

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES



**BARRERAS DE ACCESO Y TRATO A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
QUE CONSULTA LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE

PRESENTA

DIANA ESTEFANÍA RODRÍGUEZ ROBLES

COMITÉ TUTORAL:

DIRECTOR: DR. DAVID DE JESÚS REYES

CODIRECTOR: DR. JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL

MONTERREY, NUEVO LEÓN, AGOSTO, 2024.

DR. JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESCOLAR
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE
PRESENTE.-

Por medio de la presente, nos permitimos informarle que después de haber revisado la tesis de Maestría titulada: "Barreras de acceso y trato a la población adolescente que consulta los servicios amigables de salud sexual y reproductiva del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León" y presentada por la alumna Diana Estefanía Rodríguez Robles, nuestro dictamen es: **aprobado para presentarse.**

Sin más por el momento, estamos a sus órdenes para cualquier aclaración al respecto.

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS DE MAESTRÍA



Dr. David De Jesús Reyes
Director

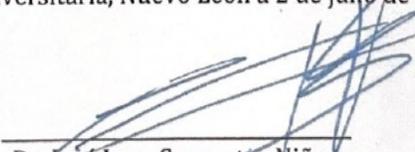


Dr. José Manuel Rangel Esquivel
Codirector



Dra. Sara Carolina García Osuna
Lector Externo

Atentamente,
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"
Cd. Universitaria, Nuevo León a 2 de julio de 2024



Dr. José Juan Cervantes Niño
Coordinador

DEDICATORIA

Con infinito amor y gratitud a mis padres, Ana María Robles del Ángel por ser mi fiel compañera sin importar cuantas veces me equivoque, por guiar mi camino con amor y humildad, por tus palabras breves pero alentadoras “tú puedes con esto y más”, eres mi tesoro más grande; a Juan Rodríguez Rodríguez, porque el corto tiempo que la vida nos permitió estar juntos me enseñaste a ser valiente y quitaste mis miedos, me llenaste de amor y cuidaste de mí, gracias por tanto, nos vemos en otra vida, espérame.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por apoyar mi proyecto de investigación, a mi Alma Mater, la Universidad Autónoma de Nuevo León, y al Instituto de Investigaciones Sociales por darme la oportunidad de formar parte de su alumnado, siempre estaré agradecida y portaré con orgullo sus nombres a donde sea que mi vida profesional se dirija.

Al Dr. David de Jesús Reyes, por la paciencia brindada y su perfeccionismo al dirigir mi investigación; al Dr. José Manuel Rangel Esquivel, por apoyarme en cada momento de mis estudios de maestría, gracias a ambos por orientarme y compartirme tantos conocimientos. A mi lectora externa, la Dra. Sara Carolina García Osuna por su valiosa colaboración y sus comentarios fundamentales que enriquecieron significativamente este trabajo de tesis.

Al profesorado, no alcanza el tiempo para terminar de aprender de ustedes, gracias por cada clase; a mis compañeras y compañeros que se convirtieron en amigas y amigos, ni sus nombres tengo que mencionar pues los llevo grabados de por vida en mi corazón, gracias por todos los momentos de alegría y agotamiento que compartimos, por siempre brindarme su apoyo y hacer mis días de estudio tan agradables.

A mi hermana Ana Laura, a mi hermano Juan Luis y a mi sobrino Mauricio, por ser parte de mi clan y acompañarme en este trayecto llamado “vida”, los amo y los llevo conmigo siempre. A Alex, por las largas pláticas que compartimos un sinnúmero de veces, sin duda esta vida no fue suficiente para compartir y continuar aprendiendo de ti.

Al universo y a mis seres de luz por dirigir mi alma por el camino correcto para cumplir las enseñanzas de esta vida.

¡Gracias!

RESUMEN DE LA TESIS

La presente tesis se enmarca en un estudio cualitativo, cuyo propósito es comprender en profundidad las barreras a las que se enfrentan las y los adolescentes que deciden buscar atención con respecto a su Salud Sexual y Reproductiva dentro de los Servicios Amigables del Área Metropolitana del Estado de Nuevo León.

Para ello se toma como base de análisis el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), mismo que brinda una serie de lineamientos que deben seguirse para brindar una atención integral amigable a este grupo etario. Para lograr conocer las experiencias a las que se enfrenta la población adolescente, se incluyeron usuarias y usuarios simulados que recibieron consulta en dichos establecimientos, lo que permitió conocer sus experiencias al recibir la atención, encontrándose, falta de empatía, discriminación y un amplio desconocimiento de la normativa al recibir la consulta.

Este enfoque cualitativo nos brinda la oportunidad de explorar de manera más detallada las voces y experiencias de los adolescentes, lo que contribuirá a la identificación de áreas críticas de mejora en la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva en el contexto de los Servicios Amigables.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Delimitación.....	3
1.2 Contextualización.....	13
1.2.1 Salud Sexual adolescente.....	15
1.2.2 Embarazo adolescente.....	16
1.3 Justificación.....	18
1.4 Preguntas de investigación.....	23
1.5 Objetivo general.....	23
1.6 Objetivos específicos.....	23
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO	25
3.1 Utilización de los servicios de salud.....	26
3.2 Modelo Psicosocial.....	28
3.3 Modelo Epidemiológico.....	35
3.4 Modelo Sociológico.....	44
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA	51
2.1 Naturaleza de la investigación.....	51
2.2 Unidades de análisis.....	52
2.3 Muestreo teórico.....	52
2.4 Técnicas de recolección de la información.....	52
2.5 Aspectos éticos de la investigación.....	56
CAPITULO 4 RESULTADOS SOBRE LOS DESAFÍOS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES	58
4.1 Primera etapa, analizando la dimensión de accesibilidad desde la observación participante.....	58
4.1.1 El ingreso.....	59
4.1.2 Recepción e Información.....	60
4.1.3 Sala de espera.....	60
4.1.4 Atención en consultorios.....	64
4.2 Segunda etapa, continuación del análisis sobre accesibilidad desde la observación participante.....	65
4.2.1 Ingreso.....	65
4.2.2 Recepción e Información.....	66
4.2.3 Sala de espera.....	66
4.2.4 Atención en consultorios.....	67
4.3 Segunda etapa, análisis de componentes de la accesibilidad desde la percepción de los usuarios simulados.....	68
4.3.1 Ingreso.....	68
4.3.2 Recepción e información.....	69

4.3.3 Sala de espera.....	69
4.3.4 Atención en consultorios.....	70
4.4 Percepción de los componentes del trato desde la perspectiva de los usuarios simulados.....	70
4.4.1 Equidad.....	71
4.4.2 Confidencialidad.....	72
4.4.3 Integralidad.....	72
4.4.4 Privacidad.....	73
4.4.5 Oportunidad.....	75
4.4.6 Celeridad.....	78
4.4.7 Continuidad.....	79
4.4.8 Seguridad.....	80
CAPÍTULO 5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: ABORDANDO LAS BARRERAS DE ACCESO Y TRATO A LOS SERVICIOS AMIGABLES.....	81
CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	96
ANEXOS.....	103

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ARAP	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
(CIPD)	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CSU	Centro de Salud
CURP	Clave Única de Registro de Población
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IEC	Información, Educación y Comunicación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSGENAR	Instituto de Género, Derecho y Desarrollo
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAISSRA	Modelo de atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos del desarrollo sostenible

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SA	Servicios Amigables
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPS	Seguro Popular de Salud
SSA	Secretaría de Salud
SSA	Secretaría de Saud
SSR	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

INTRODUCCIÓN

Al hablar de la población adolescente resulta fundamental enfocarnos en la complejidad que dicha etapa representa, donde se experimentan una serie de transformaciones relacionadas con el inicio de la edad adulta, que posiblemente tendrán efectos el resto de su vida, entre ellas el inicio de la vida sexual. Sin embargo, esta población, regularmente no cuenta con los conocimientos necesarios con respecto a su sexualidad y derechos, lo cual, implica distintos riesgos, destacando entre ellos, embarazos no planeados, abortos inseguros e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Por esta razón, la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes simboliza uno de los principales retos para los gobiernos, por lo tanto, resulta elemental que se otorguen servicios de salud capaces de brindar atención integral que permita su desarrollo en todos los aspectos, así como recursos y educación para enfrentar los principales riesgos y necesidades que la sexualidad representa.

En respuesta a los riesgos anteriormente mencionados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda una serie de normas mundiales que establecen los lineamientos necesarios para mejorar los servicios de salud dirigidos a la población adolescente. En México, actualmente existen los llamados servicios amigables, mismos que están orientados a dar atención de manera integral a dicha población, principalmente en cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Es por eso que, en nuestro país, se han realizado una serie de acciones entre instituciones de la sociedad civil, la secretaría de salud y gobierno para trazar los lineamientos necesarios que regulen los servicios de salud para adolescentes. Como resultado, se obtuvo el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), considerando las recomendaciones mundiales de la OMS, para brindar una atención integral de calidad que responda a sus necesidades, reconociendo a la población adolescente como sujetos de derechos.

Asimismo, este modelo presenta una guía sobre los procesos que deben aplicarse para lograr el fácil acceso de las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.

La presente investigación emerge desde una investigación mayor de nombre Evaluación de la calidad en el acceso, trato y atención en los servicios amigables de NL, realizada por el Dr. David de Jesús Reyes, enfocándose específicamente en conocer las barreras del acceso y trato a los Servicios Amigables del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León con base en el modelo anteriormente mencionado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Delimitación

La definición de salud más influyente en la actualidad es la establecida por la Organización Mundial de la Salud, misma que se encuentra plasmada en su constitución, y declara que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p.100). Esta debe ser reconocida como un derecho fundamental del ser humano

A su vez, la salud sexual se considera como un componente integral de la salud en general (Schutt-Aine y Maddaleno, 2001). De manera detallada, la ONU en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (CIPD) en 1994 define la salud reproductiva de la siguiente manera:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. “En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (ONU, 1995, p.37).

Asimismo, la OMS (2018) hace referencia sobre la salud sexual, definiéndola de la siguiente forma:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales. (p.3)

En comparación, la Salud Sexual implica tomar decisiones libres y responsables sobre diversos aspectos de la sexualidad, incluyendo la orientación e identidad de género, y disfrutar de una sexualidad placentera y segura, sin presión, discriminación o violencia. También abarca el acceso a información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad. Por otro lado, la Salud Reproductiva se enfoca en la educación y recursos necesarios para decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos, elegir métodos anticonceptivos adecuados a las necesidades individuales y acceder a servicios de salud adecuados que aseguren embarazos y partos sin riesgos y sin violencia obstétrica (CONAPO, 2022).

Según la OMS (1986), la adolescencia se divide en dos etapas: la adolescencia temprana, que abarca de los 10 a los 14 años de edad, y la adolescencia tardía, que comprende de los 15 a los 19 años.

Para alcanzar este propósito se requiere de distintos elementos que favorezcan su logro, entre ellos los Sistemas de Salud, los cuales de acuerdo con la OMS (2000) “engloban todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo labores con el propósito de mejorar la salud” (p.6). La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal, las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (OMS, 2019).

En el caso de México, la salud se encuentra a cargo de diferentes instituciones que brindan Servicios de Salud a distintos grupos. Estos se dividen en dos sectores. Por un lado, se encuentra el sector público que incluye las instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y Secretaría de Marina (SEMAR). Estas instituciones brindan servicio a los trabajadores del sector formal. Es importante mencionar que, en el pasado el Seguro Popular de Salud (SPS) y el IMSS-Oportunidades (IMSS-O) también formaban parte de estas instituciones, pero actualmente ya no se encuentran vigentes.

Por otro lado, las instituciones que brindan servicios a las personas sin seguridad social son la Secretaría de Salud (SSA) y los Servicios Estatales de Salud (SESA). Además, existe el sector privado, dirigido a la población con capacidad de pago (Gómez, et al., 2010). Este sistema de atención médica se ha mantenido como

una opción para aquellos que pueden costear servicios médicos privados en México.

La salud de los adolescentes recibe atención a través de diversos programas del sector salud, entre los cuales destaca JuvenIMSS. Este programa se divide en JuvenIMSS Junior y JuvenIMSS, dirigidos a jóvenes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, respectivamente (IMSS, 2023). La implementación de esta estrategia se lleva a cabo a través del IMSS-Prospera, un programa con más de 40 años de experiencia enfocado en atender a la población que carece de acceso a los servicios de salud en México (IMSS, 2018).

Estos programas desarrollan campañas de concientización específicas para adolescentes, abordando temas cruciales de Salud Sexual y Reproductiva. Además, el ISSSTE contribuye a esta causa mediante los Servicios AMIGUISSSTE, ubicados en las instalaciones médicas de la institución. Estos servicios proporcionan orientación, información, consejería y atención relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo, se suministran métodos anticonceptivos a los beneficiarios y a los adolescentes en general, sin restricciones.

Para brindar una atención plena y adecuada a los adolescentes, es esencial contar con servicios de calidad que aborden la integridad, formación y capacitación del personal que proporciona el servicio, al mismo tiempo que fomente la participación activa de los propios adolescentes (Calero, Rodríguez y Tambull, 2017). La organización de estos servicios debe ser cuidadosa y orientada de manera que pueda satisfacer las demandas y necesidades de salud específicas de este grupo, así como

abordar sus expectativas tanto individuales como colectivas en la materia (OPS, 2005).

En el marco de la CIPD, se alcanzó un acuerdo internacional que establece de manera clara que los derechos reproductivos forman parte integral de los derechos humanos. La toma de decisiones en este ámbito se asigna de manera equitativa tanto a mujeres como a hombres. Además, los derechos reproductivos se caracterizan de la siguiente manera:

Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. (OMS, 1994, p. 37)

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en colaboración con diversas instituciones, organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil, ha publicado la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes. En este documento, se detallan catorce derechos respaldados por el marco jurídico actual (CNDH, 2016).

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad;
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad;

3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos;
4. Derecho a decidir libremente con quién o quiénes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente;
5. Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal;
6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual;
7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva;
8. Derecho a la igualdad;
9. Derecho a vivir libres de discriminación;
10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa científica y laica sobre sexualidad;
11. Derecho a la educación integral en sexualidad;
12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva;
13. Derecho a la identidad sexual y;
14. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción.

Para que la salud sexual y reproductiva pueda ser una realidad es necesario que las políticas de salud dirigidas a los adolescentes fomenten el ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes para que puedan acceder a una educación integral y a información completa sobre sexualidad, así como a los servicios de salud sexual y reproductiva para que de esta manera se contribuya a la reducción de embarazos e ITS durante la adolescencia (SSA, 2014).

En este sentido y con el objetivo de brindar orientación sobre planificación familiar, prevención de embarazos no planeados e Infecciones de Transmisión Sexual, se crearon distintas acciones y programas enfocados a la población adolescente, estos nacen a partir de la llamada “Declaración de Monterrey” se llevó a cabo en 1993, la cual estaba enfocada en la Salud Reproductiva, un año más tarde aparecieron los denominados “módulos amigables” dentro de las unidades de la Secretaría de Salud, posteriormente en el 2003, se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), durante el 2007 la Secretaría de Salud, en conjunto con otras instituciones participaron en la elaboración del Programa de Acción Específica (2007-2012) en el cual se establecieron objetivos, metas y estrategias que todas las instituciones relacionadas deberían cumplir para dar respuesta a las necesidades de los adolescentes. En 2013 se realiza una nueva versión del programa (2013-2018) y en este mismo año se institucionalizó el Modelo de Atención Integral para la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA) (SSA, 2014)

A pesar de esto, en 2014, México fue identificado como el país miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con la tasa más alta de embarazos adolescentes. Como respuesta, en 2015 se lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), con el objetivo de implementar medidas intensivas para reducir el número de embarazos en el país y superar las barreras que obstaculizan el pleno ejercicio de la sexualidad entre los adolescentes. Según la ENAPEA, se llevaron a cabo diversas acciones para fomentar la participación de este sector de la población (SEGOB, 2014).

Se han realizado campañas nacionales en donde se oferta el paquete básico de salud sexual y reproductiva en todos los servicios amigables del país, conversatorios entre adolescentes sobre la prevención del embarazo, asimismo se tomó una perspectiva de género con la finalidad de integrar a los adolescentes varones en la prevención del embarazo temprano.

Además, en la ENAPEA, se ha impulsado que los servicios amigables sean resolutivos, inclusivos y versátiles, apegados a la normatividad y necesidades de las y los adolescentes de 10 a 19 años, en donde se fomenta la participación social y se asegura la oferta de una gama completa de métodos anticonceptivos, incluidos los reversibles de acción prolongada (ARAP)¹.

Para lograr este objetivo, en 2019, la Secretaría de Salud en conjunto con la Secretaría de Hacienda y crédito Público adquirió distintos tipos de anticonceptivos (inyectable mensual, inyectable bimensual, implante subdérmico, DIU T de cobre, SIU, DIU T de cobre para nulíparas, condón masculino, condón femenino, parche dérmico, hormonales orales para APEO y anticoncepción de emergencia).

En México, existe un Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes (MAISSRA), en el año 2016 fue elaborado en

¹ Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, son métodos que han demostrado altas tasas de efectividad y de cumplimiento a largo plazo, con pocas contraindicaciones después de su aplicación protegen de un embarazo por al menos dos meses. El rango de cobertura anticonceptiva es de 2 meses a 10 años, dependiendo del tipo de método utilizado. (UNFPA, 2021, p. 42)

conjunto por la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, así como distintas Asociaciones Civiles dirigidas al desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes, este modelo tiene como finalidad la prestación de servicios completos y libres de barreras que den respuesta a las necesidades de la población de entre 10 y 19 años de edad, desde una perspectiva de respeto a la interculturalidad y derechos sexuales y reproductivos, para ello se ponen a disposición los Servicios Amigables (CNEGSR, 2016).

Dicho modelo, se encuentra integrado por distintos componentes que dictan la manera adecuada de brindar los servicios, dentro de ellos, destacan los principios rectores que muestran las características indispensables para otorgar un buen trato a las y los adolescentes, por otra parte, se encuentra como componente la accesibilidad, integrado por los elementos necesarios para brindar una ruta de acceso libre de barreras que permita la utilización de los servicios de manera adecuada.

En 2019, se registraron 2777 Servicios Amigables, 172 unidades más en comparación con el año 2018. Asimismo, la ENAPEA, lanzó la campaña “yo decido” la cual promueve los derechos sexuales y reproductivos para adolescentes, la toma de decisión sobre el inicio del noviazgo, así como el inicio de las relaciones sexuales, los riesgos acerca de las drogas, violencia de género y el uso de métodos anticonceptivos (ENAPEA, 2014)

Pese a que han existido distintos programas enfocados a mitigar los factores de

riesgo antes mencionadas, desafortunadamente las y los adolescentes son el grupo de edad que menos probabilidad tiene de usar los servicios de salud y se enfrenta con mayores barreras de acceso a los servicios de SSR y al uso de métodos anticonceptivos en comparación con otros grupos, las principales barreras a las que se enfrentan se encuentran enfocadas a la accesibilidad, aceptabilidad y equidad (SEGOB, 2014; ministerio de salud, 2010).

En ocasiones las y los adolescentes no se acercan a los servicios de SSR porque deben recorrer largos pasillos y compartir salas de espera, lo cual causa temor a ser vistos por personas conocidas pidiendo métodos anticonceptivos o información sobre sexualidad ya que muchas veces algún miembro de su comunidad trabaja dentro del Centro de Salud (MINSa, 2010); (Freyermuth et al., 2014).

Por otra parte, los establecimientos no cuentan con horarios de atención amigables, por lo general las y los jóvenes que pueden acudir a buscar información sobre SSR se encuentran en la escuela en los horarios que estos servicios brindan atención (MINSa, 2010); (Freyermuth et al., 2014).

Asimismo, se ha encontrado que el personal desconoce el marco jurídico con el que cuentan los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) el cual establece que las y los adolescentes pueden acudir a solicitar asesoría y métodos anticonceptivos sin necesidad de estar acompañados de una persona adulta (INSGENAR, 2010). Otra barrera que obstaculiza la prestación del servicio es la falta de entrenamiento para manejar las necesidades en SSR de pacientes adolescentes

(UNFPA, 2010).

1.2 Contextualización

La etapa de transición entre la niñez y la adultez, conocida como adolescencia, representa un período crítico en el desarrollo humano. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, esta fase se divide en dos etapas distintas: la adolescencia temprana, que abarca de los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía, que comprende de los 15 a los 19 años.

Durante este tiempo, los jóvenes enfrentan una serie de desafíos únicos y experimentan cambios físicos, emocionales y sociales significativos. Sin embargo, también es un periodo en el que muchos adolescentes se ven atraídos por conductas de riesgo², lo cual conlleva a adicciones, accidentes, sobrepeso, suicidios, homicidios, Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no planeados, con frecuencia estas conductas ocurren por falta de educación sexual e información veraz y oportuna (SSA, 2002).

El cuidado de la salud de la población adolescente referente a su sexualidad se encuentra obstaculizada con distintos prejuicios, mitos, creencias religiosas, visiones tradicionales relacionados con su sexualidad que siguen predominado en distintos sectores de la población como en el personal de salud (INSGENAR, 2010);

² Entendiendo el factor de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados, las y los adolescentes por diversas circunstancias: ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que participan como factores de riesgo. (SSA, 2002, p.24)

(Freyermuth et al., 2014).

Por lo general el personal marca de manera negativa la experiencia de las y los usuarios, pues al encontrarse en el lugar de la consulta, no se les muestra orientación sobre las instalaciones ni se les persuade a regresar en busca de más información. (MINSA, 2010).

La naturalización de ciertas prácticas y malos tratos es un problema que se encuentra inmerso tanto en los trabajadores de la salud como en las y los usuarios de los servicios, quienes consideran que es el tipo de atención que deben recibir y que no tienen posibilidad de acceder o elegir otro tipo de cuidado. Para la población adolescente es difícil reconocer que sus derechos son vulnerados o que han vivido situaciones de maltrato (INSGENAR, 2010).

En México existen 22.8 millones de adolescentes de entre 10-19 años, es decir el equivalente al 20.2 % del total de la población del país, de ellos el 50.3% son hombres y el 49.7 mujeres (INSP, 2012).

En conjunto, las barreras de acceso a los servicios de salud hacia la población adolescente, tales como el estigma y la discriminación, la falta de información, el acceso físico limitado, el costo de los servicios, la confidencialidad y la privacidad comprometidas, así como la falta de capacitación y sensibilidad del personal de salud, derivan en distintas consecuencias. Estas incluyen infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados y abortos.

1.2.1 Salud Sexual adolescente

Esta etapa representa un poderoso período formativo de transición a la adultez, lo que sucede a esta edad determina la manera en que las y los adolescentes vivirán como adultos, no solamente en el área reproductiva sino también en el ámbito económico y social. La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son factores esenciales de su salud y desarrollo, dado que todos los seres humanos son naturalmente sexuales, durante esta etapa es un momento oportuno para abordar la salud sexual y todas las inquietudes relacionadas con la sexualidad, pues es en este momento cuando se sientan las bases de la salud sexual del adulto (Mensch, Bruce y Greene, 1998); (Schutt-Aine y Madaleno, 2001); (OMS, 2014).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2021), el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado su vida sexual es del 19.5%. Este porcentaje es más alto en hombres, con un 22.2%, en comparación con las mujeres, que representan el 16.9%. Entre los adolescentes sexualmente activos, un 19.3% no utilizará ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, a pesar de que el 86.4% de la población en este rango de edad afirmó conocer o haber escuchado acerca de métodos anticonceptivos.

El inicio de la actividad sexual a temprana edad puede comprometer efectos en la vida de los adolescentes ya que limitan la realización de sus actividades de manera habitual. “La iniciación sexual representa el verdadero momento de exposición al riesgo de embarazo (así como el principio del intervalo de exposición a ITS), ya que mientras más temprana es la iniciación mayor es el tiempo de exposición” (Di Cesare,

2007 p.30)

Como ejemplo de estos efectos, en el año 2012 se registraron en el país 13 mil 782 casos nuevos de ITS en adolescentes de 10 a 19 años de edad, predominando la tricomoniasis urogenital y el VPH, con tasas de incidencia de 47.27% y 7.97%, respectivamente, por cada 100 mil adolescentes (SSA, 2014).

En México de los 186, 655 casos notificados de SIDA, entre los años 1983 a 2016, 4,150 fueron del grupo de edad de entre 10 a 19 años, de los cuales 2909 fueron adquiridos por vía sexual (SSA, 2016).

Para 2019, esta cifra pasó de 186, 655 a 211, 657 en nuestro país, de los cuales 4806, pertenecían a jóvenes de entre 10 a 19 años, mismos que 3511, se adquirieron por vía sexual (SSA, 2020).

1.2.2 Embarazo adolescente

En el caso del embarazo temprano se presentan consecuencias biológicas, pues “las jóvenes que no alcanzan su plena madurez física y fisiológica, corren mayor riesgo de morir a causa de complicaciones del parto” (Cortés, Chacón, Álvarez y Sotonavarro, 2015, p.379). Por otra parte, en el aspecto social, las consecuencias implican el abandono de estudios, matrimonio a temprana edad, llevar el rol de madres solteras, entre otras (Morales, Loreto y Figeroa, 2013). Asimismo, el embarazo adolescente se relaciona como un factor de reproducción de la pobreza (CNEGSR, 2016; Cortés et al., 2015).

En cuanto al embarazo adolescente, los resultados de la ENSANUT (2012) muestran que del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo.

Entre el 2011 y 2013, ocurrieron 77 nacimientos de madres de entre 15 a 19 años por cada 1000 mujeres (CONAPO, 2014)

Asimismo, dentro de la revisión de literatura, se han identificado distintas barreras desde la perspectiva del proveedor, como lo es, la falta de educación adecuada en los temas de planificación familiar y anticonceptivos; dificultad de los proveedores de iniciar conversaciones sobre anticonceptivos y sexualidad con sus pacientes; resistencia de apoyar nuevos métodos anticonceptivos y/o protocolos, especialmente cuando estos no calzan con la educación, creencias o valores del proveedor, falta de tiempo y falta o baja remuneración por proveer servicios de SSR para adolescentes en general (CULTURASALUD, 2010).

Un estudio llevado a cabo en 2017 informó que los principales obstáculos identificados por el personal de salud a nivel estructural fueron la falta de material, de espacios apropiados para la toma y recursos humanos, la tardanza en la entrega de resultados y la desinformación dentro del sistema de salud y desde este nivel hacia la comunidad (Saldaña y López, 2017). Por otra parte, en una investigación realizada por Akers et al. (2010) se menciona que las barreras de los proveedores se centran en la

falta de conocimiento, capacitación o comodidad; creencias sobre ciertos métodos; responsabilidad percibida del paciente por iniciar discusiones, necesidad de personal calificado para determinados métodos; y falta de comunicación con los subespecialistas.

En esta investigación algunos de los proveedores afirmaron que los pacientes son los responsables de iniciar las discusiones sobre anticonceptivos, ya que si ellos no mencionan el tema a menudo ellos como proveedores no lo hacen.

1.2 Justificación

La salud vista como un Derecho Humano establece que todas las personas tienen derecho a un acceso libre de cualquier tipo de discriminación, no obstante, los adolescentes en muchas ocasiones se ven obstaculizados por distintas barreras que impiden ejercer su derecho de acceso a estos servicios, muchas veces el personal de salud se niega a ofrecer la atención necesaria en vez de propiciar un ambiente que les permita expresar sus inquietudes.

En ocasiones, se impide el acceso cuando las y los adolescentes no son acompañados por los padres o alguna persona mayor porque se piensa que el tema de la sexualidad solamente corresponde a los adultos, lo cual viola sus derechos sexuales.

En México, se han llevado a cabo algunos estudios dirigidos a evaluar los servicios de salud destinados a adolescentes, como el realizado por (Freyermuth et

al., 2014), enfocado en monitorear la atención de salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas. Este estudio explora la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para esta población específica.

Además, el estudio de Bravo (2015) se enfoca en las perspectivas de los proveedores de servicios de salud sobre los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para jóvenes en México. A través de entrevistas y análisis cualitativo, Bravo explora las opiniones y experiencias de los proveedores en la prestación de estos servicios, identificando desafíos y áreas de mejora para garantizar la accesibilidad y la calidad de la atención para los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva. Por consiguiente, realizar un estudio desde la perspectiva del usuario permite comprender sus vivencias y, al mismo tiempo, identificar las barreras de acceso a dichos servicios.

Asimismo, Juárez et al. (2010), a través del Guttmacher Institute, utilizan datos de encuestas nacionales, la ENADID de 1997 y la de 2006, para identificar las barreras que enfrentan las adolescentes mexicanas al acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. El estudio destaca problemas como la falta de información adecuada, estigmatización y restricciones legales que limitan el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva.

Por otro lado, los estudios que evalúan los servicios amigables son escasos, y la mayoría de ellos están orientados desde la perspectiva de los proveedores de servicios o se basan en enfoques cuantitativos.

No obstante, estos estudios no han priorizado la experiencia de los usuarios ni han seguido la metodología de usuario simulado. Por lo tanto, resulta fundamental realizar una investigación que aborde este enfoque.

En este sentido, es esencial brindar atención especial a los temas relacionados con los derechos y la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, pues de no ser así es imposible que se puedan lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el número 1 fin de la pobreza “poner fin a la pobreza en todas sus formas, en todo el mundo” (ONU, 2018, p. 15) así como el número 3 relacionado con la salud y bienestar fundamentado en “garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible” (ONU, 2018, p. 23), por lo cual es necesario invertir en medidas eficaces para este grupo etario (CNEGSR, 2016).

A su vez, existen diversas razones por las cuales es importante invertir en programas de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. En este sentido, las mujeres adultas, en comparación con las jóvenes tienen menores probabilidades de usar métodos anticonceptivos. Sin embargo, si se evitan los embarazos a temprana edad es más probable que dichas jóvenes permanezcan en la escuela y lleguen a formar parte de la población activa. Por otra parte, los programas que integran la equidad de género y cambios dentro de las expectativas sociales en cuanto a la conducta de los varones ayudan a reducir los embarazos no planeados, así como las ITS (Gribble, 2010).

Por eso las entidades prestadoras deben garantizar el derecho de salud de quienes acuden a solicitar el servicio, por lo que las personas deben poseer competencias que permitan brindar adecuadamente ese derecho, además, dentro de los servicios de salud reproductiva, existen mitos, creencias y factores sociales y culturales que hacen que el tema siga siendo un tabú para la población, por lo que las instituciones deben capacitarlas para mantenerlas a la altura de las necesidades (UNFPA, 2008).

En consecuencia, el maltrato limita el uso de los servicios de salud reproductiva y a su vez el desarrollo sexual de las y los adolescentes de manera saludable e informada, por consiguiente, llevar a cabo prácticas sexuales sin protección conlleva a la posibilidad embarazos no planeados, Infecciones de Transmisión Sexual, entre ellas el VPH y el Sida, abortos, mortalidad materna, que en definitiva trunca los proyectos de vida de los adolescentes.

De acuerdo con lo visto hasta ahora se considera importante conocer el trato y la atención que brinda el personal de los servicios amigables para entender cómo estas barreras limitan el acceso de los adolescentes a los servicios, lo cual provoca graves consecuencias. Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) los colocan en cierta situación de vulnerabilidad (Campero, et al. 2015).

La Organización Mundial de la Salud brinda una serie de normas para la

aplicación de los Servicios de Salud Reproductivos para Adolescentes, específicamente los Servicios Amigables, dado que el estado es responsable de garantizar, promover y proteger los derechos sexuales (CNDH, 2016). Se considera pertinente enfocarse en los servicios amigables que ofrece la Secretaría de Salud, ya que poco se sabe si las recomendaciones de la OMS se llevan a cabo dentro de dichos servicios al momento de brindar la atención, éste es un punto clave dado que “El respeto y la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes aumenta la probabilidad de que un día sean económicamente independientes, tomen decisiones sobre relaciones sexuales con conocimiento de causa” (CNEGSR, 2016:74). Por tanto tendrán un mejor conocimiento para enfrentar los desafíos con los que se encuentran este grupo etario, podrán ser personas adultas mejor preparadas con mejores oportunidades de vida. Así pues, si dichas recomendaciones no son consideradas y “si los servicios no cuentan con la implementación que se recomienda internacionalmente para los servicios amigables para adolescentes, éstos no facilitan la consulta de los y las adolescentes” (CULTURASALUD, 2010:8).

Por otro lado se ha descubierto que existen muy pocos estudios que abordan esta problemática en México, y los existentes se encuentran en los estados del sur de país, como es el caso del estudio realizado en Chiapas, Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes indígenas (Freyermuth et al., 2014). por otra parte, se encuentra el estudio realizado en el estado de Morelos Pastrana et al. (2020) Servicios Amigables para Adolescentes: evaluación de la calidad con usuarios simulados, en el cual se realizó una evaluación cualitativa utilizando la técnica

de usuario simulado en los Servicios de Salud del estado.

Es por eso que se considera pertinente realizar el estudio en el estado de Nuevo León, ubicado en el norte de México, para evaluar si las problemáticas identificadas en el sur del país se replican o difieren en esta región.

1.4 Preguntas de investigación

¿Qué situaciones de la interacción se da entre el profesional de salud y los adolescentes que se convierten en barreras para el acceso al servicio?

¿Cuáles son las principales barreras de acceso y trato que perciben las y los adolescentes al consultar los Servicios Amigables?

¿Cómo es el acceso y el trato que reciben las y los adolescentes en los Servicios Amigables?

1.5 Objetivo general

Conocer las barreras en el trato y acceso que reciben las y los adolescentes en los Servicios Amigables del Área Metropolitana de Monterrey.

1.6 Objetivos específicos

Identificar las situaciones específicas de interacción entre el personal de salud y los adolescentes que actúan como barreras para el acceso a los Servicios Amigables, mediante la observación participante y el análisis de los usuarios simulados.

Analizar las percepciones de las y los adolescentes sobre las principales barreras de acceso y trato al utilizar los Servicios Amigables, a través de observación participante y entrevistas semiestructuradas, para comprender mejor sus experiencias y necesidades.

Evaluar el acceso y el trato que reciben las y los adolescentes en los Servicios Amigables mediante la observación participante y entrevistas semiestructuradas, con el fin de obtener datos cuantitativos sobre la calidad de la atención y la satisfacción de las y los usuarios.

2. MARCO TEÓRICO: MODELOS RELACIONADOS CON EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

El acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental de la población; sin embargo, se ve obstaculizado por diversas barreras, principalmente de índole económica, de infraestructura y de falta de información. Por tanto, este fenómeno ha sido objeto de estudio desde varias perspectivas teóricas. Este apartado presenta un análisis exhaustivo de la literatura existente, lo que ha permitido identificar y establecer las teorías de modelos como el psicosocial, epidemiológico y sociológico. Estos modelos explican los fenómenos relacionados con la atención médica, el acceso a los servicios de salud y otros aspectos importantes para comprender la dinámica de la salud pública.

Para lograr una buena calidad de vida de la población son indispensables los servicios de salud, por lo tanto, la eliminación de las barreras de acceso a dichos servicios es esencial para que la población pueda utilizarlos. Asimismo, una vez que se accede a los servicios es necesario garantizar un proceso de atención adecuado, que abarque desde la recepción de la persona hasta el seguimiento del tratamiento. De esta manera, se podrá lograr una atención integral y de calidad que contribuya a mejorar la salud y el bienestar de la población.

2.1 Utilización de los servicios de salud.

La utilización de los servicios de salud es un proceso que involucra no solo la necesidad de atención médica, sino también las experiencias de la población, sus creencias, aspectos culturales y el entorno en el que se brinda la atención. Además, se consideran los activos personales, familiares y sociales de la población (Ruíz y Valdez, 2008).

Entre las teorías que explican este proceso se encuentran el modelo psicosocial, que aborda cómo los factores psicológicos y sociales influyen en la utilización de los servicios de salud. Asimismo, el modelo epidemiológico analiza la distribución y determinantes de la enfermedad en la población y su relación con el acceso a los servicios de salud. Por último, el modelo sociológico examina cómo los aspectos socioculturales y económicos impactan en la utilización de los servicios de salud.

Los subapartados del marco teórico se dividen en: (1) Modelo Psicosocial, donde se exploran los factores psicológicos y sociales que influyen en la utilización de los servicios de salud; (2) Modelo Epidemiológico, que examina la distribución y determinantes de la enfermedad y su relación con el acceso a la atención médica; y (3) Modelo Sociológico, que analiza cómo los aspectos socioculturales y económicos afectan la utilización de los servicios de salud.

En muchos países, alrededor del 90% de la población tiene acceso a los servicios de salud, lo cual ha sido considerado como un logro médico, social y político

(Mercado et al., 2003). Sin embargo, es un porcentaje bajo de la población, quienes utilizan dichos servicios, dado que los servicios son percibidos de mala calidad, y algunos sectores se encuentran insatisfechos por la atención percibida, así como por los resultados encontrados (Albrecht y Fitzpatrick, 2000).

En la opinión de Molina, et al., (2006) la situación económica de los países incide en la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud, y a su vez, la población, de acuerdo con sus necesidades, decide su utilización, esto se expresa en la manera que se atienden las enfermedades por parte de los individuos, de acuerdo con la percepción de salud y el nivel de gravedad de éstas.

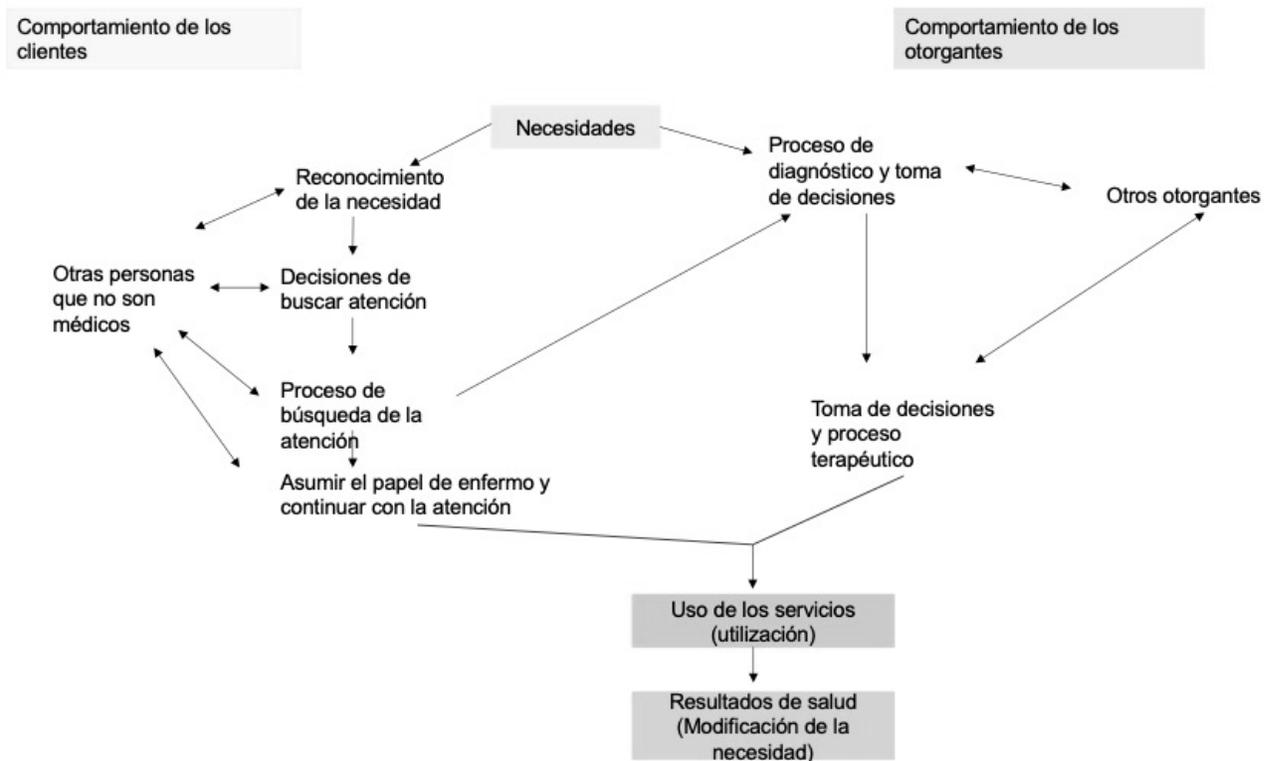
Por otra parte, Donabedian (1987) postula que el proceso de atención médica (figura 1) se compone por dos actores importantes, el otorgante de la atención médica por una parte y el cliente por otra, las actividades que conforman el proceso de atención, generalmente surgen como respuesta a una alteración a la salud, en ocasiones el personal de salud es quien la detecta y a su vez quien inicia el proceso de atención médica, en algunos casos durante el camino, intervienen otras personas que no son médicos, como familiares o amigos, una vez establecida una relación con el médico se da el proceso de diagnóstico y toma de decisiones y el proceso terapéutico.

De esta forma, se puede concluir que la utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de

satisfacer una condición de salud determinada (Arredondo y Meléndez, 1991, p.38).

Figura 1

La utilización de los servicios en el proceso de atención médica



Fuente: Elaboración propia con base en Donabedian (1987).

2.2 Modelo Psicosocial

El Modelo de Creencias de la Salud fue propuesto por Irwon M. Rosenstock, y seguido por otros investigadores influenciado por las teorías de Kurt Lewin, desarrollados en el campo de la psicología social y guiados por una orientación fenomenológica alrededor de la década de 1950, intentando comprender el

comportamiento de las personas con respecto a la falta de participación relacionada con la detección temprana de las enfermedades (Rosenstock, 1974).

Este modelo está basado en encontrar respuestas con el problema social relacionado con la educación en salud, intentando interpretar el comportamiento de las personas que se niegan a tomar medidas preventivas para la detección temprana de enfermedades (Moreno y Roales, 2003).

Asimismo, sostiene que una persona debe sentirse amenazado por una situación negativa, como es el caso de una enfermedad y a su vez, debe sentirse susceptible a sufrirla, para que decida tomar medidas preventivas (Rosenstock, 1974). De acuerdo con Rosenstock (1974) dicho modelo se encuentra integrado por diferentes variables las cuales explican que para que un individuo tome acción para evitar una enfermedad es necesario que crea:

- Que es susceptible a la enfermedad;
- Que la presencia de la enfermedad puede ser grave de manera moderada en algún ámbito de su vida;
- Que tomar acción, puede ser beneficioso para reducir la susceptibilidad a la enfermedad o si la enfermedad ocurrió, reducir su severidad y;
- Que no tendría que enfrentar barreras psicológicas como el costo, la conveniencia, el dolor, la vergüenza.

Susceptibilidad percibida

La percepción individual sobre la susceptibilidad a contraer una enfermedad es un factor crucial que influye en las decisiones de salud de las personas. Mientras algunos individuos niegan la posibilidad de enfermarse, otros reconocen la existencia de un riesgo.

Esta diferencia en las percepciones tiene un impacto significativo en las acciones que cada persona adopta en relación con su bienestar. Aquellos que niegan el riesgo pueden optar por no tomar medidas preventivas, mientras que aquellos que lo reconocen pueden estar más inclinados a vacunarse o buscar atención médica oportuna. Como destacaron Rosenstock (1974) y Janz y Becker (1984), la percepción de susceptibilidad juega un papel crucial en la disposición de las personas para cuidar su salud. Por lo tanto, comprender y abordar estas diferencias se vuelve fundamental para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En este sentido, la falta de información necesaria y la educación escasa a la población adolescente sobre la salud sexual y reproductiva contribuyen a una percepción limitada de la susceptibilidad. Esto puede llevar a la negación o minimización de los riesgos asociados con la actividad sexual y, por lo tanto, a una falta de conciencia sobre la necesidad de buscar atención médica.

Las barreras de acceso a dichos servicios representan un papel importante cuando los servicios de salud sexual y reproductiva no están diseñados adecuadamente para atender las necesidades y preocupaciones específicas de los

adolescentes. Por lo tanto, si los adolescentes no se sienten comprendidos, respetados o cómodos al buscar ayuda por parte del personal de salud, es menos probable que busquen ayuda médica, lo que puede llevar a un deterioro en su salud sexual y reproductiva, así como a un aumento en los riesgos de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas de salud

Seriedad percibida

El grado de gravedad puede variar de una persona a otra, esto puede depender del grado de excitación emocional creado al pensar en la enfermedad (por ejemplo, muerte, discapacidad, dolor) y también por el tipo de dificultades que el individuo cree que enfrentará al poseer una determinada condición de salud, ya sea en el ámbito físico o social (por ejemplo, efectos en las condiciones de trabajo, en la vida familiar, en las relaciones sociales). (Rosenstock, 1974); (Janz y Becker, 1984).

En este caso, es probable que la población adolescente cuente con una percepción limitada de las consecuencias negativas que implican la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo tanto, si el personal de salud no cuenta con la información y educación precisa para abordar de manera adecuada la gravedad de los problemas, es probable que los adolescentes no accedan de manera oportuna a los servicios de salud y minimicen los posibles efectos.

Beneficios percibidos de actuar

El individuo puede creer que ciertas acciones reducirán las amenazas de contraer alguna enfermedad (Rosenstock, 1974). Si el individuo se considera

susceptible a una condición considerada grave, produce una fuerza que conlleva a la acción preventiva, sin embargo, un individuo que se sienta lo suficientemente amenazado no tomará la acción preventiva a menos que esta sea percibida como factible y eficaz (Janz y Becker, 1984).

Por lo tanto, si el personal de los servicios de salud no proporciona información precisa sobre las acciones preventivas y los riesgos a los que los jóvenes están expuestos, así como si no resuelve sus dudas, es más probable que los adolescentes no perciban estas medidas como eficaces para su bienestar. Así pues, si los jóvenes carecen de conocimiento sobre los beneficios de utilizar los servicios amigables, es poco probable que accedan a ellos. Además, si los adolescentes consideran que los servicios brindados no son de alta calidad y no satisfacen sus necesidades, no verán ningún beneficio en buscar ayuda. En esta sentido, la falta de orientación y el desconocimiento acerca de las medidas preventivas pueden provocar obstáculos significativos para el acceso a los servicios.

Por otro lado, si el personal no establece un ambiente amigable y libre de estigma en el cual los jóvenes se sientan cómodos para expresar sus inquietudes, es probable que se abstengan de buscar ayuda, incluso cuando perciben una amenaza de enfermedad. Por lo tanto, la creación de un entorno en el que los adolescentes puedan hablar abiertamente acerca de sus preocupaciones es fundamental para romper las barreras institucionales y fomentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Barreras para tomar medidas

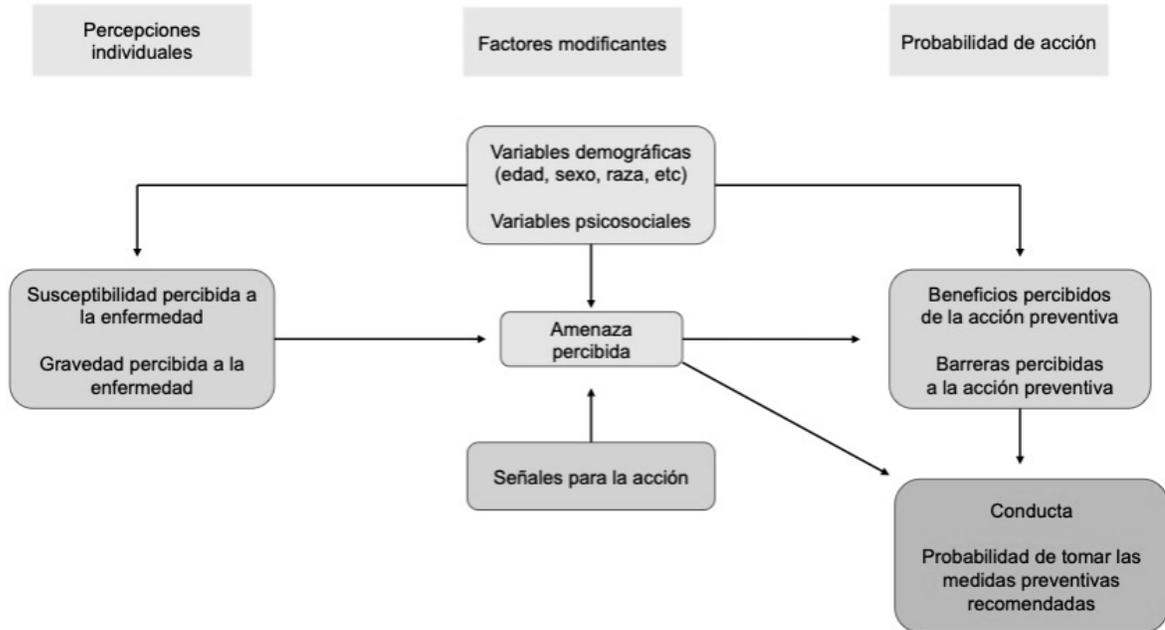
Sin embargo, el individuo puede pensar que dichas acciones pueden ser costosas, desagradables o dolorosas, lo cual se traduce en barreras que impiden que se eviten las enfermedades (Rosenstock, 1974). Estos aspectos negativos pueden actuar como impedimento para que se emprendan las medidas preventivas (Janz y Becker, 1984).

Así pues, es necesario que el sujeto crea que los beneficios de realizar una acción preventiva son mayores a las barreras u obstáculos observados para que decida llevar a cabo estas acciones (Maiman y Becker, 1975).

El cobro de los servicios amigables, la falta de confidencialidad por parte del personal, los largos tiempos de espera, la ubicación de estos puede obstaculizar el acceso a ellos, ya que, si los adolescentes perciben los elementos anteriores como barreras, difícilmente accederán a ellos.

Figura 2

Elementos básicos del Modelo de Creencias de la Salud



Fuente: Elaboración propia con base en Janz y Becker (1984).

Por lo tanto, los principales componentes del modelo se centran en dos variables, tal y como lo sustentan Moreno y Roales (2003) “a) el *valor* que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la *estimación* que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta” (p.94).

De manera general, las variables antes mencionadas fueron traducidas en términos de salud por Maiman y Becker (1974) como: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la *creencia* de que una

conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

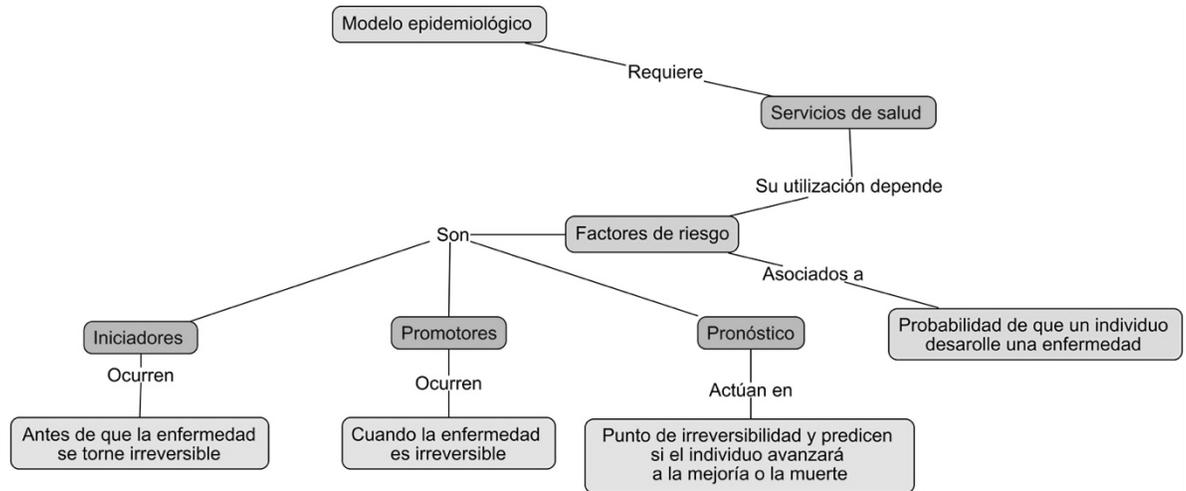
2.3 Modelo epidemiológico

A lo largo de la historia, la calidad de la atención se ha convertido en un problema social y ha sido motivo de preocupación a nivel internacional, lo cual ha llevado a realizar diversas investigaciones relacionadas con el tema.

El modelo epidemiológico de salud, como plantean Arredondo y Meléndez (1992) está fundamentado en las necesidades de salud de la población que alteren el bienestar y requieren servicios y recursos para atenderlos, no obstante, la utilización de estos servicios está relacionada con distintos factores que determinan la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad, estos pueden ser iniciadores, promotores o pronósticos. Los riesgos iniciadores, ocurren antes de que la enfermedad se vuelva irreversible, por otra parte, los riesgos promotores, se presentan cuando la enfermedad ya es irreversible. Por último, los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y predicen si la enfermedad mejorará o causará la muerte. (Figura 3).

Figura 3

Elementos básicos del modelo epidemiológico



Fuente: Elaboración propia con base en Arredondo y Meléndez (1992).

En este marco, las barreras institucionales pueden actuar como riesgos iniciadores al dificultar el acceso inicial de los adolescentes a la atención de salud sexual y reproductiva, impidiendo que accedan a información, asesoramiento y servicios necesarios para prevenir enfermedades y promover su bienestar, por lo tanto, estos pueden involucrarse en comportamientos de riesgo antes de que se vuelvan irreversibles.

Además, tienen la capacidad de funcionar como riesgos promotores al perpetuar la falta de acceso a lo largo del tiempo, limitando la continuidad de la atención y aumentando los riesgos para la salud de los adolescentes. Por otra parte, las barreras institucionales también pueden tener un impacto pronóstico al predecir si

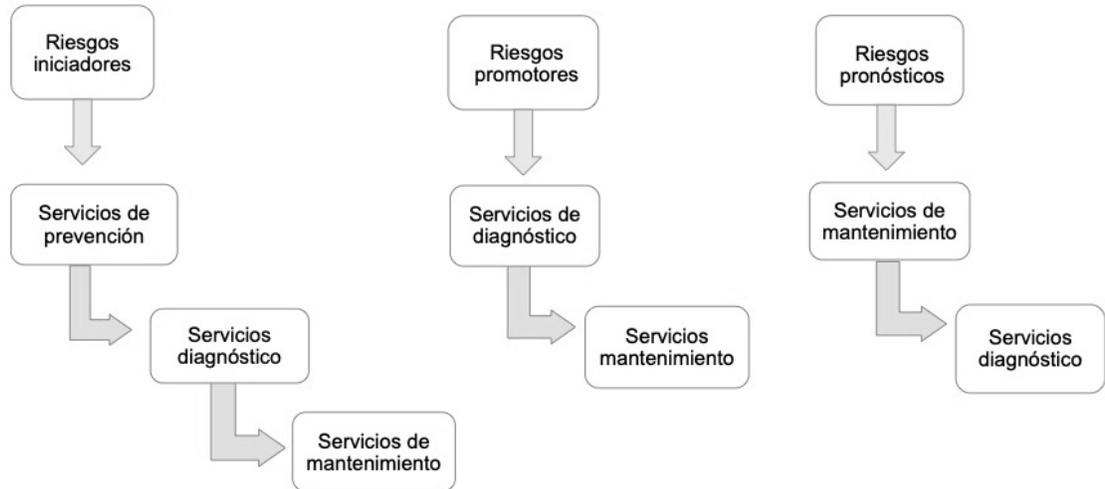
los adolescentes recibirán un tratamiento oportuno y adecuado, lo que puede influir en el resultado de su salud a largo plazo.

En este sentido, las barreras institucionales de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes pueden ser consideradas como factores que interactúan en este modelo, afectando la probabilidad de que los adolescentes desarrollen enfermedades o enfrenten problemas de salud reproductiva.

Por lo tanto, la utilización de los servicios estará sujeta al tipo de riesgo en mayor o menor medida, es decir, los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios preventivos, en segunda instancia, los servicios de diagnóstico y tratamiento, y en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación; por su parte, los riesgos pronósticos tienen una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y en menor grado con los servicios de diagnóstico y tratamiento (Figura 4).

Figura 4

Relación de los riesgos con la utilización de los servicios



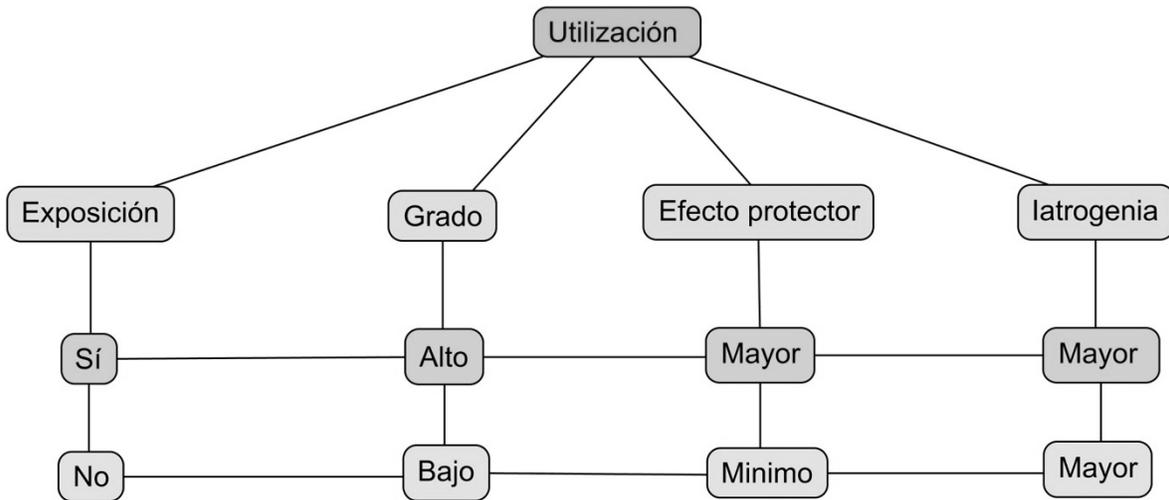
Fuente: Elaboración propia con base en Arredondo y Meléndez (1992).

Por otra parte, la exposición al riesgo tiene un vínculo protector con el grupo expuesto, en el caso de los servicios de salud, al exponerse a la utilización de estos servicios se protege a la población que los utiliza en comparación con la que no lo hace, de modo que la población expuesta, se verá beneficiada con un grado más alto de protección por parte de los servicios de salud, pero a su vez también se verá afectada por la iatrogenia³, lo cual estará determinado por la calidad de los servicios (Figura 5).

³ Iatrogenia es la alteración o daño producido por la droga administrada, por el procedimiento médico o quirúrgico que el profesional en salud (entendiendo como tal, a médicos, odontólogos, enfermeras, profesionales de laboratorio clínico, profesionales químicos farmacéuticos) realiza dentro de una indicación correcta. (Menéndez, 2019, p.12)

Figura 5

La utilización de los servicios como efecto protector



Fuente: Elaboración propia con base en Arredondo y Meléndez (1992).

De acuerdo con la calidad, se puede disminuir el efecto de riesgo, en otras palabras, la iatrogenia y aumentar el efecto protector, aumentando la utilización de la población expuesta. En comparación con la población que no se encuentra expuesta a la utilización de los servicios, el efecto protector es mínimo y la iatrogenia mayor tomando en cuenta que esta población busca servicios de salud no institucionales, por ejemplo, un brujo, una partera, un curandero.

Siguiendo la idea de los autores, este modelo plantea como determinantes de la utilización de los servicios, la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios, la accesibilidad, vista como un factor intermedio entre las características de la población y las características de los servicios, la disponibilidad como la capacidad para producir servicios y las características de los servicios como gran

influencia sobre la población.

La búsqueda de atención médica, como lo expresa Donabedian (1973), es un proceso que involucra una serie de eventos simultáneos donde interactúan tanto el proveedor de atención médica como el paciente. Surge como respuesta a la necesidad de abordar inquietudes de salud, y en este proceso, los dos actores principales son el paciente y el proveedor de atención. Los servicios de salud son esenciales para satisfacer estas necesidades, ya que proporcionan el marco necesario para la interacción entre ambos. Sin embargo, su mera existencia no garantiza que se brinden de manera adecuada, ya que varios factores pueden afectar su accesibilidad y calidad.

Por otra parte, la accesibilidad ha sido definida de distintas maneras en diversos estudios sobre medición de la salud, citando a Frenk (1985) la accesibilidad puede ser entendida como “el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención” (p. 443)

Partiendo de esta definición podemos encontrar que la accesibilidad está integrada por diversos componentes, uno de ellos es la disponibilidad que es entendida como la capacidad para producir servicios, por otra parte, se encuentra la utilización de los servicios, no obstante, la disponibilidad no representa utilización, existe un factor intermedio de resistencia, el cual se puede entender como los obstáculos que impiden llegar a utilizarlos. (Frenk, 1985).

En el intervalo que existe entre la necesidad de atención y la obtención de ella, aparecen diversos eventos como el deseo de atención, suposiciones concernientes a la salud, la tolerancia al dolor, la confianza en el servicio de salud, que han permitido conocer el motivo por el que la población hace uso o no de los sistemas de salud; es así como podemos encontrar que el modelo epidemiológico aborda las necesidades de salud, el modelo psicosocial y social que explican el deseo y la búsqueda de atención (Arredondo y Meléndez, 1991).

Los daños a la salud son factores que impulsan a la población a utilizar los servicios de salud (Frenk, 1985). La utilización de los servicios también depende de la exposición de la población a factores de riesgo, los cuales mantienen relación con la probabilidad de enfermedad, estos factores pueden ser los promotores del uso de los servicios (Arredondo y Meléndez, 1991).

La accesibilidad frecuentemente es definida de manera indistinta por diferentes autores como sinónimo de “disponibilidad” y “acceso”, lo cual dificulta alcanzar a comprender de manera clara el vocablo sin crear confusión en los demás términos utilizados, por lo que Frenk (1985) sugiere que “palabras como ‘disponibilidad’ y ‘acceso’ deberían restringirse a fenómenos que están relacionados con la accesibilidad, pero no son iguales a ella” (p.438). Por lo tanto, la accesibilidad no debe ser vista como dominio de los recursos para atender la salud o de la población de usuarios potenciales de los servicios, ya que esta es compuesta por una serie de acontecimientos que van desde la necesidad de atención hasta el momento de utilización, sin dejar de lado que a través de este trayecto existen circunstancias que

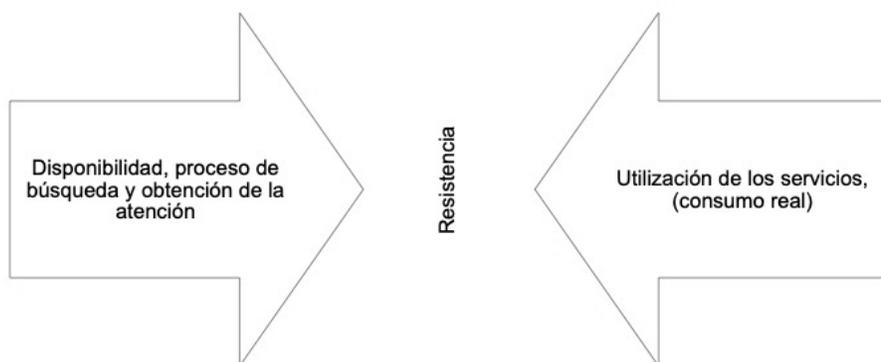
obstaculizan o posibilitan la búsqueda de atención y la obtención de ésta.

La noción de accesibilidad es un concepto fuera del individuo que para poder obtenerla primero debe deseársela, buscarla, para posteriormente alcanzarla, así pues, hablar de accesibilidad no corresponde solamente al individuo, sino que también compete a una organización. Frenk (1985) sugiere que la accesibilidad sea concebida como la búsqueda y obtención de atención, sin embargo, aún con esta acotada concepción, es conveniente diferenciar el concepto de otros que pudieran describirse como una serie de hechos en el desarrollo de la atención médica, como es el caso de la disponibilidad que puede ser utilizado “para referirnos a la presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, es decir, su capacidad para producir servicios” (Frenk, 1985, p.441- 442).

Tal como se muestra en la Figura 6, siguiendo la idea de Frenk (1985), la disponibilidad de los servicios ocupa un extremo en el proceso de búsqueda y obtención de la atención y por el otro extremo se encuentra la utilización de los servicios, representando el consumo real de los mismos, sin embargo, la disponibilidad no asegura la utilización, pues la resistencia se presenta en una zona intermedia obstaculizando su logro.

Figura 6.

Disponibilidad y utilización de los servicios



Fuente: Elaboración propia con base en Frenk (1985)

De manera más detallada, la resistencia, puede ser entendida como “el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, los cuales se originan en los recursos para la salud” (Frenk, 1985, p.442). Dentro de los obstáculos inmersos en la resistencia, se pueden encontrar los costos de los servicios, la ubicación, los tiempos de espera para conseguir una cita o recibir la atención, lo cual se traduce a la falta de capacidad para producir servicios. Por lo tanto, el concepto de ‘disponibilidad’ se ve modificado y aparece un nuevo concepto de ‘disponibilidad efectiva’, misma que Frenk (1985) define como “disponibilidad corregida según la resistencia que oponen a la búsqueda y obtención de servicios” (p. 442).

Esta idea hace alusión a que conforme aparecen obstáculos para la utilización

de los servicios, algunos recursos dejan de estar disponibles, por lo tanto, es importante ajustar los recursos disponibles con relación a su resistencia, así pues, la disponibilidad efectiva puede ser utilizada para referirse a la medición de la accesibilidad (Frenk, 1985).

Es importante tener claro que los conceptos antes mencionados (disponibilidad, resistencia y disponibilidad efectiva) describen las características con las que cuentan los recursos de atención a la salud, por lo cual Frenk (1985) desde su punto de vista, menciona que el término 'acceso' se debe utilizar para referirse a las características de la población, asimismo sugiere el uso de un término alternativo 'poder de utilización' para referirse al mismo y no caer en confusiones por el significado que otros autores han dado a 'acceso'.

Así como el precio de los servicios es visto como un obstáculo para los pacientes, el ingreso de los usuarios simboliza el poder específico para superar el obstáculo, de la misma forma, el tiempo que toma para llegar a los servicios se ubicará como el obstáculo y los recursos con que cuenta la población estarán por el otro.

2.4 Modelo Sociológico

Existen diversas definiciones y puntos de vista en torno a la calidad de la atención médica. Sin embargo, una referencia fundamental es la propuesta por Donabedian (1980): "La calidad de la atención médica es la medida en que los servicios de atención médica aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados y se corresponden con el conocimiento profesional actual" (p.6).

Donabedian abarca varios elementos críticos necesarios para una comprensión completa y moderna del cuidado de la salud, resaltando la importancia de la efectividad, la medición y la actualización continua en la práctica médica. Además, se enfoca tanto en la efectividad clínica como en la experiencia del paciente.

Por su parte, Saturno y Corbella (1990) establecen que la calidad de la atención es el conjunto de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo tomando en cuenta los recursos disponibles y logrando la satisfacción del usuario

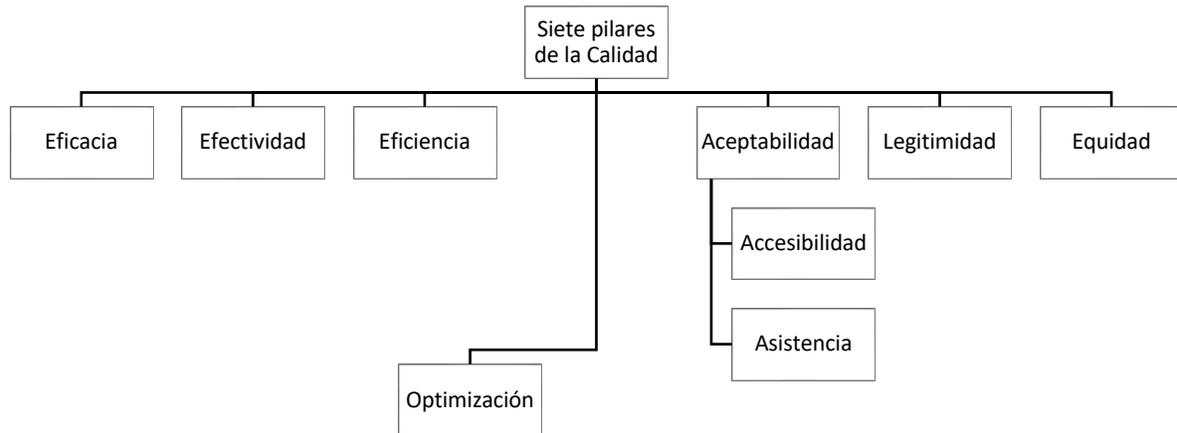
La calidad de la atención médica puede entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud a través de los valores de los pacientes y las normas profesionales (Navarro, 2017).

A su vez, Ruelas (1998) establece que la calidad es una mezcla de beneficios, riesgos y costos, buscando ofrecer los mayores beneficios, los menores riesgos y un precio justo.

Al existir un gran número de definiciones, se puede encontrar una gran variedad de esquemas, que, a su vez, integran distintas dimensiones que pueden utilizarse para medir la calidad de la atención. Donabedian (1990) establece que existen siete pilares donde se fundamenta la calidad de la atención, (figura 7).

Figura 7.

Siete pilares de la calidad



Fuente: Elaboración propia con base en Donabedian (1990).

Eficacia, es la habilidad de la ciencia y la atención sanitaria para alcanzar mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente en unas circunstancias inalterables.

Efectividad, es la mejora a través de las prácticas diarias que se espera conseguir, de manera más concreta, hablando de calidad, la efectividad puede entenderse como el grado en que la atención, logra un nivel de mejora de salud que dentro de otros estudios se han establecido como alcanzables.

Eficiencia, este punto representa el coste de la atención médica, dado el caso

de existir dos estrategias de asistencia igual de eficaces o efectivas, la menos costosa, representará la más eficiente.

Optimización, en esta fase, los efectos de la atención no son evaluados en términos absolutos, sino correspondiente al coste de la atención.

Aceptabilidad, se relaciona con las expectativas, deseos y valores de los pacientes y sus familias, ya que estos, tienen expectativas sobre los efectos de la atención en su salud y bienestar, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas de las pacientes relacionadas con la efectividad, eficiencia y optimización, sin embargo, no completamente, ya que entran en juego, otros factores, la accesibilidad y la asistencia.

Legitimidad, puede entenderse como la aceptabilidad de la atención por parte de la sociedad, en donde se busca de manera general el bien común, como es el caso de la planificación familiar, la inmunización, la información de enfermedades transmisibles, supervisión sanitaria de aquellos cuya discapacidad puede representar un peligro para los demás

Equidad, es la distribución de la atención de manera justa entre los miembros de una población, sin embargo, una distribución equitativa de la atención no significa una mayor mejora en salud a un coste más bajo, por lo tanto, la equidad simboliza un principio adicional a la calidad.

Estos principios se encuentran presentes también en algunos modelos presentados por otros autores como dimensiones de la calidad de la atención.

La OMS (2001) establece seis dimensiones clave de la calidad de la atención, estas son: seguridad, efectividad, servicio centrado en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Dimensiones de la calidad (OMS, 2001)	
Seguridad	Evitar lesiones a los pacientes a partir de los cuidados con los que se intenta ayudarlos
Efectividad	Proporcionar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán (evitando la infrautilización y la sobreutilización).
Servicio centrado en el paciente	Brindar atención que sea respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y garantizar que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas.
Oportunidad	Reducir las esperas y, en ocasiones, los retrasos perjudiciales tanto para quien recibe la atención como para

	quien la brinda.
Eficiencia	Evitar el desperdicio, en particular el desperdicio de equipos, suministros, ideas y energía.
Equidad	Brindar atención que no varíe en calidad debido a características personales como género, etnicidad, ubicación geográfica y estatus socioeconómico.

A lo largo de este marco teórico se ha realizado un amplio análisis de las teorías existentes que explican los fenómenos relacionados con el acceso a los servicios de salud y las barreras en torno a ello. El acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental que enfrenta diversas barreras, como limitaciones económicas, problemas de infraestructura y falta de información.

Para lograr una mejor calidad de vida para la población, es necesario eliminar estas barreras de acceso a los servicios de salud. La atención integral y de calidad, desde la recepción hasta el seguimiento del tratamiento, es esencial para mejorar la salud y el bienestar de la población.

Además, se ha explorado la utilización de los servicios de salud desde diversas perspectivas, como el modelo psicosocial, que destaca la importancia de las creencias y percepciones individuales en la búsqueda de atención médica.

El modelo epidemiológico ha subrayado la relación entre las barreras

institucionales y la probabilidad de desarrollar enfermedades, destacando la importancia de abordar las necesidades de salud de manera oportuna y continua. Por otro lado, el modelo sociológico ha introducido el concepto de calidad de la atención, resaltando la importancia de la eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

En resumen, este capítulo proporciona una base sólida para comprender las complejidades del acceso a los servicios de salud y destaca la necesidad de abordar no solo las barreras tangibles, como la disponibilidad y la infraestructura, sino también los aspectos subjetivos y sociales que influyen en la utilización de los servicios de salud. Al superar estas barreras, se puede avanzar hacia un sistema de atención médica más equitativo, centrado en el paciente y eficiente, contribuyendo así al mejoramiento general de la salud de la población.

3. METODOLOGÍA: EXPLORACIÓN DE LAS BARRERAS DE ACCESO Y TRATO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES.

Este estudio se desprende a partir de una investigación mayor a cargo del Dr. David de Jesús Reyes, titulada Evaluación de la calidad en el acceso y atención en los servicios amigables de Nuevo León, Dicha investigación analiza de manera general la oferta de los SA (modalidades; principios rectores; paquete integral de servicios; Información, Educación y Comunicación (IEC); accesibilidad; personal – nivel operativo) de manera particular, la presente investigación, analiza el trato a partir de los principios rectores y por otra parte, la accesibilidad basándose en las características de acceso, ambos elementos establecidos en el MAISSRA.

3.1 Naturaleza de la investigación

Esta investigación es desarrollada desde la metodología cualitativa, dado que esta hace referencia a una investigación en donde se generan datos descriptivos, la conducta observable o las palabras habladas o escritas de las personas (Taylor y Bogdan, 1987). Esta metodología permitió conocer a profundidad la percepción de los usuarios involucrados, respecto a las barreras a las que enfrentaron para acceder a los Servicios Amigables, concordando con la idea de Álvarez (2003) que afirma “La investigación cualitativa busca la subjetividad, explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales o grupales” (p. 41). De esta forma se tiene mayor claridad sobre los factores que influyen en el acceso a la atención en los

diferentes centros de salud.

3.2 Unidad de análisis

Se tomaron como unidades de análisis 22 centros de salud del área metropolitana de Monterrey y la zona periférica de Nuevo León, de manera intencional, por ser estos CSU que cuentan con el programa de Servicios Amigables.

3.3 Muestreo teórico

Inicialmente, se eligieron nueve Centros de Salud en el Área Metropolitana de Monterrey que ofrecían el programa de Servicios Amigables, y formaban parte del directorio nacional de dichos servicios. Posteriormente, se amplió el muestreo a trece Servicios Amigables en municipios periféricos de Nuevo León, lo que permitió comprender más plenamente la implementación en diversos contextos. Esta variedad geográfica y demográfica enriqueció los resultados del estudio al considerar diferencias en la implementación y percepción de los servicios.

3.4 Técnicas de recolección de información

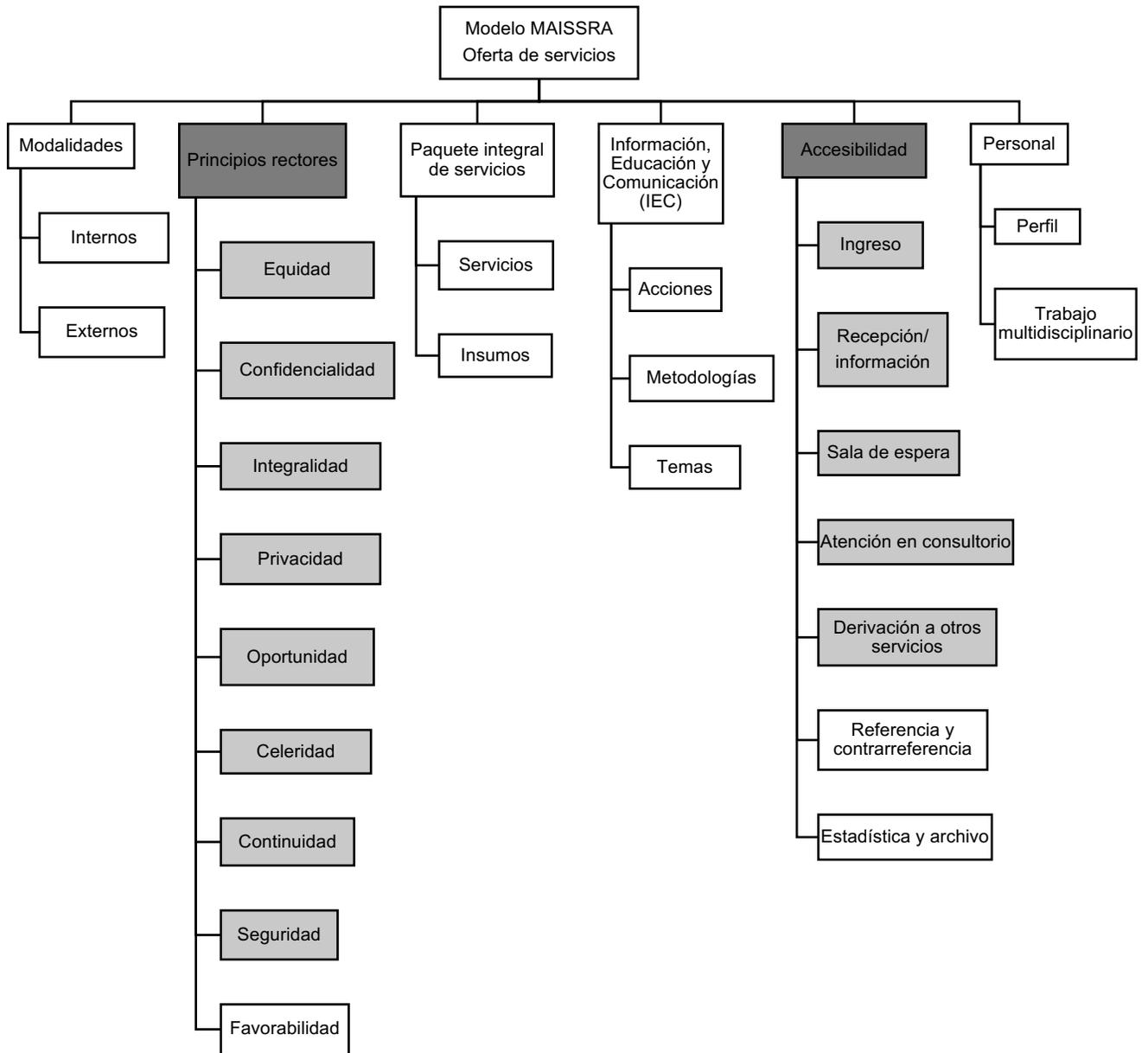
La recolección de la información se llevó a cabo mediante dos técnicas, observación participante y entrevistas semiestructuradas, realizadas a las y los usuarios simulados; los aspectos a evaluar a través de estas técnicas fueron dimensiones tomadas del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes (MAISSRA), elaborado en conjunto por la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, así como distintas Asociaciones Civiles dirigidas al

desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes, de estos componentes, se analizaron los elementos que integran los principios rectores (equidad, confidencialidad, integralidad, privacidad, oportunidad, celeridad, continuidad y seguridad), así como los elementos que integran la accesibilidad (ingreso, recepción / información, sala de espera, atención en consultorio y derivación a otros servicios), mismos que podían ser evaluados utilizando la metodología del usuario simulado, como se resalta en la figura 8.

En dicho modelo, se introduce un organigrama compuesto por una serie de factores relacionados con la oferta de servicios que se deben otorgar en las unidades de salud, aquí se destacan las características necesarias para brindar el servicio de manera amigable de los cuales, únicamente se tomaron dos componentes como objeto de estudio, los principios rectores para evaluar la percepción del trato y la accesibilidad para conocer cómo se percibe el acceso.

Figura 8

Oferta de servicios del modelo MAISSRA



Fuente: Elaboración propia con base en CNEGSR (2016). Nota: Los recuadros resaltados representan las dimensiones y elementos utilizados para el estudio.

El trabajo de campo fue dividido en dos etapas, en la primera de ellas se realizó observación participante, acompañando a una adolescente que desempeñaba el papel de usuaria simulada en nueve Centros de Salud, que contaban con Servicios Amigables del municipio de Monterrey, para ello, se le capacitó durante una semana en temas sobre Salud Sexual y Reproductiva, derechos sexuales, accesibilidad y trato que deben brindar dichos servicios, las clínicas visitadas fueron Nueva Morelos, Tierra y Libertad, Terminal, Croc B, Topo Chico, Pio X, Arturo B de la Garza, Plutarco Elías Calles y el Porvenir, mediante esta etapa se pudieron conocer los aspectos de la accesibilidad en los Centros de Salud visitados en comparación con los componentes de la accesibilidad que se encuentran establecidos en el MAISSRA.

Posteriormente, en la segunda etapa se continuó realizando observación participante para perfeccionar los aspectos anteriormente valorados, además, se integraron 13 nuevos Centros de Salud que cuentan con los Servicios Amigables del área Metropolitana de Monterrey y de la región periférica del estado de Nuevo León, estos fueron, Cañada Blanca, Fomerrey 7, ambos en el Municipio de Guadalupe, Jerónimo Treviño en Cadereyta, Los Sauces en San Pedro, La Fama en Santa Catarina, Topo Chico en Monterrey, Real de Palmas en Zuazua, Benito Juárez y Monte Kristal, ambos en el municipio de Juárez, Marín, Dr González, Ciénega de Flores y Sabinas Hidalgo, estos últimos en los municipios del mismo nombre.

Asimismo, se introdujeron de manera paralela dos usuarios simulados (hombre y mujer) quienes analizaron simultáneamente los aspectos del acceso y trato que se encuentran en el modelo. Posteriormente se realizaron entrevistas semiestructuradas

a los usuarios simulados para conocer sus opiniones respecto a las dimensiones de accesibilidad y trato (principios rectores) que otorgaron los Servicios Amigables visitados.

La guía de entrevista (Anexo 1) se desarrolló de acuerdo con la revisión de la literatura, los objetivos de la investigación y las dimensiones de estudio tomadas del MAISSRA.

El análisis de la información se llevó a cabo mediante la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002) a través de la recopilación de datos de manera sistemática, logrando así una interacción entre lo investigado y los datos recolectados, asimismo, se tomó en cuenta la idea de Gibbs (2012) quien señala que el análisis debe iniciarse en el campo, mediante distintas actividades, como llevar notas de campo y un diario de investigación, analizar datos iniciales es una buena manera de realizar una buena práctica.

De esta manera pueden plantearse nuevos problemas y preguntas de investigación, por otra parte, una vez que se hayan realizado las entrevistas, menciona que se pueden transcribir algunas partes de la grabación y de lo demás tomar notas. Posterior a esto se realizó la categorización y codificación de las entrevistas para un mejor manejo de la información utilizando el software *Atlas.Ti*

3.5 Aspectos éticos de la investigación

En esta investigación, se ha protegido la privacidad de los participantes al no

mencionar sus nombres ni información personal. Asimismo, se les otorgó un consentimiento informado, en el cual se explicó detalladamente el uso de los datos recopilados y la finalidad de la investigación, garantizando su pleno conocimiento y aceptación de su participación en el estudio.

4. RESULTADOS SOBRE LOS DESAFÍOS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES.

En este capítulo se presentan los principales hallazgos obtenidos a lo largo de este trabajo de investigación, tomando como base de análisis el MAISSRA.

El trabajo de campo se dividió en dos etapas, en la primera etapa, se realizó la observación participante acompañando a una usuaria simulada previamente capacitada, es importante destacar que esta usuaria solo participó en esta etapa inicial, durante este periodo, se visitaron 9 clínicas del municipio de Monterrey para analizar la accesibilidad y el trato recibido. Después, se realizó la segunda etapa, donde se continuó con la observación participante para afinar aspectos no considerados en la primera etapa. En esta ocasión, se incorporaron dos nuevos usuarios simulados (un hombre y una mujer) de manera simultánea. Estos usuarios también evaluaron la accesibilidad y el trato con base en los principios rectores. Durante la segunda etapa, se visitaron 13 clínicas del Área Metropolitana de Monterrey y municipios de la región periférica del estado de Nuevo León.

4.1 Primera etapa, analizando la dimensión de accesibilidad desde la observación participante

De acuerdo con el MAISSRA, la accesibilidad es la ruta que las y los adolescentes siguen al momento de la llegada, es indispensable que exista un

ambiente de confianza y seguridad, asimismo, todas las interacciones que existan deben otorgarse de manera amigable, esta dimensión está integrada por distintos componentes (ingreso, la recepción/información, sala de espera, atención en consultorios y derivación a otros servicios) (CNEGSR, 2015).

4.1.1 El ingreso

Durante la observación participante se encontraron diversas barreras que dificultaron el ingreso. En general, el personal mostró un comportamiento hostil.

Al momento de llegada de la usuaria simulada se le realizaron numerosas preguntas, como la colonia de procedencia. Si pertenecía a una colonia lejana, no podían otorgarle el servicio. El personal sugería buscar atención en un Servicio Amigable cercano a su domicilio. A lo que ella respondía que temía ser vista por algún familiar o persona conocida. Una vez dicho esto, se le permitía el acceso.

No obstante, se presentó una situación en donde se negó el acceso por no pertenecer al sector en donde se encontraba el Servicio Amigable. La recepcionista del CSU argumentó que no era posible brindarle el servicio a personas que no pertenecieran a dicho sector. Por lo tanto, se le sugirió a la usuaria que acudiera a una clínica de su localidad. Ella insistió en recibir el servicio, pero la encargada se negó totalmente. Asimismo, se cuestionó el motivo de consulta.

Esta situación se contrapone con lo establecido en el MAISSRA que menciona que “las y los adolescentes deben ser admitidos sin importar su edad, apariencia,

procedencia o estado civil” (CNEGSR, 2015, p. 193).

Al acudir a otra clínica donde se oferta el Servicio Amigable, durante la consulta, ocurrió otra situación negativa, en donde el portero cuestionó a la adolescente de manera desagradable y detallada sobre el motivo de la consulta y su edad, ella respondió que buscaba asesoría sobre métodos anticonceptivos, como respuesta el encargado expresó que no podía brindarle una cita por ser menor de edad sin estar acompañada de un adulto y mucho menos si acudía buscando asesoría sobre temas característicos de adultos, lo cual se contrapone al MAISSRA que dice que no es necesario el acompañamiento de un adulto para otorgar el servicio.

Posteriormente, de manera desagradable, el portero otorgó un turno a la adolescente para pasar a la consulta, sin embargo, este turno no correspondía al que se le debió haber otorgado, ya que durante la larga espera, ella pudo identificar que previamente ingresaron a consulta pacientes que llegaron después que ella; un hecho similar se detectó en una investigación realizada en Tanzania (Mchome et al 2015) identificó que los trabajadores de salud mostraban actitudes negativas y paternalistas hacia el uso los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de los adolescentes, declarando que estos deben ser empleados por adultos y parejas casadas.

De igual forma, se preguntaba si estaba o no afiliada al seguro popular, en una de las visitas, la vigilante mostró un comportamiento poco accesible para permitir el ingreso de la adolescente por no contar con seguro popular, le solicitó pagar una tarifa de 280 MXN para poder consultar y le negó el acceso acompañada a pesar de que la

adolescente así lo solicitaba, después de insistir y explicarle que no contaba con el dinero suficiente para pagar la consulta y que sólo buscaba orientación sobre métodos anticonceptivos, le permitió el ingreso; por otra parte, la mayoría de los Servicios Amigables carecían de señalizaciones que permitieran ubicar de manera rápida el consultorio y los que contaban con ellas en algunos casos se encontraban en mal estado.

Similar a la situación registrada en Pastrana et al. (2020) en donde se le preguntó a un usuario simulado si se encontraba afiliado a algún tipo de seguro, él declaró que no, por lo tanto la enfermera le indicó que debía presentarse al siguiente día por la mañana y pagar la cantidad de 72 MXN; lo cual contradice a lo establecido en el MAISSRA que declara: “Los servicios son gratuitos; y la usuaria o usuario debe decidir si quiere que la consulta sea individual o en presencia de alguien de su confianza” (CNEGSR, 2015, p. 178)

Por otra parte, en algunos Servicios Amigables, no existía personal de vigilancia o portería, por lo tanto, la adolescente únicamente ingresaba buscando a algún miembro del personal que pudiera orientarla sobre el proceso para solicitar un turno y/o una consulta.

Contrario a lo establecido en el MAISRRA, donde se establece que el ingreso se refiere al primer contacto que se tiene con el personal (vigilancia o portería), el personal debe tener una actitud amable y dirigir de manera sencilla el ingreso de las y los adolescentes a los servicios, no es necesario presentarse acompañados de un

adulto, sin embargo, pueden hacerlo si ellos así lo desean, asimismo es importante que existan señalizaciones que faciliten la entrada (CNEGSR, 2015).

4.1.2 La recepción e información

Aquí se tiene el primer acercamiento al equipo de salud. Regularmente, es una enfermera, enfermero o auxiliar de enfermería quien interacciona con las y los adolescentes. Estos profesionales deben brindar una comunicación receptiva, responsiva y amable, así como un ambiente de privacidad que permita expresar sus necesidades.

De manera general, las enfermeras se mostraron amables, aunque no muy interesadas sobre el motivo de la consulta, se limitaban a mantener en orden los turnos de los pacientes, pesarlos, medirlos e indicarles el momento en que les correspondía su consulta.

En algunos casos, no había personal designado a la recepción de los pacientes, algunas veces, al ingresar a los Servicios, estos se encontraban solos y la adolescente acudía a alguno de los consultorios, tocaba la puerta y preguntaba qué debía hacer para solicitar una consulta.

4.1.3 Sala de espera

Este fue uno de los principales aspectos negativos, en ninguno de los Servicios Amigables visitados hubo talleres sobre derechos sexuales y reproductivos, los materiales educativos sobre temas de salud sexual y reproductiva fueron casi nulos, a

excepción de una clínica en donde se tenía una sala de espera exclusiva para los Servicios Amigables, misma que contaba con revistas, folletos y material relacionado con los Derechos Sexuales para adolescentes.

En relación con los tiempos de espera, es importante destacar que en la mayoría de las clínicas estos fueron excesivamente prolongados, extendiéndose desde los 30 minutos hasta las 2 horas, debido a la insuficiente cantidad de personal disponible para atender a los pacientes que se encontraban en el CSU. Por otra parte, las salas de espera eran compartidas con personas que acudían a citas por distintos motivos, en ocasiones, no había asientos disponibles y era necesario esperar de pie.

Contrario a lo establecido en el MAISRRA, el cuál menciona que de ser posible, debe ser una sala independiente y agradable para las y los adolescentes, la manera ideal de utilizar estas salas es dando talleres sobre los derechos sexuales y reproductivos, y temas relacionados con la sexualidad de esta población, así como promocionar los Servicios Amigables. Se recomienda que en este espacio, existan materiales educativos sobre temas de salud sexual y reproductiva, y si no es posible contar con una sala independiente, es conveniente que los tiempos de espera sean cortos (CNEGSR, 2015)

Esta cuestión fue encontrada también en un estudio realizado en Soweto Sudáfrica, Schriver et al. (2014) registraron que la principal insatisfacción de los adolescentes estaba relacionada con los largos tiempos de espera y la mala calidad de la atención

4.1.4 Atención en consultorios

En este momento el o la adolescente mantiene trato directo con el o la médica, donde se debe realizar una valoración y responder a sus necesidades en cuanto a su salud en general, como de la salud sexual y reproductiva de manera particular, asimismo, brindar asesorías, tratamientos y dar recomendaciones, es aconsejable que la consulta dure lo suficiente para que las y los pacientes puedan expresar sus necesidades y dudas de manera libre, también es importante que el consultorio cuente con la privacidad necesaria para dar lugar a la consulta libremente. Es importante recordar que en México, las y los adolescentes pueden acudir a consultar sin necesidad de estar acompañados de algún adulto (CNGESR, 2015).

La atención recibida en los consultorios fue buena, de manera general se dio la explicación necesaria referente a los distintos métodos anticonceptivos existentes y a su forma de uso, se le permitió a la adolescente tomar la consulta de manera individual o acompañada, dependiendo de la decisión que ella tomara. No obstante, no se mostró mucho énfasis en brindar explicación correcta y oportuna con respecto a la pastilla de emergencia, el personal médico y de enfermería se mostraba renuente si la adolescente la solicitaba, en algunas clínicas se le negó, en otras se le brindó sin problemas y existió un caso en donde el médico se la otorgó, sin embargo, al momento de solicitarla en la farmacia, él salió a pedirla en voz alta sin importar que hubiera otras personas consultando que pudieran conocer a la adolescente y/o juzgarla.

4.2 Segunda etapa, continuación del análisis sobre accesibilidad desde la observación participante

La segunda etapa del estudio se realizó con la participación de dos nuevos usuarios simulados, esta vez incorporando un hombre y una mujer, lo que permitió evaluar una muestra más diversa. Durante esta fase, se evaluaron nuevamente aspectos sobre la accesibilidad mediante la observación participante acompañando a dos nuevos usuarios simulados (hombre y mujer) en trece Servicios Amigables del Área Metropolitana de Monterrey y de los municipios de la región periférica del estado de Nuevo León, cabe mencionar que esta segunda etapa se realizó ya iniciada la pandemia COVID-19. Por lo tanto, existieron algunas restricciones que limitaron aún más el acceso en los Servicios Amigables.

4.2.1 Ingreso

Referente al ingreso, en ninguna de las clínicas había un portero o vigilante que dirigiera la ruta de acceso, en cambio, una enfermera o médico mantenía el primer contacto con los usuarios simulados, en un CSU, una persona de intendencia fue quien dio la bienvenida y dirigió con el médico. Por otra parte, en algunos de los CSU no había control de los pacientes al ingresar, y en otros se dirigía como consulta general y no a los Servicios Amigables, asimismo estos servicios carecían de señalización para orientar de manera clara al consultorio, por lo tanto los usuarios accedían a distintos consultorios hasta hallar el correcto, o bien, buscaban nuevamente a algún miembro del personal que pudiera orientarles. Al respecto, CULTURASALUD (2010); Mchome et al. (2015); Pastrana et al. (2020) documentan en sus estudios que la falta de señalización obstaculiza la dirección hacia los Servicios Adolescentes, asimismo, si

las indicaciones no eran claras tenían que preguntar sobre la ubicación de los mismos, lo cual retrasaba la atención, en general, una falta de señalización dificulta la orientación al interior de los SA.

4.2.2 Recepción e información

Respecto a recepción e información, la atención fue muy simple y limitada, una vez que los usuarios ingresaron al Centro de Salud, las enfermeras y los enfermeros no interactuaron con ellos, tampoco pesaron o midieron como regularmente lo hacen. Anteriormente señalaste que sí... en qué difiere el contexto o situación, porqué aquí no? y sólo mantuvieron contacto verbal cuando se acercaba el turno de su consulta para agilizar el proceso, en ocasiones, el personal permanecía en su lugar haciendo uso de teléfonos móviles y no preguntaba a los pacientes si requerían ayuda.

4.2.3 Sala de espera

Por otra parte, la sala de espera resultó desfavorable debido a las restricciones exigidas por la situación sanitaria del COVID-19 puesto que en la mayoría de los CSU, se prohibía el ingreso a dicha sala lo cual obligaba a los pacientes a realizar filas fuera de las instalaciones con la finalidad de recibir un turno, asimismo, frente a los demás pacientes se les cuestionaba el motivo de su consulta, lo cual comprometía la confidencialidad, de igual manera, una vez que los pacientes contaban con un turno asignado para la consulta, debían esperar al exterior del centro de salud, de tal manera, que no existían salas de espera diferenciadas, puesto que estas no se podían utilizar en la mayoría de los casos.

Es importante mencionar que este hallazgo es crucial y contribuye significativamente al manual de servicios amigables en situaciones de emergencia, como pandemias o cualquier otro asunto de salud pública o emergencia sanitaria.

4.2.4 Atención en consultorios

Respecto a la atención brindada en los consultorios, se observó cierta diferencia en la calidad. En algunos de los SA, las consultas fueron bastante detalladas, con una duración aproximada de 30 minutos. Durante estas consultas, se proporcionó una explicación exhaustiva sobre los diversos métodos anticonceptivos disponibles, así como orientación sobre su uso adecuado. Sin embargo, en algunos casos, no se abordaron temas relacionados con las pastillas de emergencia.

En otros lugares, la atención fue notablemente más breve, con sesiones que apenas alcanzaron los 10 minutos. Además, en ciertos servicios, no se suministraron métodos anticonceptivos, limitándose la atención a una breve explicación de los mismos.

Desde la perspectiva de Donabedian (1988) la diferencia en la calidad de la atención se puede atribuir a deficiencias en la estructura (recursos e infraestructura), en el proceso (prácticas y procedimientos de atención), y en los resultados (salud y satisfacción del paciente). Cada uno de estos componentes es interdependiente y una debilidad en uno puede afectar negativamente a los otros, resultando en una atención de menor calidad.

4.3 Segunda etapa, análisis de los componentes de la accesibilidad desde la percepción de los usuarios simulados

Por otra parte, se introdujeron dos usuarios simulados, un hombre y una mujer que consultaron en las distintas clínicas que contaban con el programa de Servicios Amigables y posteriormente se realizaron entrevistas semiestructuradas para conocer su percepción acerca de la accesibilidad y el trato.

4.3.1 ingreso

Sus percepciones en cuanto al ingreso fueron que en la mayoría de los Centros de Salud recibía una enfermera y preguntaba el motivo de la consulta, algunas de ellas no se comportaron de manera amigable, en una visita una de las enfermeras indicó de manera descortés al usuario que esperara su turno afuera.

Semejante a lo encontrado en otros estudios en donde el personal de salud mostró actitudes negativas, lo cual constituye una de las principales barreras para el acceso a los servicios para adolescentes (Mchome et al., 2015); (Pastrana et al., 2020).

“Muy indiferente y poco amigable; ni con una actitud al menos de servicio (USMujer, 19 años, CSU9, diciembre, 2020).⁴

“La enfermera de la ventanilla no fue muy amable e indicó que la espera para

⁴ Extracto de entrevista realizada a usuaria simulada. E3 se refiere a Entrevista número 3 de la usuaria simulada.

la orientación era fuera de la clínica y nos indicó que saliéramos” (USHombre, 18 años, CSU13, febrero, 2021).

“No había ningún personal que recibiera en el centro, ni adentro ni afuera”
(USHombre, 18 años, CSU1, diciembre, 2020)

El MAISSRA, establece que el personal debe tener una actitud amable y facilitar la entrada a los servicios, al recibir una mala atención, es probable que los pacientes decidan no ingresar a los servicios

4.3.2 Recepción e información

Referente a la recepción e información, el trato fue aceptable, sin embargo, en algunos casos, se percató de que la enfermera mostraba un trato poco amigable e indiferente.

“No fue agradable ya que la persona de ventanilla no quiso atender y el demás personal está en hora de comida” (USHombre, 18 años, CSU9, febrero, 2021)

4.3.3 Sala de espera

Por otra parte, de manera general, las salas de espera no se encontraban separadas, no había promoción de los derechos sexuales y reproductivos o de los servicios amigables, tampoco había material educativo, pero se encontraban algunos carteles referentes a la salud sexual.

“Solo había dos sillas afuera del centro ya que no se pudo observar de forma

amplia la sala ya que no se dejó ingresar” (USHombre, 18 años, CSU4, diciembre, 2021)

Concordante con lo encontrado en estudios similares, mostraron que la sala de espera no era exclusiva para adolescentes, eran muy pequeñas y se tenían que compartir con los demás pacientes, lo cual provocaba que las y los adolescentes sintieran miedo y vergüenza de ser vistos por familiares o personas conocidas (Pearson, 2003); (CULTURASALUD, 2010); (Pastrana et al., 2020).

4.3.4 Atención en consultorios

La atención en consultorios fue regular, mientras que en algunos Servicios Amigables hubo explicaciones muy oportunas, en otros sólo se limitaron a resolver dudas y no se daba una explicación completa.

4.4 Percepción de los componentes del Trato desde la percepción de los usuarios simulados

Como se mencionó anteriormente, el trato fue evaluado con base en los principios rectores proporcionados en el MAISSRA, en donde se establece que los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes deben ser brindados de acuerdo con el marco legal vigente, pero a su vez, basándose en una serie de características que orienten a la práctica amigable (equidad, confidencialidad, integralidad, privacidad, oportunidad, celeridad, continuidad, seguridad y favorabilidad) (CNEGSR, 2016).

4.4.1 Equidad

En los Servicios Amigables se debe brindar la atención de manera equitativa y favoreciendo a las y los adolescentes de menores recursos, menores posibilidades, grupos minoritarios, con la provisión de servicios, considerando las necesidades particulares de este grupo poblacional.

Este principio se cumplió en su mayoría, ya que los usuarios simulados recibieron el servicio de manera equitativa, no obstante, en uno de los Centros de Salud se negó la consulta, justificando que cerca del domicilio del adolescente se encontraba otro SA.

Por otra parte, en dos SA se pedía como requisito contar con el CURP para acceder a la consulta o adquirir métodos anticonceptivos.

“Sí, más de tres ocasiones la doctora solicito mi CURP [...] La necesidad de llevar mi CURP para que me entregase la pastilla anticonceptiva de emergencia”
(USMujer, 19 años, CSU6, diciembre, 2020).

“No hubo mucho interés por mi motivo de consulta y prácticamente pareció más importante que llevara el CURP [...] No ingresar a consulta a por no llevar el CURP”
(USMujer, 19 años, CSU8, febrero, 2021).

Sería beneficioso que el MAISSRA incluya flexibilidad en los requisitos de

documentación para que los adolescentes puedan recibir consultas. Basándonos en la experiencia empírica, a menudo se prioriza la presentación del CURP por encima de la atención solicitada, lo cual puede ser contraproducente.

4.4.2 Confidencialidad

El personal de salud debe mantener de manera privada toda información que reciba de las y los adolescentes, debe guardar el secreto profesional y buscar que dicha información no sea divulgada.

Respecto a este principio, se pudo percibir que el personal cumplía con la confidencialidad de la información, ya que solamente se mantenía interacción con el usuario.

4.4.3 Integralidad

Los Servicios Amigables deben ser otorgados de manera integral, incorporando la educación, información, diagnóstico, prevención, tratamiento, rehabilitación y cualquier servicio que beneficie la salud de las y los adolescentes.

En cuanto al principio de integralidad, no se cumple con las expectativas del modelo, puesto que en la mayoría de los SA la información proporcionada a los usuarios simulados solamente se centró en el uso de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo, en cuanto al tema de los riesgos de contraer ITS, la información fue muy escasa y en la minoría de los SA se habló del tema, no en todos se otorgó información completa, ya que en algunos de estos se mencionaba que al utilizar un

método de larga duración ya no era necesario el uso del condón, lo cual dejaba de lado el riesgo de contraer alguna ITS, tampoco se brindaba información respecto al tema ni a los riesgos del embarazo durante la adolescencia, de igual forma no se cuestionaba sobre alguna otra necesidad que el o la adolescente pudiera tener.

“La atención fue centralizada y solo se respondieron las dudas que el paciente daba [...] La orientación tuvo falta de información además de que no se realizó diagnóstico sobre la situación social y sexual del paciente” (USHombre, 19 años, CSU8, diciembre, 2020).

“Se brindo información amplia, pero con algunas contradicciones ya que se mencionó que después de ponerse un método anticonceptivo fijo se podía dejar de usar condón, pero esto es incorrecto porque puede haber posibles contactos de ITS” (USHombre, 18 años, CSU12, febrero, 2020).

Situaciones similares se registraron en investigaciones realizadas en diferentes países Geary et al. (2015); De Castro et al. (2017); Pastrana et al. (2020) en donde solamente se hablaba del uso correcto del condón, prevención del embarazo, pero no se hacía referencia sobre temas relacionados con el VIH/SIDA o la prevención de ITS.

4.4.4 Privacidad

Los Servicios Amigables deben brindarse en un ambiente privado, lo cual incluye, espacios adecuados dentro de las clínicas, privacidad de la información solicitada y capacitación del personal respecto a la privacidad de la información.

Con relación a la privacidad este fue uno de los principios que dejó mucho que desear, ya que por motivos de la contingencia del COVID-19, en la mayoría de las clínicas no se permitía ingresar a la sala de espera, por lo tanto, se cuestionaba frente a los demás pacientes el motivo de la consulta, lo que ponía en evidencia a los usuarios simulados.

“No hubo privacidad ya que por motivo de la contingencia la información y la espera es fuera de la clínica en una sala de espera improvisada en el patio de esta”
(Usuario Simulado, E11)

“No, me atendió justo en la entrada” (USMujer, 19 años, CSU3, diciembre, 2020).

Por otra parte, en un Servicio Amigable, Fomerrey 7, la atención se basó en una breve explicación dada por una recepcionista, misma que se otorgó en un pasillo. Esta situación se encontró también en otro estudio en donde la atención se brindó en un pasillo en presencia de otros pacientes (Mchome et al., 2015).

Es importante destacar que la información anteriormente presentada es crucial para el desarrollo manual MAISSRA, especialmente en el contexto de una emergencia sanitaria, ya que resalta aspectos fundamentales que deben considerarse para garantizar la efectividad y la calidad de los Servicios Amigables.

4.4.5 Oportunidad

Los servicios se deben brindar en el momento que el o la adolescente lo solicita, se deben evitar por parte de todos los miembros del personal de salud, situaciones que generen incertidumbre en los pacientes que expresan sus dudas, el personal no se debe limitar a la problemática expresada por el o la adolescente, sino que debe indagar más allá para conocer situaciones que pueden encontrarse detrás de lo expresado, por ejemplo el abuso sexual, mediante dicha indagación se debe buscar ayudar al paciente de la manera más oportuna.

Referente a la oportunidad, se encontró que, en algunos de los SA, el personal no otorga el servicio en el momento que el o la adolescente lo solicita, una de las principales barreras localizadas fue que no se podía otorgar la consulta porque el equipo de salud se encontraba ocupado y no había alguien que pudiera otorgar la información, asimismo, en un CS se pidió acudir por la mañana ya que las consultas terminaban a las 12:00pm.

La falta de disponibilidad del personal de salud y los horarios limitados de atención son barreras significativas para los adolescentes que buscan servicios médicos. Estas barreras se deben principalmente a la sobrecarga de trabajo y la escasez de personal, así como a una gestión ineficiente del tiempo y recursos (OMS, 2016; Bodenheimer, 2016). Para mejorar el acceso, se recomienda aumentar el personal, extender los horarios de atención, optimizar la gestión del tiempo, capacitar al personal, implementar telemedicina e involucrar a la comunidad en la planificación

de servicios (Gupta y Denton, 2008).

Situaciones similares se encontraron en un estudio realizado en Tanzania, que, aunque se establecen ciertos horarios de atención, estos los cierran más temprano (Mchome et al., 2015).

Por otra parte, en una consulta, se le mencionó al usuario simulado que no había riesgo de embarazo si no había tenido relaciones sexuales durante el periodo fértil, sin embargo, no se le explicó cuál es este periodo, tampoco se le habló del riesgo de contraer alguna ITS, ni la importancia de utilizar métodos anticonceptivos.

“Se me explico que no había riesgo sobre un embarazo si no había sido en los días fértiles de mi pareja (no es explican cuáles son los días fértiles) y se me recomendó hacer prueba de embarazo” (USHombre, 18años, CSU2, diciembre, 2020)

En un estudio realizado en Senegal, se documentó que menos de la mitad de los jóvenes encuestados conocían el momento del ciclo menstrual en que una mujer tenía más probabilidades de quedar embarazada (Katz y Nar, 2002).

Asimismo, no se indagó más allá de las dudas que tenían los usuarios simulados, lo cual dejó ir la oportunidad de conocer situaciones que pudieran encontrarse detrás de lo que ellos expresaban.

“Creo que la atención fue buena, pero el medico debería de realizar un diagnóstico más amplio acerca del motivo de la visita del paciente, ya que esto puede incidir en algunos otros problemas que el este puede presentar, pero que no expresa”
(USHombre, 18 años, CSU10, febrero, 2020).

Uno de los principales hallazgos registrados fue que en distintos Servicios Amigables no se brindó el servicio por diferentes razones, en algunos, el personal no se encontraba disponible, no había personal suficiente y se les invitaba a volver después o se mencionaba que los responsables se encontraban en un curso.

“La enfermera mencionó que todo el personal estaba ocupado; recomendó acudir al día siguiente y mencionó que la única que podía atenderme era la psicóloga”
(USMujer, 19 años, CSU3, diciembre, 2020)

“No hubo interacción ya que los médicos estaban ocupados en una junta”
(USHombre 18 años, CSU1, diciembre, 2020)

Este hallazgo fue también percibido por otros investigadores, Mchome et al. (2015); De Castro et al. (2017); Pastrana et al. (2020), por lo general, el personal no se encontraba disponible y las instalaciones se encontraban cerradas porque no había quien atendiera.

La falta de disponibilidad de servicios en los Servicios Amigables puede

atribuirse principalmente a la insuficiencia de personal y la ausencia del mismo por motivos personales o profesionales. La literatura sugiere que estas interrupciones se deben a restricciones presupuestarias, alta rotación de empleados y una mala planificación de recursos humanos. Para mitigar estos problemas, se recomienda una mejor gestión de recursos humanos, una mayor inversión en el sector salud y estrategias efectivas de retención y desarrollo del personal (Buchan y Aiken, 2008; Frenk et al., 2010; World Health Organization, 2016).

4.4.6 Celeridad

La atención debe ser lo más ágil posible, si existen barreras institucionales que lo impidan deben crearse instrumentos que permitan orientar sus inquietudes, así como difundir la prestación del servicio.

En algunos de los SA visitados no existía un control de los pacientes que esperaban consulta lo cual provocaba que el servicio se tornara muy lento, en otros sólo había un médico atendiendo todas las consultas, no existía personal encargado de los SA, por lo tanto, los tiempos de espera en algunos de los Centros de Salud fueron muy largos.

“25-30 minutos; al parecer no había un orden de la llegada de pacientes porque no había nadie en la portería, pasando los 25 minutos un enfermero salió, a preguntar quién había llegado primero, para posteriormente entregar unas fichas en un pedazo de papel” (USMujer, 19 años, CSU2, diciembre, 2020).

“40 minutos, en si no se puede saber el por qué, pero se puede estimar que es debido a que sólo se encontraba un médico en el centro por lo cual se tenía que esperar a que atendiera uno por uno” (USHombre, 18 años, CSU8, febrero, 2020)

4.4.7 Continuidad

Los servicios deben otorgarse de manera permanente, regular y continua. Este aspecto no se cumplió, no se les invitó a volver a consulta para dar seguimiento, sólo se sugirió volver si surgía otra duda respecto a lo explicado durante la consulta.

Esta situación se encontró en Pastrana et al. (2020) en donde no se brindó continuidad a dar seguimiento al motivo de la consulta, pero se invitó a volver en caso de que tuvieran alguna otra necesidad.

La prestación permanente, regular y continua de servicios en los Servicios Amigables es fundamental para asegurar la efectividad de la atención. La falta de seguimiento adecuado y la omisión de invitaciones para consultas posteriores pueden comprometer la continuidad en el cuidado de la salud, reduciendo la oportunidad de manejar condiciones crónicas, educar sobre prevención y promover hábitos saludables a largo plazo (Saultz y Lochner, 2005).

La literatura enfatiza que la atención continua mejora los resultados de salud y la satisfacción del paciente, además de facilitar la prevención de enfermedades mediante la educación continua y la adaptación del tratamiento a lo largo del tiempo

(Bodenheimer et al., 2002).

4.4.8 Seguridad

Los servicios deben ser brindados en condiciones óptimas de seguridad. Este principio se cumplió en la mayoría de los SA visitados, aunque en algunos de estos se encontraban realizando remodelaciones y no existían medidas para prevenir algún accidente, por el contrario, en uno de los Centros de Salud se pidió esperar el turno muy cerca de donde se encontraban los trabajadores.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: ABORDANDO LAS BARRERAS DE ACCESO Y TRATO A LOS SERVICIOS AMIGABLES

Este capítulo analiza las experiencias de los usuarios simulados dentro de los Servicios Amigables, identificando las barreras que complican su utilización. Esto se llevó a cabo a través de dos fases de trabajo de campo, se exploraron elementos relacionados con la actitud del personal, la falta de orientación, tiempos de espera prolongados y limitaciones en la información proporcionada. Por otra parte, las entrevistas aportan perspectivas valiosas; en este análisis se busca comprender a profundidad las percepciones de los usuarios simulados.

Conforme a las experiencias compartidas por los usuarios simulados, existen diversas barreras que complican la utilización de los Servicios Amigables (Tabla 1).

De manera general, dentro de la primera etapa del trabajo de campo, se observó que el personal muestra poca actitud de servicio, no existe personal que oriente a la población adolescente al momento del ingreso sobre su consulta y se realizan diversas preguntas sobre el motivo de la misma, los tiempos de espera son demasiado largos y durante este tiempo, no se brinda materiales educativos sobre Salud Sexual y Reproductiva o talleres sobre los derechos sexuales, por otra parte, en algunos de los SA no se brindan métodos anticonceptivos y tampoco se habla sobre la anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción de emergencia, genera un debate sustancial en la literatura médica y ética. Aunque es reconocida por su eficacia para prevenir embarazos después de mantener relaciones sexuales no protegidas, su uso repetido no es recomendado debido a posibles efectos secundarios y asimismo porque no protege contra las ITS.

Existen argumentos éticos sobre su disponibilidad y uso, así como preocupaciones sobre su impacto en la salud reproductiva a largo plazo. Organizaciones como la OMS destacan su papel como opción de último recurso y enfatizan la importancia de la educación integral en salud sexual y reproductiva para su uso responsable (World Health Organization, 2016; Cleland et al., 2013).

Tabla 1

Primera etapa (Análisis de la accesibilidad)	
Observación participante	
Dimensión	Barreras
Ingreso	Comportamiento hostil por parte del personal, numerosas preguntas acerca de la colonia de procedencia, ya que si la usuaria pertenecía a una colonia lejana no se le podía prestar el servicio. En una ocasión, se negó el acceso por no pertenecer al sector en donde se encontraba el Servicio Amigable. Diversas preguntas sobre el motivo de la

	<p>consulta y edad; en esta ocasión, se mencionó que era necesario estar acompañada de una persona adulta para recibir la atención. Asimismo, en otro SA se solicitó pagar una tarifa por no estar afiliada al seguro popular. Por otra parte, los Servicios Amigables carecían de señalización, y no en todos los SA había personal de vigilancia o portería. Por lo cual, en distintas ocasiones, la adolescente no contó con orientación para saber a quién debía dirigirse para solicitar una consulta.</p>
Recepción e Información	<p>En Muchas ocasiones, no se encontró personal que orientara sobre cómo acceder a una consulta, los usuarios entraban solos a los SA y en ocasiones tuvieron que tocar las puertas de los consultorios para preguntar cómo podían solicitar un turno.</p>
Sala de espera	<p>En ningún SA hubo talleres sobre derechos sexuales, los materiales educativos sobre Salud Sexual y Reproductiva fueron muy escasos, los tiempos de espera fueron generalmente largos, tardando desde los 30 minutos hasta las 2 horas, asimismo, las salas de esperan eran compartidas con las personas que acudían a solicitar otro tipo de atención.</p>
Atención en	<p>No se mostró énfasis en la manera en que funciona la</p>

consultorios	pastilla de emergencia y en distintas ocasiones el personal se mostró negado a otorgarla.
--------------	---

Continuando con la segunda etapa del trabajo de campo, se documentaron algunas otras barreras dentro de los SA (Tabla 2).

Las principales barreras evidenciadas fueron que en ninguna de las clínicas hubo personal que recibiera a los usuarios al momento del ingreso, falta de interés por parte del personal sobre el motivo de su visita, en distintas clínicas, por motivos del COVID-19 las y los adolescentes no podían ingresar a la sala de espera, esperaron su turno afuera del CSU, en algunos otros, donde se les permitió el ingreso, no hubo materiales educativos ni promoción de los derechos sexuales y reproductivos, tampoco de los SA, lo cual limita la privacidad. Por otra parte, no se brindó información completa ya que no se habló sobre la anticoncepción de emergencia, en ocasiones el personal solo se limitó a resolver dudas.

Tabla 2

Segunda etapa (Análisis de la accesibilidad)	
Observación participante	
Dimensión	Barreras
Ingreso	En ninguna de las clínicas hubo vigilante o portero

	que dirigiera la ruta de acceso, falta de señalización, las consultas no fueron dirigidas hacia los servicios amigables, sino, como consulta general.
Recepción e Información	Falta de interés por parte del personal sobre el motivo de la consulta, atención simple y limitada.
Sala de espera	No se permitía el ingreso a la sala de espera por motivos de COVID-19, se les solicitó a los adolescentes, permanecer afuera de la clínica hasta que fuera el turno de ingresar, por lo tanto, no existieron salas de espera diferenciadas, por otra parte, se preguntaba frente a los demás pacientes el motivo de la consulta, por lo tanto, la privacidad se vio afectada.
Atención en consultorios	En algunos consultorios no se habló de la existencia de la pastilla de emergencia, por lo tanto, no se explicó su uso, algunos SA no otorgaron métodos anticonceptivos, la consulta se limitó a una breve explicación sobre su uso.
Usuarios simulados – Entrevistas semiestructuradas	
Ingreso	El personal no se mostró muy amable, en una ocasión, de manera descortés se solicitó esperar su turno afuera.
Recepción e	Trato poco amigable e indiferente.

Información	
Sala de espera	Las salas de espera no se encontraban separadas, no había promoción de los derechos sexuales y reproductivos ni de los SA, no existía material educativo.
Atención en consultorios	En ocasiones no se brindaba una explicación completa, el personal se limitó a resolver dudas.

En cuanto al análisis del trato desde la perspectiva del usuario simulado (tabla 3), se percibió que el personal realizó mucho énfasis en la colonia de procedencia y se solicitó en diferentes ocasiones el CURP como requisito para brindar una consulta, asimismo, en uno de los consultorios visitados se negó la consulta.

La información recibida fue enfocada al uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, se dejó de lado el uso de la pastilla de emergencia, así como los riesgos de adquirir ITS.

Por motivos del COVID-19 no se permitía el ingreso a la sala de espera y se preguntaba frente a los demás pacientes el motivo de la visita, lo cual evidenciaba a las y los usuarios.

En algunos consultorios no se otorgó la consulta en el momento solicitada, ya que el personal se encontraba ocupado y no se podía brindar la atención, asimismo, se requería acudir en un horario matutino, puesto que las consultas finalizaban a las

12:00 horas.

Por otra parte, los tiempos de espera se tornaron muy largos, en algunas clínicas solo había un médico atendiendo a todos los pacientes, lo cual retrasaba el horario de atención, y no existía control de los pacientes.

Por último, no se invitó a volver para dar continuidad a los usuarios simulados, únicamente se mencionó que podían regresar en caso de tener dudas.

Tabla 3

Segunda etapa (Análisis del trato)	
Usuarios simulados – Entrevistas semiestructuradas	
Dimensión	Barreras
Equidad	En uno de los consultorios visitados se negó la consulta, ya que el usuario no se encontraba en el SA de su localidad, se solicitó el CURP en distintas ocasiones para brindar la consulta o los métodos anticonceptivos.
Confidencialidad	N/A
Integralidad	La información brindada principalmente se centró en el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos, la información en cuanto a los riesgos de contraer ITS fue muy

	<p>escasa y en la mayoría de los SA no se habló del tema, se mencionaba que, si se utilizaba un método anticonceptivo de larga duración, no era necesario utilizar condón, lo cual dejaba de lado el riesgo de contraer ITS, por otra parte, no se habló de los riesgos de un embarazo durante la adolescencia.</p>
Privacidad	<p>A causa del COVID-19 en la mayoría de las clínicas no se permitía ingresar a la sala de espera y se cuestionaba frente a las demás personas el motivo de la consulta, lo que ponía en evidencia a los usuarios simulados.</p>
Oportunidad	<p>En algunos SA no se otorga el servicio en el momento en que el o la adolescente lo solicita, no se podía otorgar la consulta porque el personal se encontraba ocupado y no había personal que pudiera brindar la información, se solicitaba acudir por la mañana, ya que las consultas terminaban a las 12:00 horas.</p>
Celeridad	<p>No existía control de los pacientes, por lo tanto, el servicio se tornó lento, en otros, solo había un médico atendiendo todas las consultas, por ello, los tiempos de espera fueron muy largos.</p>
Continuidad	<p>No se invitó a volver a consulta para dar seguimiento, solamente se sugirió volver en caso de existir dudas sobre lo</p>

	ya explicado durante la consulta.
Seguridad	En algunos SA se encontraban realizando remodelaciones sin medidas de seguridad, en uno de los centros de salud, se solicitó esperar su turno muy cerca de donde se encontraban los trabajadores realizando sus labores.

En resumen, los hallazgos empíricos revelan una serie de barreras sustanciales en los Servicios Amigables, destacando deficiencias en la actitud del personal, la falta de orientación, tiempos de espera prolongados y limitaciones en la información proporcionada. Estos desafíos, claramente identificados durante el trabajo de campo, encuentran resonancia en la literatura teórica sobre la importancia de servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y centrados en el usuario para adolescentes. Las recomendaciones propuestas, que se derivan tanto de las experiencias observadas como de las mejores prácticas teóricas, apuntan a mejorar la equidad, la privacidad, la integralidad de la información y la oportunidad en la atención. Este análisis conjunto de aspectos empíricos y teóricos subraya la necesidad urgente de intervenciones específicas y personalizadas que aborden las complejas interrelaciones entre la teoría y la práctica en el contexto de los Servicios Amigables, garantizando así una atención de calidad y accesible para los adolescentes.

6. CONCLUSIONES

Los resultados presentados en esta investigación nos permiten conocer las principales barreras que enfrenta la población adolescente al intentar acceder a los servicios de salud reproductiva. Estos resultados comprueban que existe una gran disparidad entre lo que está establecido en el MAISSRA y lo que realmente se encuentra en la práctica.

Durante la investigación, se constató que una de las barreras más significativas de acceso a los servicios son los horarios de atención, pues estos presentan incompatibilidad con el horario escolar de los adolescentes, ya que muchos servicios de salud solo ofrecen atención matutina, de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. Este hallazgo se alinea con el Modelo Epidemiológico propuesto por Arredondo y Meléndez (1992), que destaca cómo las barreras institucionales, como los horarios restrictivos, actúan como riesgos iniciadores al dificultar el acceso inicial y, por ende, aumentan los comportamientos de riesgo.

Otra barrera importante fue el costo del servicio. Aunque el MAISSRA (2015) establece “Los servicios son gratuitos; y la usuaria o usuario debe decidir si quiere que la consulta sea individual o en presencia de alguien de su confianza” p.172. El hecho de que se les cobre por el servicio hace que los adolescentes reduzcan sus probabilidades de solicitar una consulta, ya que muchos de ellos no tienen recursos económicos propios. Además, se les solicitaba estar afiliados al Seguro Popular, lo cual hace que menos adolescentes accedan al servicio, pues no quieren ser

descubiertos por sus padres al utilizar dicho seguro.

Esta barrera se relaciona con el modelo sociológico de Donabedian (1990) y de la OMS (2001) quienes afirman que la equidad es afectada al limitar el acceso a los adolescentes con menos recursos económicos. Aunque el MAISSRA destaca la importancia de la equidad, la realidad muestra que el costo se convierte en una restricción para muchos adolescentes.

Además, estas barreras también pueden perpetuar desigualdades de género y de clase social, ya que los adolescentes más vulnerables son los que tienen menos recursos para pagar por los servicios o para desplazarse a las clínicas que ofrecen atención en horarios compatibles con su vida escolar.

Los largos tiempos de espera, de hasta dos horas en algunas clínicas también es una problemática destacada. Esto hace que los adolescentes decidan no volver o se retiren antes de recibir atención. Este aspecto se relaciona directamente con el Modelo Epidemiológico, el cual menciona que las barreras institucionales, como los tiempos de espera prolongados, actúan como riesgos promotores al perpetuar la falta de acceso, asimismo incrementando los riesgos para la salud de los adolescentes a lo largo del tiempo.

Destacando los principios de eficiencia y optimización propuestos por Donabedian (1990), es necesario optimizar los tiempos de espera para hacer las consultas más eficientes.

Por otro lado, existió falta de señalización de los mismos, lo cual dificulta su ubicación y la población adolescente se siente perdida dentro de las instalaciones, en ocasiones deciden irse, pues por miedo o vergüenza no piden indicaciones para no tener contacto con el personal, el MAISSRA sugiere que “es conveniente que, durante su visita al servicio, las y los adolescentes interactúen con un número mínimo de miembros del personal de salud” (CNEGSR, 2016, p. 177)

El poco interés por parte del personal hacia los usuarios también fue una barrera importante. Aunque los casos donde se negó la atención fueron escasos, esto fue una limitante bastante alarmante. Además, no se les invitó a volver para dar seguimiento lo cual agrava el problema. Desde la perspectiva del Modelo Sociológico de Donabedian (1990), la falta de interés del personal hacia los usuarios y la negación de atención en algunos casos representan una limitación en la aceptabilidad y la legitimidad del servicio. Mejorar la atención implica no solo abordar las barreras institucionales sino también garantizar que sea aceptable y legítima para la sociedad.

La falta de privacidad, agravada por la pandemia del COVID-19, también surge como una barrera significativa. Muchas consultas se brindaron fuera del consultorio, lo que permitió que otros usuarios que se encontraban en las instalaciones se percataran del motivo de consulta de los usuarios simulados. La privacidad es un aspecto clave para que los adolescentes se sientan libres de expresar sus dudas.

Este aspecto está directamente vinculado con la aceptabilidad y la seguridad,

dimensiones clave según los criterios de calidad de la OMS (2001). La falta de privacidad afecta la percepción de los adolescentes sobre la calidad y seguridad de los servicios de salud reproductiva. Por otra parte, la falta de interés por parte del personal hacia los usuarios también constituye una barrera. Esta falta de atención se traduce en una brecha en la efectividad y aceptabilidad del servicio, elementos cruciales según los pilares fundamentales de calidad propuestos por Donabedian (1990).

Asimismo, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes se refleja en las barreras de acceso descritas anteriormente, como los horarios de atención incompatibles con la vida escolar, el cobro por el servicio y la falta de privacidad. Estas barreras limitan el acceso de los adolescentes a información y servicios de salud reproductiva, lo que les impide tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su sexualidad, lo que a su vez puede tener un impacto negativo en su vida presente y futura, ya que pueden experimentar consecuencias graves como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abuso y violencia sexual, entre otros.

En el contexto del Modelo de Creencias de la Salud de Rosenstock, (1974) la falta de información y educación limita la percepción de riesgos y beneficios. La calidad de los servicios y barreras como el costo y la falta de confidencialidad afectan la disposición de los adolescentes a buscar atención médica.

Estos problemas pueden llevar a la exclusión social, la pobreza y la falta de

oportunidades, lo que a su vez afecta su bienestar y su capacidad para contribuir al desarrollo sostenible de sus comunidades y países.

Además, el acceso a servicios de salud reproductiva es un derecho humano fundamental, reconocido por la OMS y que se relaciona con varios ODS de la ONU, como el ODS 3 (Salud y Bienestar), el ODS 4 (Educación de calidad) y el ODS 5 (Igualdad de género).

En este sentido, es importante destacar que la mejora del acceso a servicios de salud reproductiva para adolescentes no solo contribuiría a la consecución de los ODS mencionados, sino que también tendría impactos positivos en otros ODS, como el ODS 1 (Erradicación de la pobreza), el ODS 2 (Hambre cero) y el ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico).

Por ejemplo, al garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva para adolescentes, se les brinda la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre su futuro reproductivo y de planificar su familia de manera responsable, lo que puede ayudar a reducir el número de embarazos no deseados y de adolescentes que abandonan la escuela debido a la maternidad temprana. Esto, a su vez, puede contribuir a reducir la pobreza y el hambre, ya que las madres adolescentes tienen menos oportunidades de acceder a empleos bien remunerados y, por lo tanto, están en mayor riesgo de caer en la pobreza.

Además, al mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva para

adolescentes, se pueden prevenir enfermedades de transmisión sexual y otras complicaciones de salud relacionadas con la sexualidad, lo que puede reducir la carga de enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Es esencial que se unan esfuerzos entre sociedad y gobierno para implementar políticas y programas que aborden las barreras institucionales y culturales que dificultan el acceso a estos servicios, y que se promueva la educación en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, a fin de garantizar su derecho a una vida saludable y plena.

Es urgente y necesario realizar mejoras en estos servicios de salud para facilitar el acceso a servicios de calidad para los adolescentes. Esto requiere mejorar la actitud del personal y eliminar las barreras institucionales. Para ello, es importante unir esfuerzos entre la sociedad y el gobierno, creando actividades de sensibilización sobre el tema y capacitando al personal encargado.

Por último, es necesario que se tomen medidas para garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva para adolescentes en condiciones adecuadas y respetuosas de sus derechos, para promover su bienestar y su desarrollo pleno, y para avanzar hacia la consecución de los ODS relacionados con la salud, la educación y la igualdad de género.

BIBLIOGRAFÍA

- Akers, A., Gold, M., Borrero, Sonya., Santucci, A. y Schwartz, E. (2010). Providers' Perspectives on Challenges to Contraceptive Counseling in Primary Care Settings, *19(6)*, 1163-1170.
- Albrecht, L., y Fitzpatrick, R. (2000). Health-care utilization and barriers to health care. *The handbook of social studies in health and medicine*, 323-338.
- Álvarez, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Ediciones Paidós.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Practice Bulletin No. 152: Emergency Contraception. *Obstetrics & Gynecology*, *131(6)*, 180-189.
- Arredondo, A., y Meléndez, V. (1991). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. *Salud Pública de México*. 36-49
- Bodenheimer, T. (2016). High-performing primary care practice: the 10 building blocks of primary care. *Annals of Family Medicine*, *12(2)*, 166-171.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., y Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *Journal of the American Medical Association*, *288(15)*, 1909-1914.
- Buchan, J., y Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of Clinical Nursing*, *17(24)*, 3262-3268.
- Calero Yera, E y Rodríguez Roura, S. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*, *17 (3)*, 577-592
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Secretaría de Salud.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2016). *Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes*.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century*. Editorial National Academy Press
- Consejo Nacional de Población. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*.

- Consejo Nacional de Población.(CONAPO). (2022). *Diferencias entre Salud Sexual y Salud Reproductiva*.
- Cortés, A., Chacón, D., Álvarez, A., y Sotonavarro, Y. (2015). *Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad*
- CULTURASALUD. (2011). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile*.
- De Castro, F., Barrientos, T., Braverman, A., Santelli, J., Place, J., Eternod, M. y Hernández, M. (2017). *Adolescent Access to Information on Contraceptives: A Mystery Client Study in Mexico. Journal of Adolescent Health 62 (2018), 265-272.*
- Di Cesare, M. (2007). *Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Universidad de Chicago.
- Donabedian, A. (1987). Quality Assurance in Our Health Care System. *Nathan Sinai Distinguished Professor of Public Health, 1 (1), 6-12.*
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA, 260(12), 1743-1748.*
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med (114), 1115-1118*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2008). *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*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud*.
<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *Guía para la prescripción de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP)*.
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México. 437-453.*
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. y Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet, 376(9756), 1923-1958.*

- Freyermuth, G., Argüello, H., Zarco A., y Gómez, F. (2014). *Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas*.
- Geary, R., Webb, E., Clarke, L., y Norris, S. (2015). Evaluating youth- friendly health services: young people's perspectives from a simulated client study in urban South Africa. *Global Health Action*.
- Gibbs, R. (2012). *Analyzing Qualitative Data*. SAGE Publications.
- Gleser, B., y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53 (2)
- Gribble, J. (2010). Invertir en la juventud para fomentar el desarrollo nacional. *Population Reference Bureau*
- Gupta, D., y Denton, B. T. (2008). Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. *IIE Transactions*, 40(9), 800-819.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR). (2010). *¿Todo Bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Libro-Todo-Bien-Adolescencias-y-Servicios-de-Salus-Sexual-y-Reproductiva.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2017-2018* [Archivo PDF]. <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2017-2018>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *Guía para el Cuidado de la Salud*. [Archivo PDF]. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/Guia-Cuidado-Salud-Familiar-2023.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/otros/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales*.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19. Resultados Nacionales*.
- Juárez F et al., *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2010.

- Kratz, K. y Nar, C. (2002). Reproductive health knowledge and use of services among young adults in Dakar, Senegal. *Journal of Biosocial Science* (34), 215-231
- Maiman, L., y Becker, Marshall. (1975). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, 2 (4), 336-353.
- Mchome, Z., Richards, E., Nnko, S., Dusabe, J., Mapella, E. y Obasi, A. (2015). A 'Mystery Client' Evaluation of Adolescent Sexual and Reproductive Health services in Health Facilities from Two Regions in Tanzania
- Mensch, B., Bruce, J. y Greene, M. (1998). *The uncharted passage: Girls' adolescence in the developing world.*
- Ministerio de salud. (2010). *Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes.* Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Molina, J., Poblano, O., Carrillo, C., y Saucedo, L. (2006). Utilización de los servicios de salud en México. *Salud en Tabasco*, 12 (001), 427-432.
- Moreno, E., y Roales, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3 (1), 91-109.
- Navarro, F. (2017). *Hacia una nueva dirección de hospitales.* Trillas <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=97313>
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 5 a 13 de septiembre de 1994.* Nueva York, Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década.*
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019) http://158.232.12.119/topics/health_systems/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Emergency contraception.*
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2005, 9 de noviembre) <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005). *IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*.
- Pastrana, R., Heredia, I., Olvera, M., Ibañez, M., De Castro, F., Villalobos, A. y Del Pilar, M. (2020). Servicios Amigables para Adolescentes: evaluación de la calidad con usuarios simulados. *Revista de Saúde Pública*.
- Pearson, S. (2003). Promoting sexual health services to young men: findings from focus group discussions. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 29 (04), 194-198.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2 (4), 328-335.
- Ruelas, E. (1998). Calidad en Salud...¿Pleonasmo necesario?. *Conferencia en el primer Foro de Calidad en Salud*, 4, 55-60.
- Ruíz, M., y Valdez, R. (2007). Revisión sobre la Utilización de Servicios de Salud, 1996-2006
- Saldaña, M. y Montero, M. (2017). Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. *Ediciones Complutense*. (14), 343-364
- Saturno, P., y Corbella, E. (1990). *Evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Saultz, J. W., y Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *The Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-166.
- Schrifer, B., Meagley, K., Shane, N., Geary, R., D Stein, A. (2014). Young people's perceptions of youth-oriented health services in urban Soweto, South Africa: a qualitative investigation. *Health Services Research*, 14 (265).
- Schutt-Aine, Jessie., Maddaleno, Matilde. (2001). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-desarrollo-adolescentes-jovenes-americas-programas-politicas-2003-0>
- Secretaría de Salud (SSA). (2002). *Programa de Acción: Programa de atención a la salud de la adolescencia*.

- Secretaría de Salud (SSA). (2014). *Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.*
- SSA. (2016). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 15 de noviembre de 2016.*
- SSA. (2020). *Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH informe histórico VIH- SIDA cierre 2019.* Dirección de Vigilancia Epidemiológica de enfermedades transmisibles.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Ediciones Paidós.
- Trillo, M., Loreto, N., y Figeroa, C. (2013). *Embarazo en adolescentes: Problema de salud pública o de intervención social.*
- Villalobos Hernández, A., Campero, L., Suárez López, L., Atienzo, E., Estrada, F., De la Vara Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57 (2).
- World Health Organization (Junio de 1948). *Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946.* Palais des Nations, Geneva.
- World Health Organization. (2016). *Working for health and growth: investing in the health workforce.*

ANEXO 1

Instrumento 1

C.S.U: _____ **Sexo:** _____ **Fecha y hora de visita:** _____

Acceso

1. ¿Puedes describirme cómo fue el contacto con el personal al momento de tu llegada (vigilancia o portería)?
2. ¿Encontraste algún obstáculo que impidiera una entrada libre a los servicios, de ser así puedes describirla?
3. Describe cómo fue el primer contacto con el personal de salud (enfermera, enfermero o auxiliar de enfermería)
4. ¿Hubo privacidad al momento de dicha interacción? ¿Por qué?
5. ¿Tuviste algún obstáculo que te impidiera interactuar de manera libre y privada con el personal de salud (enfermera, enfermero o auxiliar de enfermería)? ¿Cuál?
6. ¿Cómo fueron los tiempos de espera?
7. ¿Cuánto tiempo tardaste en la sala de espera? ¿Cuál fue la causa de dicho tiempo

de espera?

8. Describe cómo estaba organizada la sala de espera
9. ¿Existía una sala de espera específica para los servicios amigables?
10. ¿Encontraste material educativo sobre temas de salud sexual y reproductiva en la sala de espera? ¿cuáles?
11. ¿Hubo promoción de los servicios amigables o de los derechos sexuales mientras esperaba? ¿qué se te explicó?
12. Describe la interacción que tuviste con el médico o la médica al momento de ingresar al consultorio.
13. ¿El médico (a) resolvió tus demandas o dudas?
14. ¿Qué explicación obtuviste?
15. ¿Te pidieron ingresar acompañado (a) de un adulto (a)?
16. ¿El consultorio contaba con la privacidad necesaria para exponer tus dudas? ¿por qué?

17. ¿Se te programó una consulta para dar seguimiento a tus necesidades?

18. ¿Se te derivó a otro servicio amigable?

19. ¿Cuál fue la causa de derivación?

20. ¿Se te brindó una orden escrita para acceder a otro servicio amigable?

21. ¿Identificaste algún obstáculo al momento de tu consulta que te dificultara expresar tus dudas o demandas?

Trato

22. ¿Encontraste algún impedimento para recibir la atención en relación con tu edad, género, clase social, apariencia u otra razón?

23. ¿Se te brindó información completa sobre salud sexual y reproductiva? ¿qué te explicaron?

24. ¿Se te brindó información sobre los riesgos del embarazo adolescente e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)? ¿Qué te explicaron?

25. ¿Encontraste algún impedimento para expresar tus dudas de manera privada?
¿Cuál?

26. ¿Tuviste dificultades para recibir la consulta en el momento que la solicitaste?

¿Cuáles?

27. ¿Encontraste alguna complicación que te impidiera aclarar tus demandas y/o dudas?

28. ¿Encontraste algún inconveniente para recibir la consulta en condiciones óptimas de seguridad?

29. ¿Se te otorgó algún método anticonceptivo o de emergencia?

30. De manera general, ¿consideras que la pandemia de COVID-19 dificultó la consulta? ¿en qué aspectos?

31. De manera general, ¿cuáles son los obstáculos o limitantes que encontraste desde el inicio al final de solicitar el servicio?