Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (2): 300-311.
https://doi.org/10.51288/00860212

Barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y su asociación con el embarazo adolescente

Piero Sebastián Alarcón San Miguel,[1] Héctor Obeth Ochoa Loayza,[1]
Vilma Ariana Trujillo Loja,[1] Keile Joyce Desposorio Robles,[2] José Vela-Ruiz.[3]

RESUMEN

Objetivo: *Sintetizar la evidencia reciente sobre los obstáculos que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y su vínculo con la ocurrencia de embarazos tempranos.*

Métodos: *Se realizó una revisión sistemática de la literatura (2015–2025) en PubMed, Scopus, Scielo y Google Scholar, empleando términos MeSH y DeCS sobre adolescencia, salud sexual, salud reproductiva y embarazo, aplicando criterios de inclusión y exclusión predefinidos.*

Resultados: *La literatura examinada describe barreras personales, familiares, socioculturales y estructurales que dificultan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre las más mencionadas figuran el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, la ausencia de orientación fiable, el poco conocimiento acerca de los servicios disponibles, la vergüenza o temor a solicitar atención y los estigmas sociales; además, la distancia a los centros y la escasa oferta de servicios adaptados a jóvenes reducen la cobertura efectiva. La evidencia sugiere que la educación sexual integral, las intervenciones intersectoriales y la disponibilidad de servicios accesibles y respetuosos mejoran el acceso y contribuyen a disminuir los embarazos tempranos.*

Conclusiones: *Persisten limitaciones multidimensionales que restringen la atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes; ampliar la educación sexual, fortalecer servicios adecuados y promover estrategias coordinadas es clave para reducir el embarazo temprano.*

Palabras clave*: Adolescente, Embarazo, Embarazo en adolescentes, Salud Sexual, Salud Reproductiva, Accesibilidad a los Servicios de Salud.*

Barriers to accessing sexual and reproductive health services and their association with teenage pregnancy

SUMMARY

Objective: *To synthesize recent evidence on the obstacles that limit access to sexual and reproductive health services and their link with the occurrence of early pregnancies.*

Methods: *A systematic review of the literature (2015–2025) was conducted in PubMed, Scopus, Scielo, and Google Scholar, using MeSH and DeCS terms on adolescence, sexual health, reproductive health, and pregnancy, and applying predefined inclusion and exclusion criteria.*

Results: *The literature reviewed describes personal, family, sociocultural, and structural barriers that hinder adolescents' access to sexual and reproductive health services. Among the most frequently mentioned are lack of knowledge about contraceptive methods, lack of reliable guidance, limited knowledge about available services, embarrassment or fear of seeking care, and social stigma. In addition, distance to centers and the limited availability of services tailored to young people reduce effective coverage. Evidence suggests that comprehensive sexuality education, intersectoral interventions, and the availability of accessible and respectful services improve access and contribute to reducing early pregnancies.*

Conclusions: *Multidimensional limitations that restrict sexual and reproductive health care for adolescents persist; expanding sexuality education, strengthening adequate services, and promoting coordinated strategies are key to reducing early pregnancy.*

Keywords: *Adolescent, Pregnancy, Early pregnancies, Sexual Health, Reproductive Health, Health Services Accessibility.*

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es un desafío prioritario para la salud pública, debido a su gran impacto en la morbilidad materna y neonatal. Presenta una gran relación con los determinantes sociales como la desigualdad de género, pobreza, falta de oportunidades y dificultades para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, además de su alta asociación con el matrimonio infantil (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que, cada año en países de ingresos bajos y medianos, se producen más de 21 millones de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, de los cuales alrededor

[1]Universidad Ricardo Palma. Investigador del Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas (INICIB). [2] Universidad Ricardo Palma. Médico cirujano. Especialista de Gestión en Salud y Magíster en Gerencia en Servicios de Salud. [3] Universidad Ricardo Palma. Doctor en Medicina. Especialista en Oncología Médica y Magíster en Gerencia de Servicios.
Correo para correspondencia: 202020124@urp.edu.pe

Forma de citar este artículo: Alarcón PS, Ochoa HO, Trujillo VA, Desposorio KJ, Vela-Ruiz J. Barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y su asociación con el embarazo adolescente. Rev Obstet Ginecol Venez. 86(2):300-311. DOI: 10.51288/00860212

de la mitad no son deseados (2). En 2021, se observó una reducción de embarazos en adolescentes, mientras que una década antes la proporción era de 1 de cada 15 (1). Esta reducción fue más significativa en Asia Meridional, mientras que en América Latina, el Caribe y África Subsahariana persisten cifras elevadas. Estas regiones presentan actualmente las tasas más altas, con 97,9 nacimientos por cada 1000 adolescentes en África Subsahariana y 51,4 en América Latina y el Caribe, en contraste con Europa, donde se registran solo 13,1 por cada 1000, lo que refleja profundas desigualdades en el acceso a la salud sexual y reproductiva (2).

La alta tasa de embarazos en adolescentes en América Latina y en especial en las zonas pobres y rurales se debe a la dificultad para acceder a una educación formal, información y uso de métodos anticonceptivos así como a una débil orientación sexual pública (3). Estudios revelan que muchas regiones de América Latina muestran dificultad para implementar políticas de educación sexual en las escuelas, esto trae como consecuencia un desconocimiento desde etapas tempranas sobre la sexualidad y los métodos que existen para evitar un embarazo no deseado, lo que explicaría porque, en la actualidad, Latinoamérica sigue presentando estas altas tasas (4).

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, cada ocho minutos una adolescente entre 15 y 19 años da a luz (5). Este problema se ve reflejado en la alta incidencia y desigualdades estructurales que afectan especialmente a poblaciones vulnerables. Las adolescentes que viven en zonas rurales, en la Amazonía o en condiciones de pobreza tienen mayor riesgo de embarazo temprano, influenciado por factores como el escaso acceso a métodos anticonceptivos, la falta de educación sexual integral, el inicio precoz de relaciones sexuales y la unión conyugal a edades tempranas (6).

En comunidades indígenas, como las de la selva central del país, esta situación se agrava aún más. La población Asháninka identificó que la baja escolaridad, los hogares numerosos y la escasa comunicación familiar sobre sexualidad aumentan significativamente la probabilidad de embarazo en adolescentes. Además, estas comunidades enfrentan barreras culturales y geográficas que dificultan el acceso a servicios de salud oportunos y adecuados, limitando la implementación de estrategias preventivas efectivas (6).

El objetivo de este artículo de revisión es evaluar y sintetizar evidencia científica existente sobre las barreras para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y su asociación con el embarazo en adolescentes, identificando así factores que limitan dicho acceso y favorecen la persistencia del embarazo temprano.

MÉTODOS

La presente revisión reclutó artículos en inglés y español publicados entre 2015 y 2025, disponibles en las bases de datos PubMed, SCOPUS, Scielo y Google Scholar.

Se utilizó la pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre el embarazo en adolescentes y la falta de acceso a salud sexual y reproductiva? Pregunta PEO: Población (P): adolescentes, Exposición (E): acceso limitado o inexistente a servicios de salud sexual y reproductiva, *Outcome* (O): embarazo adolescente. Se emplearon términos DeCS y MeSH, combinados con operadores booleanos AND/OR:

DeCS: Adolescente, Salud Sexual, Salud Reproductiva, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Servicios de Salud del Adolescente, Embarazo

MeSH: *Adolescents, Sexual Health, Reproductive Health, Reproductive Health Service, Access to Health*

Services, Accessibility of Health Services, Adolescent Health Service, Pregnancy.

Términos libres: *Adolescents, Sexual Health, Reproductive Health, Accessibility of Health Services, Services, Adolescent Health, Pregnancies, Gestation.*

Se incluyeron artículos en español o inglés publicados en los últimos 10 años, que incluyeran población adolescente embarazada, estudios que analicen la relación entre el embarazo adolescente y el acceso o barreras a los servicios de salud sexual y reproductiva, artículos disponibles en texto completo. Los diseños incluidos fueron estudios observacionales, ensayos clínicos, artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis

Se excluyeron reportes de caso, cartas al editor, editoriales, opiniones, columnas de opinión y tesis, además de estudios enfocados en población no adolescente (niños, adultos jóvenes o mayores) y artículos sin acceso completo

RESULTADOS

Al realizar la búsqueda bibliográfica en Pubmed, Scopus, SCIELO y Google Scholar con la combinación mencionada, se encontró un total de 10 098 estudios publicados desde el año 2015 hasta la fecha. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 39 por ser artículos duplicados, 209 por no centrarse en el tema o no cumplir con la temporalidad y 39 tras la lectura completa. La figura 1 muestra además el proceso de selección de los estudios. En la Tabla 1, presenta la clasificación de los 15 artículos según títulos, autores y diseño de trabajos de investigación relacionados al tema de estudio (7 – 21).

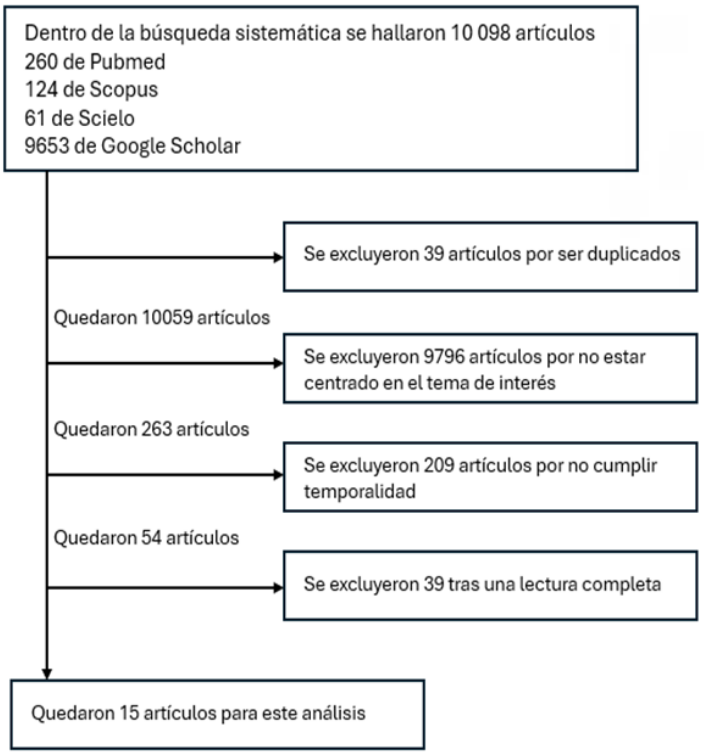


Figura 1. Diagrama de selección del estudio

Tabla 1. Títulos, autores, países, diseño y conclusiones de trabajos de investigación relacionados con barreras para el acceso a salud sexual y reproductiva y su asociación con el embarazo adolescente.

Autor (año)	Título	País	Diseño	Conclusión
Hubert y cols. (7) (2019)	Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24	México	Estudio transversal analítico	La educación y el retraso del inicio de la vida sexual son factores clave que disminuyen el riesgo de embarazo y maternidad temprana entre las jóvenes mexicanas.
Villalobos y cols. (8) (2024)	Servicio de salud sexual y reproductiva en adolescentes	México	Estudio transversal	Es necesaria la difusión adecuada a través de medios que utilizan con más frecuencia la población adolescente para que se conozcan los beneficios y hacer un mayor uso de los mismos por parte de está población.
Mbizvo y cols. (9) (2023)	Comprehensive sexuality education linked to sexual and reproductive health services reduces early and unintended pregnancies among in-school adolescent girls in Zambia.	Zambia	Ensayo controlado aleatorio	La educación sexual integral en las escuelas contribuye a mejorar el conocimiento, la salud y las decisiones reproductivas de los adolescentes
Ancajima (10) (2024)	Barreras de acceso a los servicios primarios de salud sexual y reproductiva en adolescentes, de una comunidad urbano marginal del Perú	Perú	Estudio analítico de casos y controles	Las barreras socioeconómicas, el desconocimiento de los servicios y la vergüenza al acudir a ellos limitan el acceso de los adolescentes a la salud sexual y reproductiva.
Gómez y cols. (11) (2018)	Fecundidad en mujeres adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015	México	Estudio ecológico	La pobreza, el rezago educativo y el acceso limitado a servicios de salud son factores determinantes en el embarazo adolescente.
Castro-Sandoval y cols. (12) (2019)	Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de chile, período 2010 - 2017	Chile	Observacional tipo Ecológico	La educación sexual aplicada en Chile mostró descenso de embarazo adolescente, pero aun muestran debilidades para la prevención de ITS y el uso de preservativo
Obach y cols. (13) (2018)	Estrategias intersectoriales entre salud y educación para la prevención del embarazo adolescente en Chile: Hallazgos de un estudio cualitativo	Chile	Observacional, cualitativo etnográfico	Promover la cooperación entre los sectores de salud y educación es esencial para una prevención eficaz del embarazo adolescente.
Obach y cols. (14) (2017)	Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Chile: El rol de la educación sexual	Chile	Observacional, cualitativo etnográfico	Impulsar la educación sexual integral en adolescentes fortalece su autonomía y protección frente a riesgos sexuales.
Wahyuningsih y cols. (15). (2024)	Descubriendo las barreras a la concientización sobre la salud reproductiva entre los adolescentes rurales: una revisión sistemática	Indonesia	Revisión sistemática	Las barreras individuales son las principales limitantes para el acceso a la salud sexual y reproductiva.
Munakampe y cols. (16) (2018)	Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review	Zambia	Revisión sistemática	La falta de información incrementa el riesgo de embarazos no deseados y abortos inseguros.

Tabla 1. Títulos, autores, países, diseño y conclusiones de trabajos de investigación relacionados con barreras para el acceso a salud sexual y reproductiva y su asociación con el embarazo adolescente (cont.).

Autor (año)	Título	País	Diseño	Conclusión
Quiroz y cols. (17) (2024)	Disponibilidad y Accesibilidad de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en la Zona Sur de Manabí	Ecuador	Revisión sistemática	Existe una baja accesibilidad y escaso conocimiento sobre los servicios de salud sexual y reproductiva entre adolescentes de zonas rurales.
Quintero y cols. (18) (2015)	Conocimientos y prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva en diferentes grupos poblacionales de Colombia	Colombia	Artículo de revisión	Se deben aplicar estrategias de promoción y prevención de salud sexual adecuadas al contexto social y cultural del país para obtener los resultados esperados.
Castillo y cols. (19) (2022)	Educación sexual en el sistema educativo para prevenir el embarazo adolescente	Ecuador	Artículo de revisión	El sistema educativo mediante la educación sexual tiene un rol de vital importancia para la prevención y reducción del embarazo adolescente.
Cano Toala (20) (2022)	Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la población adolescente	Ecuador	Artículo de revisión	Los programas y políticas aplicadas han conseguido la reducción de las tasas de fecundidad adolescente sin embargo aún existen brechas significativas para el acceso efectivo a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.
Sánchez-Garrido y cols. (21) (2025)	Papel de la educación sanitaria en la prevención del embarazo en la adolescencia	Ecuador	Artículo de revisión	La educación sanitaria es un recurso esencial para la prevención del embarazo adolescente y para promover los derechos sexuales y reproductivos.

Barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva

La evidencia revisada muestra que las barreras que restringen el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva están condicionadas por determinantes multifactoriales que operan a nivel individual, interaccional, sociocultural e institucional. Según Wahyuningsih y cols. (15), a través de una revisión sistemática de 20 estudios, identificaron que los adolescentes residentes en zonas rurales presentan mayor vulnerabilidad frente a embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual, atribuible a un limitado nivel de alfabetización sexual y reproductiva y a la insuficiente disponibilidad de servicios especializados. Del total de investigaciones incluidas, el 100 % reportó barreras individuales, el 90 % barreras interpersonales, el 65 % barreras socioculturales y el 60 % barreras institucionales, evidenciando la naturaleza multidimensional del problema. Entre las barreras específicas, la falta de conocimiento fue señalada en 10 estudios, mientras que las creencias erróneas, la vergüenza y el pudor se identificaron de forma reiterada como obstáculos emocionales relevantes. A nivel interaccional, se describió la comunicación intrafamiliar deficiente y la presión de pares; en el ámbito sociocultural, predominaron normas restrictivas y estigmas; y en el nivel institucional, se documentó la carencia de personal con competencias técnicas y experiencias negativas durante la atención.

En el contexto peruano, Ypanaque (10), mediante un estudio caso-control realizado en 288 adolescentes (144 casos y 144 controles), demostró que variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico se asocian significativamente con la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva.

El autor encontró que disponer de recursos económicos para cubrir el traslado (OR = 4,23), así como el uso de transporte público (OR = 1,58) y el conocimiento de los servicios disponibles (OR = 1,15) incrementan la probabilidad de acceso. En contraste, los sentimientos de vergüenza durante la atención reducen la probabilidad de utilización (OR = 0,59).

De forma similar, Villalobos y cols. (8), a través de un análisis transversal de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México 2023, evaluaron a 305 adolescentes con inicio de vida sexual, de los cuales solo el 33,4 % buscó información o atención en salud sexual y reproductiva, y únicamente el 31,6 % terminó utilizando efectivamente los servicios. Se observó un marcado gradiente sociodemográfico: las mujeres accedieron con mayor frecuencia que los varones (48,5 % vs. 21,9 %), así como los adolescentes residentes en áreas urbanas (31,7 % vs. 10,6 % en zona rural) y aquellos con mayor nivel educativo (63,3 % entre quienes tenían preparatoria o más). Los principales obstáculos identificados fueron el desconocimiento de los servicios disponibles, la desconfianza en la confidencialidad, los horarios inadecuados y la limitada empatía del personal de salud.

En Ecuador, Quiroz y cols. (17), en una revisión sistemática de estudios realizados en la zona sur de Manabí, identificaron que la mayoría de adolescentes desconoce la existencia de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles para su grado etario. Los trabajos analizados describen de manera reiterada barreras como la falta de información, la carencia de transporte y recursos económicos, horarios poco compatibles con las actividades escolares, así como la presencia de estigmas y prejuicios culturales en torno a la sexualidad adolescente, factores que en conjunto limitan la accesibilidad y la utilización efectiva de estos servicios. De manera complementaria, Cano (20), en una revisión descriptiva, analizó programas estatales como ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes), Plan Familia y PIPEA (Proyecto Nacional de Innovación Tecnológica Participativa y Productividad Agrícola), los cuales promovieron la educación sexual integral, la consejería y la provisión gratuita de anticonceptivos, observándose una reducción de la tasa de embarazo en adolescentes entre 2011 y 2020, aunque con persistencia de brechas en zonas rurales y de bajos recursos, lo que evidencia la falta de sostenibilidad institucional y la necesidad de fortalecer las políticas de acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva.

Determinantes educativos en el embarazo en adolescentes

La educación desempeña un rol decisivo en la prevención del embarazo en adolescentes al actuar como un determinante estructural que modula tanto el comportamiento sexual como la capacidad de toma de decisiones. Hubert y cols. (7) señalan que la permanencia escolar funciona como un factor protector al retrasar el inicio de la actividad sexual, favorecer la adquisición de conocimientos adecuados sobre anticoncepción y promover actitudes más críticas frente al riesgo reproductivo. Asimismo, la educación formal genera un entorno de aprendizaje que fortalece habilidades cognitivas, expectativas de futuro, aspiraciones académicas y la construcción de proyectos de vida a mediano y largo plazo, elementos que reducen la probabilidad de maternidad temprana y facilitan el uso informado de métodos anticonceptivos. Medina y Ortiz (11) plantean que la educación formal constituye un determinante protector central frente al embarazo adolescente, en tanto fortalece en los jóvenes competencias cognitivas y psicosociales esenciales para su desarrollo. Señalan que la permanencia escolar no solo incrementa el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, sino que también promueve la autonomía personal, el pensamiento crítico y la capacidad de tomar decisiones informadas respecto a su proyecto de vida. Asimismo, la educación facilita la construcción de expectativas y metas académicas y laborales a mediano y largo plazo, reduciendo la probabilidad de asumir conductas sexuales de riesgo o

iniciar tempranamente la maternidad. De este modo, la escuela opera como un entorno estructurante que modula habilidades, aspiraciones y oportunidades, funcionando como un mecanismo clave para disminuir la vulnerabilidad reproductiva en la adolescencia. Diversos estudios han documentado que un bajo nivel educativo y la deserción escolar incrementan de manera significativa el riesgo de embarazo adolescente, especialmente en contextos caracterizados por pobreza, marginación social y ausencia de programas de educación sexual integral. La discontinuidad escolar no solo limita el acceso a información estructurada sobre salud sexual y reproductiva, sino que también reduce la exposición de los adolescentes a espacios formativos que promueven habilidades de autocuidado, pensamiento crítico y planificación del proyecto de vida. En esta línea, Munakampe y cols. (16) evidenciaron que las adolescentes que se encuentran fuera del sistema educativo presentan niveles marcadamente inferiores de conocimiento sobre anticoncepción, tanto en lo referido a la identificación de métodos modernos como en la comprensión de su uso correcto, continuidad y eficacia. Este déficit informativo profundiza la vulnerabilidad reproductiva, ya que se asocia con mayor probabilidad de maternidad temprana, adopción de prácticas sexuales poco seguras y dificultades para acceder oportunamente a servicios de salud sexual y reproductiva. De este modo, la permanencia escolar emerge como un determinante esencial para reducir inequidades, mejorar el conocimiento anticonceptivo y mitigar el riesgo de embarazo en edades tempranas; por tanto son más proclives a la maternidad temprana y presentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud, lo que acentúa su vulnerabilidad.

Implementación de programas de educación sexual integral

Mbizvo y cols. (9), en su estudio realizado en Zambia, demostraron que integrar la educación sexual con los servicios sanitarios redujo significativamente la tasa de embarazo en adolescentes. En este estudio, en el que participaron 23 escuelas de Zambia, evaluaron tres modelos de intervención que tenían como base la educación sexual integral. El primero de ellos solo se consideró la educación sexual integral, en el segundo modelo se agregó actividad de salud en la escuela y el tercero enlazó estos con los servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los adolescentes. Se evidenció que los programas integrados tenían mejores resultados, como el que incorporó servicios amigables en centros de salud donde se redujo la proporción de embarazos a 1,34 %. Obach y cols. (14), por su parte, identificaron que los programas integrales de educación sexual como Espacios Amigables en 2009, Programas de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2012, e intervención innovadora con equipos de salud instalados en las escuelas, este último donde se asignaron salas de salud o de bienestar de atención permanente, tuvieron más éxito en Chile. En estos programas se incluye información sobre métodos anticonceptivos, relaciones igualitarias y trabajo de permanente consejería, favorecieron las conductas sexuales más responsables así como uso adecuado de métodos anticonceptivos. Castro-Sandoval y cols. (12), en Chile, vieron que en escuelas con programas formales de educación sexual integral bien estructurados como el programa de educación en sexualidad, afectividad y género, fortalecidos por espacios amigables, mostraron mejores resultados en la conducta sexual de los estudiantes, asociados a mayor uso de anticonceptivos y menor incidencia de embarazos, lo que refuerza la eficacia de los modelos integrados cuando se aplican de manera sostenida y contextualizada.

A pesar de los avances, aún se evidencian algunas limitaciones estructurales y culturales que reducen la efectividad de las estrategias educativas en salud sexual. Castillo y cols. (19) indican que los programas centrados en la abstinencia o que carecen de un enfoque contextual y participativo tienden a ser menos eficaces; por el contrario, programas que aplican un enfoque participativo mediante diálogos abiertos, actividades dinámicas, o los basados en enfoque de género con relaciones igualitarias y participación de la familia y comunidad generaron mejores resultados en la comprensión de la información

y capacidad de toma de decisiones responsables. Para Sánchez y cols. (21), la educación sexual integral debe entenderse como un proceso continuo y formativo que fomente la autonomía, la equidad y la toma de decisiones responsables, respaldado por políticas públicas sostenibles que aseguren su permanencia y cobertura. El estudio remarca que los programas con mayor efectividad son los que combinan educación sexual integral en el currículo escolar con consejería permanente. La implementación de talleres participativos sobre anticonceptivos y prevención de riesgos o programas intersectoriales fueron parte del éxito evidenciado de esta revisión. Si bien es cierto que el estudio no muestra tasas de éxito cuantitativas, los autores resaltan las mejoras que se documentaron en conocimiento, responsabilidad sexual y reducción de conductas de riesgo.

Propuestas de intervención y mejora

La evidencia revisada sugiere que la prevención del embarazo adolescente y la promoción de la salud sexual y reproductiva requieren estrategias integrales, intersectoriales y culturalmente contextualizadas. Obach y cols. (13), mediante un estudio etnográfico en cinco municipios de Chile, identificaron que el modelo basado en la escuela presenta mayor efectividad que el modelo "in-and-out" ya que su presencia continua en los establecimientos educativos permite mayor accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductivas, de esta manera se eliminan barreras de tiempo y desplazamiento en los adolescentes que quieran hacer uso de los mismos. La instalación de salas de salud y la presencia de profesionales favorecen la construcción de vínculos de confianza, importante pues los estudiantes identificaron como decisivo para solicitar consejería y resolver dudas que consideraban privadas. En coordinación con centros de salud también se facilitó el acceso a métodos anticonceptivos reduciendo en los estudiantes el estigma del tiempo y la vergüenza para adquirirlos. Con base en estos resultados, la aplicación de esta estrategia en el contexto latinoamericano podría tener consecuencias positivas así como se obtuvieron en Chile.

De manera complementaria, Quintero y cols (18), en Colombia, evidenciaron que la ausencia de estrategias educativas estructuradas se relaciona con conductas sexuales de riesgo y elevado riesgo de embarazo no planificado o infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Los autores destacan estrategias basadas en capacitación de los docentes con metodologías flexibles, es decir, crear ambientes de confianza con los estudiantes, permitir el desarrollo de dinámicas participativas, como debates, y resolver dudas sin estigmatización de la sexualidad, además de iniciar la educación sexual desde etapas tempranas a fin de promover prácticas sexuales seguras y responsables, basados en un enfoque más pedagógico que moralista. Estas estrategias aplicadas en el contexto sociocultural de cada país podrían generar resultados satisfactorios siempre que se desarrolle de forma adecuada, priorizando el bienestar del adolescente e implementándolo como parte de políticas públicas para obtener un mayor alcance poblacional.

DISCUSIÓN

La adolescencia constituye un período crítico para el desarrollo biopsicosocial, durante el cual las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción tienen un impacto significativo en la salud presente y futura. En este sentido, garantizar el acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva se vuelve esencial para prevenir riesgos como embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual. Los estudios evidencian que la población adolescente enfrenta múltiples barreras para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, entre las que destacan la insuficiente información, el temor al estigma social, las extensas distancias hacia los establecimientos de salud, los costos asociados al transporte y a los insumos sanitarios, así como la ausencia de contenidos formales sobre educación sexual en el ámbito escolar (8, 10, 15, 17, 20).

La falta de información veraz y oportuna sobre salud sexual y reproductiva se refleja en el escaso conocimiento de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual y sus derechos reproductivos. En muchos casos, la información que reciben es incompleta o errónea debido a la escasa orientación profesional y a la ausencia de educación sexual integral en las instituciones educativas, lo que restringe la toma de decisiones informadas. Asimismo, un porcentaje considerable de adolescentes desconoce la existencia de los servicios y programas de salud sexual y reproductiva implementados por el Estado, lo que dificulta su acceso oportuno y genera desinterés en acudir a los establecimientos de salud (17). Estudios también toman en cuenta las grandes distancias hacia los centros de atención y su dificultad para acceder a ellos por razones geográficas, especialmente en zonas rurales, donde los servicios son escasos y los costos de traslado elevados (15). Por otro lado, la carencia de educación sexual integral en el currículo escolar perpetúa mitos, tabúes y desinformación, impidiendo que los adolescentes desarrollen competencias para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera segura y responsable (15).

Estos resultados se condicen con estudios internacionales que identifican barreras estructurales similares en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Investigaciones desarrolladas en distintos contextos, como California y el África Subsahariana, evidencian que los costos de atención, la distancia hacia los establecimientos y la falta de confidencialidad o empatía del personal sanitario continúan limitando la asistencia de los adolescentes a los servicios de salud (22, 23). Es por ello que el fortalecimiento de la educación sexual integral y la implementación de servicios accesibles y amigables deben considerarse estrategias prioritarias dentro de las políticas públicas, promoviendo la participación de la escuela, la familia y el sistema sanitario en la formación y orientación de los adolescentes (24).

Estudios también detallan el papel de la educación y sus implicancias en el embarazo en adolescentes (7, 11, 16). Estos revelan que jóvenes con un bajo nivel educativo o con deserción escolar presentan mayor probabilidad de embarazos a temprana edad especialmente si estos se asocian a contextos de pobreza y desigualdad social. Por el contrario, una educación de calidad actúa como un factor protector pues brinda al adolescente mayor conocimiento, autonomía y mejora su capacidad de toma de decisiones que pueden repercutir en su futuro. Estos datos van de la mano con un análisis realizado en América latina en el que se detalla que una educación de calidad y buen rendimiento escolar disminuye las conductas sexuales riesgosas, porque un embarazo no deseado a temprana edad dificultaría alcanzar sus metas personales (3). Sobre la base de este contexto y en busca de mejorar esta problemática, es necesario que los estados, al menos en el contexto latinoamericano, garanticen la educación integral, ya sea a través de normas o implementándolas en la currícula escolar, puesto que la educación constituye un pilar fundamental en la prevención del embarazo en las adolescentes. Ahora bien, esta educación sexual integral no solo debe limitarse a las escuelas; los padres, profesores y la comunidad también van a ejercer un rol importante y van a contribuir en la formación personal del adolescente y así obtener mejores resultados (25).

Los estudios que abordan la implementación programas de educación sexual integral (10, 13, 16, 17) evidencian que las intervenciones educativas de manera continua reducen de manera significativa las tasas de embarazo en la adolescencia, además, promueven el uso de anticonceptivos e incorporan la participación familiar y comunitaria. Esto coincide con investigaciones recientes en las que se evidencia que la educación integral sexual en escuelas y el acceso a salud sexual y reproductiva disminuyeron de manera significativa los embarazos en adolescentes (9). Sin embargo, se ha documentado que la formación docente, ausencia de materiales pedagógicos adecuados, la escasa integración en el currículo

escolar y un bajo compromiso institucional limitan la efectividad de estos programas (26, 27). Para mejorar estas brechas es necesario garantizar políticas públicas orientadas a la atención amigable para adolescentes, capacitación constante de docentes y del personal de salud, abastecimiento de material educativo y disponibilidad de anticonceptivos de manera gratuita para disminuir desigualdades en el acceso a la salud sexual y reproductiva (28).

En la presente revisión, no solo se evidenciaron las múltiples barreras descritas, sino que también se hallaron diversos estudios que proponen alternativas que pueden contribuir a obtener mejores resultados. Por ejemplo, resultaría importante que los estados latinoamericanos promuevan, como parte de la normativa de las escuelas, una mayor participación de profesionales de la salud, como médicos o psicólogos, en la educación sexual, ya que estos lograron buenos resultados en conceptos de anticoncepción e incremento de la confianza en los servicios de salud sexual y reproductiva en Chile (13). Así mismo, estudios dieron gran importancia al componente de educación emocional, afectiva y comunicación asertiva en los jóvenes como estrategias clave, ya que, aunque muchos adolescentes conocen los métodos anticonceptivos y de protección, con frecuencia carecen de la madurez necesaria para su aplicación o práctica en la vida diaria (18). La sexualidad implica sentimientos y emociones que muchas veces los adolescentes no saben manejar y la presencia de personal capacitado en este ámbito podría ser muchas veces determinante. Esto refuerza la idea de que una participación constante de los profesionales de la salud en programas de educación sexual es de gran utilidad en el adolescente, por lo que debería ser parte de la política de cada región, ya que, no solo les brinda mejoras en el conocimiento, también les proporciona de mayores herramientas que le servirán de ayuda para una mejor toma de decisiones (29).

La importancia del presente estudio radica que al ser una revisión bibliográfica, sintetiza la información más relevante sobre el tema de investigación. Además, se incluyen estudios desarrollados en distintos países de América Latina e investigaciones internacionales, permitiendo identificar patrones comunes y contrastar realidades diversas respecto al tema de investigación. Se incluyen investigaciones que evalúan programas de educación sexual integral, aportando evidencia útil para intervenciones y políticas públicas, y tiene enfoque multidimensional, considerando factores individuales, socioculturales e institucionales fortaleciendo la validez y aplicabilidad de los hallazgos.

Entre las principales limitaciones del estudio están: 1) los estudios incluidos muestran heterogeneidad en sus diseños, metodologías y poblaciones, lo que dificulta la comparación directa entre los resultados; 2) la mayoría de los artículos se basa en estudios observacionales, limitando la capacidad para establecer relaciones causales entre intervenciones educativas y la reducción del embarazo adolescente; 3) existen vacíos en la compresión integral del problemas debido a que pocos estudios integran de manera simultánea los componentes emocionales, afectivos y de comunicación asertiva.

Se sugiere implementar estrategias de educación sexual integral que se adapten a la edad y etapa de desarrollo de los adolescentes, abordando temas como familia, respeto, consentimiento sexual, enfermedades de transmisión sexual y embarazo. Además, la participación de padres, docentes, institutos y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva mejoran los resultados. Se ha demostrado que la educación sexual integral tiene efectos positivos como la toma decisiones informadas sobre relaciones sexuales y la sexualidad, el retraso de la edad en la cual inician su vida sexual, el aumento del uso de métodos anticonceptivos, la disminución de la tasa de embarazo en adolescentes adolescente y de enfermedades de transmisión sexual (30).

CONCLUSIONES

La evidencia revisada permite concluir que el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva continúa siendo limitado debido a factores socioculturales, educativos, geográficos y económicos. Estas barreras dificultan la toma de decisiones informadas y aumentan el riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual. Por lo que, resulta de vital importancia que las políticas públicas fortalezcan la educación sexual integral, promuevan una adecuada formación docente y aseguren servicios accesibles, amigables y pertinentes. Mediante estas acciones será posible mejorar el bienestar sexual y reproductivo de las adolescentes y reducir de manera sostenible las tasas de embarazo temprano.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. La OMS publica una nueva directiva para evitar los embarazos en la adolescencia y mejorar la salud de las niñas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 23 de abril de 2025 [consultado 20 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/23-04-2025-who-releases-new-guideline-to-prevent-adolescent-pregnancies-and-improve-girls--health
2. Embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 10 de abril de 2024 [consultado el 20 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
3. Arias-Rodríguez FD, Armendáriz-Valverde GZ, Peñaherrera-Chacón KS, Escobar-Bustamante KE, Robalino-Montalvo SJ, Rodríguez-Ramírez VL, *et al*. Embarazo adolescente en América Latina: un vistazo a la situación actual. Cuid Salud Púb. 2024;4(1):10-6. DOI:10.53684/csp.v4i1.85
4. Alonso JP, Cejas C, Berrueta M, Vazquez P, Perrotta G, Formia S, *et al*. Barriers to advancing the sexual and reproductive health agenda in Latin America: a qualitative study of key informants' perspectives. Reprod Health. 2024;21(1):187. DOI: 10.1186/s12978-024-01927-6.
5. Montalvan-Santillan J, Flores-Cortez D. Determinantes del Embarazo Adolescente en el Perú: Un análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2022. Rev Int Salud Mat Fetal. 2024;9(3):1–8. DOI:10.47784/rismf.2024.9.3.347
6. Mejia JR, Quincho-Estares ÁJ, Flores-Rondon AJ, Reyes-Beltran G, Arias-Sulca IL, Palomino-Hilario E, *et al*. Determinants of adolescent pregnancy in indigenous communities from the Peruvian central jungle: a case-control study. Reprod Health. 2021;18(1):203. DOI: 10.1186/s12978-021-01247-z
7. Hubert C, Villalobos A, Abreu AB, Suárez-López L, Castro F. Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24. Cad Saude Publica. 2019;35(6):e00142318. DOI: 10.1590/0102-311X00142318.
8. Villalobos, Suárez-López L, De la Vara-Salazar E, Hubert C, Hernández B, Varela-Chávez Y, *et al*. Servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Salud Pub Mex. 2024;66(4):479-487. DOI: 10.21149/15834.
9. Mbizvo MT, Kasonda K, Muntalima NC, Rosen JG, Inambwae S, Namukonda ES, *et al*. Comprehensive sexuality education linked to sexual and reproductive health services reduces early and unintended pregnancies among in-school adolescent girls in Zambia. BMC Public Health. 2023;23(1):348. DOI: 10.1186/s12889-023-15023-0.
10. Ancajima JEY. Barreras de acceso a los servicios primarios de salud sexual y reproductiva en adolescentes, de una comunidad urbano marginal del Perú. Med Clín Soc. 2024;8(1):35-39. DOI: 10.52379/mcs.v8i1.329.
11. Gómez OSM, González KO. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e99. DOI: 10.26633/RPSP.2018.99.
12. Castro-Sandoval G, Carrasco-Portiño M, Solar-Bustos F, Catrien-Carrillo M, Garcés-González C, Marticorena-Guajardo C. Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de chile, período 2010 - 2017. Rev Chil Obstet Ginecol. 2019; 84(1):28-40. DOI: 10.4067/S0717-75262019000100028.
13. Obach A, Sadler M, Cabieses B. Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study. Health Expect. 2019;22(2):183-192. DOI: 10.1111/hex.12840.
14. Obach A, Sadler M, Jofré N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. Rev Salud Pub (Bogotá). 2017;19(6):848-854. DOI: 10.15446/rsap.V19n6.70023.

15. Wahyuningsih S, Widati S, Praveena SM, Azkiya MW. Unveiling barriers to reproductive health awareness among rural adolescents: a systematic review. Front Reprod Health. 2024; 6:1444111. DOI: 10.3389/frph.2024.1444111. Erratum in: Front Reprod Health. 2024; 6:1537155. DOI: 10.3389/frph.2024.1537155.
16. Munakampe MN, Zulu JM, Michelo C. Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2018; 18(1):909. DOI: 10.1186/s12913-018-3722-5. Erratum in: BMC Health Serv Res. 2019; 19(1):441. DOI: 10.1186/s12913-019-4297-5.
17. Quiroz VM, Tumbaco SL, Acuña GA, Zambrano JE, Catagua DN, Bravo JJ. Disponibilidad y Accesibilidad de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en la Zona Sur de Manabí: Revisión de Evidencia y Recomendaciones. Cienc Lat. 2024;8(1):5. DOI: 10.37811/cl_rcm.v8i1.10456
18. Quintero MCO, Hernández D, Merchán JC, Salamanca CT. Conocimientos y prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva en diferentes grupos poblacionales de Colombia. Rev 16 de abril [Internet]. 2015 [consultado 5 de octubre];54(259):75-84. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63615
19. Castillo NJ, Cevallos-Neira A, Arpi-Becerra N, López-Alvarado S, Jerves-Hermida E. Educación sexual en el sistema educativo para prevenir el embarazo adolescente: estado del arte. REA. 2022;12 (1). DOI: 10.35811/rea.v12i1.182
20. Cano Toala GJ. Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la población adolescente. RECIMUNDO. 2021;5 (Especial 1):108-17. DOI:10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.108-117
21. Sánchez Garrido AS, Sotalín Nivela E, Espinoza Neri L. Papel de la educación sanitaria en la prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. 2025 [consultado 6 de octubre de 2025];24(0):27. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10296209
22. Decker MJ, Atyam TV, Zárate CG, Bayer AM, Bautista C, Saphir M. Adolescents' perceived barriers to accessing sexual and reproductive health services in California: a cross-sectional survey. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1263. DOI: 10.1186/s12913-021-07278-3.
23. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. Reprod Health. 2021;18(1):135. DOI: 10.1186/s12978-021-01183-y.
24. Myat SM, Pattanittum P, Sothornwit J, Ngamjarus C, Rattanakanokchai S, Show KL, *et al*. School-based comprehensive sexuality education for prevention of adolescent pregnancy: a scoping review. BMC Womens Health. 2024;24(1):137. DOI: 10.1186/s12905-024-02963-x.
25. Torres-Cortés B, Leiva L, Canenguez KM, Greaves L. Promoting equity in adolescent health in Latin America: designing a comprehensive Sex education program using Intervention Mapping. A mixed methods study. Front Reprod Health. 2024; 6:1447016. DOI: 10.3389/frph.2024.1447016.
26. Keogh SC, Leong E, Motta A, Sidze E, Monzón AS, Amo-Adjei J. Classroom implementation of national sexuality education curricula in four low- and middle-income countries. Sex Educ. 2021;21(4):432–49. DOI: 10.1080/14681811.2020.1821180
27. Keogh SC, Stillman M, Leong E, Awusabo-Asare K, Sidze E, Monzón AS, *et al*. Measuring the quality of sexuality education implementation at the school level in low- and middle-income countries. Sex Educ. 2020;20(2):119–37. DOI:10.1080/14681811.2019.1625762
28. Educación integral en sexualidad: Para educandos sanos, informados y empoderados [Internet]. París: Unesco; 2023 [consultado el 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.unesco.org/es/health-education/cse
29. Jacinto-Cárdenas R, Ruiz-Paloalto ML. Efectividad de los programas de educación sexual y reproductiva en los adolescentes. Horiz Sanit [Internet]. 2022 [consultado 22 de noviembre de 2025];21(1):129-135. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592022000100129&lng=es.
30. Palacios Rodríguez OA. Promoción de la salud sexual en adolescentes y jóvenes latinoamericanos y del caribe: una revisión panorámica. Rev Salud Púb Nut. 2022;21(4):32–42. DOI: 10.29105/respyn21.4-694

Recibido 29 de enero de 2026
Aprobado para publicación 7 de junio de 2026