

PERCEPCIONES FRENTE AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES: ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN BOGOTÁ DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

ARMANDO ARTURO ARANGO HERNÁNDEZ

MAESTRÍA EN POLITICA SOCIAL

TUTORA: VIVIANA ARIAS VARGAS

LECTOR: ROMÁN VEGA

Contacto Autor: Cr 54 137A 21 CA 97, Bogotá, Colombia. Tel 3004714550

25 DE MARZO DE 2019

Indice

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Objetivos	6
Hipótesis	7
Estado del Arte	8
Marco Teórico	12
Diseño	20
Métodos	22
Resultados	25
Discusión	34
Conclusiones	41
Recomendaciones	43
Referencias	44

Resumen

Esta investigación tiene como propósito caracterizar bajo un enfoque de derechos humanos tanto las percepciones frente a efectividad como los significados en cuanto a satisfacción que tienen las madres adolescentes en Bogotá cuando intentan acceder a los servicios de salud. Es un estudio descriptivo exploratorio en el cual se emplearon técnicas cualitativas; se basó en entrevistas semi-estructuradas realizadas a adolescentes que recibieron atención en salud antes y durante sus embarazos en alguno de los puntos de atención de su IPS en Bogotá en el periodo comprendido entre año 2017 y 2018. Los resultados señalan que las participantes poseen significados negativos en satisfacción dentro de varios aspectos que incluye los costos y la información a servicios de salud. A esto se suma experiencias de atención sin calidad ni calidez que van en contravía con los derechos humanos. Con base en los hallazgos se puede concluir que las adolescentes afiliadas al régimen contributivo no tienen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva ya que no existe atención efectiva ni con un alto grado de satisfacción reflejado en percepciones negativas dentro de los servicios en su IPS las cuales pudieron ser cruciales en la prevención del embarazo y luego durante la gestación en poder acceder a algunos servicios a los cuales tienen derecho.

Palabras-clave: Percepciones, acceso, barreras, servicios de salud, efectividad, satisfacción, embarazo adolescente.

Abstract

The purpose of this research is to characterize under a human rights approach both the perceptions of effectiveness and the meanings of satisfaction that adolescent mothers have in Bogotá when they try to access health services. It is an exploratory descriptive study in which qualitative techniques were used; It was based on semi-structured interviews with adolescents who received health care before and during their pregnancies at one of the points of attention of their PHI in Bogotá in the period between 2017 and 2018. The results indicate that the participants have negative meanings in satisfaction within several aspects that includes costs and information to health services. To this is added experiences of care without quality or warmth that go against human rights. Based on the findings, it can be concluded that adolescents affiliated to the contributory regime do not have access to sexual and reproductive health services since there is no effective care nor a high degree of satisfaction reflected in negative perceptions within the services in their PHI. which could be crucial in the prevention of pregnancy and then during pregnancy to be able to access some services to which they are entitled.

Key words: Perceptions, access, barriers, health services, effectivity, satisfaction, teenage pregnancy.

Introducción

La sola presencia de embarazo en una adolescente se considera un estado de vulneración de los derechos de esa ciudadana por cuanto se reconoce un condicionamiento instantáneo que produce inequidad, con una desventaja social subsecuente en la vida de esa mujer, afectando su proyecto de vida, el desarrollo de sus potencialidades, y contribuyendo al círculo de pobreza. Con fundamento en los derechos humanos y los consensos internacionales, los cuales han sido adoptados por nuestra Constitución y que están reflejados en las políticas públicas distritales, se promueve una intención positiva al acceso a los servicios de salud de esta población en forma emergente y prioritaria, con garantías de oportunidad y calidad.

En Colombia el embarazo en la adolescencia sigue teniendo una incidencia significativa, dentro de un problema social que ha sido reconocido por los países más allá de la dimensión médica, ya que afecta negativamente el desarrollo económico y humano de las mujeres. En razón de esto la reducción del embarazo adolescente es de la prioridad más alta en organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU), que mediante sus brazos operativos como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), trabaja en enlace con los gobiernos. Según el DANE en Colombia el 17.4% de mujeres entre 15 y 19 años ya son madres o han estado embarazadas. Bogotá es la ciudad que registra el mayor número de nacimientos en mujeres entre los 10 y 19 años de edad con 11.908 casos en el año 2017. De la misma fuente se ha informado que las mujeres

embarazadas que se encuentran entre 15 y 19 años son el grupo que menos ha recibido control prenatal.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), el objetivo 3 define metas que buscan promover la prevención del embarazo en la adolescencia; una de ellas es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación.

El acceso a los servicios de salud es un fin por sí mismo al existir barreras que o lo dificultan o lo impiden. Varios autores han abordado el tema de acceso y se podría decir que este es medible en términos de efectividad pero también de satisfacción. Si bien las políticas en el distrito de Bogotá han tenido algún impacto disminuyendo la tasa de embarazo adolescente (2 puntos porcentuales respecto a 2015) se debe insistir en el tema de acceso a los servicios de salud en la población adolescente, ya que persisten generándose barreras que les impide acceder efectivamente a los servicios de salud. Las percepciones de los sujetos de derechos son eje fundamental para la política social y es por ello que conocerlas es definitivo para el análisis del problema, de tal forma que se hagan conclusiones sobre acceso más sensibles a sus realidades, y no conformarnos con la simple verificación de los indicadores estatales.

Esta investigación es pertinente para los estudios de la Maestría en Política Social por cuanto evalúa los resultados e impactos de una política pública en una población en situación de diferencia, y aborda a la madre adolescente como ciudadano sujeto de derechos. De tal forma que se hace un análisis de una política ya implementada bajo la mirada del objeto de la misma.

Objetivos

Objetivo General

Analizar las percepciones frente al acceso a los servicios de salud por parte de madres adolescentes que asisten a una IPS ubicada en el norte de Bogotá.

Objetivos Específicos

1. Identificar las percepciones de efectividad a los servicios de salud por parte de las madres adolescentes que asisten a una IPS en el norte de Bogotá.
2. Comprender los significados de satisfacción en los servicios de salud por parte de las madres adolescentes que asisten a una IPS en el norte de Bogotá.

Hipótesis

En el marco de derechos humanos, específicamente de derechos de salud sexual y reproductiva, las mujeres adolescentes afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no tienen un acceso efectivo a los servicios de salud al existir insatisfacciones desde su punto de vista en la atención y la prestación de esos servicios.

Estado del Arte

Para iniciar el abordaje de la situación del acceso a los servicios de salud por las madres adolescentes es de importante consideración el trabajo realizado en 2010 por Ingrid Vargas Lorenzo, M. Luisa Vázquez Navarrete, y Amparo S. Mogollón Pérez. *Acceso a la atención en salud en Colombia* es una revisión que incluyó 27 investigaciones cuantitativas y cualitativas realizadas entre 1994 y 2009, cuyo análisis se hizo en base a los modelos teóricos de Aday y Andersen (1974) y Gold (1998), que diferencian entre acceso potencial y realizado. Este trabajo encontró que el lugar de residencia y el nivel socioeconómico son las principales barreras de acceso. La barrera económica persiste como una causa que impide la utilización de los servicios de salud entre los no asegurados y subsidiados. A su vez, en relación a la prestación de los servicios, las dificultades se centran en la accesibilidad geográfica a los centros donde se presta la atención y con la organización, tales como trámites administrativos, tiempo de espera, y mala calidad de la atención; en cuanto al tiempo de espera, que se refiere al tiempo transcurrido entre la solicitud de cita médica ambulatoria y la obtención del servicio, esto coincide con un informe de calidad de vida realizado en Bogotá en 2017 en el que se señala que para los estratos medio y bajo el tiempo de espera fue de más de 30 días, mientras que para los estratos 5 y 6 el tiempo de espera para la mayoría de los encuestados fue de 1 a 5 días (PUJ, 2018).

Un estudio realizado en una municipalidad al suroriente de Brasil en el año 2003 evidenció que la mayor barrera para que las madres adolescentes no accedieran a los

servicios de salud no fue económica ni administrativa sino mayoritariamente relacionada con la dimensión psicosocial (77%), describiéndose razones como la vergüenza o el miedo, o desconocimiento cultural de los riesgos para la salud ante la ausencia de prevención (Carvacho, Mello, Morais, Silva, 2008).

Como una tercera referencia sobre el tema de acceso se ha tomado el documento regional “Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud” (Mejía, Montoya, Blanco, Mesa, Moreno, Pacheco, 2010) elaborado por el Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. En este estudio se hizo una revisión de la bibliografía y evidencia empírica publicada entre 1998 y 2010 sobre el tema de barreras de acceso a los servicios de salud por los adolescentes y jóvenes, y describe el panorama regional actual de los servicios de salud sexual y reproductiva para esta población. De esta revisión se encontró que las barreras que impiden a las adolescentes a hacer uso efectivo de los servicios de salud son por un lado las socioculturales. Dentro de estas las más importantes están las que representan costos directos al valor de los servicios como los costos de transporte, de papelería, copagos, e incluso el valor de los medicamentos prescritos o insumos que en ocasiones pueden solicitársele a los usuarios para completar un procedimiento o examen. También se identificaron costos indirectos como la distancia y el tiempo.

Cabe señalar que aseguramiento no es igual a acceso, ya que una proporción importante de la población afiliada al sistema no accede a los servicios de salud, como lo anotado en un análisis de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2003 para Bogotá en el que se concluyó que el 18,4% de población en régimen contributivo junto con el 26,8%

del régimen subsidiado no acceden. (Rubio-Mendoza, 2008). Otra barrera de acceso hallada y que también está asociada a un nivel socioeconómico bajo es la dificultad para leer o entender las indicaciones médicas.

De otro lado están las barreras institucionales, y dentro de este grupo se remarcan las relacionadas con la infraestructura, organización, oferta y calidad de los servicios. Se observaron barreras de acceso geográficas, es decir servicios de salud alejados de donde residen las personas, así como retraso en la entrega de medicamentos, insumos, órdenes, y todo lo relacionado con procesos administrativos que dilatan o impiden la prestación del servicio (trámites, colas y la demora para asignar cita con el médico o para exámenes).

El estudio “barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile” concluye que la no existencia de un horario de atención especial para los adolescentes genera una barrera de acceso tanto para los que aún se encuentran asistiendo al colegio como para los que ya trabajan. La modalidad de horario extendido se convierte entonces en facilitador del acceso y permite que los escolares no tengan que comunicar a las instituciones educativas su asistencia a los servicios de salud, lo que constituye sus vidas privadas, y que ventilarla a profesores, administrativos, y compañeros puede promover la discriminación (Cultura Salud, 2010).

En 2015 el Observatorio del Bienestar de la Niñez del ICBF publicó un informe de un sondeo de opinión realizado en el año 2014 por la Dirección de Niñez y Adolescencia del ICBF en todo el territorio nacional, con el propósito de documentar las percepciones y opiniones de los adolescentes acerca del embarazo en la adolescencia y sus riesgos. La metodología utilizada fue un cuestionario escrito que constaba de veinte (20) preguntas

cerradas, seleccionando una muestra no probabilística, con entrevistados conocidos y referenciados, en el que se analizaron 10.000 cuestionarios que fueron diligenciados por profesionales. De este estudio se concluye que existen aspectos culturales en relación a imaginarios que dificultan el inicio del uso de métodos anticonceptivos, y que además no favorecen la sexualidad. Ejemplo de ello es que el 73% de los jóvenes que afirma que parte de su educación sexual la ha recibido de su familia, con un 83% que afirma que la ha recibido en el colegio, y pese a ello un 50,2% refiere que no le gusta usar métodos de anticoncepción o de barrera para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a percepciones Braga, I., Oliveira, W. (2014) en su estudio "Percepciones de adolescentes respecto al apoyo social proporcionado durante la maternidad en el contexto de cuidado primario" basado en información de entrevistas estructuradas realizadas a mujeres entre 10 y 19 años experimentado un embarazo, concluyeron que el apoyo percibido por los adolescentes fue frágil y con lagunas, encontrándose que el personal de enfermería tiene un rol definitivo.

Marco Teórico

El concepto de acceso a los servicios de salud ha sido trabajado por diferentes autores a lo largo de los años. Para Donabedian (1973) prueba del acceso es el uso del servicio, de tal forma que el acceso es medible con el grado de dicho uso en relación a la necesidad de quien lo demanda. Aday y Andersen (1974) se referían al acceso como “acceso efectivo”, el cual se obtiene cuando los estudios muestran que el uso del servicio mejora el estado de salud o la satisfacción del consumidor. Salkever (1976) se refería a acceso en términos de “accesibilidad financiera” y “accesibilidad física”; la primera definida como la capacidad que tiene cada persona para costear el servicio o atención en salud, y la segunda como los costos de transporte, tiempo, y búsqueda. Tanahashi (1978) explicaba “acceso” bajo términos de “cobertura efectiva” o “atención eficaz”, en donde el servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico. Enthoven (1980) trabajó el concepto en lo que consideró unos “mínimos decentes”, en donde el acceso es la habilidad para asegurar un conjunto de servicios específicos, de un limitado nivel de calidad, con un máximo de inconvenientes para su utilización, con un máximo de costos, y con una cantidad limitada de información. Este modelo de Enthoven llamado “Servicios básicos de salud” está determinado por decisiones políticas que pueden resultar arbitrarias y con serias implicaciones éticas y de garantía de la atención y el derecho a la salud. Penchansky y Thomas (1981) definieron acceso en términos de ajuste entre la oferta y la demanda, específicamente entre el “cliente” y el sistema de salud, haciendo énfasis en la satisfacción del “cliente”.

Para Julio Frenk (1985) el acceso comprendía la búsqueda y obtención de la atención, llamando “resistencia” a estos obstáculos y “poder de utilización” al acceso propiamente dicho (Frenk, 1985, p. 444). Para Frenk ese “poder de utilización” es semejante al “poder de compra”, lo que en fundamentos de economía se define como la capacidad de una persona de adquirir un bien o un servicio, en el que el precio del servicio constituye un obstáculo para el usuario; de tal forma que a mayor ingreso habrá un mayor acceso a la salud, y un menor ingreso disminuirá el acceso en directa proporción.

Un concepto más sociológico de acceso a servicios de salud puede ser citado del artículo publicado en 1995 por Jane T. Bertrand, Karen Hardee, Robert J. Magnani y Marcia A. Angle, en el que se define como el grado en que un servicio o suministro puede ser obtenido a un nivel de esfuerzo y costo que es tanto aceptable como dentro de los medios de la gran mayoría de la población.

Sobre el acceso la reciente ley estatutaria 1751 al referirse a los servicios y tecnologías de salud señala que “deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural” (Congreso de la República de Colombia, 2015, p.3). Del mismo texto se lee: “La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Congreso de la República de Colombia, 2015, p.3). Esto nos permite afirmar, que el acceso a los servicios de salud no sólo hace referencia a variables objetivas (capacidad económica, distancia geográfica, etc.), sino también a las características culturales, cognoscitivas y particulares, en este caso, de las madres adolescentes.

Para efectos de este trabajo se define acceso a los servicios de salud¹ como la atención efectiva y con un alto grado de satisfacción de las madres adolescentes² sujetos de derechos³, en lo que constituye su salud física y psicológica, superando toda barrera, en los espacios de promoción y prevención, de salud sexual y reproductiva, y en cualquier momento que la necesite o que la demande libremente.

La categoría de acceso a los servicios de salud se establece como el eje fundamental de la investigación, y es evidente, según lo expuesto, que la efectividad es una subcategoría de la misma, debido a que existe una relación de correspondencia entre ambas. Sin embargo, qué se entiende por efectividad.

Para la Real Academia de la Lengua Española (2016) la efectividad es la “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”, de modo que, en los servicios de salud, se hablaría de efectividad cuando se alcanza a cabalidad las finalidades de cada servicio.

Reseñando a Bouza, A. (2000), la Dra. Rosa María Lam (2008) define Efectividad como la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales. Textualmente: “Esto quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde la acción se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y este se consigue en

¹ Hacemos una conexión del acceso a los servicios de salud con el derecho a la salud, entendido esto último como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, y no simplemente como el derecho a estar sano, sino que los titulares de derechos tengan el disfrute del más alto nivel de salud que le permita vivir dignamente.(ONU, 2000)

² La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa entre los 10 y los 19 años de edad (OMS, 2002). Para este estudio se define madre adolescente a toda mujer entre los 10 y 19 años de edad que al momento de la recolección de la información se encuentre embarazada o que haya tenido un hijo como producto de un embarazo entre los 10 y 19 años para el período comprendido entre 2014 y 2018.

³ Se define derecho en el marco de derechos humanos, en cuyo caso a los que cada ser humano está intitulado, sin distinción de sexo, raza, etnia, religión, nacionalidad, lugar de residencia, lengua, o cualquier otra condición. Se entiende también que la privación de un derecho afecta negativamente el resto, al estar interrelacionados; que es deber de los Estados respetar, proteger, y garantizar los derechos humanos; que por respetar se entiende que se deben abstener de interferir en su goce, o de limitarlos, y que además deben adoptar medidas positivas que faciliten el disfrute de estos.(ONU, 1993)

las condiciones reales existentes, entonces los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.”

No obstante, el foco central de este proyecto es analizar las percepciones por parte de las madres adolescentes frente a la categoría de acceso a los servicios de salud, y no un simple análisis de nivel de efectividad. Es en este punto donde las percepciones frente a efectividad se interrelacionan con los significados de satisfacción, y con ello tratar de tener una mayor aproximación sobre la existencia de un efectivo acceso a salud en el marco de derechos.

En cuanto al concepto de Satisfacción se ha definido como el “cumplimiento del deseo o del gusto” (RAE) o como el “sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.” (Oxford University Press, 2019). En adición, la definición ISO 9000:2005 de “satisfacción del cliente” se establece como la “percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos” (IMNC, 2008, p. 9), en donde “requisito” es la “necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria”(IMNC, 2008, p.8). Dentro de una estrategia de salud, se hace necesario reconocer y comprender la satisfacción de los usuarios, puesto que no es posible afirmar acceso y efectividad en los servicios si el usuario no lo considera. La satisfacción como una disposición psicológica del sujeto, sin duda, hace parte de las mismas percepciones que conciben las madres adolescentes respecto al acceso a los servicios de salud.

Finalmente, esta investigación observa estas percepciones y significados en un marco conceptual definido como enfoque basado en derechos humanos, que se fundamenta en los estándares internacionales de derechos humanos promovidos por la Organización de

las Naciones Unidas, los cuales se ha convenido deben promoverse, protegerse, y sobretodo hacerlos efectivos a los ciudadanos (ONU, 1966). El enfoque basado en derechos humanos considera a los derechos humanos constitutivos y necesarios para el desarrollo, lo cual obliga el compromiso de las instituciones y la creación de sistemas de cooperación. Para lograr el objetivo último del derecho que es su goce efectivo entre las poblaciones más vulnerables, se han definido los siguientes elementos: vinculación con los derechos; rendición de cuentas; empoderamiento; participación y no discriminación y atención a los grupos más vulnerables. (Fernández, 2009). También, el enfoque basado en derechos humanos adopta la teoría holística de las Naciones Unidas en la que se busca garantizar la realización progresiva del derecho, y para ese fin se han definido dos vías: la no violación o vulneración de los derechos haciendo uso de medios jurídicos y legales, así como la promoción del derecho. Todo esto en la búsqueda que se empoderen los sujetos de derechos (Fernández, 2009).

El enfoque de derechos como lo plantea Consuelo Corredor (2010) busca reconocer la heterogeneidad en la población, lo que permite identificar grupos de personas que por su condición o situación merecen una atención especial, y en consideración con sus desventajas generar políticas públicas dirigidas a estos.

Es importante señalar además que el enfoque de derechos no tendría una concepción holística de la vida de las adolescentes si las acciones sobre el embarazo se limitaran a su prevención. Es por ello que esta perspectiva incluye la protección y la garantía de derechos una vez se confirma el embarazo.

Revisamos el concepto de derecho, que para este estudio se ha tomado como el de derecho humano, tal y como han sido convenidos estos desde 1948 en la declaración

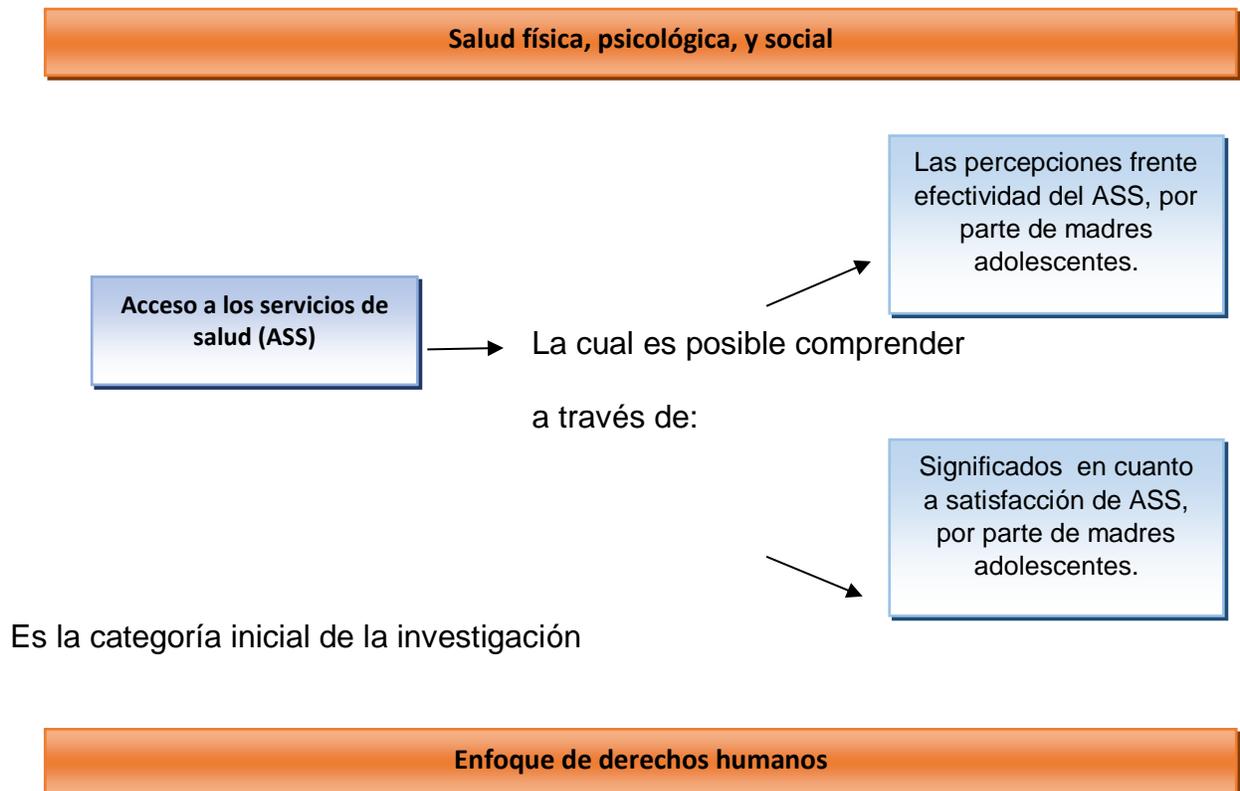
universal de los derechos humanos: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación [...] asistencia médica [...] la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales [...]” (ONU, art. 25)

Más específicamente el derecho a la salud como se estableció este en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales (PIDESC) de 1966 el cual en su Artículo 12 lo define así: “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, art. 12). En el marco del derecho a la salud se encuentra el derecho a la salud sexual y reproductiva. En el Capítulo VII del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 celebrada en El Cairo constituye este derecho

Obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU, 1995, p.37).

Con base en lo expuesto, es posible plasmar el siguiente esquema para sintetizar todas las preposiciones que contiene el marco. Así mismo, nos permite dilucidar la estructura metodológica del proyecto.

Figura 1. Esquema teórico de la investigación



Como se puede apreciar en el esquema, el enfoque de derechos es transversal a toda la investigación. De igual manera, los derechos de la población sujeto se soportan en las leyes y normatividades vigentes de nuestro país, y se materializan, en programas, planes, y proyectos que implementa el gobierno nacional y distrital.

Dentro del derecho y ya en el ámbito nacional es de obligatoria referencia la Ley 100 de 1993 que genera un cambio definitivo en el sistema de salud colombiano otorgando un principio de universalidad al derecho a la salud. La Ley de Infancia y Adolescencia del 2006 en su artículo 46 prescribe obligaciones de interés en nuestro estudio, como la de garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva, así como el apoyo prioritario a las madres adolescentes. La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, promulgada en el año 2005 por el Ministerio de la Protección Social ordena dentro de sus objetivos mejorar el acceso a los servicios de salud así como mejorar la calidad de la atención en salud. De especial relevancia el documento CONPES Social 147 de 2012 en donde por primera vez se define una estrategia para prevenir el embarazo en la adolescencia. Adicionalmente, la Ley 1751 (Congreso, 2015), Ley Estatutaria de la Salud, señala la oportunidad, la calidad y el acceso a los servicios como elementos que constituyen el derecho fundamental a la salud, al tiempo que hace énfasis en la integralidad, así como en la no fragmentación de la atención, y en la implementación de políticas públicas que reduzcan el impacto de los determinantes de la salud. En la Ley 1753 (Congreso, 2015), se establece la política pública de atención integral en salud, la cual es de obligatorio cumplimiento para los actores del SGSSS. En esta ley, se organiza la prestación de los servicios de salud bajo los enfoques de la Atención Primaria de Salud (APS), la salud familiar y comunitaria, la articulación de las actividades individuales y colectivas, el enfoque poblacional y diferencial (Congreso, p.11). Todo esto definido dentro del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C. 2016-2020.

Diseño

Tabla 1

Categoría deductiva y Subcategorías de estudio

Categoría de deductiva	Subcategorías
Acceso a los servicios de salud	Efectividad de los servicios de salud
	Satisfacción a los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Definiciones y dimensiones de categorías de estudio

TEMÁTICAS CATEGORIA ACCESO	SUBCATEGORIAS	PREGUNTAS	INSTRUCCIONES
		Comenzaremos hablando de la barrera más popular, la barrera del dinero con el que contamos cada uno.	
1. Barreras económicas	Efectividad	¿Qué tanto le impiden los costos acceder a sus servicios de salud?	Este módulo abordará las percepciones en materia de gastos personales para el acceso a los servicios de salud.
	Satisfacción	¿Cómo son los costos que asume(asumió) para acceder a los servicios de salud?	
		Ahora vamos a hablar sobre lo cerca o lejos que para ustedes se encuentran los servicios de salud y qué tan complejo es llegar a ese lugar.	
2. Barreras geográficas	Efectividad	¿Cómo fue la asignación de su IPS?	Este módulo abordará las percepciones en materia de distancia hasta el proveedor de servicios de salud y el estado de las vías hacia este.
	Satisfacción	¿Cómo es llegar hasta el punto de atención? ¿Qué le implica?	
		Hablaremos ahora sobre la comunicación entre quienes les han brindado información durante todo el embarazo	
3. Barreras de conocimiento	Efectividad	¿Qué ha sido lo que mejor ha entendido sobre su salud sexual y reproductiva?	Este módulo abordará las percepciones en materia de comunicación efectiva y asertiva.
		¿Qué es lo que no entiende sobre los servicios de salud a los que Ud. tiene derecho durante su embarazo? ¿Cuándo no entiende algo sobre lo que le dicen quienes le hacen su atención médica qué hace?	

	Satisfacción	¿Cómo ha sido la información que ha recibido sobre los servicios de salud durante su embarazo? ¿Cómo han sido con Ud. cuando no comprende la información que se le brinda acerca de los servicios de salud a los que tiene derecho durante su embarazo?	
		Ahora hablaremos sobre lo que ustedes piensan sobre el embarazo en la adolescencia y sobre lo que los otros piensan sobre el mismo.	
4. Mitos, Imaginarios, y Prejuicios	Efectividad	¿Qué tanto cumplió su IPS con el apoyo que Ud. necesitaba?	Este módulo abordará las percepciones en materia de actitud y prejuicios frente al embarazo en la adolescencia y a los métodos anticonceptivos y programas de planificación familiar.
	Satisfacción	¿Qué opina de los programas de planificación familiar? ¿Qué opina Ud. de los métodos anticonceptivos? ¿Cómo es ser adolescente y estar embarazada? ¿Qué cree que piensan los médicos de Ud. y de las otras adolescentes que se han embarazado? ¿Cómo fue su vida luego de que confirmó su embarazo?	
		Ahora vamos a hablar de los lugares y espacios en los que ustedes han sido atendidas	
5. Barreras de Infraestructura, organización, oferta y calidad de los servicios	Efectividad	¿Qué tanto cumplió su IPS con el tiempo de entrega de insumos o medicamentos?	Este módulo abordará las percepciones sobre los espacios en donde son atendidas y sobre los horarios de atención para los servicios solicitados.
	Satisfacción	¿Cómo son los horarios de atención y de servicios? ¿Qué piensa del espacio en donde es (fue) atendida?	
		En este módulo hablaremos de la organización de los lugares donde recibieron la prestación de servicios e insumos.	
6. Barreras administrativas	Efectividad	¿Qué tanto cumplió su IPS con los servicios de salud que requirió durante su embarazo?	Este módulo abordará las percepciones sobre la logística para la prestación de un servicio o entrega de insumo o medicamento.
	Satisfacción	¿Cómo es el funcionamiento de su IPS en la prestación de los servicios solicitados por Ud?	
		A continuación hablaremos del personal que la atendió en su IPS durante todo el embarazo	
7. Barreras humanas	Efectividad	¿Qué tanto cumplió su médico y personal de enfermería con lo que Ud. necesitaba?	Este módulo abordará las percepciones sobre la capacitación e idoneidad de los proveedores de salud
	Satisfacción	¿Cómo la asesoraron sobre los métodos de planificación familiar? ¿Qué opina del personal que la atendió?	
8. Barreras financieras	Efectividad	¿Qué tanto cumplió su IPS con los medicamentos y/o procedimientos que necesitaba?	Este módulo abordará las percepciones en materia de existencia y suficiencia de insumos anticonceptivos y servicios contratados.
	Satisfacción	¿Qué experiencia tuvo con el despacho de medicamentos y/o procedimientos que necesitaba?	

Fuente: Elaboración propia.

Métodos

Escenario

El contexto en donde se desarrolla el proceso investigativo es cualquiera de las unidades o puntos de atención localizados en la ciudad de Bogotá en donde una IPS presta sus servicios a madres adolescentes de diferentes estratos socio-económicos afiliadas al régimen contributivo a través de la EPS Compensar, y que han hecho uso de los servicios ofertados por esta.

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio que emplea técnicas cualitativas; se basó en entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas realizadas a madres adolescentes que recibieron atención en salud antes y durante sus embarazos en alguno de los puntos de atención de su IPS en Bogotá en el periodo comprendido entre año 2017 y 2018.

Unidad de Análisis

Mujeres entre los 10 y 19 años de edad residentes en la ciudad de Bogotá afiliadas al régimen contributivo (activas o inactivas) y que presentan o presentaron un embarazo entre los años 2017 y 2018.

Población

Cohorte de maternas de Enero a Septiembre de 2018 correspondiente a 2 unidades de atención de la EPS Compensar en Bogotá (Calle 26 y Calle 118), en cuyo listado aparece registro de nombres y apellidos, tipo y número de identificación, fechas de ingreso al programa de control prenatal, fecha de afiliación a la EPS, tipo de usuario (beneficiario o cotizante), semanas de cotización, fecha de nacimiento, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, teléfono fijo y celular, dirección de vivienda, edad gestacional de inicio de control prenatal, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, embarazo planeado (si/no), fracaso de método anticonceptivo (si/no), variables antropométricas, algunos resultados paraclínicos.

Muestra

Ocho (8) madres adolescentes de estratos socioeconómicos bajo y medio (1,2,3, y 4), afiliadas a la EPS Compensar que tuvieron alguna experiencia relacionada con los servicios de salud en dos centros de atención ubicados en Bogotá.

Estratificación socioeconómica* de las participantes:

Angie López (2), Franci Salas (4), Nicole Giraldo (1), Nancy Murillo (1), Windy García (2), Jeimy Parra (2), Laura Valentina Aldana (3), Durany Gaviria (3)

*Certificado Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá

Técnicas de recolección de la información

Fuentes primarias: Entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas, capturadas con grabaciones de audio en formato digital.

Fuentes secundarias: Documentos de validación de características de las participantes (Constancias de Estratificación)

Técnicas para el análisis de la información

Extracción. Fiel transcripción de las narrativas desde las grabaciones de audio a escrito legible.

Verificación. Validación de características de las participantes (Constancias de Estratificación descargadas de la página web de la Secretaría Distrital de Planeación de la Alcaldía Mayor de Bogotá)

Disposición y Transformación. Matriz descriptiva.

Consolidación teórica.

Resultados

Las narrativas de las participantes se caracterizaron por su sinceridad. Se debe tener en consideración que las edades de las adolescentes incluidas en esta investigación varían entre los 16 y los 19 años. Luego de su estratificación socioeconómica por lugar de vivienda se encontró que dos de ellas su vivienda pertenece al estrato 1, tres de ellas al estrato 2, dos de ellas al 3, y una al estrato 4, de tal forma que no hubo participantes en este estudio cuyo lugar de vivienda perteneciera al estrato socioeconómico alto.

Es relevante mencionar, aunque esto no se haya incluido dentro de una categoría de esta investigación, el valor agregado que varias participantes perciben o reconocen en la prestación de los servicios de salud si están afiliadas al régimen contributivo del SGSSS en comparación a estarlo mediante el régimen subsidiado (SISBEN). Esto implica para ellas un costo o renta altos, lo que además está asociado en varios casos a dependencia económica a padres o a pareja, o a vinculación laboral.

Durany (18) para el momento de la entrevista en embarazo de 24 semanas:

“Sí fue muy duro por lo que la EPS es muy cara ... es muy cara y entonces pues ya sabes tengo el apoyo de mi marido entonces él ...él es el que me ayuda pero si en algún momento por ejemplo nos llegáramos a separar yo no la podría pagar...no tengo cómo pagarlo”.

Angie (19) con hijo de 5 meses de edad para el momento de la entrevista:

“Pues...ejemplo cuando mi mamá estaba en el trabajo ella era categoría B ...entonces pues categoría B se supone que ganan más de 2 salarios mínimos? No..1 salario mínimo...entonces por ende toca pagar todo súper caro” “Pues digamos ya cuando ya mi mamá se quedó sin empleo nosotras miramos cuanto era que valía salud y pensión pues para que ella siguiera cotizando..y son como 290? algo así...ee.pues eso era mensual pero pues igual, no sé, pues mi mamá lo pagaba...no se me hizo..relevante para mí, sí? pero pues igual me parece un poco caro porque pues es un derecho...¿por qué tiene que valer tanto?...eee...también ...y también osea es un derecho pero para que uno tenga acceso a la salud medianamente bien, uno tiene que pagar, osea, ¿por qué uno no puede en el SISBEN tener buena salud?...porque, ah porque cuando yo me iba a cambiar al SISBEN, una amiga estaba en el SISBEN y ella me decía que no, que eso era tenaz, filas horribles, era donde le tocara la cita, digamos si había cupo en Soacha, le tocaba en Soacha así fuera...entonces no....eee...digamos que yo me gasté alrededor de...\$100.000 pesos en controles, en pagar citas, pagar exámenes...porque los laboratorio valían..osea costaban , es algo que tampoco me parece, sí? uno ya paga la cita, por qué le tienen que cobrar los exámenes?”

Laura Valentina (16) que presentó aborto a los 5 meses (causa no clara), nos dice:

“mmm..porque es quee ahora las EPS más que todo Compensar, le sale a uno muy caro..osea pagar particularmente..el servicio de salud..entonces pues por eso es que uno va y se ve muchas veces afectado porque uno no tiene trabajo, y pues tiene muchas dificultades para eso”.

La condición de beneficiaria dentro de la afiliación se percibe como una barrera económica por cuanto esto exige pagos de cuotas moderadoras y copagos para la prestación de algunos servicios, y la mayoría de las participantes al momento de quedar en embarazo se encontraban afiliadas como beneficiarias de algún familiar. Al respecto nos dice Nancy Yolima (18) actualmente con hijo de 1 mes y cotizante:

“Pues la verdad si yo si..si hubiera seguido como beneficiaria de mi Papá sí hubiera ...sí hubiera.. tendría algún costo la salud pero..como está..como empecé de cotizante..eeno..no tuve ningún costo ni en laa clínica cuando tuve a mi bebé , ni enn..ni en las citas ni nada”.

Nicole Vanessa (16) actualmente gestando, beneficiaria de su madre, nos cuenta:

“En el sentido que puess..cuandoo..cobran..la cuota moderada (moderadora) es difícil porque a veces pues no llevo la plata quee..de ese..o que la necesito para ese momento...osea es muy difícil a veces obtener esas..esos medicamentos”

Con Nicole, de estrato socioeconómico 1, también se observa que los costos para acceder a un servicio de salud que previene el embarazo como es un método anticonceptivo fueron una barrera que no se pudo superar. Así lo narra la participante:

“...ibann..ee..personas a explicarnos la sexualidad al colegio y todo eso, de planes y todo eso, pero al final y al cabo..como decir Profamilia..ellos sí le brindaban a uno un programa de que “vaya, planifique, tiene la oportunidad”..pero al mismo tiempo cobran una plata de que..para qué van a ir a hablar..supuestamente que es gratis..a veces nos decían que era gratis..pero ya después ya no..entonces por eso se me dificultaba a veces de ponerme a planificar”

Las percepciones para la categoría de barreras geográficas giran en torno a las incomodidades dentro del vehículo de transporte público más frecuentemente usado por

las participantes (Transmilenio) para dirigirse a su punto de atención. Sobre esto nos cuenta Durany (18):

“...Hay días que es muy dificultoso porque pues mmm yo me transporto en el Transmilenio y aunque estoy cerca eee por mi estado en el que estoy la gente osea, la gente es muy desconsiderada y me apretan, y la vez pasada me golpearon la barriga”.

Nancy Yolima (18) de su experiencia nos dice:

“Pues la verdad como yo vivo muy lejos, casi prácticamente de todo, pues la demora del transportee..ee.también a veces por decir ell..en el Transmilenio, que es donde me movilizaba..eraa muy completo y pues no tenía...muy lleno digo...y no tenían como el cuidado de que «ay ella está embarazada» ni nada..ni que les importaba y pues..como fuera también, como que uno también entraban ahí a la fuerza”

En adición, la distancia corta hasta el punto de atención desde su lugar de vivienda o de estudio se percibe como un factor facilitador para el acceso a los servicios de salud.

Prueba de esto lo que se aprecia en los comentarios de varias participantes.

Jeimy Lizeth (17): *“...Hay veces quee implica como la dificultad de los transportes y eso, porque pues obviamente me quedaba en la 32 con 26..entonces pues los transportes también ..a veces se me dificultaban pero pues siempre..tenía algún método para llegar”* “Llegar al punto donde es, es porque ya estoy acá cerca y no tengo que coger ningún medio de transportes sino pues ya puedo ir caminando y eso”.

Angie Paola (19): *“No pues la verdad era fácil...como siempre lo hicimos cerca a la casa, si? entonces, por decir en Alamos, e..es un bus que es aquí a 15 minutos...pero en Calle 26 era ...y yo lo coloqué en Calle 26 porque me quedaba fácil de la universidad, entonces yo cogía el Transmilenio, me bajaba y listo.”*

Las percepciones en cuanto a barreras humanas y en la comunicación e información indican que existen barreras para el acceso a los servicios de salud, específicamente para la prevención del embarazo en inicio oportuno de un método anticonceptivo. Un ejemplo de esto puede apreciarse en el relato de Durany (18) quien nos comenta la actitud de un proveedor hacia ella:

“Pues la verdad eso si ... tuve una mala experiencia porque... creo que fue con un...con un Doctor...que tuve... para venir a planificar ...por lo que pues en eso yo no tenía experiencia por lo que nadie me hablaba de eso entonces vine a buscar un método de... de orientación...que me dieran para...para saber planificar y lo que él me dijo fue ... dijo “no, aquí le podemos hacer de todo, dijo...pero contra la naturaleza no se puede hacer nada y póngale lo que le ponga si es de quedar en embarazo usted queda en embarazo”...eso fue lo que me dijo” “Yo no estaba en embarazo y empecé a hacer los papeles para colocarme la pila y en esos días quedé en embarazo”.

En un caso similar Angie Paola (19) nos confía de qué forma quedó en embarazo:

“...pues yo tenía una relación estable, por 3 años...entonces terminamos ...ahí, ahí yo dije quee...pues ya para qué cuidarme?...entonces..pues yo dije que ya, que no iba a tener nada que iba a continuar mi vida soltera...y pues...fue una noche...y ya entonces...desde ahí aprendí que..es mejor usar los anticonceptivos así no tenga pareja”

Generalmente los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos fueron adquiridos por las participantes después de quedar en embarazo y no antes. Angie Paola (19):

“...cuando ya iba a nacer el bebé fue que me llevaron anticon...e..bueno, empezaron a hablar con las enfermeras de anticonceptivos ,entonces ellas me empezaron a (indistinguible) con qué quería planificar , que empezara a planificar , pero ya, osea...y ese día me explicaron para qué servía cada uno y eso..pero no , nunca me dijeron por qué era importante planificar, no, nada de eso”.

Laura Valentina (16): *“Pues..en la parte sexual...lo que más me quedó claro fuee..como el tema de uno cuidarse..para prevenir un embarazo no deseado...yy..por ejemplo ya eso tiene que hablarlo uno con la pareja...para llegar a un acuerdo, si? ..y pues eso yo lo llegué a pensar después de que perdí..el bebé”.*

Nancy Yolima (18): *“Pues desde un principio no era tann..no me habían hablado tanto de eso..pero después desde los controles prenatales..ahí ya empezaron lo de los..loss..loss preservativos, yaa como tal...comoo...y en qué época uno también era más fértil o no yy..ee para..para quedar en embarazo..nuevamente...tanto después del embarazo comoo..durante el embarazo”*

Fue dentro de la categoría de satisfacción en donde se evidenció percepciones de varias participantes que señalaron deficiencia en la comunicación, lo cual genera un riesgo a que no hayan tenido acceso a servicios de salud esenciales. A continuación las experiencias:

Nicole Vanessa (16): *“Para mí pues más o menos sobre ellos, mas que es el doctor y la enfermera...la doc...jefe de enfermeras..fue muy bueno porque ellos mee.mee.me dan todas las explicaciones que yo necesito saber, o algunas dudas que tengo...más otros que son factores oo..me hacen facturas y necesito una pregunta , no me responden comoo..tan nobles sino..como muy agresivas a veces...entonces como que es mejor no preguntar y me quedo es con la duda” . “...a veces pregunto pero pues a veces como que no me saben responder oo me meten otra información quee..que no es..o que no quiero escuchar, y mejor.. me quedo callada..prefiero..no hacer más preguntas”.*

Angie Paola (19): *“Groseros. Digamos una..una...enfermera yo le pregunté que para qué eran tantas vacunas , osea, si..si el bebé estaba dentro de mí ...me dijo “pues porque así toca”..osea ...no eran respuestas de una persona quee ama su carrera..que quiere enseñar, que quiere orientar a la gente , no, eran como todas bastas ahí como por salir del paso, como si uno fuera un...no sé...una animal que tiene que saberlo todo”*

Durany (18): *“...no me han orientado así como tal para mi embarazo” “(La información) no es suficiente” “Me gustaría que fueran como más detallistas por lo que pues uno es primerizo y uno no sabe cómo cuidarse, cómo sentarse , cómo hace para que el bebé esté bien.” “Por lo que uno es primerizo uno no entiende sobre ese tema, entonces es como algo nuevo entonces que le hablen a uno así...que por ejemplo le digan a uno...me dicen cosas que yo no entiendo y yo pregunto y ...”*

Jeimy Lizeth (17): *“...pues como que se tratan dee..como de molestar..pero pues..uno como quee..logra entender las cosas, pero pues no hay como una explicación específica..acerca de eso, digamos, a loo..acerca de Compensar, porque pues eenn..en el SISBEN no tenía esos problemas...Compensar sí digamos..cosa que no entendía de alguna consulta , y yo le preguntaba, si ahí como que se trataban de poner bravos...”*

Es importante anotar que en el ejercicio de la información y comunicación se evidencia que algunas participantes identifican profesionales dentro de la atención en salud en las que tienen un mayor nivel confianza, por lo que los conocimientos acerca de los servicios de salud podrían o no darse dependiendo de este factor. Durany (18) nos comenta:

“Pues normalmente con el Ginecólogo pues yo le pregunto y le digo “¿cómo está el bebé?” y él me dice “Está bien, lo normal” entonces pues... si él me dice eso ya ...pues yo lo dejo así...no le pregunto nada más” “(Siento) que de pronto si le digo de pronto lo ven como me va a volver a responder lo mismo” “La reacción es es es... se les nota en la cara como que dice “ay no”...por decirlo así “qué bruta no entiendo”, entonces se les nota que como que les disgusta que uno les pregunte pero pueess...”

Angie Paola (16): *“Digamos cuando yo ya veía algo raro , yo ya en la siguiente ...en el siguiente control le preguntaba al médico, por eso te decía que el médico obstetra que me tocó al principio me caía súper bien porque yo le preguntaba absolutamente todo ... y digamos yo le llevaba una lista de síntomas...pues porque uno pues de primeriza no conoce sí? osea...tantas cosas que le pasan entonces digamos yo le decía “no, se me está cayendo el cabello”...entonces él me decía por qué era todo eso, sí? ya después pues..no tuve más (indistinguible) y ya me tocaron los otros médicos que eran...”*

En cuanto a percepciones frente al acceso a servicios de salud como la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) la mayoría de comentarios no reflejan un dominio o conocimiento del tema, y sobre este tema básicamente se obtuvieron apreciaciones morales o prejuicios.

Durany (18): *“Pues he escuchado mucho ese tema pero la verdad no... no estoy de acuerdo por lo que es algo que uno hizo y uno tiene a veces como una responsabilidad uno tiene que asumir lo que haya...o sea lo hecho, hecho está, y uno tiene que asumirlo así, así lleguen muchas posibilidades para uno interrumpir un embarazo pues de todas maneras yo lo veo como una bendición y es algo que uno hizo y tiene que ser responsable con los actos”.*

En algunos casos se puede inferir que en algún momento fueron informadas sobre este derecho, como en el de Angie Paola (16):

“...yo llamé aaa..mmm...a sitios de..donde hacían abortos...y llamé a “ORIENTAME”..que osea yo llamé a sitios donde podía hacerlo porque no tuviera las 3 causas quee..que son legales...”

Dentro de las narrativas de algunas participantes se evidencian imaginarios que pudieron representar una barrera de acceso a los servicios de salud, como en el caso de Angie Paola (19) en el que además se puede inferir que pudo haber existido una pobre o nula demanda por parte de ella a servicios de salud durante el primer trimestre de su embarazo:

“...fue como..estoy embarazada, y pues muchas veces pues uno tenía como retrasos y eso, y era «ay bueno ya, no va a pasar nada» pero era como... sí, osea estás embarazada y lo tienes que aceptar, te va a crecer la panza, y de hecho..como hasta los 3 meses fue que ya me empezó a dar durísimo que yo lloraba, y yo decía, osea, esto es en serio porque ..pues cuando uno no ve la panza...bueno la barriga (risas)...”

Del relato de la misma participante podemos inferir que pudo haber existido una barrera de acceso ya que ella al advertir los cambios estéticos de su cuerpo por el embarazo proyecta un posible rechazo social:

“...uno como que «bueno es normal, o sea ya, mi vida sigue, puedo salir, puedo seguir bailando, puedo hacer, puedo deshacer, o sea, nadie se va a dar por enterado que yo estoy embarazada» pero ya cuando la barriga salió ya fue como «no voy a ir a la discoteca, no voy a salir, no me puedo poner eso», y el tema de la ropa fue tenaz... y digamos..y tenía que ir así a la universidad, porque mi papá me dijo que tenía que continuar estudiando embarazada...entonces en la universidad como que todo el mundo me miraba así como «ay esa niña está embarazada» sí?”

Nancy Yolima (18): *“eee..pues es como algo..algo raro porque como que todos te miran, o todos tee..te critican tee..si..por estar embarazada”*

Las percepciones de efectividad y satisfacción de todas las participantes sin diferencia de estrato socioeconómico, en materia de medicamentos coinciden en que no se presentaron barreras de acceso a estos servicios. Algunos de sus relatos:

Windy (Estrato 2): *“Noo..eso era...cumplidamente”*

Durany (Estrato 3): *“Eso si fue puntual”*

Angie Paola (Estrato 2): *“No en eso sí fue bien...osea ..ee...cuando era el ácido fólico, todas esas cosas...me mandaban rápido la orden y ya... o sino me mandaban la orden para 3 meses, entonces durante esos 3 meses yo iba, en el próximo control pedía...o sea fue bien”*

Franci (Estrato 4): *“Sí. Sí, me entregaban todo a tiempo, las vitaminas, todo... el ácido fólico, todo eso”*

Laura Valentina (Estrato 2): *“Ah no, eso todo fue súper rápido porquee apenas yo tenía el control, me formulaban la medicina, yo subía al tercer piso y la reclamaba de una vez, y todo era gratuito”*

En cuanto a las percepciones acerca del espacio en donde eran atendidas en general hay una apreciación positiva, sin embargo, es de gran relevancia anotar que algunas participantes perciben que lo ofertado en el plan complementario de su EPS es de mayor calidad a lo ofertado en el plan básico. A este respecto Angie Paola (19) narró:

“... lo que te decía de que el POS y lo del PLAN COMPLEMENTARIO...yo un día me confundí y me fui al plan complementario, si? a la sala..y yo me senté y no, eran sofás súper cómodos , todo en silencio, de hecho tenían música así comoo relajante? y las...y de hecho las secretarias, las chicas que atienden ahí eran súper amables y yo «ushh, cambiaron Compensar» , cuando me dijeron no, eee, el POS es allá..y yo «ah, ok»..y allá las sillas así, de plástico feas, cuando ya tenía esa panzota uy ya no me quería sentar en eso, no me sentía cómoda..entonces no...y las chicas que atendían también era como si las cambiaron. osea allá estuvieran en el súper estrato y acá en el peor estrato, y entonces ya como que «ay sí» ..así...todas bastas.”

Las percepciones acerca de los horarios en las que fueron atendidas indican que para ellas esto no constituyó una barrera de acceso para los servicios de salud.

Nancy (18): *“Pues a mí me parecen bien, me parecen accesibles”*

Angie Paola (19): *“Sí son buenos...pues, por ejemplo me decían qué horario me servía ..yo decía que por la tarde cuando salía de la universidad y ya, no había problema...nunca fue comoo que «no, le toca en ..por la mañana» así, no.”*

En la categoría de percepciones acerca del funcionamiento y organización de la IPS hallamos múltiples indicios de barreras a los servicios de salud. En lo narrado por las participantes hay una percepción general negativa en cuanto al mecanismo como se llega a una cita personalizada o se programa un servicio de procedimiento o imagen, así como la oportunidad para ello. Esto fue lo que nos comentaron las adolescentes:

Angie Paola (19): *“...en la parte psicológica yo sí quería ir al Psicólogo...pues porque era un embarazo adolescente, enfrentaba muchas cosas , y nunca había agenda... yo siempre llamaba “no hay agenda, no hay agenda, no hay agenda”...entonces era..era horrible pues ya me tocó a mí sola enfrentarlo y..y pedir apoyo...con mis amigas...” “...Nutrición solo tuve en 9 meses 1 consulta, y..y me dijeron que era cada 2 meses cuando me habían dicho que era cada mes. Y aparte no...nunca más hubo agenda , después la echaron , entonces me dijeron que me iban a ..a asignar otra vez la cita y jum? nunca más volvieron a llamar”*

Durany (18): *“En eso sí fueron un poquito demorados porque...por ejemplo con las ecografías yo llamaba ique no, por teléfono no, y uno iba personalmente y le decían que no que tenía que llamar, entonces por ejemplo también tuve un problema para un control porque llamé ique no , que tenía queeee...que cómo era que decían? Que no estaba disponible creo, o que el ...los que atienden acá...los...que estaban ocupados ...y siempre fue así y duramos como 4 días así, que estaban ocupados, que estaban ocupados, y vine y me dijeron «no, esto, le toca es que llamar”*

“...yo estuve como 3 semanas viniendo a buscar una enfermera yyy que no estaba...”

Franci (19): "...las ecografías se me hicieron muy difíciles"

Jeimy Lizeth (17): "Los laboratorios como tal no me fue como bien en el primer ...eee. en la primera etapa de gestación porque..osea yo iba allá, y me decían que no había agenda paraa...para qué? paraa..para la ecografía..entonces osea , a mi se me hizo muy injusto porque pues a mí me tocó irme por Urgencias porque tenía dolor bajito..y si yo no me hubiera ido de..por Urgencias...yo no hubiera sabido quee..cómo estuviera mi bebé ni nada por el estilo..."

Nicole Vanessa (16): "...fue 1 exámen, la única vez fue porque el doctor no estaba y y pues..cómo iba a ir si no estaba el doctor que me tenía que poner ese examen"

Durany (18): "Pues por el momento en principio del embarazo eee... tuve dificultades en las ecografías ... no me las...mmm tuve una ecografía que la perdí en la semana 13... para ver... era creo era análisis a fondo del bebé y no me la pudieron hacer, me dijeron que , pues me mandaron para la Avenida Boyacá creo, por allá por una EPS, y fui y me dijeron que no que tenían un problema en un aparato y que no me la podían hacer, que la semana siguiente, y la pedí para la semana siguiente y no que tampoco que no me la podían hacer , luego me mandaron a otra EPS , y en esa otra EPS me dijeron que no que como yo no era o no pertenecía ahí que me tocaba ir, estar yendo, con...eso lo dicen con tiempo deeee...osea que no de ir fijamente sino a la de buenas, si lo atienden o no, y entonces pues se pasó el tiempo, porque la ecografía era solo de la 10 a la 13 y yo ya tenía 15 semanas de embarazo, y me hicieron una ecografía normal"

"Si me gustaría que fuera...como más eficiente ya que pues en el estado en que uno está pues uno pasársela por las escaleras pa' arriba y pa' abajo no...Una vez si, yo vine aquí por un eee...creo que era por una cita..o un..si era como por una cita y me dijeron que...pues que subiera al segundo piso a facturar, y pues como era el segundo piso subí por las escaleras y no que no que tenía que subir al cuarto piso a facturar, y luego me dijeron que no , que esa cita tenía yo no sé qué problema , que la Doctora no estaba o que la Enfermera no estaba...dos veces me pasó eso, que venía a buscar ...tenía un cita con un Doctor y no me llamaban ni me avisaban , y yo venía dijeron «no ese Doctor ya no...» es decir «ya no trabaja aquí»...y me hicieron subir al quinto piso, y luego bajar al cuarto piso y pues uno en el estado que está no es... y el ascensor pues lleno, y una cosa y otra entonces..."

Angie Paola (19): "...fue totalmente eee malo...porque allá qué? allá uno salía y entonces tocaba llamar...llega a atención al usuario, que se supone que es donde uno saca las citas y «ay no, llame, llame»"

Franci (19): "...para mí estaban muy desorganizados..porque siempre me tocaban citas muy lejos, o nunca habíaa fecha..yo la quería para la semana que viene y me la ponían 1 mes después entonces ya se me pasaban las semanas"

Laura Valentina (16): "Pues..lo de las ecografías me parecía que era muy desordenado porquee..a uno lo mandaban que para IDIME quee tenía que uno autorizar eso allá..osea..lo mandaban a uno a dar muchas vueltas...pero solo para los..lo de las ecografías" "y osea cualquier examen que a uno le hagan, radiografías y todo eso, pues uno tiene que dar muchas vueltas"

Nicole Vanessa (16): "...para mí el funcionamiento de la EPS no ha sido muy bueno, no...para mí ha sido muy mala..eee..porqueee..al..hacer una..osea, los exámenes y todo eso , ecografías, lo de las pastas, todo queda (...) 'magínate en Candelaria..que pa' reclamar las pastas, toca caminar a 2 cuadras pa' reclamarlas, y tras del hecho cobran..."

Dentro de sus narrativas es evidente que las percepciones de las participantes sobre los proveedores humanos señalan insatisfacción. Varias adolescentes sugieren que el trato del personal de la salud hacia ellas no fue realizado con calidez ni calidad. Esto nos relataron las adolescentes:

Angie Paola (19): "...el otro médico era supeer..basto ...no sé no me gustaba..era como «ay ya la carpeta» ee me medía, me pesaba , escuchábamos al bebé y ya chao...y yo le preguntaba cosas y decía «pues sí» ya...yo le decía...que en qué clínica lo podía tener, entonces bueno ya me dijeron que en La Magdalena entonces ..yo le preguntaba «¿y será que si me atienden bien?¿será que sí es buena?» «Ah pues yo no sé mamá» así como todoo..pues ..o sea deben entender que una mamá primeriza ...”

“todos... doctores, enfermeras, secretarias...MAL...malísimo...o sea yo digo que bueno, está bien, todo el mundo se cansa, todo el mundo se siente mal, tiene problemas , pero no es justo que se vayan a desquitar con la gente...eso es secretarias y enfermeras...y los doctores o sea en serio les falta..como, no sé..deberían de atender de verdad con calidad a la gente”

Nicole Vanessa (16): “Cuando ee..necesito una pregunta ,un exámen o algo..a veces le reciben el papel como que qué fastidio, comooo..rapao..eso uno como quee.ay mejor como ..rápido, vámonos y ya..así.”
“...como enfermeras que lo empiezan a regañar ..sin tener o sea esee permiso de que sí me pueda regañar, o sea, nunca le diría esa posibilidad...”

Más aun, las narrativas de las participantes coinciden señalando desaprobación de su estado de embarazo por parte del personal de la salud; en algunos casos se observa posible abuso emocional o psicológico. Esto puede evidenciarse en algunos relatos:

Durany(18): “Eee pues con el primer Médico que me tocó ee sí como que ...me dijo “Usted tan joven y en embarazo ...osea lo juzgan a uno y pues esto es algo que uno nadies lo... pues uno joven no lo planea...”

Angie Paola (19): “Digamos las que atienden los partos...que piensan que uno es un descontrolado que quiso estar embarazada yyy no sé o sea... yo creo que ellos tienen una percepción de uno que uno es totalmente diferente a ellos, yo no sé qué piensan en serio porque a uno lo tratan súper mal, como si..ejemplo allá decían..bueno a una muchacha le decían «¿ay para qué abrió las piernas?» así, súper groseras... uno... pues sí o sea, uno va y tiene relaciones sexuales pero uno nunca va a decir «ay no, voy a estar embarazada, voy a estar embarazada» o sea son cosas que a uno le pasan , las enfermeras no entienden eso... son súper bastas, los doctores lo mismo, o sea, no entienden que uno está, o sea, uno está embarazada, y necesita(...) bueno se vuelve como más sensible...por decirlo, y los doctores no son así, o sea no son como «ay ¿cómo estás, cómo está el bebé?» algo así, sino «ah venga la carpeta mm pesa tanto, ya , chao»”

Laura Valentina (16): “Pues yo pienso que pensarán que pues uno..que tan bobito, que ay que metió las patas, sí? cosas así”

Nicole Vanessa (16): “eee..en la sede de la 26..cuando fui con la Jefe de enfermeras..ee me regañó...que pues porque yo tan joven.. yyy..osea, me regañó..que en un modo, una actitud que a mí no me gustó nada y..pues, al momento le empecé a contestar feo..pero pues uno pues debe respetar a los mayores y todo eso entonces pues...”

En lo que respecta a lo financiero las percepciones de las participantes sobre este aspecto señalan que no se generaron barreras de acceso relacionadas con algún déficit financiero de la IPS. En 1 solo caso se registró la no existencia de un medicamento en farmacia cuando fue solicitado por la adolescente:

Nicole Vanessa (16): "...en unas ocasiones fue que..fui a reclamar lass..los medicamentos..ee..teníamos el dinero..ahí sí teníamos el dinero y todo...yy no estaban...y eran unas fáciles eran creo que unas amarillas, las dee..ácido..fórico.yy no había y a los 3 días llamaron ya..."

Discusión

Los costos, que han sido reconocidos por las participantes como un factor que influye negativamente en el acceso a ciertos servicios de salud está sujeto a variables como la vinculación laboral del que cotiza, este último que frecuentemente es un padre o madre cabeza de hogar en la que incluye a la adolescente en su grupo familiar. Los significados en cuanto a satisfacción indican en general que los costos que dan acceso a los servicios de salud son considerablemente altos para ellas. Se debe tener en cuenta que al ser jóvenes sin ingresos laborales aun, dependen económicamente de sus familiares o pareja, y por lo general cuando salen de su lugar de vivienda hacia su IPS no llevan dinero consigo diferente de ese que destinan para su transporte.

Algunas participantes que han tenido experiencia en los dos regímenes notan una calidad inferior o superior en la prestación de los servicios de salud dependiendo del régimen al cual se encuentren afiliadas. Ellas perciben una mayor calidad en los servicios de salud cuando son prestados por una EPS (Contributivo) al compararlos con los mismos cuando son prestados por una A.R.S. (Subsidiado/SISBEN). Al mismo tiempo perciben que existe una mayor calidad en la prestación de servicios de salud dentro del plan complementario de su EPS al compararlos con el plan básico de la misma. Dado que para las participantes existe un costo de oportunidad elevado si están afiliadas al régimen subsidiado en lugar de estarlo al régimen contributivo, al percibir que la calidad de un mismo servicio es superior si lo presta una EPS, y por esta razón tuvieron la voluntad de pagar por un mejor servicio, el modelo se comportará entonces más como uno de libre mercado que de cobertura universal (como en principio es) y en ese caso

“los obstáculos financieros pueden ser de importancia cardinal” (Frenk, 1985, p. 446). Tal vez por ello Frenk lo llame “poder de utilización” al referirse a “acceso”, en semejanza con el “poder de compra”, y que es la capacidad de una persona para adquirir algún bien o servicio, en el que el precio del servicio constituye un obstáculo para el usuario (Frenk, 1985, p.442). Debemos recordar que para todos los casos la salud es un servicio público como lo estableció la Sentencia C-408 de 1994 de la Corte Constitucional, y por tal razón está sujeto a un principio de universalidad, lo que garantiza la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. Podríamos también hablar de inequidad en la prestación de servicios de salud si revisamos el concepto por la CEPAL (Castaño, Arbeláez, Giedion, Morales, 2001, p.14): “Un sistema de salud se considera equitativo en la prestación de servicios, cuando los individuos reciben atención en salud de acuerdo a su necesidad, sin importar su capacidad de pago”, y recordando que dado el carácter fundamental del derecho a la salud la ley estatutaria en su Artículo 10 señala que las personas tienen derecho “a acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna, y de alta calidad” (Congreso, 2015, p. 5)

Otra barrera de acceso por costos podría estar condicionada por el hecho de que la adolescente es beneficiaria en lugar de ser la cotizante dentro de su afiliación al servicio de salud. La mayoría de las embarazadas adolescentes incluidas en este estudio se encuentran afiliadas como beneficiarias del servicio como parte de un grupo familiar cuyo cotizante es la madre o la pareja. Bajo la actual legislación colombiana los beneficiarios en el régimen contributivo están obligados a pagar valores en dinero para la prestación

de ciertos servicios. Para autores como Donabedian (1972) estos pagos, que para nuestras participantes están representados en cobros mediante “cuotas moderadoras” o “copagos”, corren el riesgo de reducir tanto el cuidado necesario en salud como el innecesario.

Sumado a esto observamos que en algunas de las participantes sus percepciones en cuanto a satisfacción indican que el costo para el acceso a servicios de salud como el método anticonceptivo de su preferencia, representó una barrera que pudo ser definitiva en la no prevención de sus embarazos. Esto fue comentado por Bertrand (1995), et al. quien en la discusión de “accesibilidad económica” afirma que las barreras económicas afectan el uso de anticonceptivos tanto desincentivando a potenciales usuarios del servicio como dificultando la continuidad en el método anticonceptivo. Las garantías a servicios de salud sexual y reproductivas inician en el acceso y cobertura a los métodos anticonceptivos; las barreras financieras por los costos que se generan en especial para iniciar un método anticonceptivo están en contravía con la intención del derecho positivo en la prevención del embarazo adolescente, con violación de los principios constitutivos del derecho a la salud, en especial el acceso a un método anticonceptivo que no suponga costos a las adolescentes.

Es evidente en nuestro estudio que la barrera económica es una causa para que las adolescentes no hayan hecho uso efectivo de algunos servicios de salud, tal y como aparece en el documento presentado en 2010 por el Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en el que el no uso de servicios fue atribuido en parte a los costos directos al valor de los mismos.

Siguiendo en otra categoría, interrogando acerca de las barreras geográficas encontramos que un número de participantes perciben negativamente su experiencia con el transporte público usado para trasladarse al punto de atención. Ellas refieren incomodidades (incluso trauma físico) dentro del vehículo en donde regularmente se transportan, y una adolescente en embarazo requiere de un traslado hasta el punto de atención que por su alcance económico usualmente no puede acceder a transporte en vehículo particular o taxi sino en bus o sistema de transporte masivo (Transmilenio) . Esto evidencia una barrera de acceso política dentro de la organización del Estado, lo cual fue señalado por otros autores en 2010 en el documento regional del Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Un transporte especial para mujeres embarazadas sería una medida facilitadora en el acceso a los servicios de salud, sobre todo en aquellas que residen a gran distancia de su punto de atención. En nuestro medio este servicio no se presta en las IPS porque no se encuentra ofertado por las EPS ni por el distrito, y dentro de las políticas públicas actuales no se contempla para poblaciones diferentes a personas en condición de discapacidad.

Encontramos además que las percepciones en cuanto a las barreras de acceso a la información sobre los servicios de salud, especialmente salud sexual y reproductiva, señalan profundas deficiencias en cuanto a satisfacción. Los momentos en los que las adolescentes entran en contacto con el personal de la salud son los espacios propicios no solo para informar lo que obliga un protocolo de atención sino para que cada una de ellas pueda despejar sus dudas o llenar vacíos de conocimientos, corregir imaginarios, etc. Lo que ocurre en la práctica es que las respuestas que da el proveedor son en algunos casos cortantes y el trato es distante o sin la calidez que ellas esperan tanto por

un principio de humanización como por su condición de embarazo. Esto según los relatos de las participantes genera un efecto de confianza versus desconfianza hacia quienes regularmente las atiende, en el cual algunos actores dentro del personal de la salud pueden ganar la confianza de ellas mientras otros la podrían perder. Bertrand (1995) aborda este tema bajo la categoría de “calidad del cuidado” definiendo que calidad y acceso no son elementos dispares sino que son complementarios, y que una primera buena impresión que se genere del personal que hace la atención representa no solo futura credibilidad sino la continuidad en el servicio.

Las percepciones generales de las participantes indican que existe un imaginario que podría estar interfiriendo en el acceso a los servicios de salud. Esto lo podemos evidenciar entre otros prejuicios, con la idea negativa que ellas tienen sobre el personal de la salud, en contraposición con el valor alto que para ellas tienen las opiniones de amigas de misma edad, compañeras de colegio, etc., lo que permite que la toma de decisiones sobre su sexualidad esté influenciada mayormente por su grupo etéreo que por los profesionales de la salud. Esto ha sido documentado por otros autores a nivel mundial, como Stephenson (2004) quien reportó en su estudio que el 22% de mujeres en zonas urbanas de Pakistán no usaron los servicios de planificación familiar aduciendo temor a ser tratadas de manera grosera por los proveedores.

Por lo general la búsqueda de información sobre sexualidad por parte de los adolescentes parece estar dispersa, consultan con los pares o amigos, es decir, obtienen conocimientos de personas que están desinformadas, porque están viviendo las mismas situaciones que ellos (Sosaya, 2016, p.92).

En lo que respecta a los significados en satisfacción acerca del personal de salud todo indica que se presentaron barreras de acceso. Por un lado las participantes coinciden en que existe desaprobación de su estado de embarazo por parte del personal por las que son atendidas; en algunos relatos se puede inferir incluso abuso emocional o psicológico a otras embarazadas adolescentes que no participaron en este estudio. Koster (2001) reportó que una barrera importante en el acceso a servicios de salud pública fue la actitud hostil del personal. Estas condiciones promueven un alto riesgo a que las adolescentes no inicien efectivamente un método anticonceptivo lo que puede resultar en un embarazo no planeado en la adolescencia, así como también que no accedan en general a servicios de salud durante su embarazo. Las barreras humanas no tendrían que generarse en el acceso a los servicios de salud por cuanto se espera que el personal de la salud, al ser un representante del Estado como garante de derechos, con un principio de corresponsabilidad, sea un facilitador del proceso y de las políticas públicas dirigidas a poblaciones con diferencia como las adolescentes.

Conclusiones

Las percepciones de las adolescentes señalan por mucho que el acceso a los servicios de salud se encuentra en un estado más en el terreno de lo potencial que de lo efectivo, lejano, en algunos casos con imaginarios de servicios inalcanzables y de los cuales ellas prefieren o están dispuestas a desistir. De sus experiencias con el sistema de salud predominan sensaciones de desvalor quizá por inseguridades, que luego confirman con posiciones y actitudes autoritarias de parte de los proveedores de salud, y segundo cuando se suma un embarazo por el cual son discriminadas en lugar de encontrar un trato preferente. Es por todo esto que la hipótesis se confirma en el marco de derechos humanos dado que la mujer adolescente afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud no tiene un acceso efectivo a los servicios de salud al existir desde su punto de vista insatisfacciones en la atención y la prestación de esos servicios, si vamos a considerar la satisfacción plena de una necesidad como un indicador de acceso con el mismo peso que la simple utilización de un servicio.

Luego de analizar las percepciones de las participantes encontramos que los costos para acceder a algunos servicios como un método anticonceptivo, representaron una barrera que no pudo ser superada, lo que fue definitivo en la no prevención del embarazo en por lo menos dos casos.

Significados en satisfacción señalan que se presentan barreras de acceso humanas y de información a servicios de salud, especialmente en aquellos que promueven la

prevención de un embarazo. En varias participantes se evidenció que recibieron atención sin calidad ni calidez por parte del personal de la salud.

Dentro del aspecto sociocultural se evidencian imaginarios que suponen barreras de acceso en general a los servicios de salud.

Entonces, dadas las percepciones de las participantes, tanto en efectividad como en satisfacción, podemos concluir que no existe acceso a algunos servicios de salud dentro de temas decisivos en salud sexual y reproductiva como información acerca de un método de planificación. Sumado a esto los costes para adquirir un método anticonceptivo habla de una barrera económica que prevalece, además de la evidente barrera humana que es transversal en toda la atención.

Desde la mirada del objeto de la política pública, las madres adolescentes, es notorio el pobre impacto que planes y programas implementados dentro del SGSSS han tenido para esta población. El enfoque de derechos humanos que teóricamente alimenta la política social para los grupos vulnerables no se traduce en la práctica, y lo que los consensos internacionales pretenden en alianza con los Estados sea de “el más alto nivel” se percibe como mínimos entregados por los proveedores locales. Las EPS parecen no tener la idoneidad en la custodia del derecho a la salud cuando persisten generando barreras de acceso que no han intervenido efectivamente con el tiempo, las cuales son críticas en los desenlaces de la vida y desarrollo humano de las mujeres.

Recomendaciones

Dado el impacto negativo de la actual política de seguridad social de Colombia para las embarazadas adolescentes la recomendación de insistir en un modelo de atención cercano a la gente, enfocándose en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entendiendo la heterogeneidad de la población, sus diferencias, limitaciones, dándole a la adolescencia su lugar en la política social, y a las mujeres adolescentes empoderarlas en la vía al goce efectivo de sus derechos en salud. Formular la política pública pensando en las debilidades actuales que persisten, como el trato desigual por regímenes de aseguramiento, y las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud. En las adolescentes integrar más su círculo escolar, el cual es determinante en el inicio de su vida sexual, dada la influencia de pares en la toma de sus decisiones, en un periodo en el cual las coberturas dentro del sistema de salud han demostrado ser más un factor de debilidad, y así es una nota común encontrar estudiantes que al momento de quedar en embarazo se encuentran desafiadas. Se hace necesario que el Estado en el marco de la protección social y del derecho garantice el acompañamiento profesional de alta calidad con calidez, que enlace el acceso oportuno y efectivo a un método anticonceptivo, y que garantice también la prestación de servicios de salud durante el embarazo si este ocurre, y que la calidad de la prestación de estos servicios se haga a un nivel en el que ellas lo reconozcan óptimo, en un alto grado de satisfacción, dentro de los significados que ellas mismas han provisto, y por ende que exista acceso.

Referencias

- Aday, L.A., Andersen R.M. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*. 1974;9(3):208-220.
- Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives* 1995;21(2):64-69,74.
- Bouza A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2000;26: 50-56.
- Braga, I. F., Oliveira, W. A. de, Spanó, A. M. N., Nunes, M. R., & Silva, M. A. I. (2014). Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 18(3).
- Carvacho, Ingrid Espejo; Mello, Maeve Brito de; Moraes, Sirlei Siani and Silva, João Luiz Pinto e. Factores asociados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.5, pp. 886-894. ISSN 1518-8787
- Castaño, R.A., Arbeláez, J.J., Giedion, U., Morales, L.G. Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. Chile. 2001. p. 14.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 599 de 2000, Arts. 205 a 209. Ley 1236 de 2008, Arts. 1 al 6. Ley 1751 de 2015 Arts. 1 al 20.
- Corcuera, R. et al. Exigibilidad del derecho a la salud. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud. Lima. 2006.

- Corredor Martínez, C. La Política Social en Clave de Derechos. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. 2010. p. 54
- Cultura Salud, *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Documento realizado por la organización Cultura Salud para el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud, Chile.* 2010.
- Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press; 1973.
- Embarazo en Adolescentes. Generalidades y Percepciones. Observatorio del Bienestar de la Niñez. ICBF. 2015.
- Enthoven, A. Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care reading. Washington DC: Addison-Wesley Publishing Co. ;1980.
- Fernández, A. Marco de Referencia del Derecho a la Salud. En: *Marco teórico para la aplicación del enfoque basado en derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.* 2009. p.143-166
- Flórez, Carmen Elisa. Vargas, Elvia. Henao, Juanita. Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documento CEDE. Universidad de los Andes. 2004. Pág. 1.
- Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México. 1985; 27 (5): 438-453.
- Gold, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. HealthServicesResearch. 1998;33(3):625-652.

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C. Norma Mexicana IMNC.

Sistemas de Gestión de la Calidad- Fundamentos y Vocabulario. 2008.

Koster A, K.J., Offei A., *Utilization of reproductive health services by adolescent boys in the eastern region of Ghana*. African Journal of Reproductive Health, 2001(5): p. 40-49.

Lam, Rosa. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. Vol. 24. No. 2.Ciudad de La Habana. Mayo-Agosto 2008.

Mejía Gómez, ML. Montoya Chica, P. Blanco Rojas, A. Mesa, ML. Moreno López, D. Pacheco Sánchez, I. **Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud: Propuesta para su identificación y superación**. Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2010.

Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2005.

Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA Colombia. *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Segunda edición. Bogotá. 2008.

Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948.

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales.1966.

Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993.

Naciones Unidas. Doc. **A/CONF.171/13/Rev.I** (1995). Recuperado de
<http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000.
Pág.1

Penchansky, R., Thomas, J.W. The concept of access: definition and relationship to costumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19: 127-140.

Pontificia Universidad Javeriana. Informe de calidad de vida en Bogotá 2017. Bogotá
Cómo Vamos. 2018. p. 124.

Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá. 2010.

Rubio-Mendoza, M., *Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá*. *Rev. salud pública*, 2008. 10(1): p. 29-43.

Salkever D S: Accessibility and the demand for preventive care o *SocSci& Med* 1976: 10: 469-475.

Sosaya, J. Percepción de los adolescentes con respecto al consultorio de salud sexual y reproductiva, en una escuela pública de la provincia de Jujuy, periodo 2011. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. 2016.

Stephenson R, H.M., *Barriers to family planning use among the urban poor in Pakistan*. *Asia-Pacific Population Journal*, 2004(19): p. 5-26.

Tanahashi, T. Health service coverage and its evaluation . *Bull World Health Organ*. 1978; 56: 295-303.

Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, ML., Mogollón-Pérez, A. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev. salud pública.* 12 (5): 701-712, 2010.

World Health Organization. *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change.* 2002.

World Health Organization, UNFPA. *Pregnant Adolescents.* Geneva: WHO, 2006.