritza Campos Díaz | II-2 II-2 I-4 |
| 18 | OD Cusco | Centro de Salud Ttio Centro de Salud Belenpampa Centro de Salud Wanchaq | I-3 I-4 I-3 |
| 19 | OD Huánuco | Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Centro de Salud Perú Korea Centro Salud Aparicio Pomares Centro de Salud Carlos Showing Ferrary | II-2 I-4 I-4 II-2 |
| 20 | MAD Tingo María | Hospital Tingo María Centro de Salud Castillo Grande Puesto de Salud De Supte San Jorge | II-1 I-3 I-3 |
| 21 | OD Ica | Centro de Salud San Joaquín Centro de Salud Cachiche Centro de Salud La Palma | I-3 I-2 I-3 |
| 22 | OD Pasco | Hospital Regional Daniel Alcides Carrión | II-1 |
| 23 | OD Puno | Centro de Salud Vallecito Centro de Salud José Antonio Encinas Hospital Manuel Núñez Butrón | I-3 I-4 II-2 |
| 24 | MAD Juliaca | Centro de Salud Cono Sur Centro de Salud la Revolución Centro de Salud Los Choferes | I-4 I-3 I-2 |
| 25 | OD Tumbes | Centro de Salud Pampa Grande Centro de Salud Andrés Araujo Morán Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas | I-4 I-3 I-2 |
| 26 | OD Amazonas | Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas Hospital de Apoyo I Bagua | II-2 II-1 |
| 27 | OD Lima Sede | Puesto de Salud Matazango Centro de Salud San Isidro Centro de Salud Leoncio Prado Centro de Salud Nueva Esperanza | I-2 I-3 I-3 I-3 |
| 28 | OD Ayacucho | Hospital Regional de Ayacucho "Mariscal Llerena" Centro de Salud Licenciados Divino Señor Centro de Salud Carmen Alto | II -2 I- 4 I -3 |
| 29 | OD Lambayeque | Centro de Salud Paul Harris Centro de Salud El Bosque Centro de Salud Pablo Atusparia | I-3 I-3 I-3 |

| | | | |
|----|--------------|--|--------------------|
| 30 | OD Piura | Centro de Salud Los Algarrobos Centro de Salud Tacalá Centro de Salud San José | I-3 I-3 I-3 |
| 31 | MAD Tarapoto | Centro de Salud De la Banda de Shilcayo Centro de salud de la Punta del Este Centro de Salud de Morales | I-4 I-3 I-4 |
| 32 | OD Loreto | Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" Centro de Salud San Juan de Miraflores-ACLAS Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias | II-2 I-4 I-3 |
| 33 | MAD Huanta | Centro de Salud CLAS Luricocha Hospital de Apoyo Huanta "Daniel Alcides Carrión" | I-3 II-1 |

Se supervisaron un total de 91 establecimientos de salud. La información del cuadro N° 7, muestra 09 establecimientos correspondientes a servicios con horario diferenciado y ambientes multifuncionales; 80 establecimientos correspondientes a servicios diferenciados con ambientes exclusivos y 02 establecimientos con servicios diferenciados especializados.

| Cuadro N° 7: Número de EE.SS. supervisados por categorías | | | |
|---|-----------|---------------------------------------|----|
| Tipo de establecimiento | Categoría | N° de servicios de salud supervisados | |
| Servicios con horario diferenciado | I-1 | 1 | 09 |
| Servicios con horario diferenciado | I-2 | 8 | |
| Servicios con ambientes exclusivos | I-3 | 43 | 80 |
| Servicios con ambientes exclusivos | I-4 | 17 | |
| Servicios con ambientes exclusivos | II-1 | 7 | |
| Servicios con ambientes exclusivos | II-2 | 13 | |
| Servicios diferenciados especializados | III-1 | 2 | 02 |
| Total | | 91 | |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo

Resultados de la supervisión a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes



Las fichas de supervisión aplicada a los 91 establecimientos de salud con servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes arrojaron los siguientes resultados:

4.1 Población atendida

En los servicios de salud supervisados, el flujo mensual de la población adolescente que visita el establecimiento, asciende aproximadamente a 10,364 personas adolescentes atendidas. El cuadro N° 8, muestra que el 50,3% (5217) son mujeres, el 49,3% (5109) hombres y solo un 0,37% (38) se reconoce como población LGTBI. La edad mínima fluctúa entre los 8 y 12 años y la máxima, entre los 17 y 29 años, es decir, no solo acude población adolescente sino también niños, niñas y jóvenes.

Cuadro N° 8: Número de adolescentes, según sexo, identidad y edad, atendidos al mes en los EE.SS supervisados

| Sexo e identidad de género | N° de adolescentes atendidos | Rango etario |
|----------------------------|------------------------------|--------------|
| Mujeres | 5217 | 8-20 |
| Varones | 5109 | 8-29 |
| Población LGTBI | 38 | 12-17 |
| TOTAL | 10364 | |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo

4.2 Resultados de la supervisión a los establecimientos de salud que brindan servicios con horarios diferenciados

4.2.1 Ambientes multifuncionales

Los servicios con horarios diferenciados ocupan ambientes multifuncionales de acuerdo a la normativa. Sin embargo, del total de establecimientos supervisados (09) que corresponden a las categorías I-1 y I-2, solo un 33.3% (3) cuenta con espacios multifuncionales implementados para la atención de las y los adolescentes. Es decir, existe un 66,6%, (6) que no cumple con ofrecer servicios de salud diferenciados para la atención a adolescentes, de acuerdo a lo establecido en las normas de categorización de los establecimientos de salud y a las normas de servicios diferenciados para adolescentes³¹. (Ver cuadro N° 9).

Las y los servidores entrevistados señalan que la imposibilidad de implementar estos ambientes obedece a que no cuentan con espacios disponibles; con excepción de un establecimiento de salud que se encuentra en proceso de implementación³².

Cuadro N° 9: Número de EE.SS. de las categorías I-1 y I-2 que cuentan con ambiente multifuncional

| Categoría | Sí cuenta con ambiente multifuncional | No cuenta con ambiente multifuncional |
|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| I-1 | 1 | 0 |
| I-2 | 2 | 6 |
| TOTAL | 3 | 6 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

4.2.2 Equipo humano que brinda la atención

De acuerdo a la Norma Técnica para la Atención Integral en la Etapa de Vida Adolescente, en los establecimientos de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, el equipo básico de salud estará integrado por un médico/a, enfermera/o, obstetra, y técnico sensibilizado, capacitado y entrenado en temas relacionados con la salud de las y los adolescentes, en el marco de sus condiciones, necesidades y expectativas. Se podrán incorporar otros profesionales de psicología, odontología, tecnología médica, nutrición, trabajo social, ciencias sociales, de acuerdo a la disponibilidad de recursos del establecimiento.

³¹ Resolución Ministerial N° 541-2011/MINSA y la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINA que aprueba la Norma Técnica 034-MINSA/DGSP-V02.

³² Puesto de Salud "Mi Perú", Callao.

En el caso de los establecimientos supervisados (09), si bien solo el 33,3% (3) de las categorías I-1 y I-2, cuenta con ambientes multifuncionales para la atención de adolescentes; en términos de recursos humanos, se observan mejores indicadores. El cuadro N°10, muestra que todos los establecimientos de estos niveles cuentan con una obstetra; 08 cuentan con un médico/a; en 06 hay enfermeros/as y en 04 hay técnicos/as especializados/as. Adicionalmente, 05 establecimientos cuentan con psicóloga/os y nutricionistas; y, 04 con odontólogos.

| Cuadro N° 10: Número de EE.SS con ambiente multifuncional que cuentan con profesionales, categorías I-1 y I-2 | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Profesionales | Establecimientos I-1 | Establecimientos I-2 | N° de profesionales |
| Médico/a | 01 | 07 | 8 |
| Enfermera/o | 01 | 05 | 6 |
| Obstetra | 01 | 08 | 9 |
| Psicólogo/a | 01 | 04 | 5 |
| Nutricionista | 03 | 02 | 5 |
| Técnica/o | 01 | 03 | 4 |
| Odontóloga/o | 01 | 03 | 4 |
| Otros | 00 | 02 | 2 |
| Total de establecimientos | 01 | 08 | |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

4.2.3 Capacitación del equipo humano

Resulta fundamental que el equipo humano cuente con capacitación periódica sobre salud sexual y reproductiva.³³ En cuanto a la periodicidad de la capacitación, en los establecimientos de salud de las categorías I-1 y I-2, se advierte en el cuadro N° 11, que el 55,6% recibió capacitación hace más de 6 meses, el 22,2% dentro de los últimos 6 meses; y, un 22,2% no recibió ninguna capacitación.

Al respecto, es preciso señalar que para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el componente de calidad del derecho a la salud implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser adecuados desde el

33 Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. Ítem 6.1.1 sobre prestación del servicio establece como característica el recurso humano con capacitación permanente. Página 17.

punto de vista científico y médico, lo que requiere, entre otras garantías, contar con personal médico capacitado³⁴.

Cuadro N° 11: Capacitación en salud sexual y salud reproductiva de los equipos de EESS supervisados, categorías I-1 y I-2

| Rango de tiempo en que fue capacitado | Número de establecimientos | Razones |
|---------------------------------------|----------------------------|--|
| En los últimos 6 meses | 02 (22,2%) | |
| Hace más de 6 meses | 05 (55,6%) | |
| No ha recibido ninguna capacitación | 02 (22,2%) | La Red dispuso priorizar otro programa/campaña; solo se capacita al responsable. |
| TOTAL | 09 | |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo

4.3 Resultados de los establecimientos de salud que brindan servicios con ambientes exclusivos

4.3.1 Ambientes exclusivos

La norma sobre categorización de los establecimientos de salud y servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes, señala que los establecimientos del segundo nivel de atención (I-3, I-4, II-1, II-2, III-1), deben contar con ambientes exclusivos para la atención de las y los adolescentes; y, proveer servicios de orientación y consejería integral, evaluación integral de crecimiento y desarrollo salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal, prevención y tratamiento de morbilidad prevalente. Además, pueden brindar talleres formativos y animación socio cultural.

Sin embargo, a pesar que los establecimientos deben contar con ambientes exclusivos para la atención de la población adolescente, solo el 57,3% (47) de los 82 establecimientos supervisados, cuenta con un ambiente exclusivo. Todavía el 42,7% (35) no cuenta con ambientes exclusivos para ofrecer el servicio a las y los adolescentes, tal como se observa en el cuadro N° 12.

³⁴ Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación General N° 14. Párrafo 12.

Cuadro N° 12: Número de EE.SS supervisados (categorías I-3, I-4, II-1 y II-2) y III-1 que cuentan con ambiente exclusivo para adolescentes

| Categoría de establecimiento | Sí | No |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| I-3 | 20 | 23 |
| I-4 | 12 | 05 |
| II-1 | 03 | 04 |
| II-2 | 10 | 03 |
| III-1 | 02 | 0 |
| TOTAL | 47 (57,3%) | 35 (42,7%) |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

Quando se indaga sobre las razones por las cuales los establecimientos de salud no cuentan con ambientes exclusivos, más del 50% señala que se debe a problemas de infraestructura, es decir, no disponen de espacio o se ven obligados a compartir los ambientes con otros servicios. Esto podría funcionar como una solución temporal, pero en la práctica lo temporal se vuelve permanente, pues solo 03 establecimientos se encuentran realizando obras de infraestructura que les permitirían contar con ambientes exclusivos en el futuro. Es decir, en la mayoría de los casos la situación se podría mantener.

Cuadro N° 13: Razones por las que no se cuenta con un ambiente exclusivo

| Número de establecimientos que no tienen ambientes exclusivos | Razones |
|---|--|
| 21 | Falta de espacio en infraestructura. Se atiende en otros consultorios. |
| 04 | Comparte ambientes con cirugía pediátrica, planificación familiar y promoción de salud, con el área de ecografía y el área de psicoprofilaxis. |
| 04 | Por estar en un hospital de contingencia. |
| 03 | Se encuentran en ejecución la infraestructura que será permanente |
| 03 | Otros |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

4.3.2 Ofrecimiento de prestaciones de atención integral

De los 47 establecimientos que cuenta con ambientes exclusivos, como se observa en el cuadro N° 14, solo el 70,2% (33), ofrece todas las prestaciones indicadas en el paquete de atención integral para adolescentes.

Cuadro N° 14: Número de EE.SS. supervisados que cuentan con ambientes exclusivos y ofrecen todas las prestaciones del paquete de atención de salud en adolescentes

| Categoría | N° Establecimientos Con ambientes exclusivos | Sí ofrece todas las prestaciones del paquete | No ofrece todas las prestaciones del paquete |
|--------------|--|--|--|
| I-3 | 20 | 13 | 7 |
| I-4 | 12 | 9 | 3 |
| II-1 | 3 | 3 | 0 |
| II-2 | 10 | 6 | 4 |
| III-1 | 2 | 2 | 0 |
| TOTAL | 47 | 33 (70,2%) | 14 (29,8%) |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

4.3.3 Días de atención en el servicio diferenciado

En cuanto a los días de atención a la semana existe una limitada atención, ya que el 46,3% (38) de los establecimientos de salud atiende solo de 1 a 3 días a la semana; y solo un poco más de un tercio de los establecimientos el 37,8% (31) atiende de 6 a 7 días a la semana. Esto puede limitar el acceso a dichos servicios, tal como lo comentaremos más adelante.

Cuadro N° 15: Número de días a la semana en que brindan atención a la población adolescente los EESS supervisados, de segundo nivel

| | Días a la semana | | | | | N° EESS |
|---------------------------|------------------|-----|------|------|-------|------------|
| | I-3 | I-4 | II-1 | II-2 | III-1 | |
| De 1 a 3 días a la semana | 21 | 8 | 5 | 4 | 0 | 38 (46,3%) |
| De 4 a 5 días a la semana | 5 | 3 | 2 | 3 | 0 | 13 (15,9%) |
| De 6 a 7 días a la semana | 17 | 6 | 0 | 6 | 2 | 31 (37,8%) |
| TOTAL | | | | | | 82 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

4.4 Resultados de todos los establecimientos de salud supervisados³⁵

4.4.1 Capacitación del equipo humano

El buen funcionamiento de los servicios, además, de contar con ambientes adecuados y profesionales asignados, requiere que el recurso humano tenga conocimientos técnicos y de manera especial, manejo del tema de salud sexual y salud reproductiva, competencias en el área de derechos, género e interculturalidad, y actitudes que les permitan interactuar, bajo un enfoque distinto al aplicado a usuarias o usuarios adultas/os, con la población adolescente en un entorno de respeto, confidencialidad y confianza, libre de estigma y discriminación.³⁶

Para el cumplimiento de estas consideraciones los establecimientos que prestan servicios de prevención y atención integral a adolescentes, deben garantizar un sistema de fortalecimiento de capacidades periódicas para su personal de salud, a través de un Plan de capacitación con competencias en el área de comunicación, en el área de género e interculturalidad y en el área de la atención integral.³⁷ Ello solo se cumple en el 63,7%(58) de los establecimientos supervisados, como se observa en el cuadro N° 16.

| Cuadro N° 16: EE.SS. que cuentan con plan de formación en salud sexual y salud reproductiva de adolescentes | |
|---|------------------|
| ¿Cuentan con plan o programa de formación? | N° y % de EE.SS. |
| Sí | 58 (63,7%) |
| No | 33 (36,3%) |
| TOTAL | 91 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

³⁵ Se supervisaron un total de 91 establecimientos de salud, 09 corresponden a servicios con horario diferenciado y ambientes multifuncionales; 80 corresponden a servicios diferenciados con ambientes exclusivos y 02 establecimientos con servicios diferenciados especializados.

³⁶ Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. Ítem 6.1.2 sobre Recursos Humanos. Página 20.

³⁷ Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. Ítem 6.1.2 sobre Recursos Humanos. Página 20.

4.4.2 Accesibilidad al servicio diferenciado

Solo en el 33% (30) del total de los establecimientos de salud supervisados (91), hay información sobre la ruta que las y los adolescentes deben seguir para acceder al servicio. De ello es posible inferir que aun cuando las y los adolescentes se acerquen al establecimiento de salud, no será posible que lleguen a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes por no contar con una ruta señalizada y, en muchos casos, es posible que se queden a mitad del camino o desistan.

En cuanto al horario de atención, se supone que debe establecerse de acuerdo a las necesidades de este grupo poblacional y adaptado a la realidad local, pero solo en el 56% (51) de los establecimientos, existe información visible sobre el horario.

Cuadro N° 17: Visibilidad del horario y la ruta para acceder a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes en los EE.SS

| Visibilidad del horario de atención | | Señalización de ruta para acceder a servicio adolescentes | |
|-------------------------------------|----------|---|----------|
| Sí | No | Sí | No |
| 51 (56%) | 40 (44%) | 30 (33%) | 61 (67%) |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

Cabe indicar que el acceso es una característica determinante para garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, en esta supervisión se identifican barreras. La falta de visibilidad sobre el horario de atención y la falta de señalización de la ruta de acceso al servicio, constituyen barreras físicas. Esto puede sumarse a otro tipo de barreras como las actitudinales, derivadas del estigma y la discriminación social frente a la sexualidad de las y los adolescentes.

Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño, señala que es necesario poner especial interés en superar las barreras del estigma y el miedo que dificultan el acceso a esos servicios, por ejemplo, las relacionadas a las adolescentes, las niñas con discapacidad y los adolescentes gais, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales³⁸.

En el caso de las adolescentes con discapacidad, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad destaca la denegación del acceso a la información y la comunicación, sobre la base de estereotipos nocivos que suponen que son

38 Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. Párrafo 60.

asexuales y, por tanto, no necesitan esa información en igualdad de condiciones con las demás³⁹.

De otro lado, cabe recordar que el acceso a los servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva es una línea de acción estratégica del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, con el objetivo de reducir la prevalencia del embarazo temprano.

4.4.3 Horarios de atención en el servicio de salud diferenciado para adolescentes

La atención de la salud debe ser realizada siempre de la manera más integral posible, independientemente del motivo de la consulta y las variadas circunstancias, evitando la pérdida de oportunidades. Los horarios establecidos, así como el número de horas destinadas a la atención de la población adolescente, deben adaptarse a sus necesidades e intereses, ello no necesariamente representa las preferencias de todos los y las adolescentes, no siendo predecible en qué momento van a tener necesidad de contar con el servicio. Lo ideal sería que cada adolescente pueda acudir cuando lo necesite, sin tener que limitarse a horarios.

De los 91 establecimientos supervisados, el 47,3% (43) atiende menos de 10 horas a la semana; el 46,2% (42) atiende más de 15 horas a la semana y el 6,5 % (6) atiende de 10 a 15 horas a la semana, tal como se advierte en el cuadro N° 18.

| Cuadro N° 18: Número de horas a la semana que los EE.SS brindan atención a la población adolescente | | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|------|------|-------|-------------|
| Horas de atención semanal | I-1 | I-2 | I-3 | I-4 | II-1 | II-2 | III-1 | Total EE.SS |
| Menos de 10 horas a la semana | 1 | 8 | 19 | 7 | 4 | 4 | 0 | 43 (47,3%) |
| De 10 a 15 horas a la semana | | | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 06 (6,5%) |
| Más de 15 horas a la semana | | | 20 | 9 | 3 | 8 | 2 | 42 (46,2%) |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

En ese sentido, la organización de los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes, en sus distintas modalidades, resulta limitativa para el acceso de esta población, debido a que todos los establecimientos de salud tienen distintos horarios de atención y, además, horas de atención que resultan

³⁹ Comité de los Derechos de las Personas Con Discapacidad. Observación General N° 3 sobre las mujeres y niñas con discapacidad. Párrafo 40.

más limitadas respecto al horario de atención general que tiene el establecimiento. Las y los adolescentes en tanto individuos con derechos, deberían acceder a los servicios en cualquier momento que lo necesiten, más allá del horario diferenciado.

En el cuadro N° 19, se observa que el 51,6% (47) del total de establecimientos supervisados (91), ha adecuado sus horarios para facilitar el acceso de la población adolescente, pues de acuerdo a la norma técnica, debe fijarse teniendo en cuenta las necesidades de la población usuaria o según la afluencia de público. Sin embargo, todavía el 48,4% (44) del total establecimientos mantiene horarios estandarizados para todos los servicios, ello debido a la falta de disponibilidad del personal, la inexistencia de ambientes e incluso, se señaló que el horario “fue elegido por la jefatura de obstetrix, sin criterio orientado a la atención de/la adolescente”.

Cuadro N° 19: Razones por las que se eligió el horario de atención a la población adolescente

| Razones | N° establecimientos |
|---|---------------------|
| Se adecuó al horario a las necesidades de la población adolescente; en algunos casos a través de encuestas o en coordinación con las instituciones educativas | 47 |
| Por ser el horario del establecimiento para la atención al público | 11 |
| Por adecuación del horario del personal y rol de turnos, personal | 12 |
| Al adolescente se le atiende a la hora que llega (a demanda) | 04 |
| Por falta de ambientes | 03 |
| Considerando mayor afluencia de pacientes | 05 |
| No hay horario diferenciado | 03 |
| Otros | 06 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

Asimismo, el 84,6% (77) de los establecimientos supervisados señalan que cuenta con estrategias adecuadas para identificar las necesidades de las y los adolescentes.

Cuadro N° 20: Número de EE.SS. que cuentan con estrategias para identificar necesidades de las y los adolescentes

| Estrategias para identificar necesidades | Número de establecimientos |
|--|----------------------------|
| Sí | 77 (84,6%) |
| No | 14 (15,4%) |
| TOTAL | 91 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

4.4.4 Privacidad y confidencialidad de los servicios

Según lo establecido por las normas legales vigentes, todas las y los profesionales de los servicios de salud diferenciados que obtengan información acerca de la salud o la vida privada o íntima de los y las adolescentes, de manera directa o indirecta, tienen el deber de disponer por todos los medios que dicha información no sea divulgada.

Respetar la privacidad y la confidencialidad implica contar con ambientes amigables y debidamente equipados, infraestructura suficiente y adecuadamente organizada, que garantice la privacidad auditiva y visual en los espacios diferenciados o multifuncionales con horarios adecuados; y, con normas de confidencialidad publicadas en lugares estratégicos.

Como se observa en el cuadro N° 21, el 95,6% (87) del total de establecimientos de salud supervisados (91), señala que garantizan la privacidad y la confidencialidad, en la atención y la consejería.

| Cuadro N° 21: Número de EE.SS. supervisados, en los que se garantiza privacidad y confidencialidad en la atención y consejería | |
|--|----------------------------|
| ¿Garantiza privacidad y confidencialidad? | Número de establecimientos |
| Sí | 87 (95,6%) |
| No | 04 (4,4%) |
| TOTAL | 91 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

Al respecto la Observación General N°4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, señala que los trabajadores de la salud tienen la obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las y los adolescentes. Asimismo, indica que esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos⁴⁰. Cabe precisar que, en virtud del interés superior del niño, puede ser necesario que la información sobre la atención de la salud del adolescente sea puesta en conocimiento de otras personas, por ejemplo, a los representantes de las instituciones que tienen la obligación de brindar protección frente a situaciones de violencia.⁴¹

⁴⁰ Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 04 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes. Párrafo 11.

⁴¹ Comité de los Derechos del niño. Observación General N° 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. Párrafo 46.

4.4.5 Acompañamiento por los padres o tutores a los adolescentes en los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes

A nivel del Sector Salud, la Norma Técnica de Planificación Familiar N°032-MINSA/DGSP-V.01⁴² establecía que para suministrar anticonceptivos temporales a las y los adolescentes, era necesario que se encontrasen en alguno de los siguientes supuestos: i) riesgo de embarazo no deseado, ii) riesgo de contraer una ITS o VIH-Sida, ii) ser sexualmente activa o activo, antecedente de embarazo; o, iii) haber sido víctima de violencia sexual.

Esta norma fue reemplazada por la Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01 Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar,⁴³ la misma que precisa que los anticonceptivos temporales que conforman actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico⁴⁴ (preservativo masculino, preservativo femenino, inyectables, pastillas, dispositivo intrauterino); deben estar disponibles en el servicio de Planificación Familiar o el que haga sus veces. Asimismo, el derecho de toda persona a expresar su consentimiento previo e informado en materia de planificación familiar, es distinto al contemplado en el artículo 4° de la Ley General de Salud, Ley N° 26842 en lo que respecta estrictamente al tratamiento médico,⁴⁵ es decir, no se requiere la autorización de progenitores, tutores o representantes legales, para que las y los adolescentes accedan a información, servicios y metodologías anticonceptivas temporales.

Sin embargo, como se observa en el cuadro N° 22, solo en el 74,7% (68) de los 91 establecimientos supervisados se entrega información sobre salud sexual y salud reproductiva a las y los adolescentes, sin el acompañamiento de sus progenitores. Subsiste todavía un 25,3% (23), que exige la presencia de los progenitores, argumentando que no se les puede dar información porque son menores de edad; o que es norma del Ministerio de Salud —incluso estaba publicada en el establecimiento—; o que la presencia de los padres ayuda a proporcionar información, o porque piensa que la información incentiva al adolescente a tener relaciones sexuales. De manera particular se mencionan los casos de violencia familiar y el examen clínico.

42 Aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA, de fecha 14 de julio del 2005.

43 Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA, del 31 de agosto de 2016.

44 Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01, Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Ítem 7.3.2 sobre disponibilidad de métodos anticonceptivos, literal b.

45 Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01, Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. ítem 5.1.5 sobre consentimiento informado en materia de planificación familiar.

Dicha limitación informativa deviene en una medida discriminatoria. Según el Comité de los Derechos del Niño -al referirse a la obligación del Estado de adoptar políticas de salud sexual y salud reproductiva para los adolescentes que sean amplias-, el acceso desigual de las y los adolescentes a la información, los productos básicos y los servicios equivale a discriminación⁴⁶.

| Cuadro N° 22: Número de EE.SS. supervisados que requieren el acompañamiento de progenitores/tutores para recibir información en salud sexual y salud reproductiva | |
|--|-----------------------------------|
| Acompañamiento de progenitores/tutores | Número de establecimientos |
| Sí | 23 (25,3%) |
| No | 68 (74,7%) |
| TOTAL | 91 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

En los 68 establecimientos de salud en los que no se requiere el acompañamiento de progenitores o tutores, para brindar información en salud sexual y salud reproductiva a las y los adolescentes, las y los prestadores señalaron que ello se debe a que no es un requisito, que es preferible que no estén presentes los progenitores para que el adolescente no se cohiba, entre otras razones, que pueden observarse en el cuadro N° 23.

| Cuadro N° 23: Razones para brindar información sin la presencia de progenitores/tutores | |
|---|-----------------|
| Razones para brindar información en salud sexual y salud reproductiva a las y los adolescentes | N° EE.SS |
| No es un requisito. De acuerdo a la norma técnica no necesita la presencia de padres o tutores, es derecho de adolescentes, derecho a la privacidad y confidencialidad | 26 |
| Es preferible que el adolescente esté solo para que sea honesto y no se cohiba, no tenga vergüenza, persiste tabú en los padres | 20 |
| Vienen solos en su mayoría. Los padres o apoderados no acompañan por diversos motivos | 06 |
| Persiste tabú en los padres respecto a la sexualidad | 02 |
| La norma especifica que mayor de 14 años, no es necesario que venga acompañado por un adulto (para entregar insumos). Para consejería tanto el tutor como el director de la institución educativa tienen conocimiento de los temas que se da consejería | 02 |

⁴⁶ Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. Párrafo 59.

| | |
|---|----|
| De 12 a 13 años se requiere la presencia de los padres y de 14 a 17 no se requiere, por cuanto lo precisa la ley | 01 |
| Porque ha cambiado la Constitución, ahora el adolescente puede acudir solo | 02 |
| Generalmente llegan solos y se les atiende, de encontrarse patologías se comunica a progenitor | 01 |
| Solo se requiere la presencia de padre o apoderado en caso de consulta médica (por norma técnica de historia clínica), no para orientación en salud sexual y reproductiva | 01 |
| Son actividades preventivas y de acuerdo a ordenanza regional, los adolescentes no requieren autorización para tamizaje VIH | 01 |
| Respetan la voluntad del adolescente, pero si necesita anticonceptivo de emergencia se requiere presencia de padres o familiares | 01 |
| Porque así no vengan acompañados por sus padres, los adolescentes deben recibir la atención integral que da el Programa de Atención Adolescente | 01 |
| Por una capacitación del año pasado donde informaron que legalmente los adolescentes pueden ser informados sin sus padres/tutores | 01 |
| Otros | 03 |
| Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo. | |

4.4.6 Consejería integral para adolescentes en servicios de salud diferenciados para adolescentes

La consejería integral constituye un proceso de diálogo e interacción entre el consejero y el consultante, orientado a facilitar la comprensión y solución de problemas psico emocionales y físicos, generando un espacio educativo, de orientación y apoyo que busca promover cambios de conducta y el desarrollo de potencialidades para la toma de decisiones. Así mismo busca proporcionar apoyo en momentos de crisis, responde a necesidades específicas del adolescente que consulta y se centra en el tratamiento de un tema específico con enfoque integral. Puede ser individual o grupal.⁴⁷

En el caso de la población adolescente, la Norma Técnica de Planificación Familiar, señala que constituyen un grupo poblacional que debe recibir una consejería diferenciada.⁴⁸

La consejería brindada a los y las adolescentes varía dependiendo del grupo etario entre mujeres, varones y población LGBTI. En el grupo comprendido entre los 14 y

⁴⁷ Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. Ítem 5.1. sobre definiciones operativas. Página 12.

⁴⁸ Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01, Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Ítem 6.3 sobre orientación y consejería.

los 17 años, 8220 mujeres, 6483 hombres y 114 LGBTI recibieron consejería. Entre los 12 a 13 años, recibieron 5875 mujeres, 4888 varones y 5 LGBTI.

| Cuadro N° 24: Total de personas que han recibido consejería en salud sexual y reproductiva por grupo etario | | | |
|---|----------------------------------|--------------|------------|
| | Han recibido consejería en SS/SR | | |
| Rango de edad | Mujeres | Varones | LGBTI |
| De 12 a 13 años | 5875 | 4888 | 5 |
| De 14 a 17 años | 8220 | 6483 | 114 |
| TOTAL | 14095 | 11371 | 119 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

De otro lado, en el cuadro N° 25, se observa una diferencia significativa entre el número de adolescentes que reciben consejería y el número de adolescentes que recibe métodos anticonceptivos, esto también varía dependiendo del grupo etario entre mujeres, varones y población LGBTI. Por ejemplo, en el grupo comprendido entre los 14 y los 17 años, 8220 mujeres y 6483 hombres recibieron consejería; pero solo 2728 mujeres y 2028 hombres, obtuvieron métodos anticonceptivos.

En el rango de edad de 12 a 13 años, la diferencia entre las mujeres que recibieron consejería y las que obtuvieron un método es 16 veces menor. Al parecer, el límite etario de los 14 años guardaría relación con el límite de indemnidad sexual contemplado en la ley penal peruana. La norma vigente actual de planificación familiar, no establece rangos etarios, solo señala que la población adolescente puede acceder a planificación familiar sin acompañamiento.

| Cuadro N° 25: Total de personas que han recibido consejería en salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos, por grupo etario | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------|------------|--------------------------------------|-------------|-----------|
| Rango de edad | Han recibido consejería en SS/SR | | | Han recibido métodos anticonceptivos | | |
| | Mujeres | Varones | LGBTI | Mujeres | Varones | LGBTI |
| De 12 a 13 años | 5875 | 4888 | 5 | 356 | 470 | 0 |
| De 14 a 17 años | 8220 | 6483 | 114 | 2728 | 2028 | 13 |
| TOTAL | 14095 | 11371 | 119 | 3084 | 2498 | 13 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

Los temas sobre los cuales se brinda consejería son, principalmente, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, nutrición, educación sexual, proyecto de vida, embarazo adolescente, salud mental, enamoramiento, violencia familiar, inicio de actividad sexual, drogas, alcohol, autoestima, nutrición, cáncer de mama y pulmón. En menor medida se abordan los temas de orientación profesional y orientación sexual.

Es importante tener en cuenta que la consejería en salud sexual y reproductiva también es una línea de acción estratégica del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, por lo que sería conveniente que el personal de salud cuente con una guía o protocolo que permita cumplir con esta línea de acción.

4.4.7 Entrega de anticonceptivos en los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes

Para el Comité sobre los Derechos del Niño, los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los adolescentes accedan a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, con inclusión de métodos anticonceptivos, sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor⁴⁹.

Como se ha señalado, la nueva normativa de planificación familiar precisa que los anticonceptivos deben estar disponibles en el servicio de Planificación Familiar o el que haga sus veces; y que, su utilización no constituye tratamiento médico, por lo que no se requiere la autorización de los progenitores, tutores o representantes legales, para que las y los adolescentes accedan. Sin embargo, no todos los establecimientos cumplen con ofertar y entregar todos los métodos anticonceptivos, más aun si se considera el esquema actual de doble protección, según el cual el condón es el único método para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual; pero cuando se trata de prevenir el embarazo, los métodos anticonceptivos más efectivos son el dispositivo intrauterino, el implante y el inyectable trimestral.⁵⁰

Del total de establecimientos de salud supervisados, el 68,1% (62) entrega condones; el 54,9% (50) entrega inyectables; el 47,3% (43), entrega anticonceptivos orales; el 18,7% (17) entrega anticoncepción oral de emergencia (AOE); el 11% (10) entrega preservativo o condón femenino; el 7,7% (7) dispositivos intrauterinos.

49 Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Párrafo 31.

50 Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01, Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Ítem 8.5 sobre anticoncepción en situaciones especiales

| Cuadro N° 26: Número de establecimientos y tipo de métodos anticonceptivos que se entregan (respuestas múltiples) | |
|---|-------------------------------------|
| Método anticonceptivo | N° y % de establecimientos de salud |
| Preservativo o condón masculino | 62 (68,1%) |
| Inyectables | 50 (54,9%) |
| Anticonceptivos orales (pastillas) | 43 (47,3%) |
| Anticonceptivos de emergencia (AOE) | 17 (18,7%) |
| Preservativo o condón femenino | 10 (11%) |
| Dispositivo intrauterino (DIU) | 7 (7,7%) |
| Otros | 13 (14,2%) |
| Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo. | |

a) Información sobre anticoncepción oral de emergencia (AOE)

Sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), en el 2009 el Tribunal Constitucional ordenó al Ministerio de Salud que se abstenga de distribuirla gratuitamente, pues consideró que existían dudas sobre la acción de la pastilla y que podría ser abortiva. Con este fallo se dejó sin acceso a la AOE a las mujeres en situación más vulnerable: las que viven en extrema pobreza, las niñas y adolescentes, mujeres en zonas rurales y las víctimas de violación sexual.

El 22 agosto de 2016, el Primer Juzgado Constitucional de Lima dictó una medida cautelar a favor de la entrega gratuita del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) y ordenó al Ministerio de Salud su distribución, en un plazo no mayor de 30 días.

Si bien ha existido prohibición de distribución gratuita, no estaba prohibida la entrega de información sobre la AOE. El 14,2% (13) de los 91 establecimientos supervisados no entrega información completa sobre este método de emergencia, ya sea como información general o ante consultas específicas frente a una relación sexual no protegida o un ataque sexual.

| Cuadro N° 27: Número de EE.SS. supervisados que proporciona a las/os adolescentes información completa sobre anticoncepción oral de emergencia | |
|--|-------------------------------------|
| Proporciona información completa AOE | N° y % de establecimientos de salud |
| Sí | 78 (85,8%) |
| No | 13 (14,2%) |
| TOTAL | 91 |
| Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo. | |

Las razones por las que no se entrega esta información a la población adolescente son diversas, tal como se advierte en el cuadro N° 28.

| Cuadro N° 28: Razones para no entregar información sobre AOE a población adolescente | |
|---|--------------|
| Razones para no entregar información sobre AOE | N° de EE.SS. |
| Se envía al adolescente a obstetricia o planificación familiar | 03 |
| No entregan este método | 03 |
| No fue necesario | 02 |
| A los menores de 14 solo en presencia de sus padres | 01 |
| Solo si el adolescente pregunta, evitan difundir mucha información porque es un producto de venta libre y mayor información incentiva a adquirirlo y usarlo | 01 |
| Solo general y el reto es dar información de todos los métodos anticonceptivos | 02 |
| No se ha presentado ningún caso que requiera informar | 01 |
| Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo. | |

4.4.8 Oportunidad en la entrega de información y métodos anticonceptivos

La oportunidad es uno de los principios que debe caracterizar la atención de la población adolescente. La atención integral inicia con la detección del motivo de consulta, evaluando las expectativas y demandas del adolescente, sin evasiones o derivaciones innecesarias, esforzándose en detectar aquellas problemáticas de salud que pueden quedar ocultas detrás del motivo verbalizado en la consulta⁵¹.

La atención integral no siempre se agota en la primera consulta; y si bien, el prestador de salud debe intentar la adhesión de las y los adolescentes respecto a sus servicios, ello no siempre ocurre, por eso se considera estratégico evitar las oportunidades perdidas⁵² y desde la primera visita, entregar al adolescente información sobre salud sexual y salud reproductiva, así como el uso de métodos anticonceptivos, para prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos tempranos.

⁵¹ Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. Ítem 6.2 sobre componente de provisión. Página 23.

⁵² Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, de fecha 7 de diciembre de 2012. Ítem 6.2.1 sobre la captación de adolescentes en el proceso de atención. Página 24

En la supervisión realizada, el 35,1% de las y los profesionales entrevistados señala que en los servicios en los que laboran, se brinda información sobre salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en la primera visita; en un 27,5% de servicios se hace en la tercera visita; y, en un 31,9%, se hace dependiendo de la necesidad del adolescente.

| Cuadro N° 29: Número de EE.SS. según momento en que brinda información sobre salud sexual y reproductiva, y métodos anticonceptivos | |
|--|-----------------------------------|
| Momento en que se brinda la información | N° y % de establecimientos |
| En la primera visita | 32 (35,1%) |
| En la segunda visita | 05 (5,5%) |
| En la tercera visita | 25 (27,5%) |
| Depende de la necesidad del adolescente | 29 (31,9%) |
| TOTAL | 91 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

4.4.9 Promoción y acceso a servicios

La promoción para el acceso a los servicios de salud diferenciados a la atención integral a adolescentes es importante que se realice en las diferentes áreas de los establecimientos de salud para que los y las adolescentes puedan conocerlos y acudir a ellos. La puerta de acceso de la población adolescente al sistema de salud se concentra en el área de triaje y en los servicios de planificación familiar; en menor medida en los demás servicios.

| Cuadro N° 30: Número de EE.SS según el área en el que promueven el acceso de las/os adolescentes al servicio diferenciado | |
|--|----------------------------------|
| Área en que se promueve el acceso | N° de EE.SS. supervisados |
| Planificación familiar | 67 |
| En los demás servicios | 66 |
| Triaje | 65 |
| Triaje y planificación familiar | 60 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

a) Actividades de promoción

Los servicios integrales para adolescentes trascienden las prestaciones meramente asistenciales; por ello incorporan el trabajo de prevención en salud con la población y con las y los adolescentes, buscando reducir riesgos y posibles daños.

El 92,3% (84) de los establecimientos de salud supervisados, realiza actividades de promoción en materia de salud sexual y salud reproductiva.

Cuadro N° 31: Número de EE.SS. que realizan actividades de promoción

| Actividades de promoción | N° y % de establecimientos de salud |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Sí | 84 (92.3%) |
| No | 7 (7.7 %) |
| TOTAL | 91 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

De este 92,3% (84), no todos los establecimientos cuentan con materiales educativos e insumos necesarios para desarrollar estas actividades, pues todavía el 19,1% (16), carece de materiales educativos y equipos para las actividades de promoción.

Cuadro N° 32: Número de EE.SS. que realizan actividades de promoción y cuentan con materiales educativos y equipos para las actividades de promoción

| ¿Cuenta con materiales y equipos? | N° y % de establecimientos de salud |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Sí | 68 (80.9%) |
| No | 16 (19,1 %) |
| TOTAL | 84 |

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

Las actividades de promoción se realizan mayoritariamente en las instituciones educativas, a través de charlas, talleres, concursos, campañas y ferias informativas, entre otras. Los temas que se abordan son prevención de embarazo adolescente, enamoramiento, cambios fisiológicos, infecciones de transmisión sexual, tamizaje en violencia, solo uno señala entrega de preservativos. Otras estrategias de promoción son las ferias con la municipalidad, visitas domiciliarias, acciones cívicas de atención rural, coordinación con otras instituciones públicas como Ministerio Público, con universidades de la zona y campañas por redes sociales.

Los establecimientos de salud que no realizan actividades de promoción, refieren principalmente que, este tipo de actividades se hace desde el servicio de obstetricia y planificación familiar, o que no las realizan porque no cuentan con personal, están en proceso de adecuación de infraestructura o solo lo hacen a demanda.

b) Promoción de la afiliación del adolescente al Seguro Integral de Salud (SIS)

Todo adolescente debe contar con un seguro de salud que garantice su acceso adecuado al conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, de acuerdo al paquete establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

En el 93,5% (85) de los establecimientos supervisados sí se promueve el aseguramiento. Se encuentra un 6,5% (06) en donde esto no se hace, debido a que se trata de establecimientos de atención primaria, no tienen población adscrita, o se hace a través de trabajo extramural en los asentamientos humanos y en coordinación con la persona encargada del SIS.

Cuadro N° 33: Número de EE.SS. supervisados en los que se promueve afiliación de las y los adolescentes al SIS

| | |
|--|-------------|
| Sí | 85 (93,5 %) |
| No | 06 (6,5 %) |
| TOTAL | 91 |
| Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo. | |



1. El Derecho a la salud sexual y salud reproductiva es un derecho humano implícito, fundamentado en el derecho a la vida, a la integridad, a la libertad y a la salud, de conformidad a lo señalado en el artículo 7° de la Constitución Política del Perú.
2. Los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes tienen como finalidad garantizar el derecho a la salud y bienestar de las y los adolescentes brindando atención integral con calidad y calidez, de acuerdo a lo señalado en la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, N° 034-MINSA/DGSP-V.02, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA.
3. La supervisión de servicios de salud diferenciados de atención integral a adolescentes se realizó la última semana del mes de setiembre de 2017, en un total de 91 establecimientos de salud de las categorías: 1 (I-1), 8 (I-2), 43 (I-3), 17 (I-4); 7(II-1), 13 (II-2), y 2 (III-1).
4. En los servicios de salud supervisados, el 50,3% (5271) de la población adolescente atendida son mujeres, el 49,3% (5109) hombres y un 0,37% (38) se reconoce como población LGTBI. La edad mínima fluctúa entre los 8 y 29 años de edad.
5. De los establecimientos de salud correspondientes al primer nivel de atención (I-1 y I-2), el 66,6% (6) no cuenta con espacios multifuncionales implementados para la atención de las y los adolescentes; solo el 33,3% (3) tiene ambientes multifuncionales, señalando que ello se debe a que no cuentan con espacios disponibles.
6. Los 09 establecimientos de las categorías I-1 y I-2 supervisados, cuentan con un equipo humano básico: una obstetra; 08 con un médico/a; 06 con enfermeros/as, y 04 con técnicos/as especializados/as. Adicionalmente, 05 establecimientos cuentan con psicóloga/os y nutricionistas; y, 04 con odontólogos.

7. En el 22,2% de establecimientos de salud de las categorías I-1 y I-2 supervisados, los proveedores de salud no recibieron ninguna capacitación; el 55,6% recibió capacitación hace más de 6 meses, y el 22,2% dentro de los últimos 6 meses.
8. De los 82 establecimientos de salud que corresponden al segundo nivel de atención (I-3, I-4, II-1, II-2 y III-1), solo el 57,3% (47), cuenta con un ambiente exclusivo. Todavía un número considerable de establecimientos, el 41,2% (35), no cuenta con ambientes exclusivos, lo que podría actuar como una barrera de acceso. El 50% señala que esta situación se debe a problemas de infraestructura, es decir, no disponen de espacios, por lo que se ven obligados a compartir los ambientes con otros servicios.
9. De los 47 establecimientos de salud que cuentan con un ambiente exclusivo, solo el 70,2% (33) ofrece todas las prestaciones del paquete de atención integral para adolescentes, aún un 29,8% (14) no cumple con brindar todas las prestaciones del paquete integral.
10. En el segundo nivel de atención (establecimientos I-3, I-4, II-1, II-2 y III-1), existe un limitado acceso, ya que el 46,3% (38) establecimientos de salud atiende solo de 1 a 3 días a la semana. Solo el 37,8% (31) atiende de 6 a 7 días a la semana.
11. Sobre la capacitación del equipo humano en todos los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes supervisados, solo el 63,7% (58) cuenta con un plan de formación en salud sexual y salud reproductiva de adolescentes, mientras que el 36,3% (33) de servicios diferenciados aún no cuenta con el mismo.
12. Sobre la accesibilidad al servicio diferenciado, se advirtió que sólo en el 33% (30) de establecimientos de salud supervisados hay información sobre la ruta que las y los adolescentes deben seguir para acceder al servicio. En cuanto al horario de atención, solo en el 56% (51) existe información visible.
13. Sobre el número de horas destinadas a la atención especializada a las y los adolescentes, el 47,3% (43) de los establecimientos supervisados, atiende menos de 10 horas a la semana; un 6,5% (06) entre 10 y 15 horas semanales; y, solo un 46,2% (42) más de 15 horas a la semana.
14. El 51,6% (47) de los establecimientos supervisados, ha adecuado sus horarios para facilitar el acceso de la población adolescente, pues de acuerdo a la norma técnica, éste debe establecerse según las necesidades de la población usuaria o por la afluencia de público. Sin embargo, todavía el 48,4% (44) de establecimientos mantiene horarios estandarizados para todos los servicios, ya sea por escasez de recursos humanos, por la inexistencia de los ambientes o por criterios de la administración. Las y los adolescentes en tanto individuos con derechos, deberían acceder a los servicios en cualquier momento que lo necesiten, más allá del horario diferenciado.

15. El 84,6% (77) del total de establecimientos supervisados cuenta con estrategias para identificar las necesidades de las y los adolescentes.
16. El 95,6% (87) de los establecimientos de salud supervisados, manifestó que cumple con garantizar la privacidad y la confidencialidad, en la atención y la consejería.
17. La actual Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, precisa que las actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico, por lo que no es aplicable el artículo 4° de la Ley General de Salud, Ley N° 26842. Es decir, no se requiere la autorización de progenitores, tutores o representantes legales, para que las y los adolescentes accedan a información, servicios y metodologías anticonceptivas temporales. Sin embargo, solo en el 74,7% (68) de los establecimientos supervisados se entrega información sobre salud sexual y salud reproductiva a las y los adolescentes, sin el acompañamiento de sus progenitores. Subsiste todavía un 25,3% (23), que exige la presencia de los progenitores, medida que deviene en una práctica discriminatoria.
18. En el 74,7% (68) de los establecimientos de salud en los que no se requiere el acompañamiento de progenitores o tutores, las y los prestadores señalaron que no es un requisito de la norma técnica (26), es mejor atenderlos solos para que no se cohiban (20); vienen solos (06); entre otras razones.
19. De acuerdo a la información contenida en los registros de los establecimientos de salud supervisados, la consejería brindada a los y las adolescentes varía dependiendo del grupo etario entre mujeres, varones y población LGBTI. En el grupo comprendido entre los 14 y los 17 años, 8220 mujeres, 6483 hombres y 114 LGBTI recibieron consejería. Entre los 12 a 13 años, recibieron 5875 mujeres, 4888 varones y 5 LGBTI. Asimismo, se observa una gran diferencia entre el número de población adolescente que recibe consejería y el número de adolescentes que ha recibido métodos de anticoncepción. En el grupo etario comprendido entre los 14 y los 17 años, 8,220 mujeres y 6,483 hombres recibieron consejería; pero solo 2,728 mujeres y 2,028 hombres, obtuvieron métodos anticonceptivos. En el rango de edad de 12 a 13 años, la diferencia entre las mujeres que recibieron consejería y métodos es 16 veces menor.
20. Del total de establecimientos de salud supervisados, el 68,1% (62) entrega condones; el 54,9% (50) entrega inyectables; el 47,3% (43), entrega anticonceptivos orales; el 18,7% (17) entrega anticoncepción oral de emergencia (AOE); el 11% (10) entrega preservativo o condón femenino; el 7,7% (7) dispositivos intrauterinos.
21. Si bien, desde el año 2009 ha existido prohibición de distribución gratuita de la AOE, no estaba prohibida la entrega de información, sin embargo, el 14,2% (13) de los establecimientos supervisados, refiere que no entregan información completa sobre este método de emergencia. En algunos casos porque no cuentan con

el método y derivan al adolescente a planificación familiar u obstetricia, otras porque consideran que deben estar con sus tutores o por temor a incentivar su uso de manera libre.

- 22.** La oportunidad es uno de los principios que debe caracterizar la atención de la población adolescente, por eso desde la primera visita se considera estratégico entregar información sobre sexualidad y reproducción y el uso de metodologías anticonceptivas, para prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos tempranos. Sin embargo, solo el 35,1% (32) de las y los profesionales entrevistados señala que se brinda información sobre salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en la primera visita; un 27,5% (25) lo hace en la tercera visita; y, un 31,9% (29), refiere que lo hace dependiendo de la necesidad del adolescente.
- 23.** El 92,3% (84) de los establecimientos de salud supervisados, realiza actividades de promoción en materia de salud sexual y salud reproductiva; sin embargo, un 19,1% (16), carece de materiales y equipos para el desarrollo de su trabajo. Siendo la principal estrategia implementada el trabajo con las instituciones educativas.
- 24.** El 93,5% (85) de los establecimientos supervisados señaló que sí promueven el aseguramiento al SIS de la población adolescente; aún un 6,5% (06) no lo hace.

Capítulo VI

Recomendaciones



6.1 Al Ministerio de Salud

1. Implementar el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, a través de la acción intersectorial e intergubernamental, con el fin de garantizar el acceso de las y los adolescentes a servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes, con especial énfasis en salud sexual y salud reproductiva.
2. Revisar y modificar la normativa sobre servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes, con el fin de garantizar que las y los adolescentes accedan a los servicios de salud en el momento que los necesitan, en todos los establecimientos de salud, con personal de salud capacitado, no solo en servicios y horarios diferenciados, pues se debe buscar cerrar las brechas de acceso (territoriales, rurales, étnicas, por discapacidad, orientación sexual, entre otras).
3. Establecer protocolos/guías de consejería y atención integral de la salud específicos para población adolescente, de conformidad con el marco normativo actual, priorizando la entrega de información en salud sexual y reproductiva e insumos anticonceptivos, incluida la AOE.
4. Aprobar lineamientos actualizados para la atención en salud sexual y salud reproductiva de la población adolescente incidiendo en que no se requiere del acompañamiento de los progenitores o tutores, para la entrega de información y la provisión de cualquier insumo anticonceptivo temporal.
5. Diseñar e implementar planes de capacitación anual dirigidos a las y los proveedores de todos los establecimientos de salud, que incorporen el marco normativo sobre el derecho humano a la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes.
6. Insistir en la vigencia del “principio de oportunidad” que garantice la entrega de información sobre salud sexual y salud reproductiva e insumos anticonceptivos, desde la primera visita que realiza la o el adolescente.

6.2 A las Direcciones Regionales de Salud

1. Fortalecer la capacitación continua del personal de salud que trabaja en los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes.
2. Difundir, incentivar y promocionar la atención en los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes de manera plural y en atención a su diversidad ya sea por edad, género, orientación sexual u otra condición, de forma que ningún/a adolescente sufra discriminación ni exclusión.
3. Asignar presupuesto para la elaboración de materiales de difusión, la implementación de estrategias de difusión de los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes así como para el desplazamiento de personal en actividades itinerantes articulando esfuerzos con el sector educación y otras instituciones de la comunidad.

6.3 A los responsables de los Establecimientos de Salud

1. Identificar y poner en práctica estrategias que garanticen que las y los adolescentes accedan a atención en salud integral, incluyendo la salud sexual y salud reproductiva, en el momento que lo necesitan y, no solo en espacios y horarios diferenciados.
2. Implementar horarios diferenciados adecuados para adolescentes y señalar visiblemente los ambientes y la ruta para acceder a ellos, cualquiera sea la modalidad de los servicios.
3. Garantizar la privacidad y confidencialidad de los servicios para la población adolescente.
4. Desarrollar estrategias para identificar las necesidades y preferencias de la población adolescente atendiendo a su diversidad.
5. Asegurar que el personal de salud reciba capacitación permanente en materia de atención en salud integral de adolescentes así como atención en salud sexual y reproductiva, con enfoque de derechos humanos, género y pertinencia intercultural.



Defensoría del Pueblo:
Jirón Ucayali 394 -398, Lima 1
Teléfono: 311-0300
Línea gratuita: 0800-15170
consulta@defensoria.gob.pe
www.defensoria.gob.pe