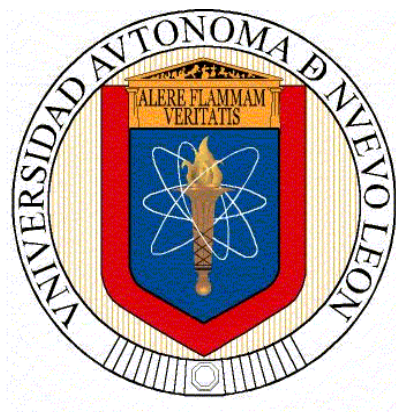


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



TESIS

**“ACCESO Y ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA ADOLESCENTE EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN”**

PRESENTADA POR

ESMERALDA GONZÁLEZ ALMONTES

**PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO
SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL**

2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO EN TRABAJO
SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



TESIS

**ACCESO Y ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA ADOLESCENTE EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN**

COMISIÓN DE TESIS

DR. DAVID DE JESÚS REYES

DIRECTOR DE TESIS

DRA. CATHERINE MENKES BANCET

DRA. LETICIA SUÁREZ LÓPEZ

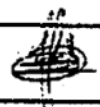
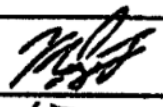
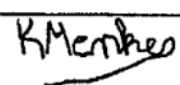
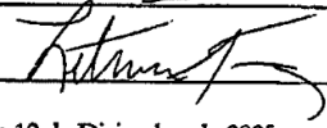
DRA. SAGRARIO GARAY VILLEGAS DR. JOSÉ ALEJANDRO MEZA PALMEROS

CARTA ACEPTACIÓN DE LA TESIS

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de la:

Mtra. Esmeralda González Almontes

Hacemos constar que habiendo evaluado la Tesis "Acceso y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente en el estado de Nuevo León" hemos dictaminado que la misma es aprobada, motivo por el cual damos nuestro consentimiento para que sea sustentada en examen de grado de Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas con el Bienestar Social.

Dr. David de Jesús Reyes	
Dr. José Alejandro Meza Palmeros	
Dra. Sagrario Garay Villegas	
Dra. Catherine Menkes Bancet	
Dra. Leticia Suárez López	

San Nicolás de los Garza N.L. a 12 de Diciembre de 2025

Vo.Bo.



MTS. Reina Hernández Hernández
Subdirectora de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social
y Desarrollo Humano, UANL



Facultad de Trabajo Social
y Desarrollo Humano
Subdirección de Estudios
de Posgrado

DEDICATORIA

A mi amado hijo

Máximo Abad Martínez González

Tu existencia ha sido mi mayor inspiración y mi más grande motivo para retomar este proyecto de vida, que pensé no terminar, pero tú me recordaste la importancia de la perseverancia.

Esta tesis no solo refleja años de trabajo, sino también una lucha constante contra mis propios “monstruos”, así como contra las estructuras que, de manera sistemática y simbólica, colocan a las mujeres en desventaja.

Al mismo tiempo, representa mi deseo profundo de dejarte un legado de aprendizaje, superación y pasión por el conocimiento.

Con todo mi amor.

AGRADECIMIENTOS

Dr. David De Jesús Reyes, mi más profundo agradecimiento por haber sido más que un asesor en este camino. Desde el inicio, fue quien me impulsó a embarcarme en esta travesía doctoral, creyendo en mí incluso cuando yo misma dudaba. Sus palabras de aliento, guía y confianza en mis capacidades fueron la base sobre la que construí este logro. Siempre estaré agradecida por haber creído en mí, por no dejarme caer y por ser un maestro académico, pero sobre todo de vida.

A la **Dra. Catherine Menkes Bancet** y a la **Dra. Leticia Suárez López** no existen palabras suficientes para expresar mi más sincero agradecimiento por su invaluable apoyo durante este proceso. Gracias por estar siempre que necesité orientación, por todas esas largas horas dedicadas a la lectura, retroalimentación y correcciones. Su compromiso y guía fueron faros en los momentos más oscuros de este caminar académico; su apoyo significó más de lo que podrían imaginar. Saber que contaba con ustedes, me dio la fuerza para seguir adelante, y les estaré eternamente agradecida por no dejarme rendir cuando la vida se puso complicada. Gracias por su paciencia, su entrega y, sobre todo, por su amistad. Este logro también es suyo.

Al **Dr. José Alejandro Meza Palmeros** y a la **Dra. Sagrario Garay Villegas**, mi más sincero agradecimiento por su apoyo. Su participación fue invaluable, pues me ayudaron a ver aquello que no alcanzaba a notar. Sus observaciones y revisiones no solo enriquecieron mi trabajo, sino que fueron clave para lograr un documento mucho más sólido y mejor estructurado.

Por último, pero no menos importante para cada uno de los participantes del estudio, sin ustedes este trabajo sería solo un sueño. Le agradezco permitirme entrar en su espacio personal, pero sobre todo gracias, por permitirme ser esa la portavoz para relatar sus experiencias y vivencias.

RESUMEN

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente ha tomado gran importancia durante las últimas décadas a nivel mundial, los exhortos y llamados internacionales, así como nacionales han puesto en marcha una serie de acciones, con la finalidad de erradicar y mejorar las problemáticas derivadas de las conductas sexuales de riesgo. La sociedad civil, instituciones públicas y privadas han puesto en marcha una serie de planes, programas y campañas para atender a dichos llamados. Siendo el Estado el principal agente rector, pues su premisa es buscar el bienestar de sus ciudadanos, respetando en todo momento sus derechos.

Históricamente, la política pública en México ha ejecutado una serie de programas dirigidos a la población adolescente, siendo el área de la salud una de las más beneficiadas, sin embargo, a pesar de estas acciones, en el año 2014 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico puso a México en primer lugar de embarazos adolescentes. Esto generó una alerta nacional, desembocando en una serie de estrategias para erradicar y disminuir el embarazo en mujeres de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, respectivamente.

Ante esto es importante efectuar investigaciones que muestren la realidad que enfrenta este sector poblacional; hay que cuestionar ¿por qué, si existen políticas públicas, planes y programas sobre esta problemática, no se ha tenido el impacto deseado? Es así como este trabajo tiene por objetivo caracterizar el grado de cumplimiento con los lineamientos del modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes que los Servicios Amigables tienen con relación al trato durante el acceso y atención de los usuarios. Para lograrlo se hizo uso de la metodología cualitativa entrevistando a usuarias de los Servicios Amigables del municipio de Monterrey, N. L., así como utilizando la técnica de usuarios simulados.

El documento se divide en cinco capítulos. El primero es el planteamiento del problema, donde se delimita, contextualiza y justifica el problema de investigación. También se exponen las preguntas de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos.

El segundo capítulo aborda el marco teórico de la investigación. Se divide en tres grandes apartados. En primer lugar, se revisan las principales perspectivas teórico-metodológicas que han abordado la sexualidad y la reproducción adolescente. Posteriormente, se presenta el marco jurídico, que incluye tratados y acuerdos de orden internacional, así como el marco jurídico nacional con leyes y normativas. Por último, está el marco referencial, donde se realiza un recorrido histórico de las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva adolescente, así como aproximaciones a estudios empíricos de tipo cuantitativo y cualitativo.

El tercer capítulo describe el abordaje metodológico utilizado para el desarrollo de la investigación. En el capítulo cuatro se presentan los resultados de la investigación y se divide en dos grandes secciones. La primera sección se centra en las experiencias de las adolescentes usuarias de los Servicios Amigables, mientras que en la segunda sección se exponen las vivencias relatadas por los usuarios simulados.

Finalmente, el capítulo cinco aborda las consideraciones finales de la investigación. Esta parte se compone de dos apartados, donde se presentan los principales hallazgos del trabajo y algunas recomendaciones para la política social. El documento concluye con la bibliografía y anexos

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN.....	III
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Delimitación del problema	9
1.2 Contexto social del problema	13
1.2.1 Los adolescentes y sus conductas sexuales y reproductivas en cifras	13
1.2.2 Servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes en México	17
1.2.3 Antecedentes de la política pública en SSRA.....	18
1.2.4 Servicios Amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes	22
1.3 Justificación	33
1.4 Preguntas de investigación	35
1.5 Objetivo General	35
1.6 Objetivos específicos.....	35
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	36
2.1 Concepto de salud sexual y reproductiva adolescente	36
2.2 Perspectivas teóricas que han abordado la SSRA	39
2.2.1 Perspectiva biomédica-epidemiológica	40
2.2.1.2 Debate entre perspectiva biomédica-epidemiológica y la perspectiva de derechos	43
2.2.2 Perspectiva de salud pública	44
2.2.2.1 Debate entre la perspectiva de salud pública y la perspectiva de derechos	49

2.2.3 Perspectiva sociodemográfica.....	51
2.2.3.1 Debate entre la perspectiva sociodemográfica y la perspectiva de derechos..	53
2.2.4 Perspectiva de género	55
2.2.4.1 Debate entre la perspectiva de género y la perspectiva de derechos	59
2.2.5 Perspectiva Sociológica	61
2.2.5.1 Debate entre la perspectiva sociológica y la perspectiva de derechos.....	65
2.2.6 Perspectiva de derechos sexuales y reproductivos	67
2.2.7 Debate teórico entre las perspectivas y el concepto de SSRA.....	70
2.3 Marco jurídico y las bases de los servicios amigables	73
2.3.1 Convenios y tratados internacionales vinculados con la SSRA	74
2.3.2 Marco Jurídico Nacional.....	84
2.3.3 Programas y acciones para la SSRA en México.....	88
2.4 Brechas entre el compromiso internacional y la implementación nacional	90
CAPÍTULO 3. ABORDAJE METODOLÓGICO	93
3.1. Características de la investigación.....	93
3.2 Población de estudio.....	96
3.3 Muestra	96
3.4 Trabajo de Campo	96
3.5 Técnicas para la recolección de información	98
3.5.1 Observación	99
3.5.2 Entrevista semiestructurada	100
3.5.3 Usuario simulado	102
3.6 Análisis de la información.....	105
3.7 Validez y confiabilidad.....	109
3.8 Limitantes de la investigación	110

3.9 Aspectos éticos	111
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	112
4.1 Datos sociodemográficos de las entrevistadas	112
4.2 Acceso a los Servicios Amigables.....	114
4.2.1 Ingreso a los Servicios Amigables.....	115
4.2.1.1 Observación participante y no participante	115
4.2.1.2 Entrevistas.....	116
4.2.1.3 Usuarios simulados	118
4.2.2 Recepción/información.....	123
4.2.2.1 Observación participante y no participante	123
4.2.2.2 Entrevistas.....	124
4.2.2.3 Técnica del usuario simulado	126
4.2.3 Sala de espera.....	130
4.2.3.1 Observación participante y no participante	130
4.2.3.2 Entrevistadas.....	131
4.2.3.3 Usuarios simulados	132
4.2.4 Atención en consultorio	133
4.2.4.1 Observación participante y no participante	133
4.2.4.2 Entrevistadas.....	134
4.2.4.3 Usuarios simulados	134
4.2.5 Referencia a Servicios de Otro Nivel	136
4.2.5.1 Observación participante y no participante	136
4.2.5.2 Entrevistadas.....	137
4.2.5.3 Usuarios simulados	138
4.2.7 Principios de los Servicios Amigables vinculados con el trato y acceso.....	143

4.3 Atención en los Servicios Amigables.....	148
4.3.1 Equipo multidisciplinario para la atención en los Servicios Amigables	148
4.3.2 El rol del Trabajador social en los Servicios Amigables	152
4.3.3 Percepción de los adolescentes respecto al equipo de trabajo	154
4.3.4 Paquete integral de los Servicios Amigables	157
4.4 Reproducibilidad de los resultados en distintas clínicas que brindan los Servicios Amigables.....	168
4.4.1 Usuarios simulados y celeridad	169
4.4.2 Usuario simulado y Equidad.....	171
4.4.3 Usuario Simulado y Confidencialidad/privacidad	174
4.4.4 Usuario Simulado e Integralidad/favorabilidad.....	175
4.4.5 Usuarios Simulado y servicios oportunos.....	176
4.4.6 Usuarios Simulado y Continuidad	177
4.5 Experiencias de los usuarios simulados por clínica	178
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	186
5.1 Hallazgos relacionados con el trato al momento del acceso	188
5.2 Hallazgos Relacionados con el Trato y la Atención.....	192
5.3 Hallazgos generales	197
5.4 Acciones para la política pública en la salud sexual y reproductiva adolescente ..	199
5.5 Papel del Trabajo social y los Servicios Amigables.....	203
Referencias Bibliográficas	207
Anexo 2. Guía de entrevista para los usuarios del servicio.....	230
Anexo 3. Guía de usuario simulado para servicios amigables de salud sexual y reproductiva en monterrey	233

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Factores de riesgo y factores protectores vinculados con el uso de SSRA.....	41
Tabla 3.1 Centros de salud que brindan Servicios Amigables en el municipio de Monterrey	98
Tabla 3.2 Usuario simulado y motivo de consulta	104
Tabla 4.1 Datos Sociodemográficos de las usuarias entrevistadas.	113
Tabla 4.2 Barreras relacionadas con el principio de celeridad y privacidad.....	146
Tabla 4.3 Equipos que conforman los Servicios Amigables de Monterrey	150
Tabla 4.4 Percepciones de Confidencialidad según las Adolescentes Entrevistadas.....	159
Tabla 4.5 Experiencias de los usuarios simulados por centro de salud	184
Tabla 5.1 Cumplimiento de los principios relacionados con el acceso según observación de campo y sujeto de estudio	191
Tabla 5.2 Resumen de los hallazgos en relación con el cumplimiento de los elementos básicos que los Servicios Amigables deben cumplir según el MAISSRA.	196

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1.1 Conformación del Modelo de atención de SSRA	25
Imagen 1.2 Conformación de la oferta de servicios a partir del acceso, trato y atención según el MAISSRA	26
Imagen 1.3 Paquete básico de los Servicios Amigables	28
Imagen 2.1 Clasificación de la investigación en salud pública.....	46
Imagen 2.2 Jerarquización de las leyes en México.....	74
Imagen 3.1 Acceso de los y las adolescentes a los Servicios Amigables	94
Imagen 3.2 Asignación de códigos a fragmentos específicos de los transcritos de entrevista	107
Imagen 3.3 Creación de memos teóricos y de campo.....	108
Imagen 3.4 Creación de agrupaciones de código.....	108
Imagen 4.1 Aciertos y barreras en el ingreso al servicio de salud según entrevistadas..	117
Imagen 4.2 Aciertos y barreras en el ingreso al servicio de salud según usuarios simulados.....	119
Imagen 4.3 ingreso al servicio de salud, según tipo de usuario	127
Imagen 4.4 Mapa de las barreras y aciertos en el acceso a los Servicios Amigables ...	139
Imagen 4.5 Perfil del personal de salud de los Servicios Amigables.....	149
Imagen 4.6 Motivo de la primera consulta según las entrevistadas.....	163
Imagen 5.1 Modelo de desigualdad en los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y las relaciones de poder	193

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva es un elemento fundamental en la salud de todas las personas durante los diversos ciclos de la vida, pero es la adolescencia (10-19 años), el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, aprendizaje del cuerpo y la toma de decisiones potencialmente reproductivas (OPS, 2010). Si bien es cierto que durante mucho tiempo este estadio de la vida se consideró como una etapa relativamente exenta de problemáticas, con el paso del tiempo se hizo evidente la situación de vulnerabilidad que experimenta este sector poblacional, por las diversas consecuencias derivadas de las conductas sexuales de riesgo¹ (CSR).

Estas CSR afectan en gran medida su salud, incluidos problemas como embarazo no planificado, mortalidad materno-infantil, abortos, ITS y transmisión de VIH/SIDA (OMS 2023). En México, por ejemplo, el 22.8% de los adolescentes ha reportado ser sexualmente activos y casi uno de cada cinco encuestados afirmó no haber utilizado anticonceptivos durante su primer encuentro sexual (INS, 2023). Además, la tasa específica de fertilidad adolescente ha disminuido en los últimos años, pero sigue siendo un desafío significativo (INS, 2023). Es por ello, que se puede argumentar que estos problemas se agravan por el acceso limitado a los servicios de SSR y la insuficiente educación sexual integral (INS, 2023). Por lo tanto, es importante mejorar la educación sexual integral, así como la prestación de servicios de salud para adolescentes.

En este sentido, los servicios de SSRA son un elemento fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, ya que cuando la población cuenta con información sobre sexualidad y reproducción, se reducen considerablemente las problemáticas relacionadas con estos aspectos. Uno de los mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud es a través de la consejería sobre sexualidad y planificación familiar,

¹ Las conductas sexuales de riesgo son todas aquellas prácticas desprotegidas que pueden ocasionar infecciones de transmisión sexual o embarazos no planeados, como la ausencia de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales (Goncalves, Castella y Charloto, 2007).

especialmente en los sectores más vulnerables (Meneses, Meléndez y Meza, 2017; SEGOB, 2014).

Este estudio busca evaluar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los Servicios Amigables, en el municipio de Monterrey, a partir de la vivencia y opiniones de los usuarios. El usuario relatará su experiencia con los Servicios Amigables, poniendo énfasis en la atención y trato que reciben. Desde esta perspectiva se podrá entender mejor cómo los Servicios Amigables en Monterrey son capaces de atender a los adolescentes en sus requerimientos.

La investigación utiliza como marco teórico la perspectiva de derechos, la cual sirve de base para analizar las interacciones que los sujetos de estudio tienen con el personal médico. En cuanto a la cuestión ontológica de la investigación, se parte de la premisa de que las interacciones se construyen socialmente y no son independientes de los individuos, privilegiando lo subjetivo. Epistemológicamente, se hace referencia a la comprensión del conocimiento de la realidad en función del contexto y del discurso utilizado, utilizando la inducción reflexiva a partir de observaciones específicas de los individuos y sus interrelaciones basadas en la perspectiva de derechos.

El abordaje metodológico de esta investigación es de tipo cualitativo para conocer la relación entre los usuarios y el personal médico, así como las prácticas profesionales que estos últimos utilizan. A partir de información de primera mano, se realiza una aproximación a las interacciones sociales en los Servicios Amigables del municipio de Monterrey.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Delimitación del problema

Los servicios de salud sexual y reproductiva han enfrentado grandes retos, pero son las y los adolescentes quienes presentan mayores barreras en el acceso a este tipo de servicios. Con el objetivo de mitigar estas barreras y garantizar el pleno acceso a los servicios de SSRA, el Estado debe proveer de forma óptima y acorde al marco legal vigente los derechos sexuales y reproductivos. Esto implica cumplir con los criterios de accesibilidad, atención y calidad establecidos por organismos internacionales y nacionales, además de ser ofertados por profesionales altamente capacitados y conscientes de las necesidades que tiene esta población en materia de sexualidad (SS, 2000).

Bajo esta línea de acción, enmarcada en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, el Estado mexicano implementó una serie de acciones y programas para abordar las necesidades de esta población en materia de sexualidad. Desde 1981, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó el departamento de Orientación y Educación Sexual Adolescente. En 1993, la Secretaría de Salud inauguró el programa de Salud Integral Adolescente, con un enfoque especial en la SSRA. Un año después, se establecieron los Módulos Amigables, posteriormente denominados Servicios Amigables, los cuales se enfocan en la prevención y atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SEGOB, 2014; SS, 2000).

En 2003, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva como la unidad principal responsable de las políticas nacionales y los programas de planificación familiar, anticoncepción y SSRA. En 2007-2012, se implementó el Plan de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente, que continuó durante el sexenio 2013-2018.

A pesar de los esfuerzos del gobierno mexicano en materia de sexualidad y reproducción en adolescentes, el año 2014 México ocupó el primer lugar en embarazos adolescentes entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esto generó una llamada de atención al gobierno mexicano, por parte de diversos

organismos internacionales, instando a reducir el número de embarazos adolescentes en el país.

En respuesta a estas recomendaciones, la Secretaría de Gobernación lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). En esta estrategia, diversas instituciones del sector público, privado y sociedad civil trabajan en conjunto con el propósito de erradicar los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años y reducir en un 50 % los embarazos de 15 a 19 años para el año 2030 (SEGOB, 2014). Si bien la ENAPEA abarca varios aspectos, uno de los más relevantes está relacionado con los servicios de SSRA, especialmente los Servicios Amigables proporcionados por el Estado a través de la SS, los cuales tienen como reto superar las barreras de accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de los servicios de SSRA.

La accesibilidad se refiere a que los adolescentes puedan obtener los servicios de salud disponibles, con tiempos cortos de espera, con o sin cita, en lugares con horarios accesibles y sin costos para todos; la aceptabilidad consiste en que esta población esté dispuesta a utilizar los servicios por proveedores empáticos y que no emitan juicios morales o de valor, contando con instalaciones en óptimas condiciones, en las cuales se oferte información y educación en diversos formatos; por último, la equidad alude a que todos los adolescentes sin importar el grupo social, género o clase social al que pertenezcan pueden acceder a los servicios de SSRA (SEGOB, 2024).

Cada uno de los elementos antes mencionados se encuentran vinculados con el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo como finalidad que los servicios de SSRA tengan un impacto positivo en la salud de este grupo poblacional, aminorando la posición de vulnerabilidad en materia de sexualidad y reproducción que presenta este grupo etario. En este sentido, los profesionistas encargados de brindar estos servicios deben dejar de lado todo prejuicio personal, teniendo como tarea principal crear condiciones favorables para establecer una cultura de cuidado en la sexualidad y reproducción de los adolescentes (SS, 2000; SEGOB, 2014).

Sin embargo, se ha mostrado que el personal de salud que trabaja con la SSRA, carece de las habilidades necesarias para establecer una buena relación con los adolescentes, pues el

recibimiento suele ser frío y de desconfianza, utilizando tecnicismos para explicar los tratamientos e intervenciones, imposibilitando de esta forma que los adolescentes comprendan los procedimientos o tratamientos, además los tiempos de consulta suelen ser corto y existe una rotación constante del personal llevando a que se reste confianza con los servicios (SS, 2015).

Es así que la mejora continua de los servicios de salud debería ser fundamental, pues esto es básico para tener un mejor funcionamiento; sin embargo, la Secretaría de Salud se ha centrado poco en ello, ya que aspectos importantes como la preparación o concientización profesional, la eficacia y eficiencia de los servicios, así como la calidad de estos se reducen a indicadores numéricos, encasillando las problemáticas y deficiencias en cuestiones meramente gerenciales y administrativas, con el propósito de hacer más eficientes los recursos (Castro, 2008). Si bien este tipo de evaluaciones o monitoreos han representado una mejora de los servicios, es importante destacar que la participación u opinión de los usuarios ha quedado ausente en aspectos fundamentales como los derechos y ciudadanía en la salud.

Lo antes expuesto muestra la necesidad de tener una visión más holística de los servicios de salud incluidos los de SSRA, ya que por medio de ellos se espera mejorar, orientar y empoderar a los adolescentes con respecto a su sexualidad y en consecuencia menguar las diversas problemáticas derivadas de las conductas sexuales de riesgo. Por lo cual, es importante ampliar la cobertura y certificación de los servicios de SSRA, así como monitorear el acceso y calidad de acuerdo con los estándares internacionales, nacionales y el marco normativo de los derechos sexuales (Campero et al., 2013).

Teniendo en cuenta estos elementos, la revisión de literatura muestra cómo operan y funcionan dichos servicios en determinados contextos. Teniendo como resultado una mayor visibilización de las barreras que enfrentan los adolescentes al momento de acceder o utilizar este tipo de servicios, limitando de esta forma el uso de estos ya sean de forma preventiva o curativa (Sleet, Ballesteros y Borse, 2010; CDD, 2009; De Jesús y González, 2022).

Las dificultades que enfrentan los adolescentes al acudir a los servicios de SSRA, están vinculadas con prejuicios asociados con conservadurismos al ser atendidos por personal poco competente ante sus necesidades específicas, ser víctimas de maltrato por parte de los prestadores de servicio, infraestructura en malas condiciones, lugares de atención lejanos de sus domicilios, horarios poco flexibles, prolongados tiempos de esperas, desabasto de insumos (sobre todo de anticonceptivos), pocos o nulos servicios de consejería, cobro de las consultas, poca o nula privacidad, entre otros (SEGOB, 2014; De Jesús, Menkes y Meza, 2016; UNFPA, 2011; Reartes y Freyermuth, 2012; INSP, 2013; De Jesús y González, 2022).

Estas problemáticas están presentes en la mayoría de los servicios de SSRA, incluidos los Servicios Amigables, pues algunas evaluaciones han mostrado las diversas dificultades que enfrentan los adolescentes (CDD, 2009; Estrada, 2013; SEGOB, 2014; Meneses, Meléndez y Meza, 2017). Ejemplo de ello es el directorio de Servicios Amigables de la Secretaría de Salud, que tenía 3,116 servicios en todo el país para el 2022, para cerca de 21,750, 230 adolescentes. Por otra parte, la distribución de dichos servicios no es equitativa entre las diversas entidades federativas, pues Oaxaca, Puebla y Veracruz tienen las cifras más altas con 205, 241 y 253 servicios respectivamente, mientras que Campeche, Baja California Sur y Colima tenían las cifras más bajas con 17 servicios respectivamente (CNEGSR, 2022). Este mismo patrón se repite en Nuevo León, el cual tenía 76 servicios amigables en 2021 y, según Data Nuevo León, el Estado tenía 934 000 adolescentes de 10 a 19 años (SS, 2021; Data N.L., 2019).

Es importante mencionar que se desconocen los criterios utilizados para asignar dicha distribución, pues la densidad poblacional no parece un criterio, dado que los estados con mayor número de habitantes no son los que tienen el mayor número de servicios, tampoco los Estados con mayores cifras de embarazo en 2020 y los cuales fueron Estados de México, Chiapas y Veracruz.

Todo lo antes mencionado expone la realidad que enfrentan los adolescentes en materia de servicios de salud sexual y reproductiva, por lo tanto, se considera importante abordar esta temática en el contexto de Monterrey, Nuevo León. Puesto que, al hacerse la revisión de

literatura, se encontró que hay pocos estudios que abordan esta temática y la literatura encontrada sobre los servicios SSRA se concentra en el centro/sur del país.

En este sentido, si bien es cierto que existen una serie de avances dado que México cuenta con tratados, convenios, normativas y reglamentos relacionados con los servicios de SSRA, la realidad dista de lo establecido. Es por esto, que el presente documento se centrará en los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente en el municipio de Monterrey, específicamente en los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud, pues estos son los que se brindan desde el sector público y todos los adolescentes sin importar su condición social, étnica y derechohabiencia deberían poder acceder a estos.

1.2 Contexto social del problema

1.2.1 Los adolescentes y sus conductas sexuales y reproductivas en cifras

México atraviesa por una transición demográfica, actualmente el país cuenta con un porcentaje importante de población adolescente, a este fenómeno se le conoce como bono demográfico²; pues en el 2020 había 21,750,230 personas entre los 10 y 19 años es decir un 17.6% de la población total en México (CEPAL, 2012; INEGI, 2021).

Esto ha generado que se preste mayor atención en este grupo, dado que demandan y demandarán recursos a corto, mediano y largo plazo, sobre todo en materia de salud y educación, pues las conductas, hábitos, conocimientos y actitudes hacia la vida, se establecen en este periodo como una guía para la edad adulta (SS, 2008; INSP, 2012). Si los adolescentes y jóvenes no cuentan con los conocimientos necesarios para establecer

² El bono demográfico es la modificación de la proporción relativa de la población de distintos grupos a través del tiempo, donde primeramente aumenta la población de niños (porque se reduce la mortalidad infantil y baja la tasa global de fecundidad) para posteriormente disminuir ésta, después aumenta la población de jóvenes y finalmente disminuyen los jóvenes para dar paso al aumento poblacional de los adultos mayores; por lo tanto el bono demográfico hace referencia al fenómeno que se da cuando el volumen poblacional en edad de trabajar es mayor que el de la población dependiente (CEPAL, 2012).

estilos de vida saludables, como es el acceso a la información y atención en materia de salud, esta última puede verse comprometida.

A nivel mundial, las prácticas iniciadas en la adolescencia, como el consumo de tabaco, alcohol y conductas sexuales de riesgo siguen siendo una carga significativa para la salud, pues los comportamientos de riesgo tienen un impacto a lo largo de la vida (OMS, 2024a). Ejemplo de ello son las muertes prematuras, en 2021, más de 1,5 millones de adolescentes y adultos jóvenes murieron por causas prevenibles, lo que equivale a casi 4,500 muertes al día; las principales causas en varones adolescentes estuvieron asociadas con accidentes de tránsito, peleas/agresiones y suicidios, mientras que las mujeres de 15 a 19 fueron las complicaciones del embarazo, tales como las hemorragias, la sepsis, el parto obstruido y las complicaciones de los abortos peligrosos (OMS, 2024b; OMS, 2024c).

Para prevenir la morbilidad y mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la población adolescente requiere de especial atención, sobre todo en materia de educación y salud, pues al carecer de ellas puede derivarse en múltiples problemáticas. Si los adolescentes no cuentan con la información adecuada y con los recursos necesarios, es más factible que adopten estilos y conductas sexuales de riesgo. Al no contar con acceso a los servicios de SSRA y con una educación sexual adecuada, científica y libre de prejuicios, es más difícil que alcancen un desarrollo pleno de su sexualidad y reproducción (OMS, 2019).

En este sentido, es importante mencionar que las prácticas sexuales de riesgo pueden traer diversas consecuencias de salud, como es el caso del embarazo adolescente, pues la tasa específica de fecundidad pasó de 69.5 a 77 hijos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años entre los años 2009 y 2014 (INEGI, 2015). Es importante mencionar que entre los años 2012 y 2014 se presentaron los mayores porcentajes de embarazos adolescentes alcanzando un 19.4 % y el 19.5 % respectivamente del total a nivel nacional, es decir se registraron más de 400 000 nacimientos en este grupo poblacional para cada uno de estos años y de los cuales uno de cada cuatro fue no planeado y uno de cada diez no deseado (INEGI, 2015, 2017; SEGOB, 2014).

Otra de las posibles consecuencias derivadas de los embarazos adolescentes es la mortalidad materna, la cual es resultado de las múltiples consecuencias presentadas de los

embarazos a temprana edad (sobre todo en mujeres menores de 14 años), parto o puerperio. A nivel nacional, la estadística marca un incremento con el paso del tiempo, pues se pasó de un 13 % a un 15 % entre los años 2012 y 2013 (OMMM, 2014 y 2015).

Respecto a la interrupción legal del embarazo, la cual es el resultado de múltiples factores y diversas problemáticas no estrictamente relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo en los adolescentes, es importante mencionar que un porcentaje de los abortos inducidos si están vinculados con las conductas sexuales de riesgo; sin embargo, México no cuenta con datos exactos del tema (Guttmacher Institute, 2013). Únicamente el Distrito Federal desde el año 2007 y en años recientes Oaxaca en 2019, Veracruz, Hidalgo, Colima y Baja California en 2021 y Sinaloa en el 2022, permitieron la interrupción legal del embarazo sin ninguna restricción durante las primeras 12 o 13 semanas, mientras que en algunos estados se permite el aborto solamente bajo estrictas causales como lo son: si el embarazo es resultado de una violación, malformación del feto, poner en riesgo la salud o vida de la madre.

No obstante, muchas mujeres que cumplen con algunos de estos criterios suelen enfrentarse a dificultades para acceder a un aborto legal y seguro o incluso se ven imposibilitadas de ejercer su derecho debido al estigma, procesos pocos claros/efectivos de las instituciones, sumado a los enormes vacíos legales que presenta la ley (Guttmacher Institute, 2008).

Restringir el derecho a la interrupción legal del embarazo no significa que este no suceda, pues se estima que un 54 % de los embarazos no planeados se interrumpen de forma inducida; algunas aproximaciones estiman que al año se realizan más de un millón de abortos de forma clandestina, siendo justamente las mujeres jóvenes y adolescentes las que realizan con mayor frecuencia este tipo de prácticas. Desde la legalización del aborto en Ciudad de México de abril del 2007 al 26 de septiembre del 2019, el sistema de información de interrupción legal del embarazo ha registrado 240,916 abortos, de los cuales un 51.2 % fueron en mujeres menores de 24 años (SSCdMx, 2021).

Por otra parte, la mortalidad materna ocasionada por complicaciones durante o después del aborto en México es poco notoria; sin embargo, esto no significa que no sea alarmante y preocupante, pues entre 1990 y 2004 se reportó una cifra acumulada de 1,444 defunciones

por esta causa, de las cuales 13.2 % eran mujeres adolescentes; debido a la condición de ilegalidad del aborto, los porcentajes que se registran son bajos, pero en 2011 un 6 % de las muertes maternas fueron producto de abortos provocados según el reporte de estadísticas vitales del INEGI (SS, 2008; INEGI, 2011).

En cuanto al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en 2018 había 5,021 casos acumulados en adolescentes, de los cuales un 96 % se contagiaron por medio de transmisión sexual; mientras que para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en esta misma fecha había 4,746 casos acumulados en adolescentes, de los cuales un 76 % se infectaron por vía sexual (CENSIDA, 2018).

Las consecuencias antes descritas son producto de las situaciones sociales y culturales que rodean a los adolescentes con respecto a su sexualidad, siendo la falta de educación sexual y el acceso a los servicios de SSRA unas de las principales barreras que enfrentan los adolescentes; pues el acceso a la información sobre sexualidad se encuentra limitada o permeada por los tabús que giran en torno a su sexualidad, dado que este grupo poblacional no suele ser considerado como entes sexuales, sino hasta que se alcance la edad adulta o al momento de contraer matrimonio (CNEGSR, 2015; Rodríguez 1996; CONAPO, 2011).

Los tabús que giran en torno a la sexualidad son históricos, pues socialmente esta ha sido marcada como prohibida o pecaminosa en todas las etapas de la vida, que se refuerzan en la infancia, pues los adultos suelen tener actitudes negativas y limitadas en relación con la sexualidad, ya que se evita hablar de las partes del cuerpo relacionadas con la sexualidad, las describen como eufemismos o rechazan cualquier tipo de asociada con el sexo (CNEGSR, 2015). Si bien se ha tratado de desacralizar, esto sigue siendo un estigma, pues en torno a la sexualidad, gravitan el padre, el cura y el médico, este último en muchas ocasiones suple o adquiere el papel de confesor (Rosales, 2002).

Dentro de los tabús sexuales se encuentra la creencia que si se brinda información sobre sexualidad se incentivará a los adolescentes a iniciar de forma prematura la actividad sexual, imposibilitando de esta manera el acceso universal de la información y generando con ello las condiciones adecuadas para que los adolescentes adopten y reproduzcan conductas

sexuales de riesgo (García y Alberts, 1999; Calabrini, Gutiérrez, Charrie y Fuentes, 1999; Stern 2012).

Este tipo de situaciones generan las condiciones necesarias para que los adolescentes sean un grupo socialmente vulnerable en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, pues los tabús y creencias que giran en torno a la sexualidad, la falta de conocimientos sobre educación sexual y el poco acceso a los servicios de SSRA, son factores que imposibilitan la prevención de las conductas sexuales de riesgo (García y Alberts, 1999; Estrada, 2013; Palma y González, 2010) logrando con ello que este grupo poblacional se enfrente a un futuro incierto, dado que en este periodo es cuando se adquieren las habilidades para el desarrollo pleno de la edad adulta y el cual se puede estar comprometido por dichas conductas (CONAPO, 2010).

1.2.2 Servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes en México

En México se han llevado a cabo una serie de medidas para mitigar las problemáticas antes mencionadas, una de estas ha sido la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva adolescente, los cuales tienen como fin el pleno ejercicio de los derechos de las y los adolescentes en materia de sexualidad, buscando impulsar y reforzar estrategias encaminadas al acceso universal de los servicios de salud sexual y reproductivos oportunos, suficientes y de calidad basados en un marco de respeto a sus derechos, reconociendo las diferencias e inequidades a las que se enfrentan los adolescentes (SS, 2008).

Dichos servicios se brindan tanto en el ámbito privado como público, en el primero se encuentran diversas organizaciones de la sociedad civil que han dado respuesta a las necesidades que tienen los adolescentes en materia de sexualidad; algunas de ellas y con mayor antecedente histórico son: el Centro de Orientación para Adolescentes A.C. (CORA) que desde 1978 ha orientado a adolescentes, profesionistas y padres de familia en temas de salud sexual y reproductiva adolescente ubicado en la Ciudad de México. Así mismo la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C. fundada en 1965 para mejorar la salud sexual y reproductiva sobre todo en la población rural y urbano-marginal, que posteriormente pone en marcha en 1986 el programa “Gente Joven” el cual proporciona

servicios de prevención y atención en educación sexual para adolescentes y jóvenes en diferentes estados de la República.

Mientras que en Nuevo León en 1979 la asociación civil de Superación y Salud para la Familia A.C. (Supera) implementó el mismo programa de la fundación antes mencionada “Gente Joven” el cual cuenta con una participación importante de jóvenes y adolescentes, pues la información se transmite por medio de pares, buscando con ello disminuir el número de embarazos no planeados o no deseados; dicha institución cuenta con otros programas como es el caso de “Jóvenes por la equidad” el cual busca la prevención del VIH entre la población joven.

A nivel nacional el sector público puso en marcha servicios de salud que abordan aspectos relacionados con la SSRA, en este sentido el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde 1981 ha trabajado con la orientación y educación sexual para adolescentes y en 1998 se lanzan los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) en una alianza con el IMSS-Oportunidades, donde los adolescentes y jóvenes reciben información sobre su salud incluida la SSRA; en la actualidad hay más de 3,619 CARA’s en todo el país. Asimismo, esta institución tiene el programa JuvenIMSS donde se orienta y capacita a los adolescentes en temas relevantes con su salud de manera integral, incluida la salud sexual y reproductiva.

1.2.3 Antecedentes de la política pública en SSRA

Con la finalidad de lograr el cumplimiento de los derechos de los adolescentes, el Estado Mexicano en conjunto con la SS, estipuló que la atención a la salud de los adolescentes tiene como objetivo fundamental brindar información veraz y oportuna que permita a los adolescentes y jóvenes asumir su sexualidad con responsabilidad, autonomía y libre de riesgos (SS, 1999), incorporándose en el país una serie de estrategias en materia de salud sexual y reproductiva adolescente. Sin embargo, fueron las organizaciones no gubernamentales las pioneras en materia de SSRA, pues estas iniciaron una serie de acciones dirigidas a los adolescentes en México, siendo el primer antecedente el realizado por la Dra. Amalia Monroy fundadora del Centro de Orientación para Adolescentes A.C. en 1978, donde se implementaron una serie de programas preventivos a la situación real de

la juventud en México, otorgando espacios para que los adolescentes obtuvieran servicios de asesoría sobre sexualidad entre otros temas (Velasco, 2009).

Posteriormente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó el Departamento de Orientación y Educación Sexual para Adolescentes en 1981 con el objetivo de informar sobre temas de salud reproductiva y educación sexual a los adolescentes, un tiempo después en 1986 surge el programa de “Gente Joven” de la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C. (Mexfam), teniendo por objetivo el proporcionar educación sexual a jóvenes para prevenir el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual a través de acciones educativas y comunitarias con la colaboración de promotores juveniles (Mexfam, 2015).

Fue hasta 1993 cuando el gobierno mexicano comenzó a poner especial atención a la SSRA, a través de la Secretaría de Salud, la cual convocó a organismos públicos y privados para poner en marcha el Programa de Salud Integral en Adolescente con énfasis en la salud sexual y reproductiva, resultando de esto la promulgación de la Declaración de Monterrey, donde se dio un impulso definitivo a la SSRA, teniendo como objetivo el proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de los adolescentes a la información, comunicación y servicios de salud reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables que les permita asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgo, así como incrementar su autoestima, al mismo tiempo que coadyuvar a la solución de las problemáticas que presentan este grupo poblacional en materia de sexualidad (SS, 2014 y 1999; Sumano et al, 2005).

Un año después se llevaron a cabo una serie de acciones dirigidas a la SSRA, como la participación de México en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, donde se hicieron una serie de recomendaciones dirigidas a la sexualidad y reproducción adolescente, este mismo año se pondría en marcha los “Módulos Amigables” posteriormente denominados “Servicios Amigables”, con la finalidad de proporcionar consejería y orientación sobre planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, así como otorgar atención a adolescentes embarazadas; otra de las estrategias emitidas fue el programa “En buen plan planifiquen”, así como el lanzamiento de la línea telefónica “De joven a joven” la cual operó de 1994 a

1996 ofreciendo información y referencia a los servicios de salud públicos y privados (SS, 2014; SEGOB, 2014).

En 1995 México participó en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, donde también se hicieron una serie de recomendaciones con respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, este mismo año las instituciones que integraban el sistema nacional de salud en conjunto con la sociedad civil instauraron el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GIRS) (SEGOB, 2014). Para 1997 se creó la línea telefónica “Planificatel”, la cual hasta la fecha se encuentra vigente y ofrece servicios de orientación sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión y derechos sexuales y reproductivos (SS, 2008; SEGOB, 2014). En 1998 el IMSS-Oportunidades lanzaron los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) siendo estos un espacio dentro de las unidades médicas rurales donde los adolescentes y jóvenes reciben información sobre salud, favoreciendo la adquisición de conductas y actitudes libres, responsables e informadas del cuidado de la salud en general, hasta la fecha hay 3,619 CARA en todo el país (Reartes y Freyermuth, 2012).

Sin embargo, todas estas acciones comenzaron a cesar a partir de julio del año 2000, pues con la llegada del Partido de Acción Nacional (PAN) al poder, la política de población y salud sexual y reproductiva se descuidaron y se dejaron de monitorear las acciones realizadas por las diversas dependencias gubernamentales, dado que el PAN ha sido considerado como un partido conservador sobre todo en materia de los derechos sexuales y reproductivos (Cardaci y Sánchez, 2005; SEGOB, 2014), a pesar de esta situación entre los años 2000 y 2001 se llevó a cabo la Estrategia para el Mejoramiento de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas, la cual tuvo como resultado el primer encuentro estatal de brigadas juveniles y talleres de información para capacitación y sensibilización en salud sexual y reproductiva.

Mientras que en el 2003 se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), el cual busca incorporar la perspectiva de género en salud y mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones en un marco de participación social y de respeto a los derechos humanos (CNEGSR, 2015). Durante el 2004 se efectuó un diagnóstico situacional de los Servicios Amigables de todo

el país, obteniendo como resultado la modificación del modelo de atención en materia de horarios de atención e integración de un equipo multidisciplinario.

Para el 2007 se lanzó el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente 2007-2012, el cual tuvo por objetivo contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva (SS, 2008), dicho programa se replicó para el periodo 2013-2018, el cual busca favorecer el acceso universal a la información educación, orientación y servicios en SSRA, reduciendo los embarazos no planeados y las ITS en los adolescentes (SS, 2008 y 2014), mientras que la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescente puesta en marcha en el año 2014 tiene por objetivo la reducción de los embarazos adolescentes en México (CNEGSR, 2015; SS, 2014; SEGOB, 2014).

De esta forma organismos gubernamentales y no gubernamentales, han trabajado en materia de SSRA, dado que este es uno de los puntos de mayor importancia dentro del ámbito político, pues la preocupación central es reducir los embarazos adolescentes y las infecciones de transmisión sexual (Juárez y Gayet, 2005). Sin embargo, existen pocas evaluaciones a los servicios de SSRA y las pocas que existen se han centrado mayormente en la realización de análisis costo-beneficio, lo cual ha dificultado una obtención de retroalimentación para lograr mejores resultados en los programas y proyectos de SSRA, aunado a esto se ha dejado de lado aspectos fundamentales dentro de las evoluciones como la ética profesional, la influencia de los cambios políticos del país y evaluaciones a la vanguardia en cuanto a conocimiento, mecanismos y herramientas utilizadas (García y Alberts, 1999; Gutiérrez et al, 2003).

Ante esta situación dentro del ámbito académico se ha comenzado a prestar atención a los servicios de salud relacionados con las adolescentes, pues a pesar de que el acceso a la salud es un derecho universal y aun cuando se tiene con una amplia gama de programas o estrategias en materia de SSRA, un porcentaje importante de adolescentes a nivel nacional (37.5 %) no cuentan con ningún tipo de servicio de salud; entre las entidades federativas con mayor población de adolescentes no afiliados a algún tipo de servicio de salud son: Puebla con un 54 % y Michoacán y Guerrero con un 50 %, mientras que Colima, Nayarit, Campeche, Sinaloa, Tamaulipas, Aguascalientes, Nuevo León, Yucatán, Baja California

Sur, Coahuila y Sonora es de 17 a un 30 % en mujeres y 21 a un 32 % en varones (Reartes y Freyermuth, 2012).

Por lo antes expuesto se considera importante investigar sobre los servicios de salud relacionados con la SSRA, pues evidentemente una parte importante de los adolescentes no cuentan con este tipo de servicios a pesar de contar con un sustento jurídico nacional y una serie de acciones políticas nacionales estatales e incluso municipal, las cuales deberían de atender a este sector poblacional en materia de salud sexual y reproductiva.

Es imperante profundizar acerca del acceso y la atención que reciben los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva, pues casi no existe información que dé razón de la evaluación a este tipo de servicios en este grupo etario y la poca información existente es bastante limitada, faltando una visión global donde se incluyan los factores biológicos, personales, sociales e institucionales (De Jesús, Menkes y Meza, 2016; Juárez y Gayet, 2005).

1.2.4 Servicios Amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Los Servicios Amigables son parte de un modelo internacional propuesto por la Organización Mundial de la Salud, diferentes países los han implementado en cada uno de sus contextos y condiciones culturales específicas, siguiendo los lineamientos básicos de la OMS. México no ha sido la excepción y desde 1994 la Secretaría de Salud implementó los módulos amigables, posteriormente llamados Servicios Amigables, los cuales se han ido ajustando a las necesidades de la población con el pasar de los años; en el 2015 los servicios se apegaron a una serie de recomendaciones emitidos en el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescente (MAISSRA), el cual se alineó con el Programa de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente 2013-2018 y la ENAPEA (SS, 2016b).

Dentro del MAISSRA (SS, 2016b) se expone que los Servicios Amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes se brindan en las unidades de primer nivel de atención y

pueden otorgarse en el interior o exterior³ de las unidades; ofertándose tres modalidades de Servicios Amigables, los cuales se describen a continuación:

- **Servicios horizontales:** no están diferenciados de otros servicios, atienden por igual a toda la población, la atención para los adolescentes se brinda en los mismos espacios que dispone la unidad médica, en un horario determinado dentro de la consulta general y está a cargo del personal médico responsable de la atención en cada uno de estos consultorios.
- **Servicios mixtos:** cuenta con un espacio propio en alguno de los consultorios existentes, con un horario determinado, con profesionales capacitados para la atención de adolescentes, horario diferenciado y adaptado al tiempo en que los adolescentes pueden acudir al servicio.
- **Servicios exclusivos⁴:** el lugar para la atención de adolescentes está diferenciado de los otros servicios, cuenta con un espacio específico, tienen horarios ajustados a las posibilidades de acceso de los adolescentes y el personal es exclusivamente para la atención de esta población.

En su estructura, el MAISSRA cuenta con cuatro grandes categorías, la gestión, la oferta de servicios, la participación y fortalecimiento-capacitación. Respecto a la oferta de servicios (imagen 1.1), esta se encuentra conformada por 6 elementos, además de 3 subcategorías, el acceso, el trato y la atención. Dentro de la subcategoría del trato, se encuentran nueve principios, los cuales pueden ser una guía para las dos subcategorías restantes. Estos están organizados en el marco legal vigente, así como en los que orienta las prácticas específicas que se realiza con esta población (SS, 2016b). A continuación, se mencionarán cada uno de los principios y en qué consisten.

³ Los servicios internos hacen referencia a aquellos que se dan dentro de las unidades médicas, mientras que los externos son aquellos donde el personal de salud sale a la comunidad para brindar los servicios, ya sea por medio de campañas, brigadas etc. Normalmente esto ocurre cuando la población no tiene un fácil acceso (por cuestiones geográficas) a las unidades médicas (SS, 2016b).

⁴ Todas las instituciones públicas de salud deberán establecer al menos un servicio exclusivo en cada una de las jurisdicciones sanitarias, delegaciones o regiones de las entidades federativas, según la estructura institucional (SS, 2016b).

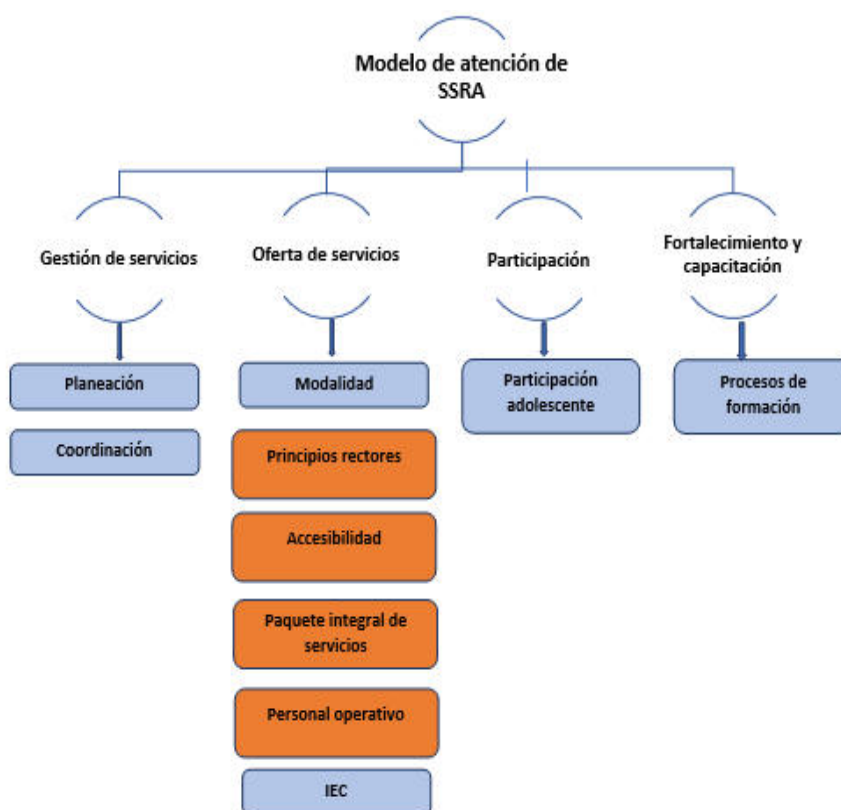
- **Equidad:** se reconoce que hay desigualdad en las condiciones y calidad de vida de los adolescentes, por lo tanto, la atención debe ser equitativa y priorizar la provisión de servicios de las y los adolescentes de menores recursos, menores posibilidades, grupos minoritarios.
- **Confidencialidad:** se fundamenta en el secreto profesional, teniendo el deber de que la información obtenida se resguardará.
- **Integralidad:** los servicios tienen que prestarse de manera integral, incluyendo educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demande.
- **Privacidad:** respetar la privacidad de consulta, con la adaptación de espacios, creando condiciones que garanticen la privacidad de los adolescentes con personal capacitado que conozca las obligaciones de la privacidad.
- **Oportunos:** los servicios deben darse en el momento en el que los adolescentes lo soliciten, evitando situaciones de quejas y el personal de salud, no debe limitarse al motivo verbalizado en la consulta, sino que es conveniente indagar otras problemáticas que pueden permanecer ocultas detrás de lo que se expresa.
- **Celeridad:** garantizar una atención lo más ágil posible, si hay barreras institucionales que impongan un tiempo de espera, se deben crear mecanismos de interacción que permitan canalizar colectivamente inquietudes y difundir las prestaciones del servicio.
- **Continuidad:** el servicio de salud debe prestarse de manera permanente.
- **Seguridad:** los servicios deben prestarse en condiciones óptimas de seguridad para los adolescentes de ambos sexos.
- **Favorabilidad:** en caso de dudas acerca de una norma o de su aplicación, deberá adoptarse la interpretación o aplicación que mejor favorezca el cumplimiento de los derechos del adolescente.

Bajo estos ejes rectores se ofrece la accesibilidad y el paquete básico de servicios (es importante tener esto en cuenta, pues el análisis de este documento se centrará en algunos de ellos). Para el acceso existe una ruta que deben seguir usuarios de los Servicios Amigables y en cada uno de los pasos del acceso los adolescentes deben sentir confianza, desde el ingreso hasta la salida de la unidad médica y todas las interacciones del personal

de salud con los usuarios deben ser amigables, sin importar el motivo de consulta; por otra parte, el personal debe identificar los posibles obstáculos relacionados con el acceso, seguridad y confianza, realizando las adecuaciones necesarias para eliminar dichos obstáculos (SS, 2016b).

El MAISSRA también hace énfasis en que para asegurar la calidad y la garantía de la amigabilidad en los servicios se requieren grandes componentes: gestión, oferta de servicios, participación y fortalecimiento-capacitación.

Imagen 1.1 Conformación del Modelo de atención de SSRA



Fuente: Elaboración propia con base al MAISSRA (SS, 2016b).

Referente a los principios rectores de la oferta de servicios, estos se encuentran, en primera instancia, están organizados en el marco legal vigente y estos funcionan como los principales orientadores en las prácticas específicas que deben realizar los profesionales hacia la población adolescente. Es decir, son la guía para el actuar profesional, pues brindan

los lineamientos que deben seguir los prestadores de servicios; por lo tanto, esta será la categoría de análisis denominada *trato*, pues en ella esta plasmaba la perspectiva de derecho, siendo esta la perspectiva teórica retomada para el análisis de los resultados.

La accesibilidad abarca el establecer la ruta que los adolescentes deben de seguir dentro de los Servicios Amigables, si se observa la imagen 1.2 el nivel de eficacia y oportunidad están relacionados con tres de los principios rectores: privacidad, celeridad y equidad⁵ (en el capítulo 4 se analizarán en profundidad cada uno de ellos), desde el ingreso hasta que salen de las clínicas los usuarios deben sentir confianza, seguridad y sobre todo la interacción con el personal de salud debe ser amigable, sin importar la razón por la que acudieron a estos servicios. Al ser la accesibilidad un tema relevante, esta se retomó como una categoría de análisis de la información denominada *acceso*.

El paquete integral de servicios es en él que se establece un cuadro básico de atención para los adolescentes, el cual se divide en 4 elementos, teniendo la promoción, prevención y atención como principales elementos, este paquete está atravesado por cuatro de los principios (véase imagen 1.2): privacidad, integralidad, oportunos y confiables. Al ser el este elemento, la atención que reciben los usuarios forma parte primordial del fenómeno de estudio; por lo tanto, esta será la categoría de análisis denominada *atención*.

En lo que respecta al personal operativo, este debe estar conformado por un equipo multidisciplinario que sea amigable y receptivo a las demandas de los adolescentes, donde cada integrante tenga asumidas sus funciones, así como los intereses del colectivo. Asimismo, cada uno debe estar capacitado en la normativa legal vigente y debe seguir los principios rectores que plasma el MAISSRA, por ello que este elemento también forma parte del análisis de la información.

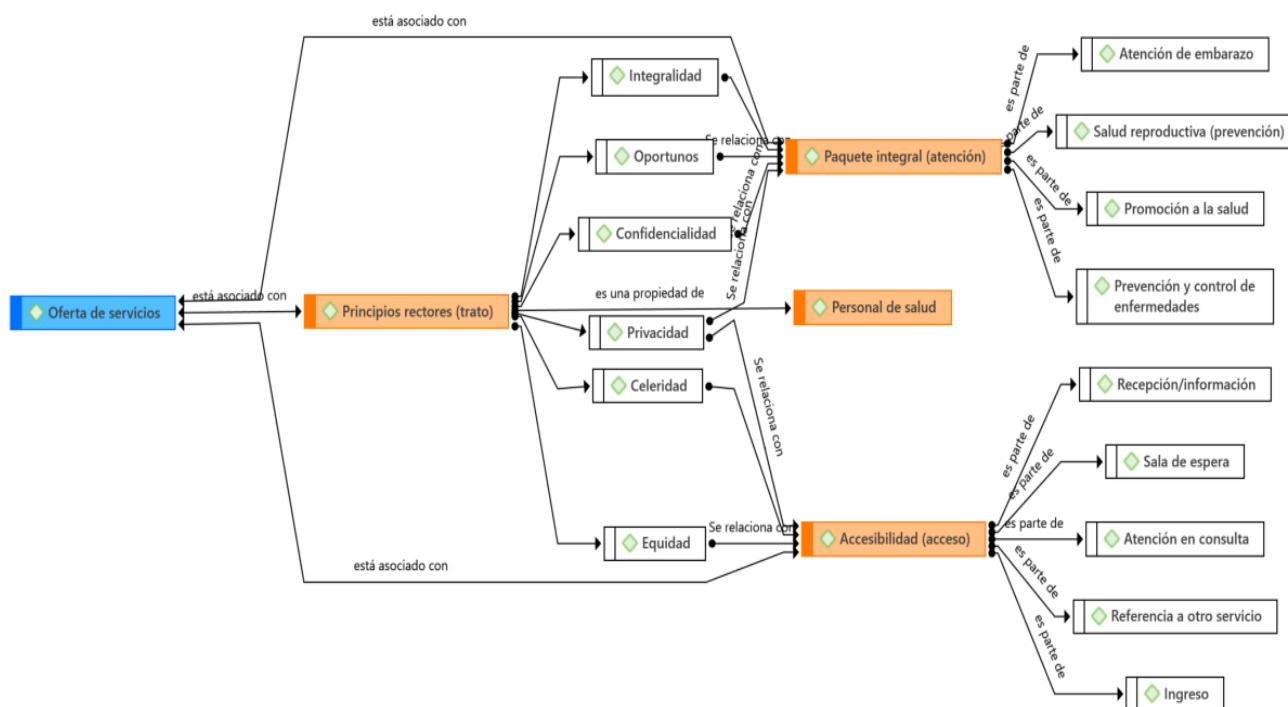
Por último, está la información, educación y comunicación (IEC), si bien cada uno de ellos están circunscritos en el paquete básico, este hace referencia a las acciones que genera el personal de salud afuera de las clínicas, como lo son las escuelas, trabajo comunitario, participación de grupos, etc. Por lo tanto, esto no se tomó como una categoría para analizar

⁵ Para comprender a que se refiere cada uno de los principios revisar el apartado 1.2.3 del planteamiento del problema.

la información, dado que estos son elementos ajenos a la participación de los usuarios ubicada en un centro de salud determinado.

En resumen, los principios rectores, accesibilidad, paquete básico y personal operativo son los elementos en los que se centrará el análisis del presente documento, en la imagen 1.2. están la subcategoría de trato (principios) que es transversal con el acceso y atención, pues la equidad, privacidad y celeridad están relacionados con el acceso, mientras que confidencialidad, privacidad y oportunos están vinculados con la atención y el personal operativo debe garantizar la amigabilidad por medio de dichos principios.

Imagen 1.2 Conformación de la oferta de servicios a partir del acceso, trato y atención según el MAISSRA

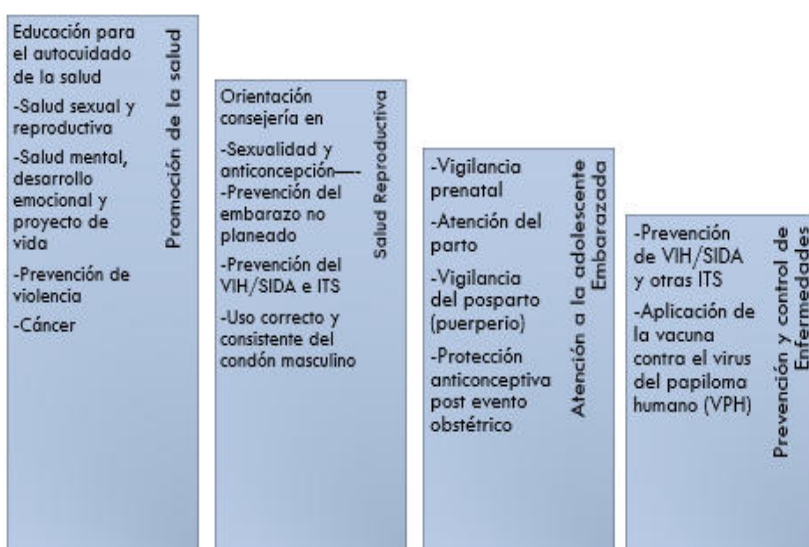


Fuente: Elaboración propia con base en MAISSRA (SS, 2016b).

En lo que respecta al paquete básico de servicios (véase imagen 1.3), se hace referencia a la atención que deben recibir los adolescentes al momento de acudir al servicio; con ellos se deben satisfacer sus demandas y necesidades. Todos estos servicios se encuentran

apegados al marco jurídico vigente⁶. La finalidad de otorgar estos es para que los adolescentes cuenten con las herramientas necesarias para ejercer de manera plena y satisfactoria su vida sexual y reproductiva, libre de mitos y tabús, contando con personal de salud capacitado y sensibilizado para dar un trato digno, empático, cordial, equitativo y respetuoso a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, pues es responsabilidad del personal de salud que trabaja con los adolescentes ayudarlos a desarrollar la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva (SS, 2016b).

Imagen 1.3 Paquete básico de los Servicios Amigables



Fuente: Elaboración propia con base en MAISSRA (SS, 2016b).

Este paquete de servicios debe ser brindado por un equipo multidisciplinario altamente capacitado a las necesidades de los adolescentes, donde cada integrante tendrá asumidas sus responsabilidades y funcione trabajando en coordinación y contribución del equipo de trabajo, pero sobre todo estando consciente de las necesidades de los usuarios (SS, 2016b).

En lo que respecta al personal de salud, este debe ser parte de un equipo multidisciplinario (médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social y promotor/a de salud) que tengan un perfil profesional orientado hacia la amigabilidad, así como contar con capacitación y

⁶ Para ver el marco jurídico ir al apartado 2.3 de este documento.

tener habilidades de comunicación para trabajar con adolescentes mujeres y hombres, además debe conocer muy bien el marco conceptual y de referencia, los acuerdos internacionales y del país relacionados con los derechos de las y los adolescentes (OMS, 2005). El profesional debe estar actualizado en la información y normas de atención, manejar metodologías educativas y trabajar con un modelo de salud que incluya acciones de prevención, promoción y asistencia, en el que las y los adolescentes se vean en un marco de derechos y con un enfoque integral; además se deben trabajar en articulación con otras personas de otros sectores del servicio de salud de su zona y con otros sectores, como el de educación (OMS, 2005).

Hay tres condiciones recomendables para el funcionamiento de los equipos multidisciplinarios: que estén motivados por el trabajo con adolescentes; que se logre un trabajo integral y no individual desde cada disciplina, y que la capacitación incluya a todo el personal, permitiendo, por lo tanto, que cualquier trabajador de salud sea una puerta de entrada al servicio (SS, 2016b).

La finalidad de aplicar el MAISSRA en los Servicios Amigables, se debe a la necesidad de emplear técnicas y métodos para tener una mayor participación de adolescentes en los servicios, donde la empatía, confianza y seguridad son primordiales para ello, se ha demostrado que contar con servicios de salud que cumplan con los requisitos antes mencionados, disminuyen la posibilidad que los adolescentes adopten conductas sexuales de riesgo.

Sin embargo, a pesar de contar con múltiples programas públicos o privados relacionados con la salud, con los años, los servicios de sexualidad y reproducción han tenido una serie de problemáticas, sobre todo en ginecología y obstetricia, pues con frecuencia se violan bajo diversas formas los derechos sexuales y reproductivos de los individuos, al respecto la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ha emitido más de 100 recomendaciones a las instituciones de salud a partir de las quejas presentadas por las usuarias; no obstante, es importante mencionar que este número de quejas o denuncias no representan al 100 %, pues la población no suele confrontarse a quienes tradicionalmente

han sido figura de poder, como es el caso del personal médico (Castro, 2010; Valdés, Molina y Solís, 2001).

En lo que respecta a los servicios de SSRA no se conoce de forma exacta cuántos adolescentes han sufrido algún tipo de violación en sus derechos sexuales y reproductivos, pues la relación de poder entre el personal de salud y los adolescentes no suele ser denunciada y documentada (CDD, 2009). Si bien las conductas de los adolescentes han sido ampliamente estudiadas, la mayoría se han centrado en las principales causas de morbilidad y mortalidad, así como en las consecuencias que conlleva la sexualidad adolescente, como el embarazo e infecciones de transmisión sexual. Por ello el estudio de los servicios de SSRA presenta un reto en la actualidad, dado que se necesitan investigaciones que documenten y analicen aspectos relacionados con el acceso, atención y calidad de estos servicios, tomando en cuenta la percepción y opinión de los actores involucrados en los servicios ya sea como proveedores o usuarios.

En este sentido, se buscó literatura relacionada con esta temática, encontrándose que existe poca información sobre los servicios de salud SSRA en comparación con otros grupos de edad. Dichos estudios han evidenciado una serie de barreras que enfrentan los adolescentes al momento de hacer uso de los servicios de SSRA, las cuales van en contra de lo establecido en las leyes, reglamentos y normas que rigen dichos servicios. Un ejemplo de esto es un estudio realizado por Juárez y Gayet en 2005 sobre servicios de SSRA, donde encontraron que existían pocos módulos de salud sexual y reproductiva que atendieran a este grupo poblacional, por lo cual los adolescentes debían recorrer largas distancias para acceder a dichos servicios, sin contar que las ubicaciones de estos suelen estar mayormente en los centros urbanos, descuidando a los adolescentes del área rural.

Con relación al abastecimiento de insumos de planificación familiar, la Secretaría de Salud en el año 2000 llevó a cabo una evaluación en 10 estados de la República Mexicana, donde encontró que un 50 % de las unidades evaluadas tenían un desabasto de anticonceptivos, siendo el preservativo masculino el de menor disponibilidad (SS, 2000). El desabasto de

métodos anticonceptivos afecta a toda la población que acude a las unidades médicas con la finalidad de adquirir un anticonceptivo, entre ellos los adolescentes.

En lo que corresponde al acceso de hombres y mujeres a los servicios de salud SSRA, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en el año 2012 efectuó una investigación sobre la oferta de estos servicios y encontró que la oferta continúa estando enfocada a la población femenina, pues las acciones y estrategias de estos programas están dirigidas mayormente a las mujeres, mientras que las estrategias y acciones dirigidas hacia los hombres permanecen ausentes, por lo tanto, continúa habiendo una invisibilización de los varones en los servicios de salud SSRA (INSP, 2013).

Otro elemento que emerge dentro del análisis de los servicios de SSRA es el relacionado con los prestadores de servicios. Una investigación llevada a cabo en 2013 en el Distrito Federal, el Estado de México y Guanajuato encontró que los prestadores de servicios de SSRA necesitan mayor capacitación para brindar un servicio eficiente y de calidad, pues estos no conocen el marco jurídico y normativas que sustentan los servicios de SSRA y algunos profesionales de la salud aún creen que brindar consejería e información de anticoncepción puede ser motivo de demanda por parte de los padres de los usuarios, quebrantando con ello lo estipulado en las normativas y reglamentos de salud (Estrada, 2013).

Otra de las barreras para que los adolescentes no acudan a los servicios de SSRA es la percepción de falta de confidencialidad y la solicitud de acudir con sus padres para acceder a la información o los métodos anticonceptivos (Juárez y Gayet, 2005; Aguilar, 2007; Federación Internacional de Planificación Familiar, 2008). En este sentido, la ONG Católicas por el Derecho a Decidir llevó a cabo un estudio sobre los Servicios Amigables en 5 estados de la República, donde encontraron que los adolescentes argumentaban que acudirían mayormente a estos servicios si fueran más confidenciales, pues hablarían de forma más abierta y preguntarían sin censura, confiando en que la información brindada los motivaría a regresar a los servicios (CDD, 2009).

Con relación a la calidad de la atención recibida en los servicios de salud, en el año 2000 se hizo una evaluación a los CARA, donde se encontró que un 23 % de los adolescentes que acuden a este servicio mencionaron haber establecido una relación hostil con los médicos y un 17.6 % con las enfermeras (Afluentes, 2004). Otra investigación realizada en Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz en 2006 encontró que una proporción importante de los entrevistados manifestaron no haber recibido un buen trato por parte del personal de salud, dado que se atendieron de forma apresurada, pues el horario de atención en las unidades médicas era de lunes a viernes de 11:00 a.m. a 14:00 p.m., y para el caso de Tabasco solo se atiende un día a la semana. No se recibió la información que requerían y no se respondieron las dudas de los adolescentes (CDD, 2009).

En otra investigación realizada en el estado de Nuevo León en el año 2013, en adolescentes escolarizados de secundarias y preparatorias, se encontró que un 21 % de la población encuestada no contaba con ningún tipo de afiliación al sistema de salud, y un 38 % no acudía a los servicios de salud debido a la lejanía de la unidad médica, porque el lugar estaba en malas condiciones, por el maltrato del personal médico y por no tener dinero para los servicios. Asimismo, un 73 % desconocía que existían programas de salud para los adolescentes en la unidad médica cercana a su domicilio, y aquellos que acudían a los servicios médicos tenían una percepción negativa de estos, pues desde el momento de solicitar consulta hasta su recibimiento, sufrieron maltrato por parte del personal de salud (De Jesús, Menkes y Meza, 2016).

En general, estas situaciones antes descritas con respecto al uso de los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente dejan ver la importancia que estos tienen para un desarrollo adecuado en la vida sexual de este sector poblacional. Si bien el acceso a los servicios de salud no es el único elemento que influye para que esta población ejerza sus derechos sexuales y reproductivos, estos son un elemento de suma importancia.

1.3 Justificación

La revisión antes expuesta brinda un panorama sobre el funcionamiento de los servicios de SSRA, resaltándose las dificultades que enfrentan los adolescentes al momento de solicitar los servicios de salud sexual y reproductiva, como es la poca capacitación, concientización y sensibilización de los prestadores de servicios. Con esto se pone en evidencia la violación a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, los cuales tienen como finalidad el garantizar la plena realización de su capacidad individual y de la comunidad, pues al formar parte de un Estado Nación como el mexicano, se debería tener la capacidad de ejercer sus derechos de acuerdo con el marco normativo vigente, en el caso de los usuarios de los servicios de salud sexual se refiere a la capacidad de apropiarse, ejercer y defender su derecho a una adecuada salud sexual y reproductiva (Hindes, 2002; Castro, 2010).

Es por esto que la SSRA debe ser un tema prioritario por atender, pues los adolescentes poseen características biológicas, psicológicas y sociales que los ponen en situación de vulnerabilidad y los desafíos que enfrentan conllevan que sus comportamientos sexuales estén influenciados por diversos factores del medio donde viven, así como la falta de educación sexual, exponiéndolos a reproducir conductas sexuales de riesgo (Muñoz, 2006; García y Figueroa, 1992; Calabrini, Gutiérrez, Charrie y Fuentes, 1999).

En este sentido, los comportamientos sexuales y reproductivos de los adolescentes se han caracterizado como problema por las consecuencias adversas que conlleva para ellos, su familia y comunidad (De Jesús y González, 2014). Al ser considerada la sexualidad adolescente de esta forma, se han realizado una serie de investigaciones y estudios que abordan la SSRA como una problemática, teniendo un abordaje tradicional centrándose en las prácticas sexuales, así como en cuestiones curativas y no en aspectos preventivos como es el caso del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente (De Jesús, Menkes y Meza, 2016).

Así mismo es importante mencionar que el análisis de los servicios de salud de forma general (incluidos los de SSRA), se han realizado desde una perspectiva gerencial

relacionados con la eficacia y eficiencia de los recursos, dejando de lado aspectos vinculados con los usuarios como es el caso del poder, dominación y subordinación de los pacientes, así como la percepción de los servicios de salud a partir del punto de vista de los usuarios o pacientes (Castro, 2008). Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México constituye un elemento significativo para el sistema de salud del país, así como para la consolidación de políticas públicas sustentadas en los derechos humanos dirigidas a este sector de la población, para que se potencialicen sus capacidades de desarrollo tanto individual como colectivo y le permitan una integración completa a la vida social, política, cultural y económica del país, pues en el ámbito de SSRA se presentan algunas de las amenazas más grandes para el bienestar presente y futuro de los adolescentes (CDD, 2009).

En este sentido, es de suma importancia mencionar los obstáculos que enfrentan los adolescentes, cuando acuden a solicitar servicios de salud sexual y reproductiva son diversas, sobresaliendo el maltrato en la relación profesional-adolescente, la falta de confidencialidad, desabasto de insumos y la falta de difusión de los programas dirigidos a este grupo poblacional. Todo esto en conjunto con las situaciones sociales y culturales en las que están inmersos, generan las condiciones adecuadas para que se reproduzcan las conductas sexuales de riesgo y por ende se enfrenten a las diversas consecuencias derivadas de ellas.

Ante esto se consideró pertinente investigar cómo se brindan los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente en Monterrey, dado que la literatura ha evidenciado que existe un vacío en el tema y al no haber una amplia gama de estudios e investigaciones en este contexto se desconoce la realidad que enfrentan los adolescentes de Monterrey. Es importante mencionar que para esta investigación solo se tomarán en cuenta los servicios de salud sexual y reproductiva brindados por parte del sector público, dado que el estado es el principal garante de hacer valer los derechos de los ciudadanos, siendo los Servicios Amigables el campo de acción de la presente investigación.

1.4 Preguntas de investigación

1. ¿Cómo es el proceso de acceso en los Servicios Amigables en el municipio de Monterrey según los usuarios?
2. ¿El acceso a los Servicios Amigables de Monterrey se apega a los lineamientos de equidad, celeridad y privacidad plasmados en el modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes?
3. ¿La atención está basada en la privacidad, confidencialidad, oportunidad e integralidad, como lo marca el modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes?
4. ¿Cuáles son las barreras o problemáticas que enfrentan los adolescentes al momento de hacer uso de los servicios amigables?

1.5 Objetivo General

Caracterizar el grado de cumplimiento con los lineamientos del modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes que los Servicios Amigables tienen en relación con el trato durante el acceso y atención de los usuarios.

1.6 Objetivos específicos

1. Identificar el incumplimiento de los lineamientos del modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes presentes durante el acceso y atención de los Servicios Amigables de Monterrey.
2. Caracterizar empíricamente la logística para el acceso a la consulta que los usuarios de los Servicios Amigables del municipio de Monterrey atraviesan.
3. Identificar las barreras o problemáticas que enfrentan los usuarios al momento de hacer uso de los Servicios Amigables de Monterrey.
4. Generar un análisis cualitativo sobre el grado en el que los Servicios Amigables garantizan los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.
5. Corroborar la reproducibilidad de los hallazgos en distintos centros que brinden los Servicios Amigables.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de salud sexual y reproductiva adolescente

La salud sexual y reproductiva adolescente es un concepto fundamental para el bienestar de los jóvenes en todo el mundo, justo en él radicar la capacidad de los adolescentes para disfrutar de una vida sexual saludable y segura, así como para tomar decisiones informadas sobre su reproducción. Según la OMS (2017) los adolescentes se encuentran en un período crucial de desarrollo físico, emocional y psicológico. Por lo tanto, la promoción de la salud es esencial, ya que un acceso adecuado a la información, servicios de salud sexual, anticonceptivos y apoyo psicológico podrían contribuir a prevenir las conductas sexuales de riesgo, así como sus consecuencias (OMS, 2019). Por lo tanto, abordar la SSRA se convirtió en una prioridad dentro de la promoción de la salud pública.

Por lo tanto, es importante entender el concepto de SSRA, ha sido objeto de discusión y debate en diversas esferas político-sociales, como resultado de distintas luchas, tal es el caso de la lucha feminista, debates académicos, discusión en organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales, etc. Donde todos los actores involucrados desempeñaron un papel fundamental en la construcción del enfoque integral de salud sexual y reproductiva.

Como resultado de todo esto, la conceptualización de la SSRA ha evolucionado a medida que la sociedad reconoce la importancia de abordar las necesidades específicas de este sector poblacional, en este ámbito crítico de sus vidas. Y fue en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, celebrada en El Cairo, donde se produjo un hito significativo en la formulación de políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

En esta conferencia, se reconoció que los adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos, incluido el acceso a información y servicios de salud relacionados con este rubro (ONU, 1994). Este enfoque pionero allanó el camino para una mayor atención para los adolescentes en todo el mundo. Posteriormente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, se destacó la importancia de empoderar a las mujeres y las niñas, incluidas las adolescentes, en cuestiones de salud sexual y reproductiva. Pues se reconoció que el acceso equitativo a la educación sexual y a los servicios de salud

reproductiva era esencial para el desarrollo sostenible y la igualdad de género (ONU, 1995). En años posteriores, se llevaron a cabo otras conferencias y reuniones internacionales⁷, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 2019, donde se reafirmó el compromiso global con la SSRA.

Por lo tanto, con la aparición del concepto de salud sexual y reproductiva adolescente se reconoció que este sector poblacional tiene derechos en este rubro y por primera vez se hizo explícito el hecho de que para que los individuos puedan gozar de una salud plena se deben conocer y ejercer sus derechos (Menkes, 2009). Sin embargo, ha habido diversos debates relacionados con garantizar que los adolescentes tengan la capacidad de tomar decisiones informadas y autónomas sobre su sexualidad y reproducción, respetando simultáneamente las normativas legales y culturales de cada sociedad (Betancur, Villamizar y Torres, 2016).

Dentro de este debate se encontró que, si bien este concepto reconoce que el acceso a los servicios de salud y al conocimiento de métodos anticonceptivos son de suma importancia, esto no garantiza que la población pueda ejercer todos sus derechos porque la salud reproductiva se ve permeada por aspectos culturales que están en relación con la trayectoria de vida de los individuos (Lassonde, 1997). Por lo tanto, es importante considerar el contexto cultural, con la finalidad de que los adolescentes ejerzan dichos derechos, pues en contextos tradicionales, el erotismo y la sexualidad se atribuyen al hombre, mientras que la identidad de las mujeres se define en torno al afecto, al matrimonio y a la familia; existiendo tabúes, presiones sociales y de género que limitan el ejercicio de la sexualidad y reproducción (Szasz, 1995; De Jesús, 2011).

Ante esto, la SSRA debe considerar las cuestiones culturales y sociales que influyen en la forma en la que los adolescentes experimentan su sexualidad y acceden a los servicios de salud. Es así como, las políticas para adolescentes deben tener un enfoque desde los derechos humanos, promoviendo el acceso a una educación sexual integral, servicios para prevenir, diagnosticar y tratar las ITS y asesoramiento en el tema de planificación familiar,

⁷ Revisar el apartado 2.2 Marco Jurídico en el cual se desarrollan con mayor profundidad las conferencias internacionales, tratados, acuerdos en los que México ha participado. También en dicho apartado se puede ver la normativa que rigen a los servicios amigables en México.

aunado a capacitar a los adolescentes para que conozcan y ejerzan sus derechos. (Morlachetti, 2007; UNFPA, 2009; SS, 2016b).

Otro elemento importante para lograr una SSRA adecuada corresponde a la educación sexual, pues es la escuela la institución donde está se imparte; sin embargo, es un tema de suma controversia, pues por un lado los sectores académicos argumentan que proporcionar una educación sexual integral y basada en la evidencia es esencial para empoderar a los adolescentes y prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, por otra parte, la sociedad civil, sociedades de padres, instituciones religiosas, etc., argumenta que este tipo de educación no es conveniente, dado que puede incitar al desenvolvimiento precoz de la sexualidad y debería dejarse en manos de los padres de familia (UNFPA, 2009; 2021; López, 2016). Es así como el desafío ha radicado en encontrar un equilibrio entre los derechos de los adolescentes a la información, su autonomía con las preocupaciones de los padres y la sociedad civil.

Sumado a esto, la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes es otra área crucial de debate dentro del concepto de SSRA. Los obstáculos, como el estigma, la falta de acceso geográfico y financiero, así como la discriminación, pueden dificultar que los adolescentes obtengan atención médica adecuada (SS, 2016b; Yon Leau, 2015). Por lo tanto, es importante trabajar en la eliminación de estas barreras para garantizar que todos los adolescentes tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad y respetuosos de sus derechos humanos.

Por todo lo antes mencionado, se deben implementar políticas dirigidas a los jóvenes que consideren el contexto social y cultural en el que se desenvuelven los adolescentes, y que promuevan la inclusión y la igualdad de género (Juárez y Gayet, 2005). Además, se deben proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva que consideren las cuestiones culturales y sociales que influyen en la forma en la que los adolescentes experimentan su sexualidad (Morlachetti, 2007).

Es así como, los gobiernos deben tener políticas públicas que abonen a mejorar los comportamientos sexuales y reproductivos de los adolescentes, por medio de programas o proyectos que sensibilicen, informen y eduquen según las características y necesidades

propias de los adolescentes (Menkes, 2009). Por lo tanto, el concepto de SSRA no puede desvincularse de su aspecto político y debe ser considerado desde el binomio libre elección-responsabilidad, estando estrechamente vinculado con la responsabilidad de los gobiernos para llevar a cabo políticas, programas y servicios adecuados; así como la responsabilidad de los diversos actores de la sociedad civil y la de los individuos (Menkes, 2009; Lassonde, 1997).

Una vez abordado el concepto de salud sexual y reproductiva adolescente, así como su relevancia en el escenario actual de debate y construcción de políticas públicas, resulta fundamental introducir las distintas perspectivas teóricas que han intentado explicar y dar sentido a esta dimensión desde marcos conceptuales diversos. Esto, debido a que la SSRA no puede ser comprendida únicamente desde una lógica unidimensional, ya que se encuentra atravesada por una compleja red de factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Por ello, se vuelve necesario presentar los enfoques teóricos que han contribuido a visibilizar cómo los adolescentes viven, acceden y enfrentan los procesos vinculados a su salud sexual y reproductiva, considerando que estas perspectivas permiten un análisis más profundo e integral del fenómeno, especialmente en el contexto de los sistemas de salud.

2.2 Perspectivas teóricas que han abordado la SSRA

El hablar de salud es hablar de un tema tanto biológico como social, individual y colectivo, público y privado, la salud constituye un encuentro entre la naturaleza humana y la organización social. Hoy se sabe que la salud de la población depende de una red multicausal de factores biológicos, sociales, culturales, del medioambiente, la estructura política y económica, escolaridad, fecundidad, estilos de vida, entre otros; los cuales son determinantes cruciales de la salud, donde el sistema de atención debe dar respuesta a las nuevas necesidades que presenta la población (Frenk, 1994).

Bajo esta idea se han formulado una serie de perspectivas teóricas que buscan dar respuesta a la atención de salud, pues como se mencionó anteriormente, esta no abarca únicamente aspectos relacionados con lo biológico, sino que forma parte de una serie de elementos sociales, culturales y físicos. En lo que corresponde al análisis de la salud sexual y

reproductiva adolescente, esta ha sido abordado por diversos campos de estudio, donde la investigación y el debate teórico se han centrado principalmente en:

- En el conocimiento de la biología y reproducción del cuerpo (conocimiento del cuerpo, ciclo menstrual, eyaculación, embarazo, entre otros).
- Conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos.
- Contagio de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.
- El aumento del embarazo adolescente.
- Abortos y mortalidad materna

Estos estudios planteados desde los diversos enfoques y perspectivas teóricas han contribuido a la comprensión de la realidad de la sexualidad y reproducción adolescente. Para este trabajo se expondrán las principales perspectivas teóricas que han trabajado con la salud sexual y reproductiva adolescente con la finalidad de entender cómo dichas teorías han explicado y abordado el proceso de salud-enfermedad-atención desde los sistemas de salud.

2.2.1 Perspectiva biomédica-epidemiológica

Esta perspectiva se ha centrado en el estudio y tratamiento de las enfermedades, considerando a estas como entidades propias independientes de los pacientes, donde el cuerpo humano es una estructura anatómica, la enfermedad es una lesión corporal o funcional y el médico es el profesional técnico que la repara; esta perspectiva tiene como principal objetivo curar la enfermedad con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto, teniendo su sustento en la medicina basada en la evidencia (Arredondo, 1992).

En lo que respecta al interés biomédico por los adolescentes, se remonta a inicios del siglo pasado y se acentúa en la década de los 60, cuando se presta mayor atención en las enfermedades infecciosas y nutrición de este sector poblacional. Sin embargo, con el paso del tiempo el perfil epidemiológico cambió y se comenzó a prestar atención a las enfermedades crónicas, accidentes, adicciones, entre otras cosas más y para la década de los 70, los médicos comenzaron a hacer uso del concepto de medicina para el adolescente

(Silver, 1985). La visión de la salud y enfermedad de este modelo tuvo vigencia mientras las enfermedades infecciosas eran frecuentes, sin embargo, en la actualidad se ha demostrado que el modelo biomédico presenta insuficientes resultados sobre todo cuando se trata de determinados problemas de salud como las adicciones, conductas de riesgo, adhesión al tratamiento, enfermedades psicosomáticas, la satisfacción de los servicios de salud, etc. (Álvarez, 2008).

En la actualidad, la comprensión de las enfermedades se ubica en un modelo más integral, el cual se concentra en la prevención de riesgos y daños a la salud a partir del desarrollo de acciones integrales y de coordinación interinstitucional (OPS, 2001). Esto con la finalidad de incluir los aspectos individuales, sociales y culturales que pueden generar mayores probabilidades de padecer daños a la salud y así tener estrategias adecuadas para la prevención. Es así como dentro del área de la sexualidad de los adolescentes se han identificado los factores protectores y factores de riesgo⁸ asociados con el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, si bien estos factores no juegan el mismo papel en todos los adolescentes, están relacionados en mayor o menor grado.

Tabla 2.1 Factores de riesgo y factores protectores vinculados con el uso de SSRA

Factores de riesgo	Factores protectores
• Desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos • Desconocimiento de que existen servicios de salud sexual reproductiva para adolescentes. • Recorrer largas distancias para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente. • Horarios poco flexibles. • Prolongadas horas de espera. • Desconocimiento de las leyes y marco normativos que rigen los servicios de salud por parte de los profesionales.	• pláticas, cursos, talleres o clases para adolescentes sobre los derechos sexuales y reproductivos. • Mayor difusión de los diferentes servicios de salud sexual y reproductiva adolescente. • Mayor cantidad de servicios de salud para adolescentes. • Ampliación de los horarios de atención. • Capacitación constante para el personal de salud respecto a la ley y normativas. • Capacitación del personal para conocer las necesidades que presentan los

⁸ Los factores protectores son todos aquellos agentes individuales, familiares y sociales que reducen las posibilidades de obtener resultados negativos para la salud. Mientras que los factores de riesgo son aquellos agentes individual, familiar y social que incrementan la posibilidad de experimentar resultados negativos para la salud (OPS, 2010).

• Personal de salud poco capacitado. • Prejuicios personales del personal de salud. • Maltrato por parte de los profesionales de la salud hacia los adolescentes. • Desabasto de métodos anticonceptivos.	adolescentes con relación a la sexualidad y reproducción. • empatía y confidencialidad por parte del personal de salud hacia los adolescentes. • Abasto y distribución de los diversos métodos anticonceptivos.
--	---

Elaboración propia con base en SEGOB, 2014; De Jesús, Menkes y Meza, 2016; UNFPA, 2011; Reartes y Freyermuth, 2012.

En la tabla 2.1 se observan primeramente los factores de riesgo, los cuales alertan sobre posibles conductas que no se modificarán fácilmente, pues dependen de múltiples elementos, mientras que los factores protectores entran en vigor solamente cuando se presentan los factores de riesgo. Es decir, los factores protectores no se ponen en acción de forma automática e independiente, sino que es necesario que ocurran las conductas de riesgo (determinadas por los factores de riesgo), de ahí la importancia de concientizar en la cultura preventiva, expresada por medio de los factores protectores (Helitzer y Allen, 1994).

En este sentido, podría entrar el concepto de resiliencia, la cual hace referencia a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad transformando factores adversos en estímulos, disminuyendo la potencialidad de verse afectado por eventos negativos, mostrando mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos (Rutter, 1992; Becoña, 2008).

Al transpolar estos elementos en los servicios de salud sexual y reproductiva, se ha encontrado que prácticamente se han centrado en la consejería y reproducción con dos objetivos: consejería sobre sexualidad libre e informada y la reducción del embarazo adolescente (Santos, 2003). Por lo tanto, el modelo de prevención de enfermedades ha sido criticado, dado que se centra en un comportamiento determinado; en la prevención del VIH/SIDA, el embarazo adolescente y la promoción a la abstinencia, con programas curativos y verticales, tratando de cambiar la conducta de los adolescentes sin tomar en cuenta el aspecto cultural, centrándose en los aspectos biológicos (Schutt y Maddaleno, 2003).

Con estas críticas se han fomentado enfoques que se basan en el desarrollo humano y promoción a la salud, pues se considera que la salud es un producto social determinado por factores biológicos, ambientales, estilos de vida y del sistema de salud; el cual está conformado por diversas disciplinas, donde no solamente se privilegia la promoción y prevención de las enfermedades, sino que se cuestiona el bienestar físico y cívico, así como las habilidades que permitan que los adolescentes se reafirmen como individuos (Schutt y Maddaleno, 2003).

2.2.1.2 Debate entre perspectiva biomédica-epidemiológica y la perspectiva de derechos

La perspectiva biomédica-epidemiológica ha tenido un peso determinante en la forma en que se ha concebido la salud y la enfermedad a lo largo del tiempo. Bajo este modelo, el cuerpo se entiende como una estructura anatómica susceptible de ser reparada por el médico mediante un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, priorizando así una visión curativa sustentada en la medicina basada en evidencia (Arredondo, 1992). Esta lógica, útil en su momento para atender enfermedades infecciosas y nutricionales, se fue desplazando hacia otros padecimientos conforme cambiaron los perfiles epidemiológicos de la población, ampliando su interés hacia las enfermedades crónicas, los accidentes y las conductas de riesgo en la adolescencia (Silver, 1985; Álvarez, 2008).

No obstante, este enfoque presenta limitaciones evidentes cuando se trata de problemáticas como la salud sexual y reproductiva adolescente. Su énfasis en los factores de riesgo y en la modificación de conductas lo ha llevado a privilegiar estrategias verticales, centradas en la prevención del embarazo o en la promoción de la abstinencia, sin reconocer de manera suficiente los contextos sociales, culturales y subjetivos en los que los adolescentes viven su sexualidad (Schutt y Maddaleno, 2003). De esta forma, los adolescentes suelen ser concebidos más como receptores pasivos de indicaciones médicas que como sujetos capaces de participar en la construcción de sus decisiones, lo cual limita el alcance real de las intervenciones.

En contraste, la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos coloca al adolescente como sujeto activo, con autonomía progresiva y con capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo y su vida reproductiva (ONU, 1994; Comité DESC, 2016).

Este enfoque desplaza la noción de “riesgo” hacia la de “derecho”, lo que significa que el acceso a información clara, a métodos anticonceptivos o a servicios de calidad no se concibe únicamente como un medio para disminuir tasas de embarazo o de infecciones, sino como el cumplimiento de un derecho humano que debe garantizarse sin discriminación alguna (Lamas, 2013; Tomasini, 2019).

El contraste entre ambas perspectivas es evidente en la manera en que se define al adolescente dentro de los servicios: mientras el modelo biomédico-epidemiológico lo categoriza como un cuerpo en riesgo que debe ser protegido o corregido, la perspectiva de derechos lo ubica como un agente con voz propia, capaz de incidir en las políticas y servicios que le afectan. Esta diferencia no es menor, pues de ella depende que los programas sigan siendo verticales, curativos y normativos, o que se transformen en espacios de participación, equidad y reconocimiento de la dignidad.

En este sentido, la discusión no se trata de descartar uno de los enfoques, sino de reconocer que el modelo biomédico-epidemiológico resulta insuficiente si no se articula con un marco de derechos que le otorgue legitimidad y sentido. La salud sexual y reproductiva adolescente requiere no solo diagnósticos y tratamientos basados en evidencia, sino también servicios que reconozcan la diversidad de experiencias juveniles, que promuevan la justicia social y que garanticen la autonomía de quienes acuden a ellos. Solo así se podrá avanzar hacia una atención verdaderamente integral y respetuosa de los derechos de adolescentes y jóvenes.

2.2.2 Perspectiva de salud pública

La perspectiva de la salud pública nace con la preocupación de mejorar las condiciones de vida durante la industrialización y la expansión de las ciudades, con la creación de la Ley de Salud en Inglaterra en 1848, se dio prioridad a un ambiente saludable, poniendo especial énfasis en la enfermedad y en lo higiénico/sanitario (Frenk, 1994; Figueroa, 2002). Posterior a esto, la salud pública se fue perfilando en la práctica profesional institucional, en un principio sus líderes eran médicos, pero con el paso del tiempo fue aglutinando otras profesiones (antropólogos, sociólogos, estadísticos, economistas, etc.) los cuales proporcionaron una visión más holística de la salud. De esta forma, la salud pública se

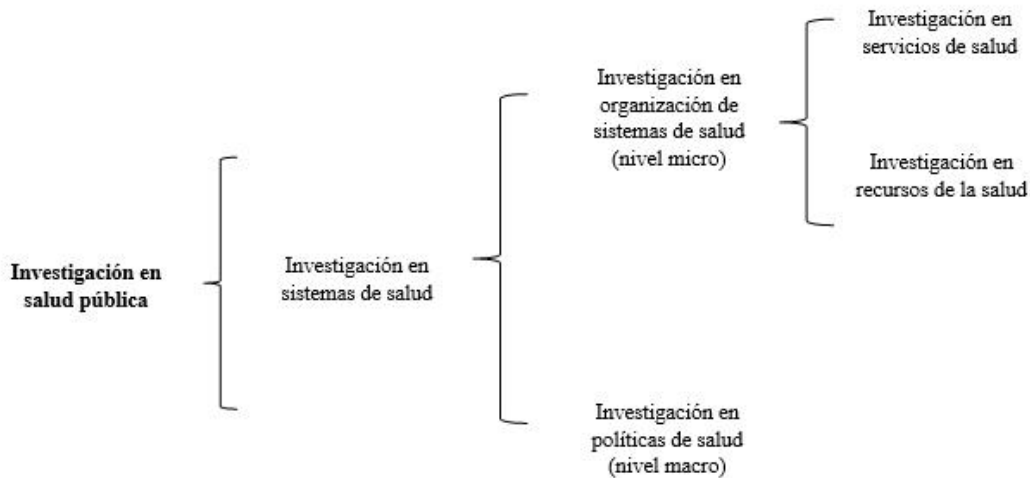
posicionaría como una de las principales perspectivas de salud hasta la fecha, pues esta ha conducido al progreso colectivo en torno al bienestar sanitario (Frenk, 1994; Armus, 2012).

En la historia de la salud pública existe una estrecha relación entre instituciones de salud, estructuras económicas, políticas sociales y poblacionales, donde se discuten los problemas de la salud colectiva, dando prioridad a los aspectos sociales que impactan en la salud, es por ello, que la comprensión de la salud va más allá de lo biológico, tomando relevancia los aspectos sociales (Armus, 2012; Ashton y Seymour citado en Frenk, 1994).

En este sentido, la salud pública no se centra únicamente en los procesos individuales, sino en grupos poblacionales, teniendo dos áreas de aplicaciones: el campo de conocimiento y el ámbito de acción. En lo que corresponde al campo de conocimiento, este es la investigación en salud pública y se divide en dos grandes ramas, la investigación epidemiológica y la investigación en los sistemas de salud, para fines prácticos del presente documento explícitamente se abordará esta última la cual cuenta con dos líneas de acción: el nivel micro (*la organización de atención en salud*) y el nivel macro (*investigación en políticas de salud*).

El nivel micro, es decir, la organización de atención a la salud se enfoca en los procesos que ocurren dentro de la atención, donde la producción de recursos debe tener cierto nivel de calidad y contenido tecnológico para brindar un buen servicio (Frenk, 1994). Por su parte el nivel macro se enfoca en la interrelación de las diversas organizaciones que forman parte del sistema de salud o que tienen alguna influencia sobre él, teniendo la consigna de investigar los procesos sociales, políticos y económicos que determinan las particularidades de la respuesta social en determinado fenómeno de salud; es decir se encarga de estudiar los determinantes, diseño, implementación y consecuencias de las políticas de salud (Frenk, 1994).

Imagen 2.2 Clasificación de la investigación en salud pública



Fuente: Frenk, 1994: 44

Según Avedis Donabedian (1998), para lograr poner en marcha la investigación en sistemas de salud se deben tomar en cuenta tres aspectos fundamentales:

- Las necesidades de salud
- Los servicios que satisfacen esas necesidades
- Los recursos que se requieren para producir dichos servicios.

Para este autor, las necesidades son aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención. Sin embargo, el concepto de necesidades puede generar confusión, pues suele asociarse con una desviación a la salud, una deficiencia o ausencia de la salud determinada por criterios biológicos o epidemiológicos que conducen a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación (Moreno, Palomino, Frías, Del Pino, 2015).

Para emplear adecuadamente el concepto de necesidad, se debe considerar que este se construye socialmente, donde los grupos sociales determinan qué fenómenos de salud necesitan una respuesta de atención, como suele ser el caso de los procesos vitales (nacimiento, crecimiento, enfermedad, etc.). En este sentido, es importante mencionar que cada sociedad en un momento histórico determinado define cuáles son las necesidades por atender, pues a partir de ello se delimita qué condiciones deben tener atención prioritaria,

se delimita la acción profesional y se enmarca en un enfoque para la planeación de servicios (Frenk, 1994).

Siguiendo este concepto de necesidad desde la perspectiva de salud pública, la SSRA ha formado parte de las necesidades en salud en México desde hace años, pero es durante el sexenio 2012-2018 cuando esta toma un papel relevante dentro de la salud pública, pues en 2014 la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico posicionó a México como el principal país en tener las mayores tasas de embarazo adolescente (OCDE, 2014). Este antecedente hizo que se incrementaran las acciones nacionales vinculadas con la salud sexual y reproductiva adolescente con la finalidad de reducir el número de embarazos, donde los derechos sexuales y reproductivos juegan un papel importante para que los adolescentes y jóvenes accedan a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, eficientes y con calidad.

Una vez establecido el concepto de necesidad, el cual se ejemplifica claramente con la SSRA, se delimitarán cuáles serán los servicios y recursos que se deben tener para determinar la capacidad de producir servicios de calidad, pues si no se cuenta con recursos (económicos, estructurales, personales, etc.) es imposible producir servicios de salud que satisfagan las necesidades de la población, por tanto, necesidades, servicios y recursos son un conjunto de elementos que deben estar en armonía (Moreno, Palomino, Frías, Del Pino, 2015). Es así como la producción de servicios de atención a la salud tiene que considerar ciertas peculiaridades como la relación entre prestadores de servicio y usuarios, ya que el consumo de estos dependerá de esta relación; si los recursos humanos están capacitados y son accesibles a la población se establecerá una relación de producción y consumo, para ello se deben de tomar en cuenta la accesibilidad (Frenk, 1994; Donabedian, 1998).

En este sentido, Julio Frenk (1994) divide la accesibilidad en 4 categorías:

- Accesibilidad geográfica: grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y los recursos.
- Accesibilidad financiera: grado en que los ingresos de los usuarios tienen para pagar los servicios. Este incluye no solo el recurso monetario, sino también el costo del transporte y el tiempo invertido en todo el proceso.

- Accesibilidad organizativa: organización de los recursos, donde los obstáculos también están presentes.
- Accesibilidad cultural: la distancia entre los prestadores y los usuarios como el idioma, tecnicismos o creencias de la salud arraigadas en la cultura.

Tomando en cuenta estas premisas, diversos estudios han demostrado que los prestadores de servicios de SSRA deben estar capacitados y sensibilizados ante las necesidades que presenta este sector poblacional al momento de solicitar dichos servicios, pues el trato que reciban por parte del personal de salud será crucial para que estos sigan acudiendo y solicitando este tipo de servicios; otro de los elementos fundamentales para que exista una participación adecuada de los adolescentes es que los servicios de SSRA deben contar con los recursos necesarios para que estos accedan a la información e insumos para ejercer de forma placentera y responsable su sexualidad (De Jesús Reyes, Menkes y Meza, 2016; Meneses, Meléndez y Meza, 2017; CDD, 2009; Juárez y Gayet, 2005; Afluentes, 2004).

Con todo lo anterior se hace evidente que las necesidades que presentan los adolescentes en materia de SSRA y las dificultades que viven en materia de accesibilidad son diversas, pues la revisión de literatura ha mostrado una serie de barreras dentro de las cuatro categorías de accesibilidad que menciona Julio Frenk, pues no se cuentan con servicios de SSRA cercanos a sus hogares o sitios de interacción, los recursos monetarios son insuficientes para acceder a los métodos anticonceptivos, los tiempos de espera suelen ser prolongados y con horarios poco flexibles, los prestadores de servicios están poco capacitados, entre otros más.

Este tipo de situaciones afectan de forma directa en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, por lo tanto, el sistema de salud debería tener como objetivo primordial el corregir dichas dificultades, tomando en consideración la perspectiva de salud pública, dado que esta tiene como fin la organización de personal e instalaciones que proporcionen servicios de salud necesarios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento de la salud en la población, tomando en cuenta las necesidades sociales (Terris, 1995).

La perspectiva de salud pública ha permitido ampliar la mirada sobre los determinantes que influyen en el estado de salud de las poblaciones, al reconocer que factores como la pobreza,

la marginación, la educación y el género inciden de forma directa en los procesos de salud-enfermedad. En ese sentido, este enfoque representa una herramienta valiosa para pensar la salud sexual y reproductiva adolescente desde una lógica colectiva y estructural. No obstante, si bien ha aportado al diseño de políticas y programas dirigidos a mejorar las condiciones de vida y el acceso a servicios, también presenta ciertas limitaciones cuando no se acompaña de una mirada crítica sobre las relaciones de poder que operan dentro del sistema de salud.

A pesar de su vocación por atender necesidades desde un enfoque poblacional, muchas de las políticas públicas derivadas de esta perspectiva se han centrado en la reducción de indicadores cuantificables (como la tasa de embarazos adolescentes o de infecciones de transmisión sexual) sin necesariamente garantizar una atención centrada en los derechos, las trayectorias de vida y las voces de los propios adolescentes. Esto ha derivado en intervenciones que, aunque bien intencionadas, reproducen esquemas verticales, burocráticos o despersonalizados, donde el adolescente suele ser tratado como objeto de intervención y no como un sujeto activo de derechos.

2.2.2.1 Debate entre la perspectiva de salud pública y la perspectiva de derechos

Al revisar la perspectiva de salud pública y su aplicación en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, se hace evidente que este enfoque ha representado un avance fundamental al situar la salud en una dimensión colectiva y estructural. La identificación de necesidades, la planeación de servicios y la distribución de recursos bajo criterios de accesibilidad (geográfica, financiera y cultural) han permitido construir marcos institucionales que buscan dar respuesta a problemáticas que afectan directamente a las juventudes (Frenk, 1994; Donabedian, 1998). Asimismo, el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud ha sido clave para entender que factores como la pobreza, la marginación o la desigualdad de género influyen en los procesos de salud-enfermedad (Armus, 2012).

No obstante, el predominio de esta perspectiva también ha mostrado limitaciones. Con frecuencia, la salud pública reduce la experiencia de los adolescentes a meros indicadores cuantificables, privilegiando la disminución de tasas de embarazo o la prevención de

infecciones de transmisión sexual como principales objetivos de las políticas públicas (De Jesús Reyes, Menkes y Meza, 2016). Bajo esta lógica, los adolescentes tienden a ser concebidos como objetos de intervención más que como sujetos activos con capacidad de decisión. Esta visión, aunque útil en términos administrativos y de planeación, resulta insuficiente para garantizar una atención integral, pues se corre el riesgo de invisibilizar dimensiones centrales como el derecho a la intimidad, al placer o a la confidencialidad en la atención (Juárez y Gayet, 2005; Meneses, Meléndez y Meza, 2017).

En contraste, la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos se fundamenta en el reconocimiento de los adolescentes como titulares de derechos humanos universales, interdependientes e indivisibles (ONU, 1994; Comité DESC, 2016). Desde este marco, no se parte únicamente de necesidades definidas desde criterios epidemiológicos o institucionales, sino de derechos que deben ser garantizados sin distinción alguna. La autonomía progresiva se convierte aquí en un principio rector que reconoce a los adolescentes como agentes con voz propia y capacidad de tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su sexualidad (Lamas, 2013; Tomasini, 2019).

El debate entre ambas perspectivas radica, en buena medida, en la manera en que se construye al adolescente dentro de los servicios. Mientras la salud pública lo categoriza principalmente como una población en riesgo que requiere control o prevención, la perspectiva de derechos lo ubica como sujeto activo de participación en el diseño, implementación y evaluación de las políticas que le afectan. En este sentido, el reto no es desechar uno de los enfoques, sino articularlos en una propuesta dialógica que permita que las estrategias poblacionales de la salud pública se ejecuten bajo criterios éticos y jurídicos propios de un enfoque de derechos.

De esta forma, el acceso a métodos anticonceptivos, la orientación en salud sexual o la confidencialidad en la atención no deben justificarse únicamente por el impacto que tengan en los indicadores epidemiológicos, sino porque constituyen derechos básicos para el ejercicio pleno de la sexualidad en condiciones de dignidad y libertad. La articulación entre ambas perspectivas permitiría superar esquemas verticales y burocráticos, avanzando hacia un modelo de servicios que no solo sea eficaz en términos estadísticos, sino también justo, inclusivo y respetuoso de la dignidad de las y los adolescentes.

2.2.3 Perspectiva sociodemográfica

Con el desarrollo de esta perspectiva se permitió conocer el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes por medio de la aplicación de encuestas; a partir de esto, se cuantificaron y caracterizaron los comportamientos de esta población. Un aspecto relevante por mencionar es que las primeras encuestas en el país fueron de corte socio demográfico-epidemiológico que abarcaban a otros sectores poblacionales y con el paso del tiempo se comenzaron a hacer encuestas más especializadas en los adolescentes. Si bien estas son pocas, han permitido conocer el perfil socio demográfico de los adolescentes, incluyéndose la edad de inicio sexual, tipo de prácticas sexuales, conocimiento sobre la biología del cuerpo, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, embarazos, uso de servicios de salud entre otros temas.

Los resultados de estas encuestas han servido para mostrar un panorama del tipo de prácticas que tienen los adolescentes, donde se evidencian las conductas sexuales de riesgo, donde la desinformación y el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos contribuyen para seguir generando estas conductas. Esto se evidencia en el alto número de embarazos adolescentes, mayor número de abortos, contagio de infecciones de transmisión sexual; por lo cual se ha catalogado a esta población como vulnerable, donde sus comportamientos sexuales y reproductivos representan una problemática social (OPS, 2010; De Jesús y González, 2014).

Es así como algunos estudios han argumentado que el inicio sexual y reproductivo a edades cada vez más tempranas es un fenómeno que se ha incrementado, pues los nacimientos en mujeres menores de 20 años han aumentado en las últimas décadas (INEGI, 2019). Sin duda, esto representa un impacto en la política pública, por la cantidad de servicios de salud, educación y alimentación que este sector poblacional demanda y demandará (Tapia, 2002; González, 2016). En este mismo sentido, Menkes y Suárez (2003) aseguran que a pesar de que en los últimos años se ha incrementado la información disponible sobre métodos anticonceptivos, su uso se ve obstaculizado por factores sociales y culturales, pues en el 2014, 9 de cada 10 adolescentes a nivel nacional mencionaron conocer un método anticonceptivo, pero 4 de cada 10 no hicieron uso de estos durante su primera relación sexual (INSP, 2012, INEGI, 2014).

A pesar de la valiosa información que brindan las encuestas sobre las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes, se han recibido duros cuestionamientos, pues la forma de medición en muchos casos es incompatible entre las diversas encuestas que abarcan un mismo tema, existiendo discrepancia en los resultados obtenidos, debido a la divergencia de los constructos, conceptos y variables utilizados (González, Rojas, Hernández y Olaiz, 2005).

A pesar de esta crítica De Jesús (2011) menciona que la perspectiva socio demográfica ha hecho grandes contribuciones al estudio de la sexualidad y la reproducción de los adolescentes, pues fue la primera que utilizó las encuestas por muestreo para conocer los predictores e indicadores de las conductas sexuales y reproductivas, tales como: el amplio desconocimiento de la biología de la reproducción, el bajo conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos, el bajo uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales y con esta información se han hecho aportes para crear y reformular políticas públicas y programas sociales que atienden a los adolescentes.

Sin embargo, las investigaciones o estudios de esta perspectiva partieron de una visión general de los adolescentes, donde se les atribuyó características semejantes, bajo el supuesto de que es una etapa universal, marcando con ello una limitante, pues los adolescentes son tan diversos con características y comportamientos tan heterogéneos y suelen ser vistos como seres ahistóricos, sin proyectos de vida y lejanos de su propia subjetividad (Stern, 2012; Stern y García, 2001). Por esto, con el paso del tiempo los estudios demográficos han incluido el análisis de los factores sociales, donde se incluyen diversas disciplinas de las ciencias sociales, teniendo una visión más amplia del comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes, donde se abordan cuestiones sociales, culturales y económicas (De Jesús, 2011).

Esto ha permitido que las investigaciones de esta perspectiva no sean solo cuantificables, sino más bien se incluye en el análisis aspectos socio demográficos, económicos y culturales; por ejemplo, diversas investigaciones (Stern, 2012; De Jesús y González, 2014; OMS, 2009; Menkes y Suárez, 2004) han abordado el embarazo adolescente no como un problema, sino como resultado de un cúmulo de aspectos demográficos relacionados con lo

social, cultural y económico, logrando con ello desmentir las premisas básicas del embarazo adolescente como problema.

Con respecto al estudio de los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente, a partir de esta perspectiva se debe profundizar más en la temática, sobre todo en contextos específicos, con la finalidad de tener una panorámica más amplia del fenómeno de estudio. En el estado de Nuevo León se carece de estos estudios y se debería prestar mayor atención a los servicios SSRA, pues por medio de ellos se podrían generar estrategias para solucionar los retos que enfrentan los adolescentes en la actualidad.

2.2.3.1 Debate entre la perspectiva sociodemográfica y la perspectiva de derechos

La perspectiva sociodemográfica ha representado un punto de partida fundamental para el análisis de la sexualidad y la reproducción adolescente en México. A partir de encuestas nacionales y estudios por muestreo, se ha logrado cuantificar y caracterizar comportamientos relacionados con la edad de inicio sexual, las prácticas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y el acceso a los servicios de salud (INEGI, 2019; INSP, 2012). Este tipo de información ha sido de gran relevancia para visibilizar conductas de riesgo, así como para mostrar la vulnerabilidad de los adolescentes frente a problemáticas como el embarazo no planeado, las infecciones de transmisión sexual y el aborto (OPS, 2010; De Jesús y González, 2014).

No obstante, los aportes de esta perspectiva se han acompañado de limitaciones. Al centrarse en la medición estadística de conductas, suele homogenizar a los adolescentes bajo la idea de que se trata de una etapa universal, dejando de lado su heterogeneidad y la diversidad de trayectorias que los caracteriza (Stern, 2012; Stern y García, 2001). Bajo esta lógica, los adolescentes aparecen como un grupo poblacional con comportamientos semejantes, lo cual reduce la posibilidad de reconocer sus subjetividades, proyectos de vida y experiencias situadas. Además, el uso de variables cuantitativas ha derivado en resultados no siempre comparables, generando discrepancias entre encuestas y limitando la profundidad del análisis (González, Rojas, Hernández y Olaiz, 2005).

En contraste, la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos plantea un giro analítico y político al ubicar al adolescente no como objeto de medición estadística, sino como sujeto de derechos sobre su cuerpo y su sexualidad (ONU, 1994). Mientras la perspectiva sociodemográfica se concentra en identificar factores de riesgo y patrones poblacionales, el enfoque de derechos enfatiza la obligación del Estado de garantizar el acceso efectivo a información, educación sexual integral y servicios de salud de calidad, con independencia de las condiciones sociales, económicas o culturales (Lamas, 2013; Tomasini, 2019).

El debate entre ambas perspectivas se expresa con claridad en la forma en que se conceptualiza al adolescente. Desde la perspectiva sociodemográfica, este aparece principalmente como parte de una categoría poblacional cuyas conductas deben ser descritas, clasificadas y proyectadas en función de tendencias. Desde la perspectiva de derechos, en cambio, el adolescente es un agente social con voz y capacidad de participación, cuyo acceso a la salud sexual y reproductiva no depende únicamente de la caracterización estadística, sino del reconocimiento pleno de sus derechos en contextos concretos.

Si bien la perspectiva sociodemográfica ha contribuido a dimensionar la magnitud de fenómenos como el embarazo adolescente y a sustentar políticas públicas mediante indicadores poblacionales, el riesgo de este enfoque radica en reducir sus prácticas a cifras que, en muchos casos reproducen visiones adultocéntricas y normativas. La perspectiva de derechos, en cambio, interpela estas limitaciones al exigir que las políticas públicas no se diseñen únicamente con base en números, sino que se orienten a garantizar el ejercicio de la sexualidad desde la equidad, la dignidad y la justicia social.

En este sentido, la articulación entre ambas miradas resulta necesaria. Las encuestas sociodemográficas proporcionan datos imprescindibles para comprender la dimensión del fenómeno, pero es la perspectiva de derechos la que otorga el marco ético y jurídico indispensable para que tales datos se traduzcan en acciones que coloquen a los adolescentes en el centro de la atención, no como una población “en riesgo” homogénea, sino como sujetos de derechos diversos, con trayectorias y contextos diferenciado.

2.2.4 Perspectiva de género

Dentro del campo de la salud es importante la incorporación de la perspectiva de género para brindar una atención equitativa para todos, lamentablemente esta no se ha logrado materializar del todo, pues la misma política de salud aún cuenta con lagunas en la incorporación de la perspectiva de género, aun cuando los estudios sobre el género como categoría analítica surgieron a finales del siglo XX.

Algunas de estas teorías constituyeron una lógica similar a la oposición entre hombre y mujer, otras teorías reconocieron “la cuestión de la mujer” y otras propusieron la formación de la identidad subjetiva, pero en ninguna se planteaba específicamente el género como una forma de hablar sobre los sistemas de relaciones sociales o sexuales. En esta perspectiva se ha ido avanzando a lo largo de los años, sobre todo desde la incorporación del término género en el sistema teórico existente. Este término es parte de los intentos feministas por defender el territorio e insistir en que las instituciones teóricas existentes no eran suficientes para explicar las desigualdades persistentes (Scott, 1997).

Debido a la división social del trabajo entre los sectores público y privado, la asimetría mantiene y reproduce la interpretación cultural de las costumbres sociales por parte de hombres y mujeres. Las asimetrías que se señalan son la división de la experiencia humana en dos mundos mutuamente excluyentes al fijarlos en el conocimiento de sentido común, que corresponden al mundo femenino-masculino. Estos criterios atraviesan la forma de pensar, independientemente del género. Entonces, el resultado deviene en discursos, no por la mujer, sino acerca de ella, porque si no es sujeto de la historia, entonces tampoco puede ser el objeto. Así, la categoría social de mujer corresponde al proceso de construcción y significado de un posicionamiento histórico social en un contexto de discriminación (Pujal i Llombart, 1993).

La perspectiva crítica feminista y de género surge para analizar y deconstruir estas relaciones de desigualdad social, que amplía el alcance de los problemas antropológicos al registrar la percepción del cuerpo humano a través de la percepción del entorno constituido por el género. El género se conceptualiza, entonces, como un conjunto de ideas,

representaciones, prácticas y prescripciones sociales, en este entretelado, el género es un elemento básico de la construcción cultural (Lamas, 2013).

El género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Por esta clasificación cultural se definen no solo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad.

La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. Por eso, para desentrañar la red de interrelaciones e interacciones sociales del orden simbólico vigente se requiere comprender el esquema cultural de género. La investigación, reflexión y debate alrededor del género han conducido lentamente a plantear que las mujeres y los hombres no tienen esencias que se deriven de la biología, sino que son construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones. Quitar la idea de mujer y de hombre lleva a postular la existencia de un sujeto relacional, que produce un conocimiento filtrado por el género (Lamas, 2000, p.4).

Con esta difusión de los significados de género, el feminismo no solo ha cambiado la visión política de abordar los conflictos entre hombres y mujeres, sino que también ha cambiado el paradigma para explicar esta relación. Hasta cierto punto, la movilización de categorías de género en el discurso político se caracterizará por la inestabilidad misma que esas categorías generan (Lamas, 2000). Si bien el discurso político que moviliza varias identidades tiende a cultivar un sentido de identidad con fines políticos, aún puede existir el problema de que la cancelación de la identidad es igualmente importante para restablecer las capacidades democráticas. Tanto las políticas feministas como la política *queer* se pueden movilizar con precisión al enfatizar prácticas que rompen las normativas logradas por las diferencias de género.

Se establece un discurso sobre lo femenino y sobre lo masculino, binario, cuando lo que ocurre en la realidad es que no respondemos siempre a esas categorizaciones. El propio

binarismo produce el estereotipo y que las formas de habitar el cuerpo, el género y la sexualidad son múltiples, deseantes y no identitarias, no binarias.

El género es una complejidad cuya totalidad se posterga de manera permanente; raras veces aparece completa en una determinada coyuntura en el tiempo. Así, una coalición abierta creará identidades que alternadamente se instauren y se abandonen en función de los objetivos del momento; se tratará de un conjunto abierto que permita múltiples coincidencias y discrepancias sin obediencia a un *telos* normativo de definición cerrada (Burke, 1999).

La diversidad, las multiplicidades, las disidencias son unas de las características principales de las teorías de género y de los movimientos feministas, con diferentes lenguajes y una influencia desigual en la opinión pública. Sin embargo, mantienen una visión que es vital y crítico al patriarcado, y metas claras desde para la eliminación de las prácticas discriminatorias, la violencia de género, para lograr el respeto hacia las diferencias y lograr la igualdad. Las perspectivas de género permiten determinar las principales características del patriarcado y su doble funcionamiento: para ser efectivo, el patriarcado requiere establecer diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, la identidad de género es parte del aprendizaje, no de la biología. Por tanto, la distancia entre la biología y lo adquirido se convertirá en una de las características del género, que es un fenómeno de carácter social, cultural e histórico (Scott, 2006).

Como otras categorías como raza y clase social, el género juega un papel en las esferas económica, social y política, también está anclado en el lenguaje, el lenguaje simbólico y el lenguaje en general en todos los modos de pensar. El hecho es que el uso de esta categoría se está extendiendo. Primero, el análisis social e histórico permite resaltar los múltiples estereotipos sobre hombres y mujeres y la importancia de la tradición en la construcción de la identidad personal. En otras palabras, el concepto de género nos invita a reflexionar críticamente sobre diferentes tradiciones y al mismo tiempo reflexionar sobre aquellas disciplinas que han aceptado estas tradiciones sin más cuestionamientos. En segundo lugar, esta nueva visión revela que el sistema dual con una organización simple (hombres y mujeres como opuestos) va mucho más allá del binarismo y lo quiebra (Scott, 2006).

Las desventajas de las mujeres y las disidencias en el campo económico, la protección de los derechos, no son cuestiones aisladas, sino que forman parte de la estructura social dominada por los hombres, hetero-cis, occidentales. En definitiva, la perspectiva de género se refiere a desvelar la forma de estas estructuras de relación entre los géneros. Este enfoque cuestiona, a su vez, el silencio o los prejuicios de las disciplinas tradicionales que no consideran el papel subordinado de la mujer. Los feminismos y estudios de género son también teorías del discurso, y hacer feminismo es también hacer una teoría del discurso, en el sentido de la toma de consciencia del carácter histórico político de la realidad, de su construcción y de su posible transformación.

Los feminismos y las teorías de género buscan participar en el juego político y en el debate epistemológico en post de lograr transformar las estructuras sociales, políticas y culturales de la sociedad para un mundo sin opresión ni exclusión. De esta manera, el sujeto discursivo “mujer” no se interpretaría simplemente como una persona perteneciente a dicho género, sino que se representa desde una posición política, social e histórica según el momento y época en el que se produce el discurso (López, 2016).

Ahora bien, esta perspectiva de género debe ser transversal a la cotidianidad de la vida humana, no solo en lo que respecta a las prácticas sociales y relacionales, sino también en los estudios académicos, instituciones, espacios de trabajo, etc. Particularmente, este trabajo se enfoca en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Por consiguiente, es importante tener en cuenta cómo la perspectiva de género debe ser aplicada en el ámbito de salud reproductiva, sobre todo en un espacio en el cual la vulnerabilidad de la persona suele quedar en evidencia.

Según lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (2018b), el género es una categoría que está atravesada por inequidades en lo sanitario, que pueden agravarse debido a la situación económica, la edad, la orientación sexual, la actividad sexual, la cultura y etnia, entre otros puntos. El género, entonces, “interactúa con otros determinantes e influye en los riesgos y las exposiciones, los comportamientos y la respuesta del sistema de salud” (OMS, 2018a). Por ello:

La integración de la perspectiva de género implica evaluar el modo en el que el género determina las medidas planificadas, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. La incorporación de la perspectiva de género también puede contribuir al empoderamiento de las mujeres y la igualdad de participación en todos los niveles del personal sanitario (OMS, 2018a).

Sobre el acceso universal a los servicios de atención sexual y reproductiva, la OMS (2018a) indica que “las tasas de embarazo, matrimonio infantil y violencia de género son más elevadas entre las adolescentes que viven en zonas afectadas” o urbano marginales, y que, incluso, “en algunos países, las mujeres necesitan el permiso de los hombres para utilizar anticonceptivos”.

Desde este punto, cabe cuestionarse si los servicios de salud sexual y reproductiva están apegados a los lineamientos del modelo de atención integral. Los centros de atención a la salud que sustentan sus prácticas en la perspectiva de género persiguen los principios de respeto e igualdad en pro de garantizar los derechos humanos sin caer en estereotipos y juicios de valor (Velasco, 2009). La salud integral, entonces, debe contemplar las experiencias y vivencias subjetivas, más allá de lo biológico y lo moral. Asimismo, al tratarse de adolescentes debe considerarse su vulnerabilidad, por lo que debe protegerse su integridad física, sexual y psicológica, por lo que una perspectiva de género se requiere en cada instancia de la atención a su salud.

2.2.4.1 Debate entre la perspectiva de género y la perspectiva de derechos

La perspectiva de género ha significado un avance sustantivo en la comprensión de la salud sexual y reproductiva al visibilizar cómo las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres se expresan en el acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Al reconocer que el género es una construcción social, cultural e histórica que organiza las relaciones de poder y que sostiene prácticas discriminatorias, este enfoque permite analizar las asimetrías en las que se han sustentado tanto las políticas de salud como las interacciones cotidianas dentro de los servicios (Scott, 1997; Lamas, 2013). En este sentido, la incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria ha buscado deconstruir los estereotipos y jerarquías que históricamente han subordinado a las mujeres y otras disidencias,

proponiendo un modelo de salud integral que contemple no solo lo biológico, sino también lo simbólico y lo relacional (Pujal i Llombart, 1993; OMS, 2018a).

No obstante, si bien la perspectiva de género ha logrado cuestionar las bases patriarcales y heteronormativas que atraviesan las prácticas en salud, en ocasiones corre el riesgo de centrarse en el análisis de desigualdades estructurales sin traducirse en garantías efectivas para las y los usuarios. Por ejemplo, la problematización de las violencias simbólicas y culturales no siempre se acompaña de políticas públicas que aseguren la confidencialidad, la no discriminación y la accesibilidad de los servicios, lo cual genera una brecha entre el discurso crítico y la realidad institucional (Velasco, 2009).

En contraste, la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos trasciende el diagnóstico de las desigualdades y plantea de manera explícita que los adolescentes son sujetos plenos de derechos humanos, cuya autonomía progresiva y capacidad de decisión deben ser garantizadas en cualquier circunstancia (Comité DESC, 2016). Desde este enfoque, el acceso a información, educación sexual integral y métodos anticonceptivos no constituye únicamente un medio para reducir brechas de género, sino una obligación jurídica y ética del Estado en consonancia con los principios de dignidad, equidad y justicia social (Cook & Dickens, 2000; Petchesky, 2003).

El debate entre ambas perspectivas se centra en la forma en que se conceptualiza al adolescente en el marco de los servicios de salud. Mientras la perspectiva de género enfatiza las relaciones de poder que condicionan las experiencias diferenciadas de mujeres, hombres y disidencias en el acceso a la salud, la perspectiva de derechos coloca en el centro el reconocimiento del adolescente como agente con capacidad de decisión, independientemente de las desigualdades de género que lo atraviesen. Así, mientras la primera contribuye a desvelar los mecanismos estructurales que producen exclusión, la segunda exige acciones concretas de garantía, protección y restitución de derechos.

Más que perspectivas opuestas, ambas resultan complementarias. La perspectiva de género aporta un análisis crítico sobre las formas en que las desigualdades y el patriarcado influyen en el acceso y la vivencia de la salud sexual y reproductiva, mientras que la perspectiva de derechos ofrece el marco normativo y ético que obliga al Estado a transformar dichas

condiciones en acciones que aseguren el ejercicio pleno de la sexualidad en condiciones de igualdad, libertad y dignidad. En este sentido, articular ambas miradas resulta indispensable para consolidar servicios de salud sexual y reproductiva adolescentes que no solo nombren las desigualdades, sino que también garanticen los derechos en la práctica cotidiana.

2.2.5 Perspectiva Sociológica

El nacimiento de esta perspectiva en el ámbito de la salud es relativamente reciente, pues data de finales de los años treinta y principio de los cuarenta; sin embargo, esta comienza a gestarse desde 1894 con Charles McIntire y Rudolf Virchow a quienes se les atribuyen los primeros trabajos relacionados con la salud y la sociedad; no obstante, un siglo después durante los años treinta con la introducción de los factores socioculturales en el ámbito de la salud se formaliza el surgimiento de la perspectiva sociológica médica (Acurio, 2014; De Miguel, 1976). Buscando con ello alejarse de la excesiva medicalización para dar paso a una humanización de los servicios, priorizando la comprensión de la salud a partir de los aspectos socioculturales y no solamente como un fenómeno biológico.

Esta perspectiva ha puesto énfasis en el control social que se ejerce en el ámbito médico y su ejercicio profesional; ejemplo de ello son los postulados que Michel Foucault plasmó en varios de sus escritos con referencia al poder que opera mediante el discurso, pues este último conforma las actitudes que tendrá la población hacia algunos fenómenos como la delincuencia, locura o sexualidad, dado que el discurso puede utilizarse como una poderosa herramienta para restringir las formas de pensamiento, ya que el conocimiento se convierte en una fuerza de poder (Acurio, 2014; Foucault, 1976).

El poder que se ejerce sobre el cuerpo ha estado presente durante toda la historia de la humanidad, ejemplo de ello es que en el siglo XVII el castigo que se ejercía sobre aquellos que quebrantaban las normativas sociales o eclesiásticas estaban vinculados con el suplicio, el tormento, la exhibición, el desmembramiento y hasta la muerte, donde el verdugo jugaba un papel esencial en la ejecución de las sentencias, pero este último no actuaba de forma autónoma, más bien estaba bajo las órdenes de aquellos que ostentaban el poder en su mayoría eran eclesiásticos y monarcas, los cuales eran los vigilantes del cuerpo. Con el paso del tiempo este tipo de prácticas fueron desapareciendo, sin embargo, el castigo tomó otras

connotaciones y a partir del siglo XIX la pena dejó de estar centrada en el suplicio y su objetivo principal fue la pérdida de bienes o derechos, pues el cuerpo está inmerso en un campo político, donde existen relaciones de poder y dominación (Foucault, 1976).

Dentro de este poder está presente el control del cuerpo el cual ha sido sujeto de instrumentalización por parte de las instituciones de salud, educación, carcelarias, eclesiásticas, entre otras, donde los individuos quedan sujetos a un sistema de coacción, privación, obligaciones y prohibiciones (Foucault, 1976); si bien el castigo ha tomado otras connotaciones, aun en la actualidad sigue habiendo un verdugo, el cual es el garante de hacer cumplir lo socialmente establecido, tal es el caso de los médicos, psicólogos sacerdotes y educadores, los cuales deben vigilar las acciones del cuerpo y pensamiento.

En este sentido, diversos estudios sociológicos han evidenciado que en el ámbito de la salud existen jerarquías de poder que están vinculadas con el conocimiento, ya sea dentro del mismo gremio profesional o aquellas relacionadas con los pacientes-personal médico. En esta última se evidencia con mayor frecuencia la brecha de información entre estos dos actores, resultando de esto la supremacía profesional, donde la palabra del médico se hace indiscutible y el paciente se somete a esta, pues el médico a través de sus conocimientos es el que legitima la condición de enfermedad (Acurio, 2014; Castro, 2018).

Esta supremacía profesional en muchas ocasiones es evidente por medio de la violencia, la cual ha estado presente desde el comienzo de la misma disciplina; pues la atención sanitaria es uno de los ambientes laborales más expuestos a la violencia sobre todo aquellas que se ejerce hacia los pacientes, pues en su condición de enfermo en un ambiente desconocido, donde no posee los conocimientos adecuados sobre su padecimiento, se presenta una gran vulnerabilidad, estando a la expectativa y obediencia del discurso médico (Burgos y Paravic, 2003).

Este tipo de acciones de los profesionistas están vinculadas con el *habitus* que menciona Pierre Bourdieu (1989), el cual está determinado por el campo social al que se pertenece, donde los agentes (sujetos) luchan dentro de él para ocupar una posición determinada dentro de la estructura social, para llegar a ello se establece una lucha del capital simbólico, legitimando así su posición. Es decir, los agentes se mueven a través del *habitus*, el cual

estará mediando entre dos dimensiones, una objetiva y otra subjetiva, la primera hace referencia a la estructura social en la que está inserto el sujeto, es decir el campo y la segunda hace referencia a la percepción y pensamientos que tiene el sujeto dentro del mismo campo (Bourdieu,1989).

Por lo tanto, el *habitus* es la forma de acción y de pensar originadas en la posición social que ocupa el sujeto dentro de una estructura social, mediando entre lo objetivo y subjetivo, teniendo así márgenes de maniobras, donde se aprende las reglas y las internaliza en subjetividad a partir de la participación, las cuales son las acciones permitidas y esperadas dentro del campo social (Bourdieu, 1989 y 2007).

Por su parte, el interaccionismo simbólico trata de explicar el comportamiento humano a partir de las relaciones sociales, las cuales se dan por medio de la interacción social, teniendo su base en la comunicación y está a su vez en los gestos y símbolos establecidos socialmente, dentro de dicha interacción se establecen posiciones que tendrán los actores sociales. George Mead considerado el padre de esta perspectiva teórica expuso que el “yo” es decir el “yo” se construye en el marco de lo social, a través de la interacción social con los demás, en otras palabras, el “yo” es el producto de la respuesta social con los otros y este tiene como base el acto social; siendo este último un gesto por parte de un individuo que provocara una respuesta del otro y en conjunto construirán un significado para ambos, donde el significado surge de la interacción con ellos mismos (Ritzer, 1993).

Dentro de los actos sociales se establecen posiciones sociales, surgiendo así la construcción del significado, tal es el caso de relación médico-paciente, donde se establece una relación de jerarquía, pues esta profesión tiene un valor social importante, dado que en la construcción del significado el médico tuvo una extenuante y exigente formación profesional que lo avala como experto en salud, mientras que el paciente legitima este conocimiento. Ello se da a través de la significación colectiva/social la cual no solo incluye al uno con el otro, sino que se genera una red de significados de cómo la sociedad se entiende a sí misma, donde se comparte una serie de gestos, gestos vocales, símbolos y significados, a través de los cuales nos igualamos y comparamos (Ritzer, 1993). Si se vinculan estos postulados de Bourdieu y Mead con el ámbito de la salud, las conductas del personal médico han sido objeto de interés sociológico, siendo este campo de estudio uno

de los principales en evidenciar como se da la interacción entre estos actores, sobresaliendo la posición de jerarquía y subordinación entre médicos y pacientes, donde la violencia a los derechos humanos en el ámbito muestra una problemática social.

Esta interacción social está intrínsecamente relacionada con las posiciones de jerarquía que se dan en los servicios de salud y pareciera que el maltrato es parte de la relación entre el médico y el paciente, esto ha sido documentado ampliamente; pues una vez que el individuo percibe la necesidad de atención se enfrentara a una serie de barreras para acceder al servicio, iniciando con si es o no derechohabiente, de no ser el caso, la atención se verá permeada dependiendo de su condición de pago, continuando con los interminables trámites burocráticos, largas horas de espera, insuficiencia de fichas, diferimiento prolongado de citas, turnos clínicos poco flexibles, dificultad al acceso de médicos especialistas, así como cumplir una serie de requisitos para alcanzar un tratamiento o intervención quirúrgica (Castro, 1997; 2014).

En un estudio realizado a 192 entrevistados en 7 entidades federativas de México se encontró que la mayoría de los sujetos de estudio consideraron que al solicitar atención médica implicaba una relación entre desiguales en la que no solo se cuestiona el derecho a la atención, sino que se permite el maltrato por parte del personal de salud a los pacientes; por otra parte, se mencionó que existe insuficiencia en la capacitación del personal médico, los cuales son sustituidos por pasantes de medicina donde los diagnósticos son inadecuados o negligentes y por último, los tiempos de consulta son breves donde la prisa por terminar la consulta impide aclarar sus dudas (Castro, 1997).

Este tipo de acciones por parte del personal médico están presentes en todas las áreas de la salud, sin embargo, estas se acentúan si se trata de la salud sexual y reproductiva, pues el número de denuncias vinculadas con la violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres representan un gran porcentaje del total de las denuncias en Latinoamérica ya sea por maltrato, humillación, intimidación, abuso físico, sexual o emocional (Bronfman y Castro, 1989; Chávez, Madrigal y Ugalde, 2001; Galimberti, 2015).

México no es la excepción, pues el maltrato que sufren los pacientes del área ginecológica, obstetricia y planificación familiar ha estado presente, a tal grado que en muchas ocasiones

suelen entrar a consulta estudiantes de enfermería y medicina cuando se hacen las revisiones ginecológicas y/u obstétricas, ello sin el consentimiento del paciente, estando, por lo tanto, presente el uso del poder, la dominación y subordinación de las pacientes en el espacio de la atención a la salud, enmarcada por una cultura médica jerárquica y desigual (Castro, 2008).

Los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente de igual manera están vinculados con las relaciones jerárquicas, donde la violencia se encuentra presente, dado que el personal de salud en muchas ocasiones considera que los adolescentes no deberían ser sexualmente activos, permeando aspectos morales al momento de dar la consulta; por otra parte, suelen regañar y se tratan de imponer ideales del personal en los adolescentes y si una adolescente acude por revisión de embarazo o atención de parto se le cuestiona sobre sus estudios y se le mencionan todas las dificultades a las que se enfrentara siendo una madre joven (CDD, 2009; Afluentes, 2004; De Jesús, Menkes y Meza, 2016).

2.2.5.1 Debate entre la perspectiva sociológica y la perspectiva de derechos

La perspectiva sociológica en salud ha permitido problematizar las jerarquías de poder que atraviesan la relación médico-paciente y evidenciar cómo el saber especializado se traduce en una forma de control social. Como lo planteó Foucault (1976), el discurso médico no solo nombra la enfermedad, sino que define los modos en que la sociedad entiende y regula fenómenos vinculados con el cuerpo, la sexualidad o la locura. De ahí que el ejercicio médico, más allá de su dimensión técnica, se inscriba en un entramado de poder y dominación que legitima prácticas de subordinación hacia los pacientes, en especial cuando se trata de mujeres y adolescentes (Castro, 2014).

En este marco, la sociología de la salud ha puesto énfasis en cómo el habitus y el capital simbólico, en términos de Bourdieu (1989), posicionan al médico como una autoridad incuestionable, relegando al paciente a un lugar de obediencia, vulnerabilidad y dependencia. Lo mismo ocurre en el plano del interaccionismo simbólico, donde la relación médico-paciente se constituye como un acto social atravesado por significados que reproducen jerarquías sociales y culturales (Ritzer, 1993). En la práctica, esto se traduce en experiencias de violencia simbólica, física y psicológica dentro de los servicios de salud, lo

que ha sido ampliamente documentado en el caso de la atención gineco-obstétrica y de manera particular, en los servicios de salud sexual y reproductiva (Bronfman y Castro, 1989; Galimberti, 2015).

Sin embargo, a pesar de que la perspectiva sociológica aporta un marco crítico para comprender estas dinámicas de dominación y exclusión, su limitación se encuentra en que muchas veces se queda en el plano analítico, describiendo las relaciones de poder sin necesariamente traducirlas en mecanismos de garantía y exigibilidad de derechos. De ahí la importancia de complementarla con la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, la cual desplaza el énfasis de las relaciones de poder hacia el reconocimiento jurídico y ético de los adolescentes como sujetos plenos de derechos (Comité DESC, 2016).

Desde esta perspectiva, no basta con identificar la violencia estructural ni con visibilizar la brecha entre profesionales y pacientes; es necesario establecer obligaciones claras: garantizar la no discriminación, la confidencialidad y el acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. La perspectiva de derechos coloca a los adolescentes en el centro de la atención, reconociendo su autonomía y su capacidad de decisión informada sobre su cuerpo y su sexualidad (Cook & Dickens, 2000; Petchesky, 2003).

El debate entre ambas perspectivas radica, entonces, en que la sociología de la salud problematiza las formas de poder y los discursos que estructuran la práctica médica, pero sin un marco normativo puede quedar en un diagnóstico crítico sin capacidad de transformación. La perspectiva de derechos, en cambio, ofrece la posibilidad de traducir ese diagnóstico en políticas y prácticas que reconozcan a los adolescentes como agentes sociales y jurídicos con voz propia.

La articulación de ambos enfoques resulta fundamental: mientras la perspectiva sociológica nos advierte sobre los mecanismos de dominación que atraviesan los servicios de salud sexual y reproductiva, la perspectiva de derechos establece el camino para que dichas prácticas no solo sean analizadas, sino también erradicadas y sustituidas por una atención basada en la dignidad, la equidad y la justicia social.

2.2.6 Perspectiva de derechos sexuales y reproductivos

El reconocimiento de los adolescentes y jóvenes como sujetos titulares de derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción ha sido resultado de un proceso histórico marcado por debates, luchas sociales y compromisos internacionales. Este enfoque se consolida a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, donde se planteó por primera vez, de manera contundente, la necesidad de garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva con un enfoque de derechos humanos, prestando especial atención a las necesidades de adolescentes y jóvenes (Morlachetti, 2007). A partir de este hito, diversas conferencias internacionales (como la Cumbre Mundial de Desarrollo Social y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, ambas en 1995) ratificaron el compromiso de los Estados por reconocer la salud sexual y reproductiva como un componente esencial del desarrollo humano y de la justicia social.

Esta perspectiva implica comprender que los derechos sexuales y reproductivos no son derechos aislados o secundarios, sino parte indivisible de los derechos humanos fundamentales. Se refieren, entre otros aspectos, al derecho a la autonomía corporal, al acceso a servicios de salud de calidad, a la educación sexual integral, a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos, y a vivir una sexualidad plena, sin violencia ni discriminación (UNFPA, 2018; OMS, 2018b). En este sentido, el reconocimiento de estos derechos no solo exige la disponibilidad de servicios e información, sino también la transformación de los marcos normativos, institucionales y socioculturales que limitan el ejercicio pleno de la libertad sexual y reproductiva.

Particularmente en el caso de los adolescentes, esta perspectiva cobra una especial relevancia, pues se trata de un grupo históricamente invisibilizado en la toma de decisiones sobre salud, sometido a mecanismos de tutela, y muchas veces excluido de políticas públicas que reconozcan sus necesidades, deseos y capacidades. A pesar de los avances en el plano legal y programático, los adolescentes continúan enfrentando múltiples barreras para acceder a servicios adecuados: estigma, discriminación, falta de confidencialidad, horarios inflexibles, personal poco capacitado y marcos normativos restrictivos son algunos de los obstáculos que vulneran de manera sistemática sus derechos sexuales y reproductivos (Morlachetti, 2007; Rodríguez, 2004; Petracci y Ramos, 2006).

Frente a esta situación, el enfoque de derechos sexuales y reproductivos plantea una reorganización de la lógica institucional desde la cual se brinda la atención en salud. Implica superar el paradigma de la prevención del riesgo (frecuente en los discursos biomédicos y de salud pública) para posicionar en el centro de la atención a los adolescentes como actores sociales activos, con capacidad de decisión y con derecho a recibir un trato digno, respetuoso y libre de prejuicios (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003). En esta lógica, el acceso a servicios no puede depender de la aprobación de padres, tutores o personal médico, sino que debe garantizarse conforme al principio de progresividad de derechos, respetando el desarrollo evolutivo y el grado de madurez del adolescente, como lo establece la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1999) y lo han retomado marcos normativos nacionales e internacionales.

En el contexto latinoamericano, esta perspectiva también ha sido impulsada por los movimientos feministas, organizaciones juveniles y de derechos humanos, quienes han exigido el reconocimiento del derecho a decidir como un principio rector de la salud sexual y reproductiva. Estas demandas han influido en el desarrollo de políticas específicas, como los Servicios Amigables para Adolescentes, creados para garantizar un entorno accesible, confidencial, inclusivo y libre de violencia. En México, dichos servicios se articulan bajo el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), el cual establece estándares basados en el respeto a los derechos humanos y en la perspectiva de género (SS, 2016a; CNDH, 2016).

Sin embargo, la implementación de este enfoque enfrenta múltiples desafíos, especialmente cuando se confronta con normas culturales conservadoras, marcos legales ambiguos o con resistencias institucionales al reconocimiento de la autonomía adolescente. Tal como señala la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2003), son precisamente los adolescentes quienes enfrentan mayores restricciones en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, debido a la escasa autonomía legal que se les reconoce, así como a la ambigüedad en el trato institucional que reciben. En muchos contextos, se les niega el acceso a anticonceptivos, a pruebas diagnósticas o a educación sexual, bajo el argumento de que no están "preparados" o "maduramente habilitados", perpetuando con ello una lógica de control más que de acompañamiento (UNFPA, 2014; IPPF, 2016).

Aunado a esto, es necesario señalar que el reconocimiento legal de los derechos no garantiza automáticamente su cumplimiento. Como afirman López y Pérez (2020), la vigencia efectiva de los derechos sexuales y reproductivos exige no solo políticas públicas bien diseñadas, sino también voluntad política, financiamiento adecuado, capacitación continua del personal de salud y, sobre todo, un cambio profundo en las prácticas institucionales. En este sentido, resulta clave que el Estado no solo adopte un enfoque normativo, sino que genere condiciones materiales, simbólicas y estructurales que hagan posible el ejercicio pleno de los derechos por parte de las y los adolescentes.

En conclusión, la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos ofrece una base sólida y necesaria para comprender los múltiples factores que intervienen en el acceso, uso y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Este enfoque permite reconocer que la salud sexual no se reduce únicamente a la prevención de embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual, sino que implica el ejercicio libre, informado y autónomo de los derechos humanos, en condiciones de equidad, dignidad y respeto. Tal como lo señala Morlachetti (2007), el reconocimiento y ejercicio efectivo de estos derechos es particularmente urgente en grupos históricamente vulnerabilizados, como es el caso de la población adolescente.

La perspectiva de derechos hace visible que las barreras al acceso no son únicamente técnicas o administrativas, sino que están profundamente atravesadas por factores sociales, culturales, económicos y legales que limitan la autonomía adolescente. Entre estas barreras destacan el estigma, la discriminación, la falta de confidencialidad y la negativa del personal de salud a brindar servicios por razones morales o ideológicas (SS, 2016b; Güezmes, 2004). La tensión entre el discurso normativo (que reconoce los derechos sexuales y reproductivos) y las prácticas institucionales cotidianas revela una brecha estructural en la garantía de dichos derechos, especialmente cuando se trata de poblaciones jóvenes.

Desde esta perspectiva, el acceso a la salud sexual y reproductiva debe entenderse como un derecho exigible y no como un servicio condicionado por la edad, el estado civil o el consentimiento de terceros. Como afirman López y Pérez (2020), el ejercicio pleno de estos derechos requiere no solo de marcos jurídicos favorables, sino de transformaciones institucionales profundas que permitan superar lógicas adultocéntricas y prácticas

moralizantes que subordinan la autonomía de los adolescentes a normas sociales restrictivas. En este sentido, la implementación de modelos como el MAISSRA (SS, 2016b), así como la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (CNDH, 2016), representan avances significativos, pero su efectividad depende de la voluntad política, la capacitación del personal y la asignación adecuada de recursos.

Asimismo, diversos organismos internacionales han reiterado que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos, y que su negación constituye una forma de violencia institucional. Tal como lo menciona UNFPA (2014) y ha sido retomado por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR, 2020), negar a los adolescentes el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, confidenciales y culturalmente pertinentes, representa una forma de exclusión que perpetúa desigualdades sociales y de género.

En este contexto, esta investigación asume la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos como el eje central para el análisis de los sistemas de atención en salud sexual y reproductiva adolescente en el estado de Nuevo León. A partir de esta mirada, se buscará identificar no solo las prácticas institucionales que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios, sino también la manera en que estos responden (o no) a los estándares internacionales de derechos humanos, especialmente en lo que respecta a la autonomía progresiva, la confidencialidad, la equidad de género y el respeto a la diversidad. Esta perspectiva permite trascender el análisis técnico o epidemiológico para situarse en un plano ético, político y social, desde donde se puede evaluar de manera crítica la capacidad del Estado y sus instituciones para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia.

2.2.7 Debate teórico entre las perspectivas y el concepto de SSRA

El abordaje de la salud sexual y reproductiva adolescente desde las distintas perspectivas teóricas revisadas ha permitido construir un marco complejo y multidimensional sobre cómo se entiende, vive y atiende esta dimensión dentro de los sistemas de salud. Cada enfoque aporta elementos valiosos para la comprensión del fenómeno, pero también

presenta limitaciones que es necesario problematizar. Este apartado plantea un análisis crítico de dichas perspectivas a la luz del concepto de SSRA, con especial énfasis en la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, la cual será el eje central de análisis en la presente investigación.

La perspectiva biomédica-epidemiológica ha contribuido históricamente al desarrollo de la medicina preventiva y al control de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Sin embargo, su énfasis en el riesgo y en la conducta individual ha derivado en modelos de atención que privilegian la corrección de comportamientos más que la construcción de capacidades. Esta mirada tiende a patologizar la sexualidad adolescente y a abordarla desde una lógica moralizante o punitiva (Álvarez, 2008; Schutt-Aine y Maddaleno, 2003). En contraste, el concepto de SSRA plantea que la sexualidad adolescente debe ser comprendida como parte de un proceso vital y como un derecho que requiere acompañamiento, información y servicios oportunos.

La perspectiva de salud pública, por su parte, ha sido clave en la generación de políticas para incidir sobre los determinantes sociales de la salud. Gracias a este enfoque se ha logrado posicionar el embarazo adolescente como un problema de salud pública que exige atención prioritaria en México (OCDE, 2014). No obstante, cuando la salud pública se reduce a metas cuantitativas y no incorpora un análisis crítico de las relaciones de poder, la SSRA corre el riesgo de convertirse en un problema de indicadores antes que en un espacio de garantía de derechos. Como advierten Frenk (1994) y Donabedian (1998), los sistemas de salud deben diseñarse no solo en función de la eficiencia, sino también de la equidad, la accesibilidad y el respeto a las trayectorias de vida de las y los adolescentes.

La perspectiva sociodemográfica ha permitido dimensionar, mediante encuestas y estudios poblacionales, los comportamientos sexuales y reproductivos de los adolescentes: edad de inicio sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, acceso diferenciado a los servicios, entre otros (De Jesús y González, 2014; INSP, 2012). Esta información es crucial para la formulación de políticas, pero al enfocarse en promedios y tendencias corre el riesgo de homogeneizar a una población diversa, invisibilizando desigualdades por clase, género, etnia o territorio. Su mayor aporte al concepto de SSRA se logra cuando se articula con la

perspectiva de derechos, lo que permite pasar de la medición de conductas a la identificación de desigualdades estructurales que deben ser transformadas.

La perspectiva de género ha resultado indispensable para mostrar cómo los mandatos de feminidad y masculinidad condicionan de manera diferenciada la vivencia de la sexualidad en la adolescencia. Ha evidenciado que las mujeres jóvenes y las identidades sexo-genéricas disidentes enfrentan mayores barreras, estigmas y violencias en el acceso a los servicios (Lamas, 2013; OMS, 2018a). Sin embargo, su incorporación en las políticas públicas ha sido parcial o meramente declarativa. La transversalización de género en el concepto de SSRA no debe limitarse a un discurso, sino concretarse en protocolos de atención que aseguren confidencialidad, trato digno, eliminación de prejuicios y equidad sustantiva en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La perspectiva sociológica, finalmente, ha permitido problematizar las jerarquías y dispositivos de poder presentes en la relación médico-paciente y en la organización de los servicios. Desde los aportes de Foucault (1976), Bourdieu (1989) y Castro (2014), se ha mostrado cómo el saber médico puede convertirse en un mecanismo de dominación y exclusión, lo que se refleja en prácticas de maltrato, infantilización de pacientes y negación del derecho a decidir. Esta mirada es especialmente pertinente para la SSRA, donde el adultocentrismo y los prejuicios hacia la sexualidad adolescente suelen traducirse en tratos punitivos y restrictivos. La sociología, al poner en evidencia estas dinámicas, contribuye a cuestionar el modelo jerárquico de atención y a proponer alternativas más horizontales y participativas.

En este conjunto de perspectivas, la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos emerge como el eje articulador y normativo que permite superar las limitaciones de los demás enfoques. A diferencia de las miradas biomédicas, sociodemográficas, de salud pública o sociológicas, la perspectiva de derechos no se limita a describir conductas ni a identificar desigualdades: propone un marco ético, jurídico y político que reconoce a los adolescentes como sujetos de derechos con autonomía progresiva y con derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, de calidad, libres de discriminación y con pleno respeto a su dignidad (Morlachetti, 2007; López y Pérez, 2020).

En este sentido, el concepto de SSRA, entendido como el conjunto de servicios de información, orientación, consejería y provisión de insumos que garantizan el ejercicio pleno de la sexualidad en la adolescencia (SS, 2016b), encuentra su fundamento más sólido en la perspectiva de derechos. Esta no solo orienta el diseño de políticas y programas, sino que también exige al Estado su cumplimiento como una obligación jurídica y ética. Tal como lo establecen la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) y organismos internacionales como UNFPA (2018), la SSRA es un componente esencial de la ciudadanía sexual de los adolescentes y de su derecho a la salud integral.

Por lo tanto, el debate teórico entre las perspectivas no debe entenderse como una competencia, sino como una oportunidad de integración crítica. Cada enfoque aporta herramientas específicas: la epidemiología para identificar riesgos, la salud pública para atender determinantes sociales, la demografía para dimensionar tendencias, el género para visibilizar desigualdades, la sociología para analizar relaciones de poder. Pero es la perspectiva de derechos la que otorga sentido y legitimidad a todas ellas, al recordarnos que el objetivo último de los SSRA no es solo reducir embarazos o infecciones, sino garantizar el ejercicio pleno, libre y digno de la sexualidad adolescente.

2.3 Marco jurídico y las bases de los servicios amigables

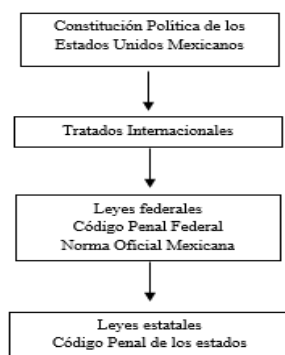
El marco jurídico y legal que sustenta los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes se basa en normas internacionales de derechos humanos y en leyes nacionales que buscan garantizar el acceso de los adolescentes y jóvenes a atención médica y educación de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, promoviendo así su bienestar y autonomía en esta importante etapa de sus vidas.

Es por ello, que se considera importante mencionar el marco jurídico en el cual se sustentan los servicios amigables; a continuación, se mencionara el recorrido histórico que ha tenido México en la participación de conferencias intergubernamentales e incorporación del marco normativo vigente donde se sustentan los servicios amigables. Pues las intervenciones de todos los sectores públicos, incluyendo al sector salud tiene su fundamento en un marco legal de derechos humanos, nacionales e internacionales, el cual establece las atribuciones y obligaciones de cada dependencia; el sistema jurídico mexicano está organizado de forma

jerárquica, donde se consideraba como ley máxima o suprema la Constitución Política Mexicana (SS, 2015).

La jerarquización de las leyes se puede observar la imagen 2.3 Para fines de este documento se mostrarán los convenios internacionales y el marco jurídico nacional, el cual influye de manera directa en la intervención del sector salud en la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Imagen 2.3 Jerarquización de las leyes en México



Fuente: SSA, 2015.

2.3.1 Convenios y tratados internacionales vinculados con la SSRA

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, 1989.

Dicha convención se llevó a cabo en Nueva York, Estados Unidos, dónde se expuso la necesidad de que los Estados parte ofrecieran información sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes, promoviendo la planificación familiar, métodos anticonceptivos y los peligros del embarazo temprano y la prevención de las ITS incluidos el VIH/SIDA (SS, 2014).

México desempeñó un papel activo en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño de 1989 al firmarla el 26 de enero de 1990 y ratificarla el 21 de septiembre del mismo año. Esta ratificación reflejó el compromiso político del país para proteger y promover los derechos de los niños. México adaptó su legislación nacional para alinearla con los principios y derechos consagrados en la Convención, promulgando en 1994 la Ley para la

Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que incorpora muchos de estos principios.

Además, ha cumplido con el requisito de presentar informes periódicos ante el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, demostrando su compromiso con la implementación efectiva de la Convención. México ha trabajado continuamente en la promoción y protección de los derechos de la infancia a nivel nacional e internacional, mejorando el acceso a la educación, atención médica, protección contra la violencia y explotación infantil, y desarrollando políticas y programas que beneficien a los niños y adolescentes.

Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo (CIPD), 1994.

Dicha conferencia se llevó a cabo en el Cairo, Egipto y tuvo como objetivo elaborar un programa de acción para disminuir inequidades y promoviendo el desarrollo de la población, a través del mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en todo el mundo, incluyendo a los adolescentes, pues se reconoció que los SSRA se habían estado pasando por alto las necesidades de esta población en materia de sexualidad.

En el párrafo 7.41 del programa de acción de esta conferencia, se expresa que los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado las necesidades de los adolescentes, la respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Así mismo el párrafo 7:45 expone que los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales (UNFPA, 2004).

CIPD+5

Ésta se llevó a cabo en La Haya, Países Bajos en 1999, donde se estipuló que se deben realizar programas de acción relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes con la finalidad de proteger y promover el derecho al disfrute sexual con los más altos niveles de salud, suministrando servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso, para atender de manera eficaz sus necesidades de salud reproductiva y sexual, incluyendo educación, información y asesoramiento sobre estos rubros y estrategias de promoción de la salud (ONU, 1999).

CIPD+10

Esta reunión llevada a cabo en Santiago de Chile en 2004, representantes de 40 países de América Latina y El Caribe ratificaron la necesidad de promover y proteger el derecho de adolescentes y jóvenes al acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, salvaguardando el derecho de adolescentes y jóvenes a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado e involucrarlos en el diseño, ejecución y evaluación de estos programas; (UNFPA, 2005).

CIPD+15

Llevado a cabo en el mes de octubre del 2009 en Santiago de Chile, donde se puso especial énfasis en las desigualdades en cuanto al acceso y calidad de los servicios de salud, formulándose una serie de recomendaciones encaminadas asegurar un adecuado acceso. Donde se planteó la urgencia de fortalecer los sistemas de salud a fin de poder garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con calidad y sensibilidad con respecto a las cuestiones de género y la importancia de identificar y superar las barreras que restringían los derechos de las mujeres y los grupos adolescentes y su acceso a la salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2010).

México ha participado activamente en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y ha desempeñado un papel destacado en este ámbito, pues respaldó los principios de la conferencia de 1994, que reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales. El país se comprometió a implementar medidas

para garantizar el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, promoviendo la igualdad de género y la autonomía de las mujeres.

Posteriormente, México ha continuado participando en las revisiones y seguimientos de la CIPD, reafirmando su compromiso con los objetivos de la conferencia. Ha trabajado en la expansión de servicios de salud sexual y reproductiva, la educación sexual integral y la promoción de la planificación familiar. Además, ha abogado por la inclusión de la salud reproductiva y los derechos sexuales en políticas y programas a nivel nacional e internacional.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

En esta conferencia participaron 189 países, los cuales adoptaron la declaración y plataforma de acción de Beijing, donde se buscó eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas públicas y privadas. Es así como el concepto de género tomo especial relevancia, pues las condiciones de la mujer en la estructura social debían ser reevaluadas, ello reafirmó que los derechos de las mujeres eran derechos humanos y que la equidad de género era una cuestión de interés universal (SS, 2015).

Uno de los aspectos fundamentales a considerar dentro de la conferencia fue la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la cual se definió como “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” (ONU, 1995). 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; esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos (ONU, 1995).

Por su parte, en el documento de la declaración y plataforma de acción de Beijín, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas

relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (ONU, 1995).

Con respecto a esta conferencia, México se unió a la comunidad internacional en la adopción de la histórica Plataforma de Acción de Beijing, que estableció un plan de acción global para avanzar en la igualdad de género y empoderar a las mujeres en diversas áreas. Participó en discusiones y negociaciones para asegurarse de que los intereses y preocupaciones de México estuvieran reflejados en la Plataforma de Acción. El país se comprometió a tomar medidas concretas para abordar las desigualdades de género en áreas como la educación, la salud, la participación política y económica, y la erradicación de la violencia contra las mujeres.

Después de la conferencia, México tomó medidas para implementar los acuerdos establecidos en dichas conferencias, promulgando leyes y políticas que promovieran la igualdad de género, la creación de instituciones y mecanismos para abordar la discriminación de género y el impulso de programas para empoderar a las mujeres en diversos ámbitos.

Reunión regional de San José, Costa Rica, 1997.

En dicha reunión se puso énfasis en las necesidades de involucrar a los adolescentes en todas las fases de los programas, desde su identificación hasta su desarrollo y evaluación, dando una mayor representatividad a este grupo poblacional en todos los programas dirigidos a este grupo poblacional, así como generar más proyectos que cuenten con el apoyo de toda la población para que los adolescentes tengan más promoción y prevención en salud sexual y reproductiva (García y Ameijeiras, 1999).

México participó activamente en esta conferencia regional que se centró en temas relacionados con los derechos económicos, sociales y culturales, así como en la protección de grupos vulnerables. Durante la reunión, México respaldó la Declaración de San José, que enfatizó la importancia de los derechos humanos, el desarrollo sostenible y la igualdad

de género en la región. Comprometiéndose a trabajar en conjunto con otros países para abordar desafíos como la pobreza, la discriminación y la exclusión social, y promover políticas y programas que mejoren las condiciones de vida de sus ciudadanos. Uno de los aspectos destacados de la participación de México en la reunión fue su compromiso con la promoción de los derechos de los pueblos indígenas. El país abogó por el respeto a la diversidad cultural y la protección de los derechos territoriales y culturales de las comunidades indígenas en toda la región.

Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, Montevideo, 2013.

Esta reunión regional de América Latina y el Caribe se incluyeron más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, realizada en El Cairo en 1994, dentro de los cuales están los derechos de los adolescentes y el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En el documento emitido por CEPAL (2014) sobre este Consenso se estipula en el apartado B. Derechos, necesidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes el garantizar oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, sin ningún tipo de discriminación, invirtiendo en la juventud, especialmente en educación pública, así como implementar programas de salud sexual y reproductiva integrales y dar prioridad a la prevención del embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, entre otras, esto se puede observar en los siguientes acuerdos:

- 7. Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, sin ningún tipo de discriminación, las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, la protección y el ejercicio de derechos humanos, la disponibilidad de opciones, y el acceso a la salud, la educación y la protección social.
- 11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.

- 12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual.
- 13. Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes.
- 14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos.
- 15. Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia

En este mismo documento de la CEPAL (2014), en el apartado D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva se promueven políticas públicas que aseguren que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y tomar decisiones al respecto de manera libre y responsable, con respeto a su orientación sexual, sin coerción, discriminación ni violencia y garantizar el acceso universal a dichos y lo cual se refleja en los siguientes acuerdos:

- 33. Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia.
- 34. Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva;
- 35. Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales.
- 37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos.
- 41. Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres.
- 42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos.

- 46. Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.

La participación de México en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, celebrado en 2013, fue significativa y reflejó el compromiso del país con los temas relacionados con la población y el desarrollo en América Latina y el Caribe. Durante esta conferencia regional, México desempeñó un papel activo en las discusiones y negociaciones que llevaron a la adopción del Consenso.

Uno de los aspectos clave de la participación de México fue su compromiso con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. El país respaldó firmemente la inclusión de un lenguaje que reconocía estos derechos como fundamentales en la agenda de población y desarrollo. Esto reflejó el compromiso nacional con la salud reproductiva, la planificación familiar y la promoción de la igualdad de género. Además, se destacó la importancia de abordar las cuestiones de juventud y migración en el contexto de la población y el desarrollo. El país abogó por enfoques inclusivos que tuvieran en cuenta las necesidades y preocupaciones de los jóvenes y de las personas migrantes en la región.

Después de la conferencia, México continuó trabajando en la implementación de los compromisos acordados en el Consenso de Montevideo. Esto incluyó esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como para fortalecer la educación sexual integral en el país.

Objetivos del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) surgieron como resultado de la preocupación de la comunidad internacional por abordar los desafíos del desarrollo y reducir la pobreza a nivel global. Los antecedentes de estos son la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre del 2000, donde 189 países se reunieron y adoptaron la Declaración del Milenio, que establecía los ODM como una agenda global para el desarrollo sostenible (García y González, 2017).

Los ODM se basaron en décadas de esfuerzos de las Naciones Unidas y otros actores internacionales para promover el desarrollo y reducir la pobreza (OMS, 2010). Desde la década de 1960, el desarrollo se había convertido en una prioridad para las Naciones Unidas, y los ODM fueron una continuación de estos esfuerzos. Los ODM fueron un hito importante en la historia del desarrollo global, y aunque algunos de los objetivos no se lograron en su totalidad, se lograron avances significativos en la reducción de la pobreza extrema, la mejora de la salud y la educación, y la promoción de la igualdad de género (UNDP, 2015).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son un conjunto de ocho objetivos acordados por los países miembros de las Naciones Unidas para mejorar la calidad de vida de las personas y reducir la pobreza en todo el mundo. El objetivo número 5, se enfoca en reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva, el cual es fundamental para lograr la igualdad de género, la autonomía de la mujer y la reducción de la pobreza (Naciones Unidas, 2015a; OMS, 2010)

México ha participado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la salud sexual y reproductiva a través de políticas y programas que buscan mejorar la calidad de vida de las personas y reducir la pobreza en todo el país. Algunas de las acciones que se han tomado incluyen:

- Evaluaciones de las políticas de salud sexual y reproductiva en México para el diseño de políticas más efectivas (Juárez y Gayet, 2005)
- La promoción de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos (UNFPA, 2018)
- La atención a la demanda insatisfecha de anticoncepción entre la población que vive en la pobreza y en áreas rurales, entre los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes y grupos en condición de vulnerabilidad como mujeres, adolescentes y jóvenes y personas con discapacidad (UNFPA, 2018)
- La necesidad de fortalecer la atención primaria a la salud, así como la eficiencia, la referencia y la contrarreferencia y capacidad resolutoria de las redes de servicios de salud, especialmente de salud sexual y reproductiva y de salud materna

- La promoción de la autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible (CEPAL, 2016).
- La necesidad de proporcionar educación y orientación sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes (UNICEF, 2018)

En general, México ha trabajado en mejorar la salud sexual y reproductiva de su población, especialmente de los grupos más vulnerables, como parte de su compromiso con los ODM y la mejora de la calidad de vida de las personas.

2.3.2 Marco Jurídico Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En el artículo 1 se establece que queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Mientras que el artículo 4 se plasma que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (DOF, 1917).

Ley General de Salud

En el artículo 67 del capítulo IV marca que la planificación familiar (PF) tiene carácter prioritario, donde se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. (DOF, 1984).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

El artículo 48 marca que los usuarios tienen derecho a obtener servicios de salud oportunos y de calidad, así como recibir atención profesional y éticamente responsable, un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. También el artículo 118 menciona que es obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de forma gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar (DOF, 1986).

Reglamento de la Ley General de Población

En Artículo 15 estipula que los servicios de PF deberán de estar integrados y coordinados con los de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública. Así mismo el artículo 16° plasma que la información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando se brinden por parte del sector público y en el artículo 18° se establece que se deberán dar a conocer los beneficios que genera el decidir de manera libre y responsable el número de hijos y el espaciamiento de éstos, así como incluir orientación sobre los riesgo a la salud que causen infertilidad, poniendo especial atención en los adolescentes y jóvenes (DOF, 2000).

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

En el artículo 28 plasma que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud, mientras que las autoridades federales, del Distrito Federal, estatal y municipal en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán en coordinación con el fin de:

- Atender de manera especial las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.
- Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos (DOF, 2014).

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

En el artículo 9 fracción VI marca como discriminación el negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas. Este mismo artículo fracción VII, también considera discriminatorio negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios (DOF, 2003).

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación

El objeto de esta norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, a través de brindar orientación y consejería en particular a los adolescentes (DOF, 1994; SSA 2014).

Este documento normativo establece que la planificación familiar es un derecho de toda persona, independientemente del género, edad, paridad, estado civil, orientación sexual, situación social o condición legal, y en él están consignadas las disposiciones generales y las especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en el país. En relación con las y los adolescentes, la NOM-005-SSA2-1993 eliminó las restricciones al uso de cualquiera de los anticonceptivos basadas en exclusivos criterios de edad o paridad. Así, los diversos métodos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes (SS, 2015).

Los servicios de consejería en materia de planificación familiar, la NOM subraya la importancia de que ésta la brinde personal debidamente capacitado, con especial atención a la población adolescente, con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su conducta sexual y reproductiva y al ejercicio del consentimiento informado en la prescripción de métodos anticonceptivos (DOF, 1994).

Norma Oficial Mexicana, NOM 039-SSA-2002, Para la Prevención y Control de la Infecciones de Transmisión Sexual

En el apartado 6.6 expone que los adolescentes son una población vulnerable, por lo que se considera una prioridad evitar la deserción y la falta de adhesión al tratamiento (DOF, 2002).

Norma Oficial Mexicana, NOM 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y control de las mujeres. Criterios para la prevención y atención

En el apartado 6.4.2.3. en caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica deberán, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

6.4.2.4. Informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo con la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.

6.4.2.7. En caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación; en caso de ser menor de 12 años de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5, de la Ley General de Víctimas. Se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento.

6.4.2.8. Las instituciones públicas de atención médica deberán contar con médicos y enfermeras capacitados no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad (DOF,1999).

2.3.3 Programas y acciones para la SSRA en México

En México se han desarrollado diversas acciones y programas para abordar la salud sexual y reproductiva en adolescentes. Uno de los programas destacados es el Programa Nacional de Salud 2019-2024 (SS, 2019), el cual establece como una línea de acción prioritaria el fortalecimiento de la atención integral de la salud sexual y reproductiva en este grupo de edad. Este programa busca garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, promover la educación integral en sexualidad, prevenir embarazos no planificados, prevenir infecciones de transmisión sexual y mejorar la atención médica para los adolescentes.

Asimismo, se ha implementado el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia, que tiene como objetivo principal mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México. Este programa se enfoca en la promoción de una educación integral en sexualidad, la ampliación del acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados, así como la atención integral a las necesidades de salud de los adolescentes.

Además, se han desarrollado acciones específicas, como la creación de Centros de Atención Primaria en Adicciones y Salud Mental para Adolescentes, la implementación de campañas de concientización y educación sobre salud sexual y reproductiva, y la capacitación de profesionales de la salud en la atención integral de los adolescentes.

2.3.4 Acuerdos regionales en la promoción de la SSR en México

México ha participado activamente en conferencias y documentos regionales sobre población que han influido en la promoción de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes. Uno de los eventos más destacados es la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994 (ONU, 1994). En esta

conferencia, se estableció la importancia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todos los individuos, incluidos los adolescentes. México ha ratificado su compromiso con la implementación de los acuerdos de la CIPD, lo que ha influenciado en la formulación de políticas y programas nacionales.

En 2013, se llevó a cabo la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), en la cual se reafirmó la necesidad de promover la salud sexual y reproductiva en la región. Este evento proporcionó un marco de referencia regional para impulsar políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva en los países participantes, incluyendo México.

La contextualización de las acciones implementadas en México dentro de estos marcos regionales es esencial para fortalecer las políticas y programas nacionales. Esto permite alinear los esfuerzos con los acuerdos y recomendaciones internacionales, así como aprovechar las lecciones aprendidas y las mejores prácticas compartidas en estos eventos.

El marco jurídico en México relacionado con la salud sexual y reproductiva adolescente desempeña un papel fundamental en la protección de los derechos y el bienestar de los jóvenes en el país. Las leyes y regulaciones nacionales e internacionales, como la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Plataforma de Acción de Beijing, establecen la base legal para garantizar el acceso de los adolescentes a servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Estos marcos legales respaldan principios como el consentimiento informado, la confidencialidad, la igualdad de género y la no discriminación.

Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes son una extensión importante de este marco legal. Estas iniciativas son esenciales para brindar a los jóvenes información precisa y completa sobre temas relacionados con la sexualidad, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos. Además, promueven la toma de decisiones informadas y la autonomía de los adolescentes en asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva.

La importancia de estas políticas y programas radica en su capacidad para reducir los riesgos de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y otras complicaciones de salud, al mismo tiempo que empoderan a los adolescentes para tomar decisiones saludables y responsables. Además, contribuyen a la promoción de una sociedad más igualitaria y respetuosa de los derechos humanos al reconocer la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género.

2.4 Brechas entre el compromiso internacional y la implementación nacional

Si bien México ha firmado y ratificado un conjunto importante de tratados internacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva (como se abordó anteriormente), esto no ha significado necesariamente su plena incorporación ni mucho menos su aplicación efectiva en el ámbito nacional. Existe, por tanto, una distancia significativa entre los compromisos adquiridos en el plano internacional y las realidades normativas, institucionales y prácticas en contextos locales.

La firma de tratados internacionales, por sí sola, no garantiza su adopción en las políticas públicas, en la legislación secundaria ni en el funcionamiento cotidiano de las instituciones encargadas de garantizar los derechos. En el caso mexicano, esta brecha ha sido ampliamente documentada por distintos organismos nacionales e internacionales. Tal como lo señalan Alonso de los Santos y Ramos Tovar (2024), el reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos suele quedar limitado al plano declarativo, sin una adecuación sistemática de los marcos legales internos ni una asignación presupuestaria congruente que permita su operatividad.

Esta falta de articulación entre el plano internacional y el nacional se manifiesta en varios niveles. En primer lugar, persisten vacíos normativos y contradicciones legales entre la Constitución, los códigos penales estatales y los tratados ratificados. Por ejemplo, aunque la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido precedentes clave sobre el derecho a decidir y ha declarado inconstitucional la penalización del aborto (SCJN, 2021), aún existen entidades federativas donde se mantiene tipificado como delito o se obstaculiza el acceso efectivo a los servicios de interrupción legal del embarazo (GIRE, 2024).

En segundo lugar, la institucionalización de estos derechos enfrenta serias limitaciones estructurales, entre ellas la falta de capacitación del personal de salud, la existencia de prejuicios moralizantes en los servicios, la escasa accesibilidad en zonas rurales y el desabasto recurrente de insumos básicos como anticonceptivos o pruebas rápidas de ITS. Esto ha sido señalado no solo por la academia, sino también por organismos como la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ONU-DH, 2023), que en sus informes ha resaltado la brecha entre el diseño normativo y la garantía efectiva de derechos para grupos históricamente marginados como adolescentes, mujeres indígenas o población LGBTQ+.

A ello se suma un elemento cultural e ideológico que condiciona la implementación de los tratados. En muchas instituciones, persisten visiones adultocéntricas y conservadoras que obstaculizan la aplicación de políticas públicas con enfoque de derechos. La educación sexual integral, por ejemplo, aunque recomendada por múltiples organismos internacionales como la UNESCO, sigue enfrentando resistencias sociales y políticas que limitan su incorporación plena en el sistema educativo mexicano. En este contexto, la protección de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes no solo se ve obstaculizada por la falta de leyes, sino también por la reproducción de estigmas y valores patriarcales en el ámbito institucional (López, 2016; Morlchetti, 2007).

Esta desconexión entre el compromiso internacional y la implementación nacional no es exclusiva de México, pero en el caso específico de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, sus consecuencias se traducen en barreras sistemáticas para el acceso, en tratos inadecuados por parte del personal médico y en la reproducción de desigualdades estructurales. Como plantea Menkes (2009), los derechos sexuales y reproductivos no pueden entenderse únicamente como un componente técnico o sanitario, sino como una cuestión profundamente política, que obliga a los Estados a garantizar condiciones materiales, normativas y culturales para su ejercicio pleno.

En conclusión, la existencia de un robusto andamiaje normativo internacional y nacional no ha sido suficiente para transformar las realidades locales. La brecha entre el deber ser jurídico y el ser institucional cotidiano continúa siendo un obstáculo para que los adolescentes (especialmente aquellos en contextos de vulnerabilidad) puedan ejercer de

manera efectiva sus derechos. Por ello, resulta fundamental no solo identificar esta distancia, sino también diseñar mecanismos de monitoreo, rendición de cuentas y participación social que permitan transitar de la firma de compromisos al cumplimiento efectivo de los mismos.

CAPÍTULO 3. ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. Características de la investigación

La presente investigación es un estudio de tipo cualitativo, el cual explora de forma inductiva las percepciones construidas por los usuarios sobre los Servicios Amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes en el municipio de Monterrey pertenecientes a la Secretaría de Salud del municipio de Monterrey; dichas percepciones están relacionadas con el proceso de trato y atención. Es importante mencionar que este trabajo doctoral se derivó de una investigación mayor titulada “Acceso, trato y atención en los Servicios Amigables del Estado de Nuevo León”.

El equipo de trabajo estuvo conformado por el Dr. David De Jesús Reyes como investigador principal, la maestra Esmeralda González Almontes como coordinadora del proyecto y trabajo de campo, una estudiante de maestría quién apoyo en la recolección de la información durante la última etapa del proyecto y dos becarios de licenciatura quienes fungieron como usuarios simulados.

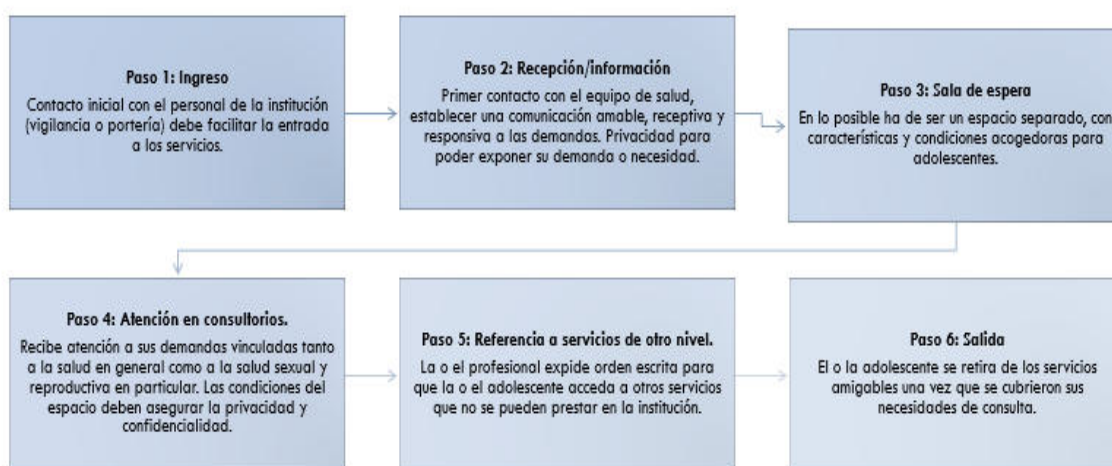
Para comprender con mayor detalle el trato y atención, es importante entender los principios del MAISSRA⁹ ya que es el modelo de atención en el que se basan los Servicios Amigables. Recapitulando, según el MAISSRA para asegurar la calidad y la garantía de la amigabilidad en los servicios se requieren grandes componentes: gestión, oferta de servicios, participación y fortalecimiento-capacitación.

El motivo por el cual se seleccionó este programa se debe a que la Secretaría de Salud es la responsable de su aplicación, sustentado en la política pública de salud vigente en México, poniendo especial interés en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Centrando sus acciones en la eliminación y reducción del embarazo adolescente de 10 a 14 y 15 a 19 años respectivamente. Por otra parte, actualmente está puesta en marcha la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, en la cual se pone énfasis en los Servicios Amigables para alcanzar las metas planteadas para el 2030.

⁹ Para consultar más a detalle el MAISSRA, ir al apartado 1.2.2 del capítulo 1 de este documento.

El acceso a los Servicios Amigables es una parte cardinal de este proyecto. Este sigue una ruta establecida en el MAISSRA, y todo el personal de los centros de salud deben conocerla. Esta consiste en el ingreso, recepción información, sala de espera, atención en consultorios, referencia a servicios de otro nivel y salida (imagen 3.1). Idealmente, en cada uno de estos pasos se deben seguir las recomendaciones establecidas en el MAISSRA, recomendaciones que, entre otras cosas, están basadas en los derechos establecidos en la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes emitida por la CNDH (CNDH, 2016).

Imagen 3.1 Acceso de los y las adolescentes a los Servicios Amigables



Fuente elaboración propia con base al MAISSRA (SS, 2016b).

Son nueve los principios¹⁰ que rigen a los servicios amigables: Equidad, Confidencialidad, Integralidad, Privacidad, Oportunos, Celeridad, Continuidad, Seguridad y Favorabilidad. Debido a dificultades técnicas y limitaciones dadas por el abordaje de este estudio, tres principios del MAISSRA no se toman en el análisis de la información: seguridad, favorabilidad y continuidad.

El primero de ellos está vinculado con cuestiones de infraestructura de la institución, donde el adolescente debe sentirse seguro, esto corresponde directamente a cuestiones administrativas. Por su parte, la favorabilidad está asociado con la capacitación constante de las normativas vigentes que el personal de las clínicas debe recibir por parte de la

¹⁰ Véase apartado 1.2.3 Servicios Amigables de salud sexual y reproductiva adolescente.

jurisdicción, nuevamente es una cuestión administrativa no al alcance de los usuarios. Por último, la continuidad se asocia con prestar el servicio de forma permanente en el centro de salud, volviéndose una cuestión administrativa, donde las decisiones son jerárquicas y de estructura, pues es a partir de esta posición que se decide si continuara brindando el servicio amigable en la clínica o centro de salud.

La naturaleza de la temática de investigación privilegia el uso de una metodología cualitativa, pues al ser inductiva permite comprender la vida cotidiana de las personas, además de analizar datos descriptivos, tales como palabras escritas, dichas u observadas y se interesa en conocer a profundidad los fenómenos (Taylor y Bogdan, 1996).

Pues con la presente investigación se pretende conocer las percepciones construidas socialmente sobre los Servicios Amigables relacionada con la salud sexual y reproductiva; así como las subjetividades con las que son resignificadas cada acción tomada por parte del personal de salud. Asimismo, es importante mencionar que la realidad social no es estática, sino más bien múltiple y dinámica es esencialmente relativista y solo puede ser vista desde el punto de vista de los individuos que participan directamente en las actividades que son objeto de estudio.

Por lo tanto, la utilización de la metodología cualitativa ayudará a conocer de manera directa las experiencias vinculadas con el acceso, trato y atención que tienen los adolescentes usuarios de los Servicios Amigables. El paradigma usado es la investigación narrativa, donde a través del discurso oral o escrito se crea el significado en retrospectiva, la configuración o el ordenamiento de las experiencias pasadas; es decir es un modo de comprender las acciones propias y de los demás, de organizar conocimientos y objetos, comunicando el punto de vista del narrador, expresando emociones, pensamientos e interpretaciones (Denzin y Lincoln, 2015a).

Es importante mencionar que se seleccionó la investigación narrativa pues es activamente creativa, poniendo énfasis en la voz del narrador, en este caso en los adolescentes. Por lo tanto, la palabra dirige la atención hacia lo que se quiere comunicar, tomando en cuenta la ubicación del sujeto desde la posición social de la que habla y la combinación del qué, del

cómo y del dónde hace que fenómeno de estudio se particular en un tiempo y espacio determinado (Denzin y Lincoln, 2015b).

3.2 Población de estudio

La población de estudio se planteó en un inicio con adolescentes entre 10 y 19 años que acudieran voluntariamente a recibir los Servicios Amigables en el municipio de Monterrey, Nuevo León. Sin embargo, esto no fue posible debido a que no acudieron adolescentes de 10 a 14 años a los servicios amigables¹¹. Además, también se estudiaron 8 centros de salud que proveen Servicios Amigables en el municipio de Monterrey Nuevo León.

3.3 Muestra

La muestra incluyó un total de 8 individuos de género femenino de entre 15 y 19 años, que acudían a la clínica Tierra y Libertad. En el contexto sociodemográfico, 3 se reportaron como solteras y 5 en unión libre. La mitad de ellas tenían al menos un hijo y 2 estaban embarazadas al momento de la entrevista. En términos de educación, 2 había terminado o estaban cursando la preparatoria, mientras que 3 tenían la secundaria terminada y 3 habían terminado la primaria. En cuanto a ocupación, casi todas ellas son amas de casa y una era estudiante.

Cabe resaltar que, a pesar de que la población de estudio incluía tanto a varones como a mujeres adolescentes, solo se pudo entrevistar a mujeres para este estudio. Esto se debe a que no hubo varones que se aproximaran a recibir atención por parte de los Servicios Amigables durante el tiempo que se realizó el estudio.

3.4 Trabajo de Campo

La recolección de información y analizar se realizó mediante observación, entrevistas semiestructuradas y experiencias de usuarios simulados. Para esto, inicialmente se requirió obtener la autorización necesaria de la Secretaría de Salud, establecer contactos en diversas

¹¹ En el capítulo 4 se analiza con mayor profundidad esta situación

clínicas y asegurar la colaboración de los participantes a través de la construcción de rapport con ellos.

Para la obtención de la autorización para ejecutar el trabajo en las instalaciones que cuenten con el programa Servicios Amigables, esta inició en marzo del 2019 con la búsqueda de contactos en la Secretaría de Salud y el establecimiento de un permiso formal para la ejecución de la investigación. Esta etapa concluyó con la obtención de dicho permiso en junio del 2019.

Después, se establecieron contactos en diversas clínicas para poder realizar un análisis más representativo de los servicios fue en la clínica de tierra y libertad donde se realizó observación y rapport con el personal durante dos meses, haciendo contacto así con coordinadores y responsables del programa de las distintas micro redes que tiene la Secretaría de Salud. Logrando establecer contactos en el resto de las clínicas pertenecientes al municipio de Monterrey, esto llevo a cabo durante el mes de septiembre del 2019 (véase tabla 3.1) donde se realizó la recolección de información.

Una vez establecidas las ubicaciones donde se realizaría el proyecto, la observación y el usuario simulado se realizó en cada centro de salud. Debido a restricciones emitidas por parte del personal administrativo de jurisdicción No. 1 de la Secretaría de Salud, las entrevistas a semiestructuradas se realizaron solo con usuarias de la Clínica Tierra y Libertad, pues fue solamente este centro donde se permitió el acercamiento con las usuarias para ser entrevistadas.

Para la realización de las entrevistas semiestructuradas, se hizo el primer acercamiento con las adolescentes al momento de acudir a consulta con la finalidad de poder agendar una visita domiciliaria, durante esta visita se estableció el rapport y posterior a ello se agendó una segunda visita para realizar la entrevista a semiestructurada; esta visita podía ser en sus domicilios o lugares que ellas consideraban conveniente, en ese momento se les volvió a preguntar si querían participar en el estudio y una vez que las usuarias aceptaron se leyó en voz alta el consentimiento informado (ver anexo 1) el cual después firmaron.

Tabla 3.1 Centros de salud que brindan Servicios Amigables en el municipio de Monterrey

Centro de salud	Dirección
C.S.U Nueva Morelos	Calle Av. Nuevo México A, Nueva Morelos, 64180 Monterrey, N.L.
C.S.U Pio X	Elvira Rentería 900, Arturo B. de La Garza, 64730 Monterrey, N.L.
C.S.U Topo Chico	Calle Apodaca 1478, Topo Chico, 64260 Monterrey, N.L.
C.S.U Plutarco Elías Calles	Ejército Nacional, Plutarco Elías Calles, 64108 Monterrey, N.L.
C.S.U Croc B	Emancipación Proletaria 1800, Croc, 64200 Monterrey, N.L.
C.S.U Félix U. Gómez	Av. Félix U. Gómez 1700, Del Nte., 64580 Monterrey, N.L.
C.S.U Arturo B. de la Garza	Calle Delfos 4237, El porvenir, 64206 Monterrey N.L.
C.S.U El porvenir	Calle 16 de septiembre S/n, Pío X, 64720 Monterrey, N.L.
Clínica de atención integral Tierra y libertad	Predio, Av. Almazán S/N, Francisco I. Madero (Tierra y Libertad), 64235 Monterrey, N.L.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la técnica del usuario simulado, para ello se capacitaron durante dos semanas a dos jóvenes (un hombre y una mujer), con la finalidad de que conocieran el marco normativo vigente que rige el programa, así como los servicios básicos que éste ofrece y como debería de brindarse el acceso, trato y atención al momento de solicitar los Servicios Amigables. La implementación de esta técnica se llevó a cabo del 2 al 20 de diciembre del 2019.

3.5 Técnicas para la recolección de información

Como se mencionó en el apartado anterior, para poder recoger la información se hizo uso de tres técnicas, la primera de ella fue la observación participante, la entrevista

semiestructurada y usuario simulado. Cada una de ellas tenían un objetivo específico por cumplir a continuación, se desglosan a detalle.

3.5.1 Observación

La observación se realizó en dos etapas. La primera etapa consistió en la observación no participante de forma oculta en un lapso de 2 semanas, es decir solamente la encargada de la clínica sabía que se estaría haciendo observación. Esto se llevó a cabo primeramente sentándose en el área de consultorios aledaños, pero que tuvieran una vista hacia los Servicios Amigables, con el paso de los días hubo un acercamiento lo más posible al área del consultorio. La implementación de la observación permitió ver el fenómeno de estudio en su forma más natural posible, tomándose notas en el diario de campo respecto a:

- Características de los usuarios: Se realizaron observaciones directas de los usuarios que acudían a los servicios amigables, centrándose en sus características demográficas, como género, edad, estado civil, número de hijos, motivo de consulta, entre otros.
- Acceso a los servicios: Se observaron los procesos de ingreso a los servicios amigables, incluyendo la interacción con los vigilantes, la existencia de rutas señalizadas y el cumplimiento de los horarios de atención.
 - Recepción/información: Se examinó cómo se recibía a los usuarios en los centros de salud, si existía un área de recepción específica para servicios amigables, y cómo se proporcionaba información sobre el motivo de consulta, afiliación, pagos, entre otros.
 - Sala de espera: Se evaluó la configuración de las salas de espera, si existían áreas separadas exclusivas para servicios amigables o si se compartían con otros consultorios. También se registraron los tiempos de espera de los usuarios.
 - Calidad atención en consulta: Se analizó la calidad de la atención brindada en los servicios amigables, incluyendo la empatía, la disponibilidad de insumos y la adherencia a los lineamientos de atención establecidos.

- Referencia a otros centros de salud: Se examinó si se realizaban referencias a otros centros de salud cuando no se contaba con los recursos necesarios para la atención de los usuarios.
- Composición del equipo multidisciplinario: Se verificó la composición y presencia del equipo multidisciplinario en cada centro de salud, incluyendo médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales.
- Cumplimiento de principios rectores: Se analizó si se cumplían los principios rectores, como la equidad, la celeridad, la privacidad y confiabilidad en la atención brindada.

La segunda etapa comenzó en la tercera semana, dado que se cambió por la observación participante, según Taylor y Bogdan (1996) aquí se involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, donde se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Para ese momento el personal operativo sabía de la investigación permitiendo acceder al área de consulta y sala de espera, todo esto se llevó a cabo de un mes y medio.

Con esta técnica se accedió a información relevante y con la ayuda del diario de campo se obtuvo información de índole descriptivo, pues se estuvo presente en cada uno de los centros de salud, observándose el fenómeno lo más cercano posible, sin realizar ninguna intervención para no alterar el contexto donde se llevó a cabo la presente investigación.

Adicionalmente, durante la observación se logró generar un lazo de confianza y empatía con el personal de salud, quienes fueron los porteros para acceder a los posibles sujetos de estudio, a este proceso Taylor y Bogdan (1996) lo denominan rapport, siendo la técnica de crear una conexión de empatía con otra persona, para conseguir una comunicación más eficiente.

3.5.2 Entrevista semiestructurada

Se escogió la entrevista semiestructurada, dado que es considerada como uno de los instrumentos más poderosos de la investigación cualitativa, pues da la oportunidad de ver y experimentar el mundo como los sujetos claves lo hacen (McCracken, 1991). El objetivo de hacer uso de la entrevista semiestructurada es acceder de forma directa a la perspectiva

de los participantes con las experiencias vinculadas con el trato y atención que recibieron en los Servicios Amigables.

Es importante mencionar que para acceder a los sujetos de estudio fue de dos maneras, una por medio del personal de salud, quien dio acceso a las fichas médicas de los usuarios, donde venían los datos personales de los mismos y con ayuda de la promotora de salud se realizaron visitas domiciliarias. La segunda forma fue cuando se estableció contacto con ellas en la sala de espera, en esta interacción se establecía una plática amigable, sobre el motivo de consulta, cómo se sentían etc. para posteriormente pedirles sus datos personales y saber si les gustaría participar en el estudio.

La entrevista es una herramienta donde se debe dominar el arte de hacer preguntas y escuchar respuestas, de una forma tan sutil que parezca más una conversación que un interrogatorio, buscando así que los entrevistados se relajen lo suficiente como para poder responder por completo y lo más veraz posible a una serie de interrogantes (Denzin y Lincoln, 2012; Deslauris, 2011).

Para ello se realizó una guía de entrevista¹² (véase anexo 2), la cual constaba de siete grandes apartados:

1. Datos generales
2. Servicios Amigables
3. Procedimientos administrativos y acceso a consulta
4. Trato y atención
5. Disponibilidad de servicios
6. Competencias y capacitación del personal de salud
7. Promoción del servicio

Una vez establecido el contacto con los sujetos de estudio se realizó una visita domiciliaria o llamada (dependiendo el caso), para establecer el lugar donde se llevaría el encuentro para la entrevista, generalmente este fue en su domicilio o casa de una amiga. Estando en el

¹² Cada uno de los aparatos de la entrevista se basaron en el capítulo 8 del MAISSRA, así como en las notas de campo realizadas durante la observación.

lugar, día y hora acordada se platicó inicialmente con la adolescente y nuevamente se les pregunto si quería participar, cuando aceptaron se les leyó el consentimiento informado, lo firmaron y se inició con la grabación de la entrevista.

Durante la entrevista se avanzó lentamente, al principio tratando de establecer rapport con las informantes, formulando inicialmente preguntas no comprometedoras, descriptivas y escuchando que es lo importante para los informantes, una vez establecida la confianza se pasó a las preguntas vinculadas con el fenómeno de estudio. Es importante mencionar que el uso de la entrevista implica que las preguntas no tienen una dirección única, donde las posiciones no tienen que ser contundentes, esto permite al entrevistado una posición de autonomía que le permite más flexibilidad de respuesta, sobre todo en temas relacionados con la sexualidad y reproducción.

Una vez finalizada la entrevista, se les pregunto a las adolescentes si tenían alguna duda sobre lo que se había dialogado, si este llegaba a ser el caso se aclaraba cualquier cosa. Todas las entrevistas fueron transcritas al pie de la letra, para posteriormente hacer el análisis de estas.

3.5.3 Usuario simulado

La técnica del usuario simulado nace de la necesidad de aplicar ideas innovadoras en los servicios públicos, como consecuencias de las denuncias ciudadanas, consiste en una metodología basada en verificaciones a instituciones públicas para evaluar la calidad y transparencia de los servicios públicos, así como identificar y combatir las malas prácticas (SFP, 2015). Esta técnica inició en los años cuarenta, pero tomó fuerza a partir de los ochenta, cuando se utilizó frecuentemente en servicios financieros y de hotelería (Hernando, Lechuga y Ávila, 2007).

El uso de esta técnica obedece a una analogía de la observación, pero donde la presencia del observante no incide en el comportamiento de los demás, puesto que en esta técnica la persona que hace el rol de usuario observa y participa en las interacciones que se dan entre las personas en un ambiente natural, tal como lo haría cualquier usuario (Ulin, Robinson y Tolley, 2006; Fathalla, 2008; Tumlinson, 2016).

El usuario simulado, también conocido como cliente fantasma supone la utilización de investigadores entrenados para que actúen como clientes y/o consumidores con la finalidad de monitorear y evaluar la calidad de la atención. Así como los procedimientos utilizados para proveer un servicio, en otras palabras, se adiestra a un usuario para representar papeles que reflejen experiencias de la vida real, se presentan ante los prestadores reales del servicio de salud en su entorno natural, después de cada encuentro los supuestos usuarios registran sus experiencias en un formulario estructurado y comunica sus observaciones al investigador encargado (Hernando, Lechuga y Ávila, 2007; Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

En este sentido es importante mencionar que la Secretaría de Salud específicamente en los Servicios Amigables hacen uso de esta técnica en el componente de Gestión en la categoría de monitoreo y evaluación de la siguiente manera: deberá aplicarse con la finalidad de conocer directamente la calidad de la atención que proporcionan los prestadores de servicios. Para ello, personas adolescentes, previamente capacitadas en el tipo de atención que vayan a solicitar, se presentarán simulando ser usuarias de los servicios (SS, 2016b).

Para el uso de esta técnica participaron los dos becarios del proyecto (un hombre y una mujer), quienes en ese momento tenían 20 años y físicamente parecían adolescentes, no se optó por capacitar a adolescentes debido a la complejidad del tema, pues se necesitaría la autorización del padre o tutor para la participación de estos. Por otra parte, los becarios acaban de pasar la adolescencia hacia menos de un año.

La capacitación duro dos semanas, donde se puso especial interés en el marco normativo vigente que rige los Servicios Amigables, en temas de derechos en salud sexual y reproductiva, así como en los principios que rigen el acceso, trato y atención en los servicios de salud según el modelo establecido por el gobierno mexicano. Una vez capacitados se les plantearon los siguientes tres escenarios que llevarían como motivo de consulta:

1. Se buscaba consejería pues querían iniciar su vida sexual.
2. La ruptura del preservativo en la última relación sexual.
3. No utilización del preservativo en la última actividad sexual.

El hecho de usar tres situaciones diferentes responde a la necesidad de identificar como se brinda el paquete básico que ofrecen los Servicios Amigables, así mismo sí existe diferencia en el trato y atención a partir del sexo del usuario (véase tabla 3.2).

Se realizaron visitas a los nueve centros de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de Monterrey que ofrecen los Servicios Amigables. En total, se efectuaron 23 visitas, aunque inicialmente se tenía previsto realizar únicamente 18 (dos por cada centro de salud). No obstante, en tres centros se negó el acceso al servicio y se recomendó regresar en otra ocasión. Entre los centros donde se negó la atención se encuentra el Centro de Salud CROC B, donde el personal afirmó que el Servicio Amigable no existía y, por tanto, no se brindó atención alguna.

Inmediatamente después de cada visita, el usuario simulado completaba un instrumento de evaluación (véase Anexo 3) con el propósito de registrar por escrito sus percepciones sobre la atención recibida. De manera complementaria, cada participante elaboraba un diario de campo en el que consignaba sus observaciones y experiencias durante la visita.

Posteriormente, la investigadora principal realizaba una entrevista individual a cada usuario simulado, con el objetivo de profundizar en su experiencia respecto al proceso de solicitud del servicio, el acceso, el trato y la calidad de la atención. Estas entrevistas no se desarrollaron a partir de una guía estructurada, sino que se llevaron a cabo como conversaciones espontáneas inmediatamente después de las consultas, con la finalidad de ampliar y complementar la información obtenida, favoreciendo así un análisis más integral de los datos.

Tabla 3.2 Usuario simulado y motivo de consulta

Clínica	Motivo de consulta del usuario simulado
C.S.U Croc B.	No hubo consulta
C.S.U Arturo B. de la Garza	-Ruptura del preservativo en la última relación sexual (H) -No utilización del preservativo en la última actividad sexual (M)
C.S.U Nueva Morelos	-Consejería para inicio sexual (H) - No utilización del preservativo en la última actividad sexual (M)
C.S.U Pio X	- Consejería para inicio sexual (H) - Consejería para inicio sexual (M)

C.S.U Plutarco Elías Calles	- No utilización del preservativo en la última actividad sexual (H) - Ruptura del preservativo en la última relación sexual (Mujer)
C.S.U Porvenir	- Ruptura del preservativo en la última relación sexual (H) - No utilización del preservativo en la última actividad sexual (M)
C.S.U Topo Chico	- Ruptura del preservativo en la última relación sexual (H) - No utilización del preservativo en la última actividad sexual (M)
C.S.U Terminal	- Consejería para inicio sexual (H) - No utilización del preservativo en la última actividad sexual (M)
Clínica Tierra y Libertad	- Ruptura del preservativo en la última relación sexual (H) - No utilización del preservativo en la última actividad sexual (M)

H= Hombre y M= Mujer. Fuente: Elaboración propia con base a los datos.

3.6 Análisis de la información

Para el análisis de las entrevistas se tomó el modelo de Glaser y Strauss (Glaser y Strauss, 1967), la teoría fundamentada, la cual hace uso del método inductivo donde se describen teorías y conceptos directamente de los datos y no de forma a priori. Este modelo permite un análisis sistemático de la información, el cual se describe a continuación:

1. Grabación de las entrevistas.
2. Transcripción de entrevistas al pie de la letra, apegándonos a cada elemento presentado en ellas (silencios, exclamaciones, palabras mal dichas, interrupciones etc.).
3. Verificación a la par de la transcripción con las entrevistas, con la finalidad de asegurar la exactitud de estas.
4. Uso del software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti versión 9. Una vez verificada la transcripción se hizo uso de este software para procesar y analizar la información
5. Identificación de las unidades de análisis, para ello dividieron en segmentos las entrevistas, los cuales coincidían con las diferentes categorías que tenía la guía de entrevista (véase anexo 2).
6. Codificación de la entrevista, consistió en fragmentar la entrevista en sesiones pequeñas, las cuales formaban parte de los distintos temas plantados en la entrevista.
7. Creación de subcategorías, para ello se agruparon los distintos códigos que dieran respuesta a un tema en común.

8. Creación de categorías, estas se formaron a partir de la agrupación de las subcategorías.

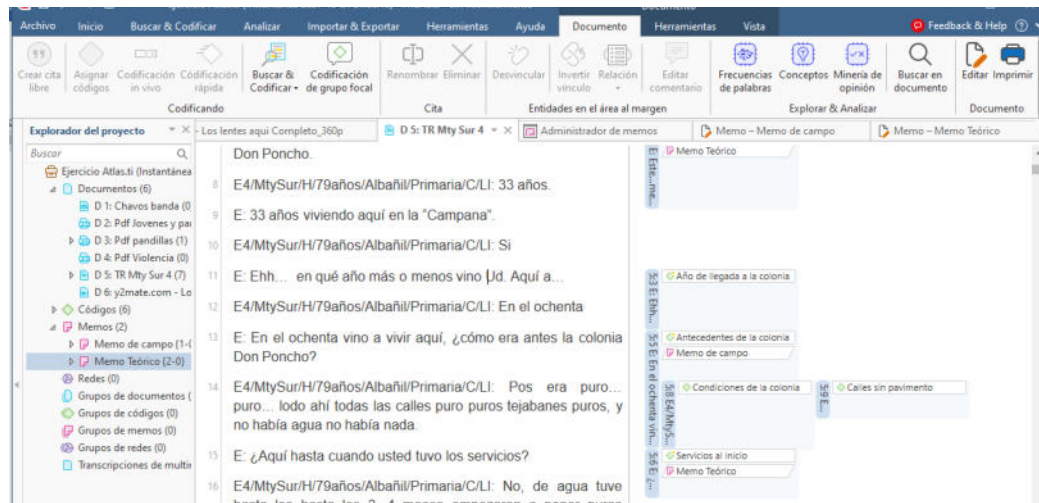
Con la creación de categorías se dio paso a la triangulación de la información en conjunto con la perspectiva teórica y literatura existente, resultando como producto redes de información, que fueron construidas a partir de la conjugación de cada uno de los elementos mencionados.

El análisis de la información fue inductivo y abierto, concluyendo en la saturación de categorías, es decir cuando la nueva información ya no aportaba al desarrollo de esta. Por otra parte, todos los pasos antes descritos se llevaron a la par del análisis del diario de campo, donde se registraron impresiones, lenguaje no verbal, situaciones externas pero que influían en el servicio etc. Para el caso de los usuarios simulados se trabajó con el instrumento de evaluación, diarios de campo y las entrevistas realizadas a cada uno, con ello se crearon categorías de análisis a partir de los ejes rectores, el trato y el acceso.

Respecto al uso del software Atlas.ti, utilizando la versión 9, se inició abriendo el software y creando un proyecto en el cual se integraron 8 documentos que consistían en transcripciones literales de las entrevistas realizadas de forma manual en archivos formato Word versión 360. Además, se incorporaron al proyecto un total de 23 archivos en formato PDF, como libros, revistas y artículos, que constituyeron el respaldo teórico y empírico para el análisis.

Después, se procedió a codificar las entrevistas. Para ello, se leyó cada entrevista en su totalidad y se asignaron códigos a fragmentos específicos, los cuales fueron concebidos y denominados en base a la narración de las entrevistas (imagen 3.2).

Imagen 3.2 Asignación de códigos a fragmentos específicos de los transcritos de entrevista



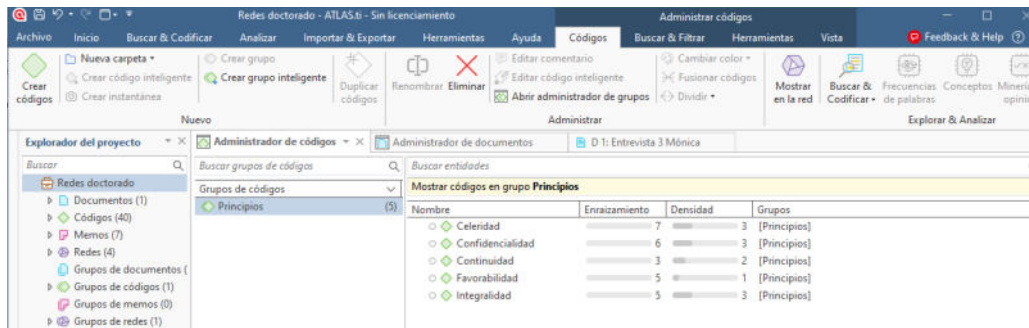
Fuente: Elaboración propia mediante captura de pantalla de la codificación en el software Atlas.ti

En la imagen 3.2 se observa que el software muestra, en el lado derecho, el número de párrafo correspondiente. El entrevistador es identificado con la letra "E" y el entrevistado se representa mediante un código generado a partir de los datos sociodemográficos proporcionados por cada participante.

Una vez que se codificaron todas las entrevistas, se procedió a crear memos teóricos y de campo. Los primeros consistían en fragmentos de teoría que respaldaban o explicaban los códigos asignados, mientras que los memos de campo correspondían a observaciones realizadas en el contexto de la investigación que contribuían a comprender el fenómeno de estudio.

Posteriormente, se llevaron a cabo agrupaciones de códigos, es decir, se organizaron en categorías que compartían características comunes (imagen 3.3). Cada categoría estaba conformada por una serie de códigos interrelacionados. En la ilustración de ejemplo, se puede apreciar el grupo de códigos denominado "principios", compuesto por 5 códigos con distintos niveles de profundidad y frecuencia (número de ocurrencias).

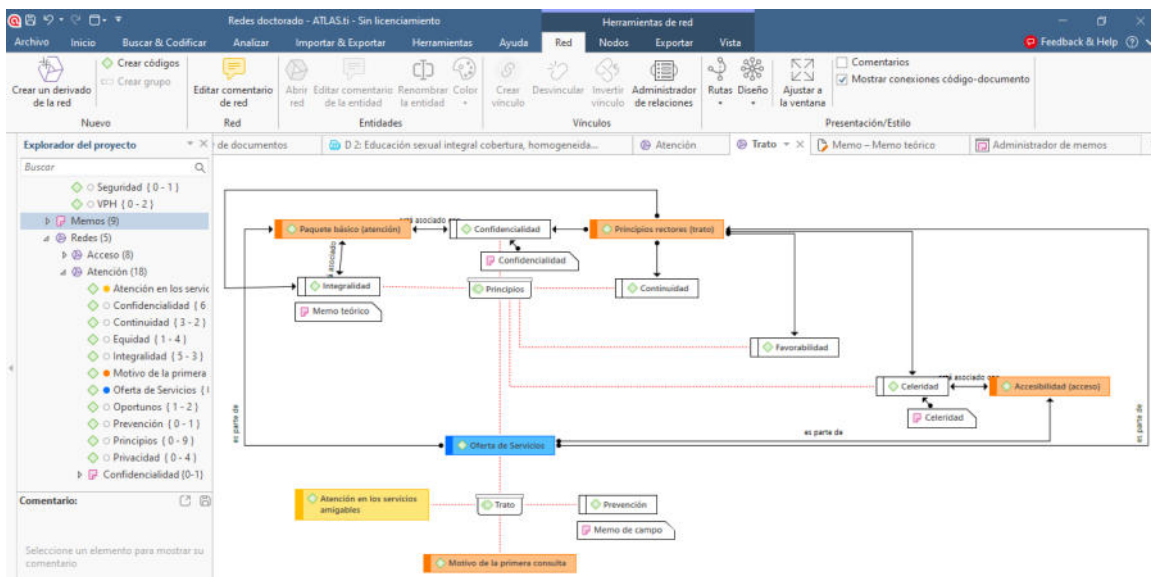
Imagen 3.3 Creación de memos teóricos y de campo.



Fuente: Elaboración propia mediante captura de pantalla de la creación de grupos de códigos en el software Atlas.ti.

Una vez creados los diferentes grupos de códigos, se generaron categorías con el propósito de llevar a cabo análisis de redes. En la ilustración se muestra una categoría denominada "oferta de servicios", compuesta por 2 grupos de códigos ("trato" y "principios"), los cuales a su vez incluyen los códigos que los componen, así como los memos asociados. A partir de estas redes de análisis, se realizó la interpretación de los resultados obtenidos.

Imagen 3.4 Creación de agrupaciones de código



Fuente: Elaboración propia mediante captura de pantalla de la creación de redes de análisis en el software Atlas.ti.

3.7 Validez y confiabilidad

Para asegurar la validez se buscó la diversificación de las fuentes de información, la cual fue obtenida de 3 formas, la observación y sus distintas etapas, las entrevistas semiestructuradas y los usuarios simulados. Para establecer la confiabilidad en la investigación, es indispensable que la información obtenida sea confiable, creíble y defendible; para ello se necesita hacer uso de la validez teórica, la cual se desarrolla a partir de la triangulación de la teoría e información obtenida en campo.

En relación al muestreo, una de las fortalezas es que la muestra fue de tipo intencional, es decir que la elección de los individuos dependió de lo que era conveniente para la investigación, esto con la finalidad de enfocarse en un grupo particular para analizar con mayor profundidad el tema al tener casos ricos en información (Quinn, 2002). También, los criterios de inclusión aseguraron la homogeneidad de la muestra mientras que se maximizó la diversidad de los informantes para garantizar la validez de las conclusiones. Al utilizarse el criterio de saturación para determinar el número de relatos a considerar en el estudio. Cuando los datos adicionales no aportaban nueva información y las respuestas se ajustaban a discursos ya mencionados se determinó que 8 participantes eran suficientes. El obtener resultados consistentes y reproducibles en un bajo número de observaciones, apoya la confiabilidad de los resultados en esta investigación. Además, la implementación de la técnica de usuario simulado permite tener una interpretación menos sesgada y más objetiva de los Servicios Amigables.

Asimismo, se aseguró la congruencia de la información, donde las preguntas de investigación, el objeto de estudio, las técnicas de investigación y la información recabada estén encaminadas en un mismo sentido (Burke, 1999). Además, el uso del software Atlas.ti para análisis cualitativo reduce el riesgo de que la interpretación de los resultados este sesgada por prejuicios personales e incrementa el poder analítico al resaltar aspectos que pudiesen haberse pasado por alto por error humano, a la vez que asegura la reproducibilidad al realizar estudios similares.

3.8 Limitantes de la investigación

Respecto a las dificultades técnicas, inicialmente la investigación planeaba incluir individuos de género masculino, así como también adolescentes de entre 10 y 14 años. Debido a que durante el periodo de muestreo de candidatos para la entrevista semiestructurada ningún varón acudió a solicitar los Servicios Amigables, los hallazgos de este estudio no pudieran extrapolarse a este sector de la población. Por otro lado, los adolescentes de entre 10 y 14 años que acudieron para recibir estos servicios no aceptaron participar en el estudio u obstaculizaron el contacto por lo que los resultados presentados pudieran no representar la realidad de este sector de la población. Sin olvidar mencionar que las barreras impuestas por Secretaría de Salud limitando las entrevistas a un solo centro, el cual contaba con mejor infraestructura, pudiese conducir a la percepción de una experiencia más positiva a la recibida en otros centros.

El análisis cualitativo tiene el valor de colocar al lector analista en un papel activo frente al texto para dar cuenta de las múltiples posibilidades de mundos subjetivos que ofrece el lenguaje, pero al mismo tiempo, tiene la particularidad de que ese conjunto de mundos posibles es finalmente una posibilidad de interpretación a partir del cual no podrían hacerse generalizaciones estadísticas ya que los resultados dan cuenta de un contexto específico (Castro, 1996).

Sin embargo, los hallazgos pueden ser extrapolados a contextos socioculturales similares, esta es una de las características que hacen diferente el análisis cuantitativo del cualitativo, pues en el caso del primero los resultados pueden ser generalizables al total de la población, mientras que el segundo por su particularidad el resultado de la interpretación no es generalizable porque es respetuosa de la realidad subjetiva que el individuo construye.

Podría decirse entonces que los resultados de esta investigación ofrecen un escenario específico que podrían extrapolarse a grupos con características similares, ya que el estudio a profundidad permite reconstruir procesos generalizables, pero sólo a nivel teórico.

3.9 Aspectos éticos

Los aspectos éticos para considerar fueron obtener los permisos por parte de las autoridades de la Secretaría de Salud para acceder a los diversos centros de salud. En el caso de las entrevistadas se leyó el consentimiento informado donde se mencionó el objetivo de la investigación, se hizo énfasis en el anonimato y la confianza de aclarar cualquier duda en el momento que fuera necesario, generándose un clima de confianza para hablar libremente, una vez hecho lo antes mencionado todas las participantes firmaron dicho documento.

El anonimato se aseguró al asignarse códigos a las entrevistas, el cual fue resultado de los datos demográficos de las usuarias, estando conformado por el número de entrevista, edad, estado civil, estatus de vida reproductiva, escolaridad y ocupación, a continuación, se muestra un ejemplo:

E2/Mujer/19 años/Soltera/Sin Hijos/secundaria/ayudante del hogar

El uso de este código se debe que a través del él no se ponen en riesgo la identidad del sujeto de estudio, por lo que al momento de difundir o mostrar la información no hay posibilidad que se identifique a la adolescente. En lo que respecta al usuario simulado, no fueron adolescentes quienes participaron en el estudio, sino dos jóvenes de 20 años quienes físicamente parecieran adolescentes, pero que contaron con una capacitación exhaustiva de los Servicios Amigables. Ellos contaban con una lista de cotejo que llenaban al finalizar la consulta, así como un diario de campo donde hacían anotaciones relevantes de cada visita.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La salud constituye un elemento fundamental para el desarrollo social, económico y político de los países; sin embargo, los adolescentes representan uno de los sectores más vulnerables, ya que sus necesidades y derechos suelen ser invisibilizados y, en muchos casos, solo adquieren relevancia en la agenda pública cuando sus comportamientos son percibidos como problemáticos (OPS, 2014). En este marco, la salud sexual y reproductiva adolescente (SSRA) suele incorporarse a las políticas públicas debido a las elevadas tasas de embarazo en la adolescencia y a la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Si bien existen diversas estrategias y programas orientados a atender la SSRA, el acceso a estos servicios continúa siendo limitado en la mayoría de los países. Este grupo poblacional enfrenta múltiples barreras al utilizar los servicios de salud, entre las que destacan la falta de confidencialidad, los juicios de valor y la desaprobación hacia su vida sexual (OPS, 2019). Ante este panorama, resulta indispensable analizar cómo se brinda la atención a la SSRA en el estado de Nuevo León, particularmente en los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del municipio de Monterrey.

4.1 Datos sociodemográficos de las entrevistadas

En el presente estudio se entrevistó a ocho usuarias de los Servicios Amigables. En la Tabla 4.1 se presentan las características sociodemográficas de las participantes. Al revisar los datos se observa que todas las entrevistadas fueron mujeres, hecho relevante si se considera que los lineamientos del programa establecen que los servicios deben ofrecerse tanto a hombres como a mujeres. No obstante, el trabajo de campo evidenció una centralización de las acciones hacia la población femenina, situación que será analizada con mayor detalle en el apartado 4.2.

Las edades de las entrevistadas oscilan entre los 15 y 19 años. En cuanto al estado conyugal, tres de ellas se declararon solteras y cinco en unión libre; sin embargo, dos de las solteras recientemente habían concluido una relación de pareja bajo unión libre. Este dato resulta

relevante, ya que evidencia que los servicios son principalmente utilizados por adolescentes que han iniciado su vida sexual o que viven (o han vivido) en pareja.

Tabla 4.1 Datos Sociodemográficos de las usuarias entrevistadas.

Datos SD	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Edad (años cumplidos)	16	19	15	16	19	18	17	16
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Estado conyugal	Soltera	Soltera	Soltera	Unión libre	Unión libre	Unión libre	Unión libre	Unión libre
Hijos	1	No tenía	No tenía	1	No tenía	No tenía	1	1
Nivel de estudios	Preparatoria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Preparatoria técnica	Secundaria	Secundaria (incompleta)	Secundaria (incompleta)
Embarazada al momento de la entrevista	No	No	Si	No	No	Si	No	No
Ocupación	Estudiante	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de la investigación.

Durante las observaciones de campo se identificó que varias adolescentes asistían acompañadas de sus parejas, especialmente aquellas que se encontraban embarazadas. Este hallazgo refuerza la idea de que las adolescentes con una vida reproductiva activa constituyen el principal grupo usuario de los servicios, pues cuatro de las ocho entrevistadas ya tenían un hijo y dos más estaban embarazadas al momento de la entrevista.

Al contrastar esta información con la observación en sala de espera, se advierte que la mayoría de las usuarias de estos servicios presentan características similares: edades entre 15 y 19 años, atención vinculada con el embarazo o el uso de métodos anticonceptivos postparto, y asistencia en compañía de sus parejas.

En relación con el nivel educativo, el más bajo fue primaria y el más alto preparatoria, predominando la secundaria en cinco de los ocho casos. En cuanto a la ocupación, las entrevistadas uno y cinco continuaban sus estudios de preparatoria, aunque también desempeñaban labores domésticas, al igual que cuatro de las participantes restantes. Las

dos restantes no estudiaban ni trabajaban, pero colaboraban en las tareas del hogar junto a sus madres, quienes eran las principales responsables del mismo.

Los hallazgos permiten identificar una correspondencia entre las características sociodemográficas de las adolescentes entrevistadas y el perfil general de las usuarias de los Servicios Amigables en Monterrey. La prevalencia de relaciones de pareja tempranas, la actividad reproductiva a corta edad y la atención médica vinculada principalmente a la reproducción reflejan una tendencia hacia la medicalización de la salud sexual, centrada en la maternidad y la prevención del embarazo, más que en una visión integral de los derechos sexuales y reproductivos. Estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer las políticas públicas que promuevan una educación sexual integral, el acceso equitativo a los métodos anticonceptivos y un acompañamiento institucional que garantice el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

4.2 Acceso a los Servicios Amigables

Como se plasmó en las características de la investigación, existe una ruta que los adolescentes deben seguir al momento del acceso a los Servicios Amigables, el ingreso, recepción información, sala de espera, atención en consultorios, referencia a servicios de otro nivel y salida. En cada uno de estos pasos, la confianza y seguridad deben estar presentes, pues con ello se garantizará un clima favorable para los usuarios, donde el personal del centro de salud (guardias, cajeros, farmacia, etc.) y el personal médico son fundamentales para la amigabilidad (SS, 2016b). En teoría la accesibilidad implica la ruta, el recorrido o el trayecto a seguir para la obtención del servicio, si se cumplen las normas establecidas para ello se consigue la eficacia y oportunidad (De Jesús y González, 2022).

Aunque esta ruta está bien establecida en el MAISSRA y que el personal de los centros de salud deben conocerla, la realidad suele ser contraria, pues al contrastar las experiencias de las entrevistadas y de los usuarios simulados con lo establecido en el manual, en cada uno de los pasos se presentaron múltiples barreras, las cuales llegaron hacer dicha ruta un camino tortuoso para las usuarias, exponiéndose de esta forma una brecha entre lo

establecido y la realidad, a continuación se desglosan cada uno de los pasaos a partir de la información recabada.

4.2.1 Ingreso a los Servicios Amigables

El ingreso a los Servicios Amigables constituye el primer contacto entre los adolescentes y el sistema de salud, momento decisivo para garantizar o vulnerar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En teoría, este proceso debería regirse por principios de accesibilidad, confidencialidad, respeto y orientación adecuada, tal como lo establece el Manual de los Servicios Amigables para Adolescentes (SS, 2016b). Sin embargo, los hallazgos de campo muestran que este paso inicial está mediado por barreras estructurales, simbólicas y actitudinales que condicionan la experiencia de las y los adolescentes desde el primer punto de contacto.

El análisis se presenta a partir de tres fuentes principales de información: observación participante y no participante, entrevistas con usuarias reales y la técnica del usuario simulado. Esta separación permite comprender cómo las dinámicas institucionales y las actitudes del personal de primer contacto (vigilancia, recepción y administrativo) impactan diferencialmente el acceso según el tipo de usuario y el centro de salud.

4.2.1.1 Observación participante y no participante

Durante las visitas de campo a los nueve centros de salud, se observaron diferencias notables en la forma en que se gestiona el ingreso. En la mayoría de los centros, el personal de vigilancia actuó como filtro de acceso, ejerciendo una función de control más que de acompañamiento. En repetidas ocasiones, los vigilantes cuestionaban a las adolescentes sobre el motivo de su visita, negaban la entrada si acudían solas o sin una cita previa, e incluso emitían juicios morales sobre su apariencia o edad.

Este comportamiento fue especialmente recurrente en los centros Nueva Morelos, Plutarco Elías Calles y Croc B, donde se documentaron actitudes de autoritarismo y negación del paso. Por el contrario, en los centros de Terminal y Tierra y Libertad (que cuentan con servicios amigables exclusivos) se observó una mayor disposición a orientar y facilitar el acceso, evidenciando la importancia del modelo institucional y la capacitación del personal.

A nivel de infraestructura, solo el centro Terminal cumplía con la señalización clara del servicio; los demás centros carecían de rutas visibles o carteles informativos, contradiciendo lo establecido por el MAISSRA (SS, 2016b). Asimismo, los horarios de atención eran inconsistentes: mientras el horario oficial debía ser de 9:00 a 15:00 hrs, en varios centros se suspendía la atención antes de las 14:00 hrs. Esta falta de uniformidad refleja una institucionalización débil del modelo y reproduce inequidades de acceso.

Si se analiza la información desde de teoría de Foucault, el papel del vigilante puede interpretarse como un dispositivo de poder que regula quién accede y bajo qué condiciones (Foucault, 1976). Su presencia, lejos de garantizar seguridad, se convierte en un mecanismo de control del cuerpo adolescente y de su sexualidad. La actitud del personal de seguridad evidencia un habitus institucional (Bourdieu, 1999a) que normaliza la desconfianza hacia los jóvenes y refuerza la idea de que su sexualidad debe ser vigilada y sancionada.

4.2.1.2 Entrevistas

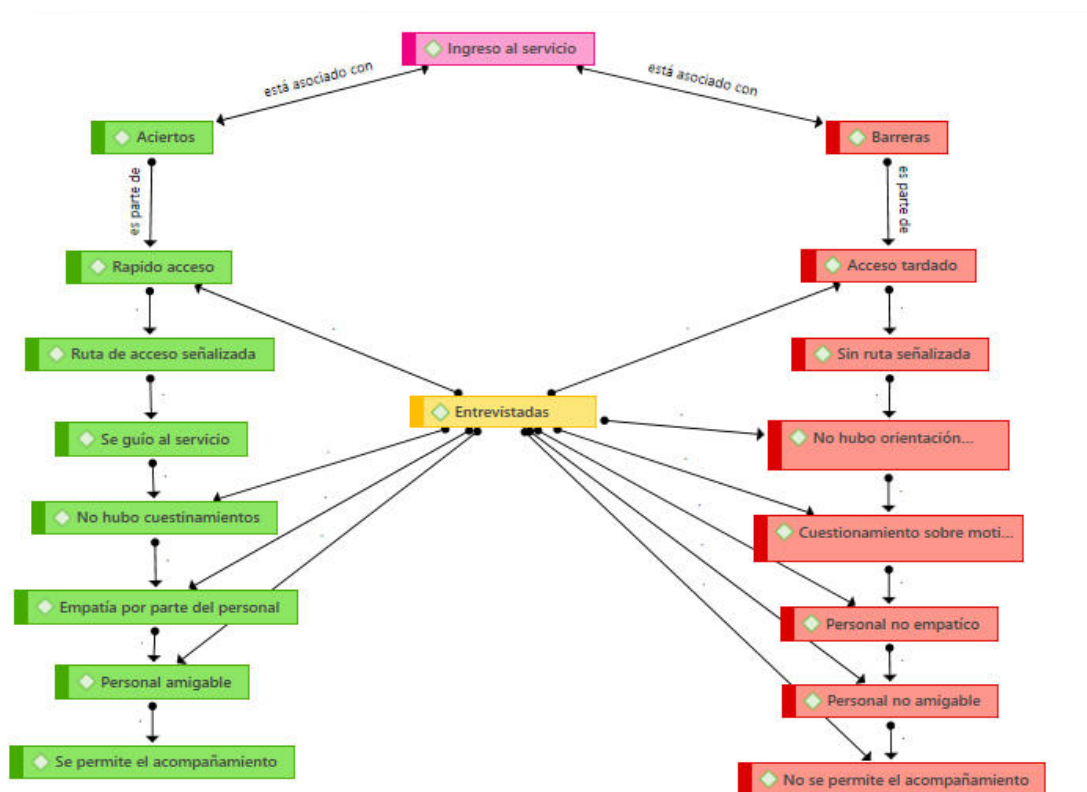
Las experiencias narradas por las ocho adolescentes entrevistadas confirman las tensiones observadas en los distintos centros de salud. En siete de los ocho casos, el ingreso se describió como una experiencia negativa marcada por barreras simbólicas y emocionales. Las adolescentes refirieron sentirse juzgadas, ignoradas o reprendidas al intentar acceder a los servicios, especialmente por parte de los guardias o del personal administrativo.

Estas experiencias reproducen un patrón adultocéntrico en la atención sanitaria, donde los adolescentes son percibidos como sujetos incompletos y moralmente sospechosos (Carrasco, 2020a). En consecuencia, la relación entre usuario y personal de salud se establece desde una asimetría de poder, donde el adulto define los límites del acceso y legitima su autoridad sobre los cuerpos jóvenes.

Solo una entrevistada, reportó una experiencia positiva: fue atendida sin cuestionamientos, percibió empatía del personal médico y valoró la rapidez en el acceso. Este caso, aunque minoritario, evidencia que la capacitación y la especialización del servicio tienen un efecto directo en la percepción de amabilidad y confianza.

Las categorías emergentes de las entrevistas pueden agruparse en dos ejes, los cuales se exponen a continuación en la imagen 4.1.

Imagen 4.1 Aciertos y barreras en el ingreso al servicio de salud según entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados

La comparación entre las experiencias (aciertos y barreras) refuerza la idea de que el ingreso a los Servicios Amigables no depende exclusivamente de las normas establecidas, sino de la disposición subjetiva del personal que actúa como intermediario entre el adolescente y el sistema. Como señalan Camacho y Morales (2019), la amabilidad institucional se construye en la interacción cotidiana, no en la regulación formal.

Asimismo, los testimonios reflejan cómo las adolescentes asocian la “*amigabilidad*” con el reconocimiento y la empatía más que con la rapidez del trámite. Cuando el personal mostró comprensión, respeto y discreción, la percepción del servicio cambió significativamente. Este hallazgo coincide con lo que plantea la OPS (2021a), al señalar

que el primer contacto influye directamente en la continuidad de la atención y en la confianza hacia el sistema de salud.

Por otra parte, las entrevistas evidencian que el control institucional sobre la sexualidad adolescente sigue marcado por sesgos de género. Las adolescentes embarazadas o solas fueron más propensas a recibir juicios o interrogatorios, lo cual coincide con lo que Pineda Esquivel (2020) denomina “*moralización del cuerpo femenino*” en los servicios de salud. De acuerdo con Meneses y Álvarez (2021), esta moralización constituye una forma de violencia simbólica que desincentiva la búsqueda oportuna de atención y reproduce desigualdades en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

Estos hallazgos revelan un contraste entre la amigabilidad prescrita por el MAISSRA (SS, 2016b) y la amigabilidad percibida por las usuarias. La mayoría experimentó un ingreso hostil, poco empático y cargado de juicio moral; solo una logró acceder en condiciones cercanas a las ideales del modelo. Tal disparidad demuestra que la “puerta de entrada” a los servicios sigue siendo el punto más frágil del sistema y que su mejora requiere más que capacitación: demanda una transformación cultural dentro del personal de salud, orientada al respeto, la empatía y el reconocimiento pleno de los adolescentes como sujetos de derechos

4.2.1.3 Usuarios simulados

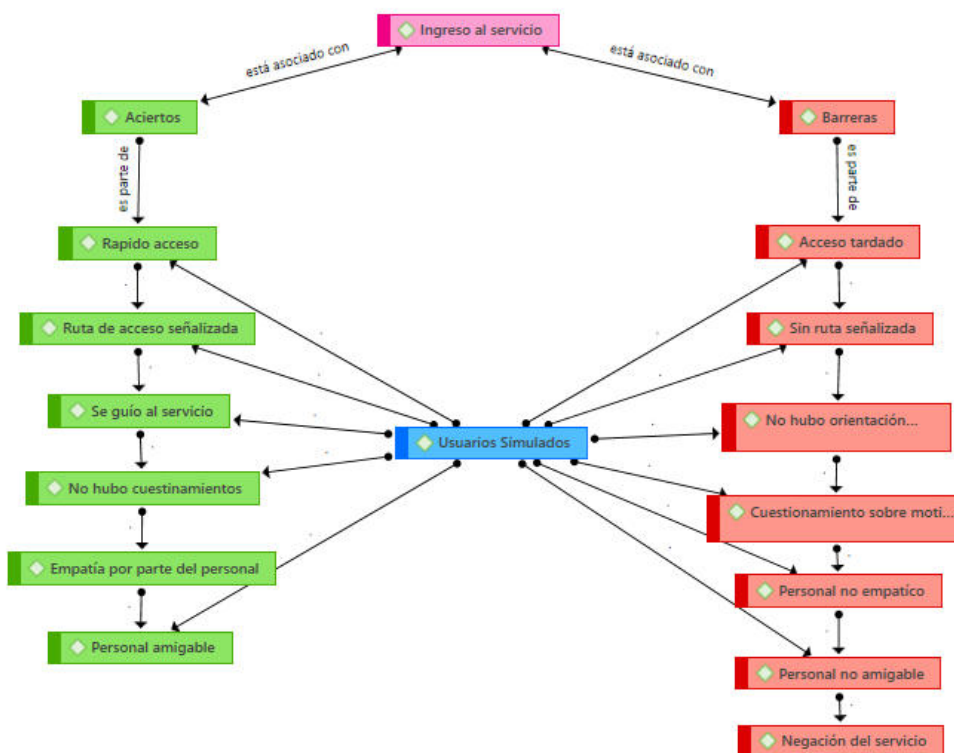
El trabajo con usuarios simulados permitió profundizar en la variabilidad institucional del ingreso. En total se realizaron 23 visitas a los nueve centros de salud, aunque el diseño original contemplaba 18 (dos por cada centro). Las visitas adicionales fueron necesarias debido a la negación reiterada del servicio, lo que confirma la existencia de barreras estructurales.

Los principales motivos de negación identificados fueron:

1. **Desconocimiento del servicio:** En el centro Croc B, tanto el guardia como el personal de recepción afirmaron desconocer la existencia del programa de Servicios Amigables.

2. Restricción por zona de residencia: En Plutarco Elías Calles, el acceso fue negado porque los usuarios no residían en el área de adscripción del centro, contraviniendo el principio de universalidad del MAISSRA.
3. Horarios inflexibles: En Nueva Morelos, el servicio se suspendía antes del horario oficial; el usuario simulado masculino tuvo que regresar tres veces antes de ser atendido.

Imagen 4.2 Aciertos y barreras en el ingreso al servicio de salud según usuarios simulados



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados

Estos hallazgos evidencian una contradicción entre el marco normativo y la práctica cotidiana: mientras el modelo promueve atención gratuita y accesible para todos los adolescentes, las clínicas operan con lógicas burocráticas que condicionan el acceso a criterios administrativos o territoriales.

Desde una perspectiva sociológica, esta negación no debe entenderse como un error aislado, sino como un reflejo del habitus institucional que jerarquiza a los usuarios según su pertenencia territorial o social. Como plantea Gordillo (2021), el uniforme y el rol de

autoridad otorgan al personal de seguridad un poder simbólico para decidir quién tiene derecho a pasar y quién no, reproduciendo dinámicas de exclusión legitimadas por la estructura.

Con respecto a los aciertos (véase imagen 4.2) no fueron generalizados, pero sí reveladores del potencial transformador del modelo cuando las condiciones institucionales se cumplen. Destacaron principalmente en los centros Terminal y Tierra y Libertad, donde los usuarios simulados reportaron experiencias de ingreso más fluidas, con trato respetuoso, orientación clara y acompañamiento discreto.

En ambos centros, el personal de vigilancia y recepción mostró disposición para guiar a los adolescentes hacia el consultorio correspondiente, evitando juicios o preguntas invasivas sobre el motivo de la consulta. Este tipo de atención refleja una apropiación institucional del enfoque de derechos, donde la accesibilidad no se entiende solo como infraestructura o normativa, sino como una práctica cotidiana sustentada en la empatía y el reconocimiento del adolescente como sujeto autónomo.

Tal como lo sostiene la OPS (2021b) los servicios amigables se definen más por las actitudes del personal que por la existencia del espacio físico; la “amigabilidad” es una cualidad relacional que se construye en el primer contacto. En este sentido, la disposición a orientar y la ausencia de juicios morales observadas en algunos centros constituyen evidencias de capital simbólico positivo (Bourdieu, 1999), acumulado a partir de prácticas reiteradas de respeto y reconocimiento.

Asimismo, los usuarios simulados percibieron que en estos espacios el trato fue personalizado, lo que redujo la ansiedad y la sensación de desconfianza común en los primeros contactos con instituciones sanitarias. Este tipo de interacción, basada en la comunicación clara y el respeto, cumple con los lineamientos del MAISSRA (SS, 2016b) y con las recomendaciones del UNFPA (2020), que subrayan la importancia del vínculo de confianza para garantizar la continuidad en la atención de la salud sexual y reproductiva adolescente.

En términos generales, los aciertos más relevantes fueron:

- Presencia de señalización visible y rutas identificables hacia el servicio (Terminal y Tierra y Libertad).
- Actitudes empáticas y orientación sin juicios de valor por parte de algunos vigilantes y administrativos.
- Respeto a la confidencialidad durante el ingreso.
- Fluidez en el acceso cuando existía personal sensibilizado en el enfoque adolescente.

Estos elementos demuestran que la amigabilidad no es una abstracción, sino una práctica posible cuando las estructuras institucionales y la formación del personal convergen en torno al enfoque de derechos.

A pesar de los aciertos, la mayoría de las experiencias reportadas por los usuarios simulados evidenciaron barreras sistemáticas y persistentes. Estas no se limitan a errores operativos, sino que expresan una cultura institucional adultocéntrica y jerárquica (Carrasco, 2020b) que deslegitima la sexualidad adolescente y condiciona el acceso al servicio.

La negación o desconocimiento del servicio donde el personal de seguridad y recepción manifestó no saber de la existencia de los Servicios Amigables o negó el acceso argumentando que “no correspondía” al área o al domicilio del usuario. Este tipo de respuestas no solo evidencia una falla de comunicación interna, sino también una ruptura epistemológica dentro del propio sistema: el derecho a la atención se convierte en una concesión dependiente del saber del agente que custodia la puerta.

Foucault (1976) explica que en las instituciones modernas el control no se ejerce únicamente mediante la coerción, sino a través del saber autorizado. En este caso, el desconocimiento del servicio se traduce en poder: quien “no sabe” opera como filtro y define quién puede acceder al derecho.

Las barreras territoriales y administrativas fue otra barrera pues se negó la atención a los usuarios simulados por no residir en la zona o no estar afiliados, contradiciendo el principio de universalidad del MAISSRA. Este fenómeno, documentado también por Zúñiga (2021a), refleja un modelo de salud que sigue operando bajo lógicas de adscripción geográfica más

que de equidad y acceso efectivo. En términos de política pública, se trata de una discriminación estructural, pues condiciona el ejercicio de un derecho a la residencia, un criterio ajeno al enfoque de derechos humanos (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2003).

Los horarios irregulares y falta de disponibilidad también formo parte de las barreras, en Nueva Morelos se registraron múltiples intentos fallidos de ingreso debido al retiro anticipado del personal médico. Esta situación, también observada en campo, denota un déficit de institucionalidad y ausencia de supervisión administrativa. Como señalan Álvarez-Hernández (2019a) y Frenk (2010), cuando los servicios dependen de la voluntad individual del personal más que de reglas estandarizadas, se genera una atención arbitraria y desigual.

La Ausencia de señalización y orientación pareciera que no formaba parte de los servicios amigables, pues en siete de los nueve centros no existía señalización visible que identificara la ubicación de los Servicios Amigables. Ello generaba desorientación, dependencia del personal y pérdida de privacidad. Según el CNEGSR (2015), la ausencia de rutas claras constituye una barrera simbólica, porque comunica implícitamente que el servicio no tiene relevancia institucional.

La falta de confidencialidad y exposición del motivo de consulta, fue otra barrera pues los simulados tuvieron que explicar su motivo de consulta frente a otros pacientes o personal no vinculado al servicio. Esta práctica vulnera el principio de confidencialidad, piedra angular del enfoque adolescente. Como advierten Meneses y Álvarez (2021), la violación de la privacidad no solo inhibe la búsqueda de atención, sino que reproduce un estigma moral hacia la sexualidad juvenil, reforzando su silenciamiento.

Por último el trato moralizante y sesgo de género fueron otra barrera , aunque los simulados no reportaron insultos directos, se percibieron juicios implícitos sobre la edad y la naturaleza de la consulta, especialmente hacia la usuaria simulada. Esto coincide con lo observado en las entrevistas y en la literatura sobre violencia simbólica institucional (Bourdieu, 1999b; Pineda Esquivel, 2020), donde las adolescentes mujeres son más susceptibles de ser juzgadas o infantilizadas que sus pares varones.

En conjunto, estas barreras revelan que el ingreso a los Servicios Amigables opera bajo una lógica de selectividad institucional, donde el derecho a la atención no está garantizado por la norma, sino por la interpretación subjetiva del personal. La falta de señalización, la desinformación y la rigidez burocrática son síntomas de un sistema que aún prioriza la gestión interna sobre la accesibilidad social.

4.2.2 Recepción/información

El segundo paso corresponde cuando las adolescentes deben acudir a recepción, constituyendo esto el primer encuentro con el personal de salud (enfermero/a, auxiliar de enfermería) quien, de acuerdo con lo estipulado en el MAISSRA, debe tener una buena comunicación y admitir a todos los adolescentes sin importar su edad, sexo, apariencia, procedencia, estado civil o situación económica (SS, 2016b). Sin embargo, los hallazgos obtenidos desde la observación, las entrevistas y los usuarios simulados muestran que este proceso se encuentra atravesado por barreras administrativas, simbólicas y actitudinales, las cuales obstaculizan el acceso y contradicen los principios de gratuidad, confidencialidad y trato digno que rigen los Servicios Amigables.

4.2.2.1 Observación participante y no participante

Durante el trabajo de campo se constató que ninguno de los nueve centros de salud visitados contaba con un área de recepción diferenciada para adolescentes. Todos los usuarios, sin importar su edad o motivo de consulta, eran canalizados de manera obligatoria al departamento de cajas, donde se verificaba la afiliación, se solicitaba el motivo de consulta y se determinaba si debía realizarse algún pago. Esta dinámica refleja la ausencia de un filtro especializado y la primacía del trámite administrativo sobre la atención clínica.

En este sentido, el personal de cajas se convirtió en el primer punto de contacto con las y los adolescentes, asumiendo una función que, según el MAISSRA, debería corresponder al personal de enfermería o trabajo social, el cual debería estar capacitado para brindar orientación y preservar la confidencialidad (SS, 2016b). Tal situación contradice los principios de accesibilidad y atención integral señalados también por la NOM-047-SSA2-2015, donde se establece que los adolescentes deben ser atendidos en espacios amigables, libres de discriminación y con respeto absoluto a su privacidad.

La observación permitió identificar diferencias significativas entre centros. En algunos, como Tierra y Libertad, el personal de cajas no respetaba la privacidad de los adolescentes y comunicaba el motivo de consulta a otros trabajadores, exponiendo la información frente a otros usuarios. En contraste, en el Centro de Salud Terminal, el personal mostró mayor discreción y canalizó adecuadamente a las adolescentes hacia el consultorio correspondiente. Estas diferencias sugieren que la implementación del modelo depende más de la voluntad y sensibilización del personal que de la existencia formal de los Servicios Amigables.

Otro hallazgo relevante fue la asignación de consultorios con base en el AGEB de residencia, práctica que contradice el principio de libre acceso establecido por el MAISSRA. Dicha asignación, aunque administrativa, se traduce en una barrera territorial que retrasa la atención y puede limitar el derecho a la salud sexual y reproductiva, sobre todo en adolescentes que no cuentan con comprobante de domicilio o que viven fuera del área adscrita. Esta situación coincide con lo documentado por Zúñiga (2021a), quien señala que las lógicas de adscripción territorial reproducen desigualdades en el acceso a servicios públicos. Por lo tanto, la observación permitió constatar que la recepción, en lugar de ser un espacio de acogida e información, se convierte en un filtro burocrático que pone a prueba la capacidad de las y los adolescentes para desenvolverse dentro de un sistema adultocéntrico, poco flexible y carente de perspectiva de derechos.

4.2.2.2 Entrevistas

Las entrevistas realizadas a las adolescentes usuarias de los servicios revelaron que, aunque la mayoría eran derechohabientes, enfrentaron diversas barreras informativas y actitudinales al llegar a recepción. La falta de orientación sobre el proceso de atención y la exigencia de contar con cita previa fueron elementos recurrentes. Algunas entrevistadas refirieron que, si no conocían a la persona responsable del servicio, era difícil que las canalizaran directamente al consultorio amigable.

En los relatos destacan experiencias de trato amable y disposición positiva, pero también casos de maltrato verbal y descalificación, especialmente hacia adolescentes embarazadas. El testimonio de una entrevistada (E7) muestra cómo el personal de cajas adoptó un tono punitivo y despectivo:

E7/Mujer/17años/Unión libre/embarazada/secundaria/ama de casa:** El día que me tocó la consulta llegue temprano, como 20 minutos antes, ya había pasado a la guardia que ese día ni caras me hizo, como otras veces, pero los de caja no estaban, yo me quede sentada a esperarlos. Después de un rato, como 15 minutos le pregunte al de farmacia si había alguien y me dijo que fueron a comer y que esperara, ya había pasado un rato más y cuando regresaron me acerque y les dije vengo a consulta con la Dra. ** me preguntaron a qué hora era mi consulta y pues les digo 11:30, en eso se enojan y me dicen ¡Ya se te pasó, son las 11:40! Y les contesto, yo llegue temprano, pero ustedes no estaban y de la nada se enoja más y me dice ¡No seas mentirosa, nosotros aquí estábamos, solo salimos tantito a la tienda! Ya no les dije nada, mejor me quedé callada.*

Este fragmento ilustra una relación vertical donde la autoridad del personal se impone sobre la palabra de la usuaria. En concordancia con lo planteado por Pineda Esquivel (2020), este tipo de prácticas evidencia cómo las instituciones de salud operan como espacios de control moral, donde el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos adolescentes se somete a juicios de valor más que a criterios de atención médica.

La mayoría de las entrevistadas coincidió en que el proceso de recepción no garantiza confidencialidad ni orientación clara sobre el servicio. En algunos casos, (cuando eran las primeras citas) la falta de información llevó a que las adolescentes fueran atendidas en consultorios generales, sin saber que existía un espacio especializado. Esto coincide con lo que señalan Camacho y Morales (2019), quienes advierten que la falta de información oportuna y la desorganización institucional se constituyen en barreras estructurales que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

4.2.2.3 Técnica del usuario simulado

Los resultados obtenidos a través de la técnica del usuario simulado permiten observar con mayor claridad cómo las condiciones administrativas afectan el acceso real de los adolescentes a los Servicios Amigables. A diferencia de las usuarias entrevistadas, los usuarios simulados no estaban afiliados al sistema de salud, lo cual derivó en dos escenarios:

1. Se solicitó el CURP y comprobante de domicilio para su afiliación al centro
2. Se les indicó que debían pagar la consulta, con costos que variaron entre \$30 y \$270 pesos dependiendo del centro de salud.

Estos hallazgos muestran un desconocimiento generalizado del personal respecto al carácter gratuito del servicio, establecido claramente en el Manual de los Servicios Amigables (SS, 2016b) y en la NOM-047-SSA2-2015. El cobro, aunque simbólico, representa una barrera estructural que vulnera el principio de equidad, especialmente para adolescentes en situación de vulnerabilidad económica (Camacho y Morales, 2019).

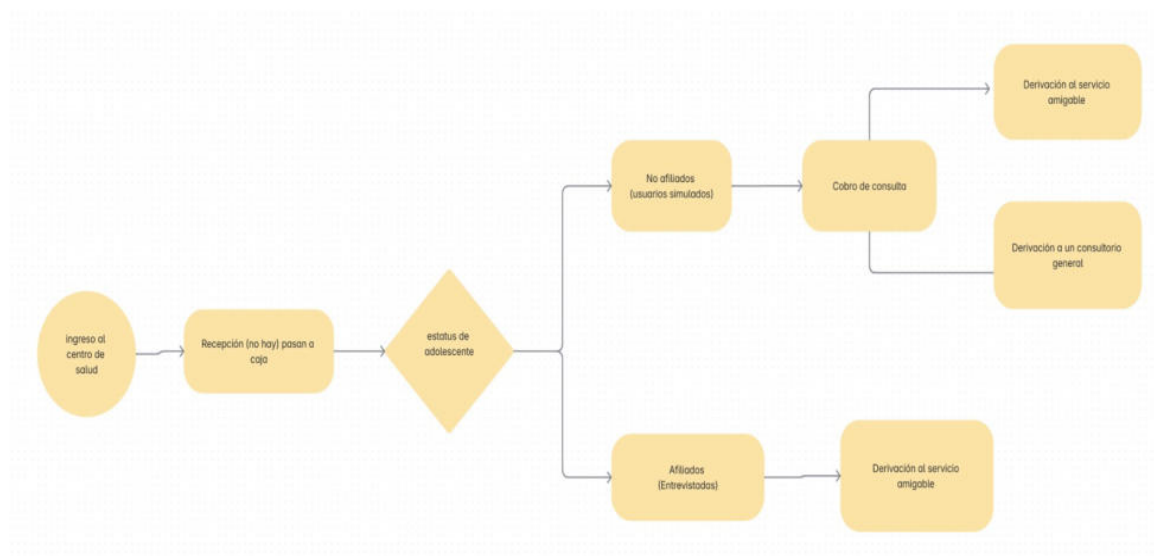
Asimismo, se documentó que en los centros Plutarco Elías Calles, Pío X y Arturo B. de la Garza, los usuarios simulados fueron canalizados a consultorios generales, a pesar de que en dichos centros existía un consultorio destinado a los Servicios Amigables. Esta canalización errónea refleja tanto la falta de conocimiento del personal sobre el modelo como la escasa institucionalización de este, lo cual ha sido identificado en otros estudios sobre la implementación de programas de salud adolescente en México (Álvarez-Hernández, 2019).

De manera particular, en algunos centros se registraron violaciones a la confidencialidad, cuando el personal gritaba el motivo de la consulta desde el área de cajas para solicitar al encargado “de sexualidad”, exponiendo así a las y los adolescentes frente a otras personas. Tal práctica contradice de forma directa los lineamientos del MAISSRA y los estándares internacionales de atención (UNESCO, 2017; OMS, 2015), que establecen la privacidad como condición indispensable para garantizar la confianza y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, también se registraron casos aislados de trato positivo, en los que el personal administrativo mostró empatía, discreción y disposición para orientar a los adolescentes o gestionar la exención del pago. Estos casos demuestran que, cuando existe conciencia y sensibilización, la implementación del modelo puede ser efectiva incluso en contextos institucionales limitados.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos a través de la observación participante, las entrevistas y la técnica del usuario simulado, el proceso de recepción e información presenta rutas diferenciadas que dependen del tipo de usuario y de su estatus dentro del sistema de salud. A fin de sintetizar estas trayectorias, se elaboró el siguiente diagrama, el cual muestra de manera esquemática el recorrido que siguen las y los adolescentes desde su ingreso al centro de salud hasta su posible canalización al consultorio de Servicios Amigables. Este esquema permite visualizar las divergencias estructurales entre usuarios afiliados y no afiliados, así como los puntos críticos donde se reproducen las barreras administrativas, económicas y actitudinales que condicionan el acceso efectivo al servicio.

Imagen 4.3 ingreso al servicio de salud, según tipo de usuario



Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

El recorrido que siguen las y los adolescentes para acceder a los Servicios Amigables revela una disociación profunda entre los lineamientos del modelo MAISSRA y las prácticas institucionales observadas. Tal como lo muestra el flujograma (Imagen 4.3), la etapa de recepción no existe como un espacio diferenciado y especializado para adolescentes, sino que todos los usuarios deben pasar por la caja, sin importar su edad o el tipo de consulta. Esta situación, lejos de facilitar el acceso, impone filtros burocráticos que desincentivan la continuidad del proceso.

Uno de los hallazgos más relevantes es la ausencia sistemática de un filtro de recepción especializado. La canalización inmediata al departamento de pagos refleja una concepción adultocéntrica del servicio, en la cual las necesidades particulares de los adolescentes no son reconocidas como diferenciadas ni prioritarias. Como plantea Carrasco (2020), el adultocentrismo institucional se manifiesta cuando las estructuras de atención no consideran la especificidad de la experiencia juvenil, reforzando así jerarquías simbólicas que colocan a las juventudes en un lugar de subordinación frente al sistema.

A esta invisibilización se suma la falta de claridad respecto a la gratuidad del servicio. Los cobros aplicados a los usuarios simulados constituyen una transgresión directa al principio de gratuidad que rige los Servicios Amigables según la Secretaría de Salud (SS, 2016b). Esto revela no solo desconocimiento normativo, sino una institucionalización de prácticas inequitativas que funcionan como mecanismos de exclusión. En efecto, como argumentan Camacho y Morales (2019), los cobros simbólicos o reales en servicios destinados a poblaciones vulnerables representan barreras estructurales que refuerzan las desigualdades en el acceso a derechos.

Otro hallazgo clave es la asignación de consultorios en función del AGEB de residencia, lo cual contradice el mandato de los Servicios Amigables de atender a cualquier adolescente sin importar su adscripción territorial. Esta lógica de adscripción, como documenta Zúñiga (2021b), responde más a criterios administrativos que a principios de justicia social o salud pública. Además, al canalizar a los usuarios simulados a consultorios generales (como ocurrió en los centros Plutarco y Elías Calles, se diluye la especificidad del servicio amigable, generando ambigüedad en la atención y desprotegiendo a los adolescentes frente a posibles prácticas estigmatizantes.

Particularmente preocupante es la violación de la confidencialidad en el proceso de caja, documentada en la clínica Tierra y Libertad, donde el motivo de consulta era compartido con el personal sin medidas de privacidad. Este hallazgo contradice los principios éticos fundamentales de la atención adolescente, entre ellos el derecho al anonimato y a la privacidad en los servicios de salud sexual y reproductiva. Tal como advierte UNESCO (2017), la confidencialidad es un prerrequisito indispensable para que las y los adolescentes accedan a los servicios de manera voluntaria y sin temor a ser juzgados o expuestos.

En contraste, el centro Terminal evidenció buenas prácticas en la canalización discreta, lo que confirma que las diferencias en la experiencia de atención no radican únicamente en las normas, sino en el grado de apropiación institucional que los distintos centros de salud hacen del modelo. Como señalan Sebert y Roa (2020), el enfoque de derechos requiere no solo marcos normativos robustos, sino también capacidades institucionales que garanticen su traducción práctica en las interacciones cotidianas.

Finalmente, la necesidad de contar con una cita previa para ser atendida en el servicio amigable (como lo reportaron las entrevistadas) añade una capa más de desigualdad. Esta condición favorece a quienes ya conocen el funcionamiento interno del centro y limita el acceso espontáneo o urgente, particularmente entre adolescentes que no cuentan con información suficiente. Como sostiene Reyes (2018), las políticas públicas que exigen agencia previa para ejercer derechos terminan beneficiando a quienes ya están integrados al sistema, reforzando así un patrón de exclusión acumulativa.

Por otra parte, el proceso de recepción observado en los centros de salud pone de manifiesto una fuerte ambivalencia en las prácticas del personal de primer contacto. Por una parte, los relatos de usuarias y usuarios simulados documentan experiencias donde el trato fue amable, respetuoso y empático. En estos casos, el personal de cajas evitó cuestionar el motivo de la consulta, ofreció información clara y, en algunos centros, buscó apoyar económicamente a los adolescentes sin afiliación mediante descuentos o gestiones para eximir el pago de consulta.

Estas prácticas reflejan un ejercicio positivo de agencia institucional, donde el trato humano se antepone a la rigidez administrativa. Sin embargo, estos casos son la excepción y no la

norma. De forma generalizada, el análisis evidencia una reproducción sistemática de prácticas institucionales discriminatorias, moralizantes y violatorias de derechos fundamentales.

4.2.3 Sala de espera

El tercer eslabón en la ruta del acceso a los Servicios Amigables es el tránsito hacia la sala de espera, espacio que, en teoría, debería constituir un entorno acogedor, separado del resto de la unidad de salud, y orientado a fortalecer la experiencia de atención de las y los adolescentes. El Modelo MAISSRA establece que la sala de espera debe estar diseñada para proteger la privacidad, reducir el estrés, acortar los tiempos de espera y fomentar la apropiación de los servicios a través de estrategias educativas (SS, 2016b). Sin embargo, los datos obtenidos en el trabajo de campo muestran que este espacio se ha convertido, en la mayoría de los casos, en un punto crítico de desprotección, incomodidad y desaprovechamiento institucional.

4.2.3.1 Observación participante y no participante

Desde la observación de campo, uno de los hallazgos más evidentes fue que siete de los nueve centros de salud carecían de una sala de espera exclusiva para adolescentes, incumpliendo las directrices del MAISSRA (SS, 2016b). Esta ausencia obligaba a los adolescentes a compartir espacios con población adulta, lo cual no solo vulnera su derecho a la privacidad, sino que genera incomodidad al ser potencialmente identificados por miembros de su comunidad. Esta situación fue particularmente notoria en clínicas ubicadas en zonas donde el centro de salud funge como nodo comunitario, haciendo altamente probable el encuentro con vecinos, familiares o figuras de autoridad local.

Además, la observación permitió registrar que el uso de la sala de espera como espacio educativo (con materiales, talleres o pláticas sobre salud sexual) era prácticamente inexistente. Solo un centro, Tierra y Libertad, cumplía con esta función pedagógica. En los demás, el adolescente permanecía en espera pasiva, sin acompañamiento institucional ni contenidos informativos disponibles.

Esta falta de aprovechamiento contrasta con las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS (2022) y la UNESCO (2017), que destacan la importancia de utilizar los espacios de atención médica como entornos educativos que refuercen la autonomía de los adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva. Además, el Comité de derechos económicos sociales y culturales de la ONU (2000) establece que el derecho a la salud implica también el derecho a la información, en condiciones adecuadas y accesibles.

Desde una perspectiva crítica, la ausencia de elementos educativos y la nula separación de espacios reproduce lo que Bourdieu (1999) denomina *violencia simbólica institucional*, siendo la normalización de condiciones estructurales que generan exclusión sin necesidad de sanciones explícitas. En este caso, la no adecuación del espacio comunica implícitamente que los adolescentes no son una prioridad del sistema.

4.2.3.2 Entrevistadas

En lo que respecta a las adolescentes entrevistadas describieron sentirse mucho más cómodas cuando la sala de espera era separada del resto del centro (como es el caso de la Clínica Tierra y Libertad). Este dato refuerza la idea de que el espacio físico no es neutro, sino que está cargado de significados sociales que influyen en la disposición a participar en el servicio. Al interrogar a las adolescentes en ¿sí para ellas es relevante esto? las adolescentes señalaron que se sentirían incomodidad, si tuvieran que esperar en donde puedan coincidir con adultos mayores, mujeres embarazadas o vecinos. Este hallazgo coincide con lo planteado por López Gómez (2021), quien sostiene que la arquitectura institucional actúa como un dispositivo de regulación simbólica: define quiénes pertenecen, quiénes incomodan y quiénes deben esperar en silencio.

Por otra parte, varias entrevistadas reconocieron que el acceso con cita previa facilitaba su atención en tiempos razonables (10 a 20 minutos). Sin embargo, aquellas que no contaban con cita reportaron esperas de hasta dos horas. Esta disparidad en tiempos, si bien podría justificarse desde la lógica administrativa, es un claro ejemplo de cómo el conocimiento institucional previo se convierte en un privilegio de acceso (Frenk, 2010). Las adolescentes

que sabían cómo “moverse” en el sistema accedían de forma más rápida; quienes no, eran penalizadas con la espera.

Además, se identificó que ninguna adolescente entrevistada fue informada durante la espera sobre temas de salud sexual, lo que revela una oportunidad institucional perdida para fortalecer procesos de autonomía, prevención y educación sexual. Como sostienen Meneses y Álvarez (2021), las salas de espera deberían entenderse como espacios potencialmente formativos y no meramente logísticos.

4.2.3.3 Usuarios simulados

Con relación al usuario simulado, al no contar con afiliación previa ni conocimiento institucional, enfrentaron condiciones aún más desiguales. En los centros donde no existía sala separada, fueron enviados a la sala general sin recibir información sobre tiempos de espera, condiciones de atención o el tipo de servicio al que accederían. En varios casos, ni siquiera fueron referidos al consultorio amigable, siendo canalizados a medicina general o promoción de la salud, contraviniendo el principio de atención diferenciada que establece el MAISSRA (SS, 2016b).

Esta experiencia confirma lo que Álvarez-Hernández (2019b) denomina la “brecha entre el modelo y la práctica”: un desfase estructural donde el diseño normativo no logra permear en la operación cotidiana de los servicios. En este caso, la falta de protocolos claros para canalizar adecuadamente a los adolescentes genera una situación de abandono institucional, donde la experiencia de espera se convierte en una antesala de frustración o rechazo.

Adicionalmente, los usuarios simulados reportaron que la espera sin cita fue significativamente más larga, en algunos casos superior a dos horas, lo cual refuerza la percepción de que el acceso está mediado por la suerte, la insistencia o la capacidad de negociación. Esta lógica contradictoria con el enfoque de derechos fortalece la idea de que el acceso no es universal, sino condicional (Camacho y Morales, 2019).

En conclusión, el análisis de los tres ejes de información (observación, entrevistas y usuarios simulados) permite postular que la sala de espera no es solo un espacio físico: es un espacio social que comunica jerarquías, prioridades y exclusiones. Su ausencia o

deficiencia tiene efectos concretos sobre el derecho a la privacidad, a la información y al acceso digno de los servicios.

Desde una mirada institucional crítica, se evidencia que la implementación del modelo MAISSRA carece de mecanismos que garanticen su cumplimiento efectivo en todos los niveles. La falta de espacios diferenciados, la inequidad en tiempos de espera y el desaprovechamiento educativo reflejan una atención que aún está más centrada en la administración que en el sujeto adolescente.

4.2.4 Atención en consultorio

4.2.4.1 Observación participante y no participante

Desde la observación participante y no participante, se identificaron importantes disparidades en la calidad de la atención brindada en los centros de salud, dependiendo del tipo de servicio (exclusivo o mixto). En los centros exclusivos, el personal médico (generalmente mujeres) mostró actitudes empáticas, trató a los adolescentes con respeto y generó espacios de confianza. En cambio, en los centros mixtos, la atención fue más irregular: se observaron prácticas como delegar funciones médicas al personal de enfermería, ausencia del personal en el horario establecido, y atención superficial centrada exclusivamente en el motivo de consulta, sin profundizar en temas de salud sexual más amplios.

Estas situaciones evidencian la falta de institucionalización apegada del modelo MAISSRA, el cual estipula una atención integral, empática y diferenciada para adolescentes (SS, 2016b). Como sostiene Álvarez-Hernández (2019), en muchos sistemas públicos de salud latinoamericanos, la brecha entre el diseño del modelo y su implementación práctica genera condiciones de acceso desiguales, donde la calidad del servicio depende de la disposición individual del personal más que de una cultura institucional consolidada.

Asimismo, se observó una falta de suministros anticonceptivos, que no se explica por su ausencia real, sino por la negación institucional para suministrarlos, sobre todo a menores de edad. Esta práctica contradice tanto el MAISSRA como los compromisos internacionales del Estado mexicano en materia de derechos sexuales, al condicionar el acceso a métodos

anticonceptivos a la autorización de terceros, lo que vulnera la autonomía progresiva de los adolescentes (UNFPA, 2018).

4.2.4.2 Entrevistadas

Respecto a las entrevistadas reportaron experiencias positivas en la consulta, sobre todo cuando fueron atendidas por mujeres. Relataron sentirse en confianza, comprendidas y sin temor al juicio o la crítica. No obstante, también expresaron que la atención no siempre profundizaba más allá del motivo inicial de la consulta, a pesar de tratarse de un servicio que, según el MAISSRA, debería explorar de forma integral aspectos emocionales, sociales y reproductivos.

Además, las entrevistadas sí fueron sujetas de un proceso clínico completo: apertura de expediente, toma de signos vitales y seguimiento de casos. Esta diferencia respecto a los usuarios simulados revela una disparidad institucional en la manera en que se gestiona el acceso a la atención. Como advierte Sebert (2020), cuando el trato médico depende del vínculo previo o del conocimiento del funcionamiento institucional, el sistema opera en función de “capital institucional acumulado”, reproduciendo desigualdades entre quienes saben cómo acceder y quienes no.

Otro elemento relevante fue la percepción de seguridad cuando eran atendidas por mujeres. Las adolescentes confiaban más este tipo de persona que en los varones, lo cual no debe interpretarse como una cuestión de afinidad personal, sino como un reflejo de las dinámicas de poder y género en los espacios clínicos. Como sostiene Pineda Esquivel (2020), las relaciones médico-paciente están atravesadas por estructuras simbólicas que colocan a los cuerpos femeninos en situaciones de mayor control, escrutinio y moralización, especialmente cuando se trata de sexualidad adolescente.

4.2.4.3 Usuarios simulados

Por último, los hallazgos derivados de la técnica de usuario simulado muestran que, en muchos casos, la consulta médica no fue garantizada conforme a los principios del modelo. En varios centros, estos usuarios fueron enviados a consulta general o promoción de la salud, sin que se les abriera un expediente clínico, ni se documentara su motivo de consulta, lo cual constituye una violación directa al modelo de atención (SS, 2016b).

Asimismo, se denunciaron prácticas de violencia simbólica y moralización del cuerpo adolescente, especialmente hacia la usuaria simulada, la cual reportó haber recibido juicios, regaños y actitudes punitivas por parte de médicos varones, quienes asumían roles de autoridad moral (“como si fueran padres o abuelos”), desdibujando el rol profesional y generando un ambiente hostil. En cambio, el usuario simulado varón no reportó experiencias similares de violencia, lo que pone en evidencia una asimetría de género en la atención.

Este patrón coincide con lo reportado por la OMS (2018a), que advierte que las inequidades de género en salud no se limitan al acceso, sino también a la calidad de la interacción: las mujeres, especialmente adolescentes, enfrentan mayor exposición a prácticas de control, infantilización y culpabilización cuando abordan temas de sexualidad y reproducción. Esta desigualdad, además de reproducir estereotipos, limita el derecho de las adolescentes a ejercer su autonomía sexual y reproductiva.

La negativa sistemática al acceso a métodos anticonceptivos para menores de edad, salvo que estén acompañadas de una figura adulta (pareja o tutor), también refuerza una lógica adultocéntrica que contradice el principio de progresividad en derechos. Como señala Barrón y Rivas (2018), cuando las instituciones condicionan el acceso a servicios con base en edad o estado civil, están reproduciendo estructuras de poder que privilegian ciertos cuerpos y experiencias sobre otros.

Los tres enfoques analizados revelan que, si bien existen experiencias positivas y personal comprometido, el sistema aún no garantiza de forma universal, equitativa y libre de discriminación el acceso a una consulta médica respetuosa, confidencial y no moralizante para adolescentes. La atención en consultorio sigue estando mediada por tres factores estructurales:

- El tipo de centro de salud (exclusivo vs mixto), que condiciona la calidad de la atención.
- El perfil del profesional de salud, donde las médicas suelen generar mayor confianza y los médicos hombres reproducen patrones de autoridad moral.

- El género del usuario, con las adolescentes mujeres enfrentando mayores obstáculos que los varones, incluso en situaciones equivalentes.

Estos factores deben ser abordados desde una política pública con enfoque interseccional, de género y derechos humanos, que no solo capacite al personal, sino que transforme la cultura institucional, fortalezca mecanismos de supervisión y garantice condiciones materiales adecuadas para la atención (OPS, 2021; UNFPA, 2018).

4.2.5 Referencia a Servicios de Otro Nivel

4.2.5.1 Observación participante y no participante

Durante la observación participante y no participante, la referencia de adolescentes a otros niveles de atención fue escasa, lo que en apariencia puede interpretarse como una buena práctica conforme a lo estipulado en el MAISSRA (SS, 2016b), que indica que estas derivaciones deben minimizarse para evitar la pérdida de continuidad en la atención. Sin embargo, esta ausencia de referencias también puede deberse a la falta de protocolos claros o al deseo del personal médico de no complicar la ruta de atención ante la falta de insumos, infraestructura o claridad institucional sobre los procesos de derivación.

El único caso registrado de referencia fue altamente problemático: una adolescente con diagnóstico avanzado de VPH fue referida al Hospital Metropolitano. Lo grave de este caso radica en que, al tratarse de una condición clínicamente severa, el personal tomó fotografías del área afectada sin el consentimiento de la paciente, vulnerando gravemente los principios de confidencialidad, autonomía y trato digno. Según el Comité de Derechos del Niño (2003), toda acción médica con adolescentes debe contar con consentimiento informado, respetando su autonomía progresiva.

Este tipo de prácticas (aunque excepcionales) revelan una dimensión preocupante: la instrumentalización del cuerpo adolescente con fines clínicos o académicos, sin considerar su dignidad ni consentimiento. Tal como sostiene Pineda Esquivel (2020), el cuerpo de las adolescentes sigue siendo un “territorio de control y vigilancia” por parte de las instituciones, especialmente cuando se asocia a experiencias sexuales o reproductivas.

4.2.5.2 Entrevistadas

Con respecto a las adolescentes entrevistadas relataron que, en más de una ocasión, fueron referidas a otras unidades de salud para la realización de estudios o análisis clínicos debido a la falta de insumos o capacidades resolutivas en la clínica de primer contacto. Esta situación, aunque comprensible desde el punto de vista institucional, se vivió con incomodidad, frustración y desgaste por parte de las usuarias. En sus palabras, la referencia implicaba una barrera económica, logística y emocional, especialmente considerando sus condiciones de vida y los escasos recursos disponibles para asumir traslados, gastos y tiempos de espera.

E2/Mujer/19 años/Soltera/Sin Hijos/secundaria/ayudante del hogar: Ya varias veces me han mandado a hacer estudios a otras partes [...] pos es más gasto de dinero, más traslados, lo que me cobran por hacer los estudios, pero uno debe tratar de entender que no tienen lo necesario. Aunque si es un gasto y sí es un problema [...] me gustaría que todo eso estuviera ahí en la clínica, porque pues, ir a otra clínica, es ir temprano, y luego ir a recogerlos y todo eso, pues, sí es batalloso.

Este testimonio visibiliza cómo la carga financiera y de tiempo recae de forma desproporcionada en las adolescentes, quienes deben adaptar sus rutinas y presupuestos a las limitaciones institucionales. Si bien el personal médico procura resolver las necesidades dentro de la clínica, la carencia estructural de equipos, materiales y servicios de apoyo diagnóstico hace que estas usuarias sean sistemáticamente derivadas, muchas veces sin un acompañamiento claro o sin considerar su situación socioeconómica.

Otro caso relevante es el de una adolescente embarazada, quien compartió:

E6/Mujer/18 años/Unión libre/Embarazada/secundaria/Ama de casa: Esta mal que te manden a otra parte, porque no saben si tienes dinero o no, a mí me mandaron a Unidad Modelo a hacerme un estudio, pero yo no me

lo hice ahí, yo lo hice por afuera (...) Porque era urgente que los entregara, porque ya tenía 2 meses yo de embarazo.

Este segundo relato revela no solo las limitaciones del sistema público, sino también la forma en que las usuarias resuelven las carencias institucionales a través del sector privado, incluso en contextos de vulnerabilidad. En este caso, la urgencia clínica (vinculada con un embarazo en curso) llevó a la adolescente a pagar por estudios fuera del sistema público, priorizando el tiempo de entrega sobre la gratuidad formal del servicio.

Estos testimonios reflejan una tensión estructural entre el principio de accesibilidad universal y la realidad de los servicios fragmentados, donde el acceso efectivo a la salud depende no solo de la oferta disponible, sino de la capacidad individual para sortear los obstáculos institucionales (Camacho y Morales, 2019; Frenk, 2010). Desde el enfoque de derechos, esta situación representa una violación al principio de equidad, ya que quienes no pueden pagar o trasladarse terminan postergando o abandonando su atención médica, perpetuando ciclos de desigualdad y riesgo.

Además, estos relatos también cuestionan la idea de que los servicios de salud “públicos y gratuitos” son suficientes en sí mismos. Como plantea Meneses (2021), el acceso no debe evaluarse únicamente por la existencia del servicio, sino por su calidad resolutive, proximidad, integralidad y adecuación cultural y social. La derivación, si bien institucionalmente regulada, se convierte así en una experiencia de desarraigo clínico y exclusión logística que impacta negativamente en la salud de las adolescentes.

4.2.5.3 Usuarios simulados

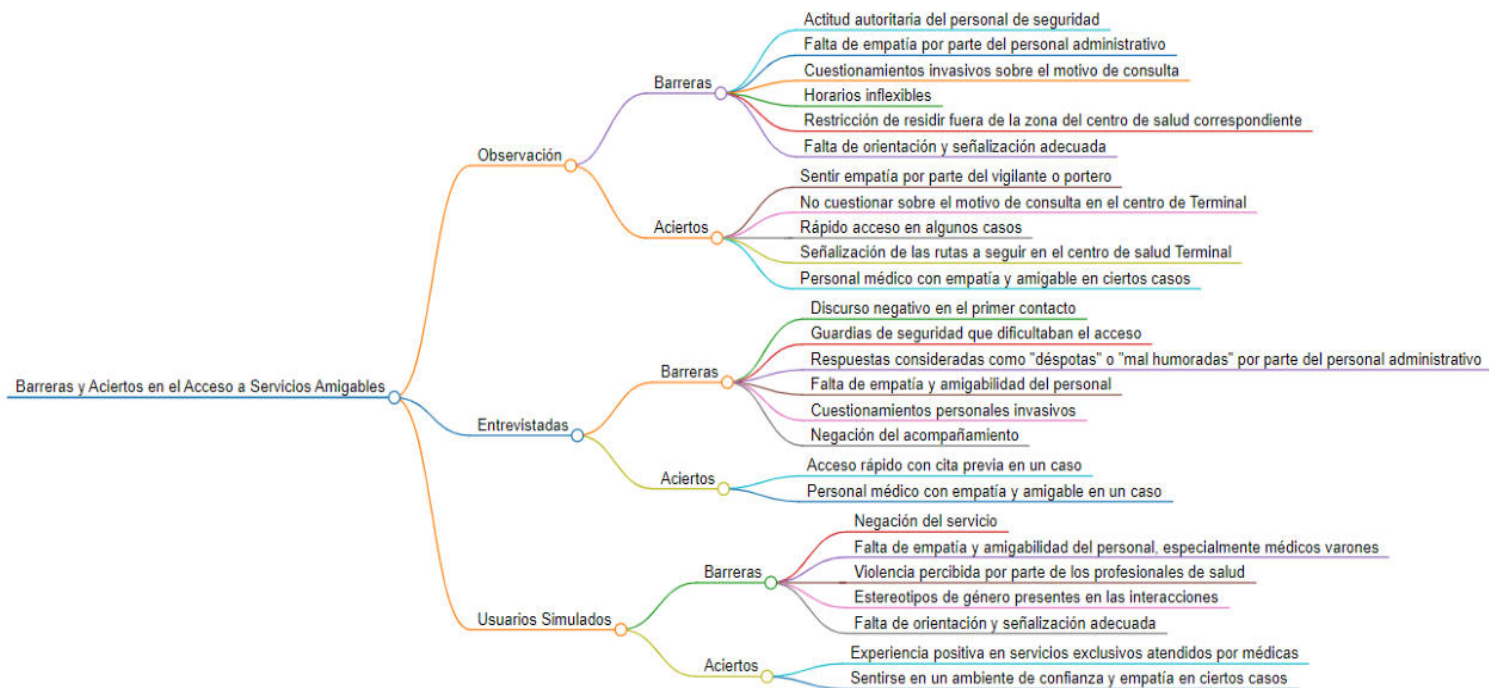
En el caso de los usuarios simulados, no se identificaron referencias a otros niveles de atención, ni tampoco procesos explícitos de canalización para estudios complementarios. Esto podría deberse a dos razones:

- Los simulados no fueron atendidos en profundidad, y por tanto no se identificaron necesidades clínicas que justificaran la referencia.
- El personal médico evitó referir para no exponerse a críticas institucionales sobre falta de capacidad resolutive.

Esto último es consistente con lo señalado por Álvarez-Hernández (2019a), quien plantea que, en los servicios públicos de salud en México, la referencia a otro nivel se interpreta a menudo como un “fracaso operativo” y no como parte de una red integrada de atención. En consecuencia, se evita referir a los pacientes, incluso cuando es clínicamente indicado, perpetuando una atención incompleta o superficial.

Otra posible explicación es la ausencia de protocolos claros de referencia específicos para adolescentes, que contemplen su situación económica, nivel de comprensión del sistema de salud y derechos particulares. Según la NOM-005-SSA2-2016, la referencia debe ser consensuada, documentada y acompañada, lo cual no fue evidente en ninguna de las atenciones simuladas.

Imagen 4.4 Mapa de las barreras y aciertos en el acceso a los Servicios Amigables



Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

Es fundamental exponer las barreras y los aciertos que experimenta la población de estudio al acceder a los servicios amigables, ya que este análisis proporciona una comprensión

profunda de los desafíos y las oportunidades que enfrentan las personas al buscar atención médica. Identificar y comprender estas barreras y aciertos es esencial para desarrollar estrategias efectivas que promuevan la equidad en el acceso a la atención médica y mejoren la calidad de los servicios prestados.

Al analizar la imagen 4.4 se puede observar que las barreras que experimentó la población de estudio se pueden conjuntar en 5 grandes categorías:

1. Actitud autoritaria del personal de seguridad: Esta barrera refleja una falta de empatía y respeto por parte del personal de seguridad, lo cual puede generar un ambiente intimidante y poco acogedor para los usuarios. Una actitud autoritaria puede dificultar la comunicación efectiva y la confianza entre el personal y los adolescentes que buscan atención médica.
2. Falta de empatía y amigabilidad del personal administrativo: La falta de empatía por parte del personal administrativo puede impactar negativamente en la experiencia de los usuarios, haciéndolos sentir desatendidos o incomprendidos. La amabilidad y la empatía son aspectos fundamentales para brindar una atención de calidad y respetuosa.
3. Cuestionamientos invasivos sobre el motivo de consulta: Los cuestionamientos invasivos pueden vulnerar la privacidad y la dignidad de los adolescentes, creando un ambiente de desconfianza y vulnerabilidad. Es importante respetar la confidencialidad de los usuarios y no realizar preguntas intrusivas que puedan generar incomodidad.
4. Horarios inflexibles y restricción de residir fuera de la zona del centro de salud correspondiente: Los horarios inflexibles y las restricciones geográficas pueden limitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, especialmente si tienen dificultades para desplazarse o si no pueden ajustarse a los horarios establecidos. Estas barreras pueden impedir que los usuarios reciban la atención médica oportuna que necesitan.
5. Falta de orientación y señalización adecuada: La falta de orientación y señalización puede dificultar la ubicación de los Servicios Amigables dentro de los centros de salud, generando confusión y aumentando el estrés de los usuarios. Una señalización

clara y una orientación adecuada son elementos clave para facilitar el acceso y la navegación en los servicios de salud.

El análisis de las barreras en el acceso a los Servicios Amigables revela aspectos críticos que impactan negativamente en la experiencia de los adolescentes que buscan atención médica. Estas barreras no solo dificultan el acceso a los servicios de salud, sino que también vulneran los derechos fundamentales de los usuarios, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

La actitud autoritaria del personal de seguridad y la falta de empatía del personal administrativo crean un ambiente poco acogedor y deshumanizado en los centros de salud, lo que puede generar sentimientos de intimidación y desconfianza en los adolescentes. Estas actitudes contravienen los principios de respeto y dignidad en la atención médica, afectando la relación de cuidado entre los profesionales de la salud y los usuarios.

Los cuestionamientos invasivos sobre el motivo de consulta representan una violación a la privacidad y la confidencialidad de los adolescentes, lo cual puede generar incomodidad y vulnerabilidad en los usuarios. Estas prácticas no solo obstaculizan el acceso a la atención médica, sino que también pueden disuadir a los jóvenes de buscar ayuda profesional cuando la necesitan, afectando su bienestar y salud.

Por otro lado, los horarios inflexibles y las restricciones geográficas limitan la accesibilidad de los adolescentes a los servicios de salud, especialmente aquellos que enfrentan dificultades para desplazarse o que residen fuera de la zona del centro de salud correspondiente. Estas barreras geográficas y temporales pueden impedir que los usuarios reciban la atención médica oportuna, lo que afecta su derecho a la salud y al bienestar.

La falta de orientación y señalización adecuada dentro de los centros de salud dificulta la navegación de los usuarios, generando confusión y estrés durante su visita. Una señalización clara y una orientación adecuada son elementos esenciales para facilitar el acceso a los servicios de salud y garantizar una experiencia positiva para los adolescentes.

Abordar estas barreras requiere un enfoque integral que promueva la empatía, la amigabilidad, el respeto a la privacidad y la accesibilidad en los servicios de salud. Es

fundamental garantizar que los adolescentes reciban una atención médica digna, respetuosa y libre de obstáculos, en línea con los principios de los derechos humanos y la salud pública.

Con relación a los aciertos que hay en los servicios amigables, estos son menores que las barreras; sin embargo, es importante resaltar el acceso rápido, contar con personal médico con empatía, amigable y sentirse en confianza son elementos por destacar dentro del acceso a los servicios. Pues el enfoque centrado en los derechos humanos en la atención médica para adolescentes destaca por su compromiso con la equidad, la dignidad y la autonomía de los usuarios. Al reconocer y promover los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes como pilares fundamentales, se garantiza que reciban servicios de salud de manera respetuosa y confidencial, contribuyendo así a su bienestar integral. Esta perspectiva resalta la importancia de asegurar un acceso equitativo y libre de discriminación a los servicios de salud, en línea con marcos legales y normativas como la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, que respaldan la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud.

Además, la perspectiva de los derechos humanos en la atención médica para adolescentes permite identificar violaciones a los derechos de los usuarios y proponer acciones concretas para mejorar la calidad y accesibilidad de la atención. Esta mirada crítica resalta la importancia de respetar la privacidad, la dignidad y la igualdad de género en la prestación de servicios de salud, promoviendo un ambiente inclusivo y respetuoso. Asimismo, la capacitación continua del personal sanitario en derechos humanos, igualdad de género y diversidad es fundamental para fortalecer la calidad de la atención médica y crear un entorno propicio para la confianza y el respeto mutuo entre el personal de salud y los adolescentes.

La identificación de desafíos en el acceso a los Servicios Amigables, junto con propuestas concretas para abordar dichos obstáculos, refleja una voluntad de mejora en la calidad y accesibilidad de la atención médica para los adolescentes. Reconocer las barreras existentes y proponer soluciones específicas es clave para implementar cambios efectivos que garanticen un acceso equitativo a los servicios de salud, promoviendo la igualdad de oportunidades para todos los usuarios. En conjunto, estos aciertos en el acceso a los Servicios Amigables reflejan un enfoque integral y basado en los derechos humanos en la

prestación de servicios de salud para adolescentes, avanzando hacia la construcción de un sistema de salud más inclusivo, respetuoso y accesible para todos los usuarios.

4.2.7 Principios de los Servicios Amigables vinculados con el trato y acceso

Es crucial destacar que el acceso está influenciado por cuatro de los nueve principios asociados al trato, específicamente:

- Equidad
- Celeridad
- Privacidad
- Oportunos

El primero, la equidad, reconoce la diversidad en la calidad y condiciones de vida que experimentan los adolescentes. La atención debe ser equitativa, priorizando la provisión de servicios tanto para hombres como para mujeres, enfocándose en aquellos usuarios de escasos recursos y grupos minoritarios (SS, 2016b).

Bajo estas premisas, el principio de equidad adquiere relevancia, ya que resalta la necesidad de inclusión de todos los adolescentes sin distinción de género, raza o condición étnica. En este contexto, el concepto de equidad se transforma en una cuestión política, dado que implica la potencial influencia de las acciones humanas en la modificación de las circunstancias para el beneficio de las personas, priorizando la mejora de las condiciones de vida de los más desfavorecidos (Campbell 2002).

Aunque el concepto de equidad está plasmado como uno de los principios que deben seguir los servidores públicos de los Servicios Amigables, en la práctica esto no es posible de apreciar. Esto se concluye debido a que en las primeras observaciones que se hicieron en trabajo de campo, no se encontró a ningún individuo del sexo masculino solicitando los Servicios Amigables. Esto a pesar de que al centro de salud acudieron algunos varones menores de 14 años que solo hicieron uso de servicios de atención médica en general, por cuestiones de dolor de cabeza, infecciones estomacales, lesiones etc. y ninguno por aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Si bien el servicio debe brindarse de

manera integral atendiendo las necesidades de los usuarios, estos deben centrar sus acciones en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva adolescentes (SSyRA).

En este sentido, Guttmacher Institute (2022) expone que todos los adolescentes sin importar su género tienen derecho a la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva, pues este acceso permite tener y disfruten de vidas sexualmente saludables; sin embargo, la mayoría de este tipo de servicios concentran sus acciones en la población femenina invisibilizando en cierta forma al sector masculino.

Es así como la feminización de los SSyRA se hace evidente en la realidad antes expuesta, pues si bien el programa está preparado para la recepción y atención de hombres y mujeres, esto no ocurre en el día a día. Cayendo en el error que históricamente han cometido los programas e incluso encuestas que abordan la sexualidad y reproducción, donde la feminización pareciera su práctica central, entrando así en una contradicción con el principio de la equidad.

Es importante recalcar que la salud reproductiva nació con un enfoque de género, pues reconoció que fortalecer la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, respetando sus decisiones en materia reproductiva y fomentar la equidad entre ellas y los varones en materia sexual, educativa, laboral y política. Sin embargo, la divergencia de interpretaciones “oficiales” evidencia que la perspectiva de género en el discurso no garantiza equidad entre ambos sexos en los programas de sexualidad y reproducción (Espinosa y Paz, 2004).

Una posible explicación a la feminización de los servicios y a la baja participación de los varones es la construcción de su masculinidad. Según Lugo (2022) los hombres tienden a prestar poca atención a su salud, por lo que acuden con menor frecuencia al médico y cuando lo hacen es porque están muy enfermos, con complicaciones graves. Esta situación ha sido estudiada con anterioridad y se ha visto que los hombres son menos proclives a buscar atención médica por cuestiones de salud física o mental que las mujeres (Thompson et al., 2016).

En este sentido, se infiere que algunos varones consideran que los problemas de salud son una amenaza a su masculinidad, pues a los hombres se les enseña a ser fuertes, evitando mostrarse vulnerables y acudir a los servicios de salud significaría ser frágiles y no mostrar fortaleza; es por ello que su participación en todos los niveles de atención de la salud, es muy inferior a la de las mujeres, sin contar que suelen acudir cuando la enfermedades se agudizan (Lugo, 2002; Timbó, Febrício, De Araújo y Loch, 2020). Por lo tanto, los aspectos preventivos de la salud prácticamente no se encuentran presentes, pues los estereotipos de género que carga el sector masculino son muchos, donde la fuerza, vitalidad y la no vulnerabilidad son fundamentales para la construcción de la masculinidad.

Con relación al principio de celeridad, el tiempo y calidad de la atención son los ejes centrales del mismo, los servicios deben garantizar una atención lo más ágil posible y si hay barreras institucionales que dificulten el acceso y tiempo de espera se deben crear mecanismos de interacción que permitan canalizar colectivamente inquietudes y agilizar las prestaciones del servicio (SS, 2016b). En la descripción antes mencionada la agilidad durante el acceso es primordial, donde se busca derribar las posibles dificultades que puedan afectar la misma.

Sin embargo, es de suma importancia mencionar que este es uno de los principios que más barreras presentan, pues la mayoría de las usuarias entrevistadas manifestaron una serie de barreras que dificultaron su acceso a los Servicios Amigables (las cuales se mencionaron anteriormente), siendo estas barreras generalmente protagonizadas por el personal no médico. A continuación, se pueden observar algunos discursos que hacen referencia a estas situaciones.

Tabla 4.2 Barreras relacionadas con el principio de celeridad y privacidad

Guardia	Personal de caja	Otro personal
E2/Mujer/19años/Soltera/Sin Hijos/secundaria/ayudante hogar <i>La guardia es la que siempre te la pone difícil a la hora que uno va. Normalmente mi mamá es la que me acompaña y ella de que “es que ¿quién va a consultar?, es que tú eres la única que puede entrar” y pues sí, yo sé que voy a entrar sola, pero me está haciendo muchas preguntas, ella no es la doctora, porque siempre me pregunta “¿qué es lo que traes?” y “¿a qué vienes?” y esto, como que me siento incómoda, porque, yo digo, los doctores están arriba, y es la que más me hace detenerme</i>	E7/Mujer/17años/Unión libre/embarazada/secundaria/ama de casa <i>Una batalla con los guardias y también con los de caja, sobre todo con la señora a veces como que está muy enojada y te habla mal y otras te trata bien. Hasta tiene la cara de mamona y te hace caras.</i> E8/Mujer/16 años/Unión libre/1 Hijos/secundaria trunca/ama de casa: <i>La otra vez fui tenía consulta a las 11:40 y llegue 11:35, el de caja no estaba, en eso veo pasar al doctor y dijo que se iba a comer y yo no dije nada, pensé ahorita regresa, regresa el de caja y se enoja porque se fue el doctor, en eso me pregunta mi turno y le dije voy a consulta a tal hora y que me dice ya se te paso llegaste tarde y yo de sí llegué temprano y me dice no es cierto, ya no te puedo dar turno.</i>	E5/Mujer/19años/Unión libre/Sin Hijos/preparatoria técnica/ama de casa y estudiante <i>Antes no se batallaba tanto para entrar, desde que empezaron a hacer la clínica más grande es un batallar. Primero con el guardia que te hace un montón de preguntas, después subes y todos los que están ahí te ven raro y te cuestionan todo “¿Que a qué vas? ¿qué si tienes cita? y así. La otra vez hubo un enfermero de otro consultorio que me preguntó que a qué iba y le dije que con la doctora (de Servicios Amigables) y pues que le grita a otro enfermero “va por los servicios de sexualidad” me dio bastante vergüenza hasta me quería ir.</i>

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

En la descripción antes mencionada la agilidad durante el acceso es primordial, donde se busca derribar las posibles dificultades que puedan afectar la misma. Sin embargo, es de suma importancia mencionar que este es uno de los principios que más barreras presentan, pues la mayoría manifestaron una serie de barreras que dificultaron su acceso a los Servicios Amigables, siendo estas barreras generalmente protagonizadas por el personal no médico.

La interacción entre el personal de los centros de salud y las usuarias del servicio amigable no es el adecuado, puesto que el *deber ser* no está presente; dado que el acceso a los servicios debería brindarse con celeridad y privacidad, evitando cualquier posible conflicto que impida el mismo. Sin embargo, son múltiples las barreras institucionales que deben sortear las adolescentes para poder llegar a consulta.

Al realizar un análisis de la trayectoria que deben seguir los adolescentes para acceder a los Servicios Amigables, se encuentra que los tres principios que forman parte del acceso se ven comprometidos. Puesto que la equidad no se encuentra presente, lo cual probablemente responde a cuestiones construcción de género, como se explicó anteriormente. Es un hecho que los Servicios Amigables del municipio de Monterrey deben reforzar o incluso replantearse las estrategias para obtener una mayor participación del sector masculino.

Por otra parte, la celeridad y privacidad presentan múltiples barreras. A pesar de que los adolescentes deberían acceder con rapidez y con condiciones donde su privacidad no se vea comprometida, esto dista mucho de la realidad. Estas barreras son debido a que antes de poder llegar a consulta los adolescentes son interceptados por diverso personal, sobre todo no médico, quienes limitan el acceso, cuestionan las razones de consulta o incluso exponen a las adolescentes ante todas las personas que están presentes en clínica.

Todo lo antes mencionado hace que el principio de oportunidad no esté presente, ya que la oportunidad del adolescente de acceder a los servicios cuando lo solicite, no siempre se obtiene (SS, 2016b). Lamentablemente, los sujetos de estudio presentaron dificultades para el acceso a los servicios, refiriendo estas experiencias mayormente negativas, así como no indagar más allá del motivo de consulta. Por ello, es inminente que los Servicios Amigables del municipio de Monterrey mejoren los mecanismos relacionados con el acceso.

Es de suma importancia reforzar el apego a los lineamientos del MAISSRA por parte de todo el personal, puesto que los cuatro principios vinculados con el acceso presentan grandes fallas. Por otra parte, el contar con personal amigable y empático con las problemáticas que presentan los adolescentes es fundamental para un buen desempeño de los Servicios Amigables, así como la capacitación constante y continua del personal debería estar presente para evitar caer en los múltiples obstáculos antes expuestos, y creando así espacios amigables para los y las adolescentes usuarios de este servicio.

4.3 Atención en los Servicios Amigables

La atención brindada en los Servicios Amigables constituye el eje central del programa, pues es en este espacio donde se materializan las acciones destinadas a responder a las diversas necesidades de salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Dicha atención se estructura en torno a dos componentes fundamentales:

1. Equipo multidisciplinario que la conforma
2. El paquete básico de atención.

Ambos elementos se encuentran atravesados por cuatro de los nueve principios rectores del modelo: confidencialidad, privacidad, integralidad y oportunidad, los cuales garantizan la calidad y el respeto a los derechos de las y los usuarios. Para una comprensión visual de esta estructura, véase la imagen 1.1 en el capítulo 1 de este trabajo

4.3.1 Equipo multidisciplinario para la atención en los Servicios Amigables

Con el propósito de ofrecer una atención integral, precisa y adecuada, los Servicios Amigables deben contar con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Este principio responde al modelo establecido por la Secretaría de Salud (SS, 2016), el cual señala que, independientemente de si el servicio opera bajo un esquema horizontal, mixto o exclusivo, se requiere la participación coordinada de diversas disciplinas.

Tal como lo muestra la imagen 4.5, cada integrante del equipo debe poseer competencias técnicas, habilidades comunicativas y sensibilidad para trabajar con población adolescente, asegurando en todo momento el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, se espera que adopten metodologías participativas y enfoques educativos que

promuevan la toma de decisiones informadas, la prevención de riesgos y la construcción de relaciones equitativas.

Imagen 4.5 Perfil del personal de salud de los Servicios Amigables



Fuente: Elaboración propia con base a la MAISSRA (SS, 2016b).

Desde una perspectiva de salud pública, el modelo de atención multidisciplinaria busca trascender la atención biomédica tradicional, integrando dimensiones preventivas, promocionales y asistenciales, en consonancia con el enfoque de determinantes sociales de la salud (Frenk, 1994; OMS, 2005). En este sentido, los adolescentes son reconocidos como sujetos de derechos y no meros receptores de servicios, lo que implica colocar sus necesidades, contextos y capacidades en el centro del proceso de atención (UNICEF, 2018; OPS, 2018).

La imagen 4.5 representa el perfil profesional esperado en los Servicios Amigables, donde idealmente participan cinco figuras: médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social y promotor/a de salud. Cada uno desempeña funciones específicas orientadas a brindar una atención integral y humanizada. Tal configuración refleja el principio de corresponsabilidad profesional, en el cual la calidad de la atención depende de la coordinación efectiva y la comunicación entre las distintas disciplinas (Donabedian, 1980).

Sin embargo, los hallazgos obtenidos durante el trabajo de campo muestran una realidad distinta a la planteada normativamente. En la mayoría de los centros de salud visitados, los equipos presentan carencias estructurales y ausencia de perfiles clave, especialmente en las áreas de psicología y trabajo social. Esta situación se detalla en la tabla 4.3.

Tabla 4.3 Equipos que conforman los Servicios Amigables de Monterrey

Clínica	Personal del equipo
Clínica de atención integral Tierra y Libertad	Médica Enfermera Enfermero Promotor de salud (psicóloga)
C.S.U. Nueva Morelos	Médica Enfermera
C.S.U. Porvenir	Médica Enfermera
C.S.U. Topo Chico	Médico Enfermera
C.S.U. Plutarco Elías Calles	Médico Enfermera Promotor de salud (secundaria)
C.S.U. Croc B	Médico Enfermera Promotor de salud (secundaria)
C.S.U. Terminal	Médica Enfermera
C.S.U. Arturo B. de la Garza	Médico Enfermera Promotor de salud (preparatoria)
C.S.U. Pio X	Médico Enfermera

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

Los datos muestran que ninguno de los nueve centros cuenta con el equipo multidisciplinario completo. La ausencia recurrente de trabajadores sociales y psicólogos limita la capacidad de respuesta del programa, especialmente en la atención psicosocial y la orientación emocional. Solo cuatro servicios (Tierra y Libertad, Plutarco Elías Calles, Croc B y Arturo B. de la Garza) cuentan con promotores de salud, y únicamente en uno de ellos, dicha figura posee formación profesional en psicología. No obstante, esta profesional se desempeña exclusivamente en tareas de promoción, sin ejercer funciones clínicas o terapéuticas, lo cual reduce el alcance integral del servicio.

En los demás centros (Nueva Morelos, Porvenir, Topo Chico, Terminal y Pío X), el personal se limita a médicos y enfermeras/os, considerados los mínimos operativos para garantizar la atención médica básica. La Clínica Tierra y Libertad, ubicada en una unidad de atención integral, representa la excepción, pues dispone de un equipo más completo, lo cual podría explicarse por su carácter institucional diferenciado y su pertenencia a uno de los servicios exclusivos del municipio.

Estas diferencias evidencian una desigual distribución de recursos humanos en salud, problemática común en América Latina, donde las zonas urbanas o de mayor jerarquía institucional concentran los equipos más completos (OPS, 2019; CEPAL, 2020). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018b), el déficit global supera los cuatro millones de trabajadores de la salud, lo que se traduce en limitaciones para ofrecer servicios integrales, especialmente en contextos de alta demanda y presupuestos restringidos.

La carencia de personal especializado no solo implica una limitación operativa, sino también un obstáculo estructural para garantizar el enfoque de derechos que sustenta los Servicios Amigables. Sin la participación de disciplinas como la psicología o el trabajo social, la atención tiende a centrarse en el componente clínico, dejando de lado la prevención, la educación sexual y la atención emocional, que son pilares del modelo. Diversos estudios han demostrado que los equipos interdisciplinarios fortalecen la confianza de los usuarios adolescentes, mejoran la adherencia a los tratamientos y favorecen la continuidad de la atención (Gómez y López, 2019; OMS, 2021).

La observación de campo permite afirmar que el cumplimiento del componente multidisciplinario es parcial y desigual, lo cual afecta directamente la calidad y la integralidad de los Servicios Amigables. La falta de personal con formación en psicología y trabajo comunitario refleja un sesgo biomédico persistente en la organización de los servicios, que contrasta con el enfoque integral y de derechos propuesto en la política nacional de salud sexual y reproductiva adolescente.

4.3.2 El rol del Trabajador social en los Servicios Amigables

En lo que respecta a los trabajadores sociales, en dicha estructura son de suma importancia pues sus principales funciones son: informar, educar, comunicar y promover la utilización de los servicios (SS, 2015). Estos profesionistas son claves pues brindan pláticas, consejería y/o atención en temas relacionados con la sexualidad adolescente.

Según el MAISSRA las/os trabajadoras/es sociales y en algunos casos las/os psicólogas/os se encargarán de la comunicación y educación de los servicios, siendo su principal función:

- Apoyar en la coordinación de los Servicios Amigables.
- Seguimiento y vinculación con responsables de los Servicios Amigables y voluntariado del programa.
- Formar y dar seguimiento a grupos de promotores y brigadistas.
- Realizar actividades inherentes en los módulos de atención amigable del adolescente correspondiente a su jurisdicción de adscripción.
- Acudir a reuniones ordinarias y extraordinarias de Servicios Amigables.
- Realizar acciones preventivas de la salud sexual y reproductiva en la población adolescentes en áreas de influencia.
- Asesoramiento del correcto uso de métodos anticonceptivos adolescentes.
- Realizar visitas domiciliarias, escolares y comunales donde se dé orientación y consejería sobre sexualidad y reproducción.
- Gestionar recursos, enlaces, traslados de manera interinstitucional y con otras instituciones de gobierno.

La ausencia de trabajadoras/es sociales representa un hueco en el programa, pues son ellos los encargados de brindar una serie de servicios básicos que no son brindados por los otros miembros del equipo. Indagando a partir del acercamiento de campo con el personal que formaban parte de los Servicios Amigables, se encontró que los centros de salud sustituyen estas figuras con los promotores de salud “*por la falta de presupuesto*” para contratarlos o por la simple creencia que son los promotores “*quienes hacen una buena promoción del servicio*”.

La problemática de relegar las responsabilidades de las/os trabajadoras/es sociales a promotores sin formación en esta área recaen en que los promotores, en su mayoría, no cuentan con las herramientas teórico-metodológicas necesarias. Las/os trabajadoras/es sociales por definición son “agentes de cambio” en los grupos vulnerables, con la finalidad de mejorar las condiciones de estos a partir de ciertas herramientas teóricas y metodológicas. Por ende, es de esperarse que promotores que no han recibido la formación debida carezcan de técnicas, herramientas y métodos que promuevan el bienestar e impulsen el cambio que las/os trabajadoras/es sociales tienen como objetivo (Federación Internacional de Trabajo Social, 2000).

El contar con trabajadoras/es sociales en este sector es de suma importancia, pues una investigación realizada en el Estado de Nuevo León con estudiantes de secundarias y preparatorias del sector público, se encontró que este profesional ocupa un lugar importante para transmitir conocimientos de sexualidad en los adolescentes, puesto que su formación les provee de herramientas para ser percibidos como empáticos, accesibles y creíbles, inclusive a un nivel superior al de un profesor, médico o psicólogo (De Jesús y Menkes, 2016). Además de ser un importante facilitador en la prevención del embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual, representando un puente entre los estudiantes y el hogar, al dar información capacitación a los padres de familia en estrategias que aborden dichos problemas para beneficio del adolescente (De Jesús y González, 2017).

Es así como la inclusión del trabajador social sería de gran apoyo para aliviar las barreras y debilidades que presentan los Servicios Amigables, las cuales se ha demostrado que son múltiples, como se vio en el apartado *4.2 acceso a los Servicios Amigables* son más las percepciones y acciones negativas vs las positivas y los trabajadores sociales con su bagaje teórico-metodológico pueden subsanar algunos de estos aspectos.

Se puede argumentar que efectivamente es necesario la incorporación de cada uno de los profesionistas que conforman el equipo multidisciplinario, pues la sinergia entre ellos coadyuvará en la eficacia y eficiencia de los servicios, así como mejorar la comunicación, confianza, apoyo de los adolescentes.

4.3.3 Percepción de los adolescentes respecto al equipo de trabajo

Como se mostró en los apartados anteriores, el equipo multidisciplinario representa un componente esencial para el adecuado funcionamiento de los Servicios Amigables. Sin embargo, más allá de la estructura normativa y funcional, resulta fundamental conocer cómo perciben las y los adolescentes a quienes conforman dicho equipo, ya que estas percepciones influyen directamente en la disposición para asistir, la confianza depositada en los servicios y la continuidad en la atención (OMS, 2018; OPS, 2021).

Con este propósito, durante las entrevistas semiestructuradas se preguntó a las usuarias acerca de su experiencia y relación con los distintos miembros del equipo. Los resultados muestran una tendencia clara: seis de las ocho entrevistadas señalaron a la enfermera o el enfermero como la persona más amable, empática y cercana, con quien sentían mayor confianza.

Si bien las adolescentes reconocían a la o el médico como la máxima autoridad y fuente principal de conocimiento (“lo que diga el doctor es ley”), muchas afirmaban que solían verificar la información con el personal de enfermería, o bien preferían ser atendidas directamente por ellos, ya que encontraban un trato más cálido y comprensivo. Esta preferencia puede explicarse porque, en la práctica cotidiana, las y los enfermeros son quienes permanecen más tiempo en contacto con las usuarias y realizan tareas de acompañamiento y contención emocional (Collière, 2007; Ortega, 2018).

Un caso particularmente destacado fue el enfermero varón que recibió los comentarios más positivos. Las adolescentes lo describieron como alguien amable, respetuoso y empático. A pesar de que algunas mencionaron sentir vergüenza al inicio por su condición de hombre, preferían su presencia durante la consulta, pues su actitud generaba confianza y un ambiente de seguridad emocional.

E7/Mujer/17 años/Unión libre/embarazada/secundaria/ama de casa: La doctora es muy buena...bueno es más buena que todos, ¡sabe mucho! Por eso es doctora, lo que ella dice eso es. Pero no sé, aunque ella es mujer como que es más cómodo hablar con el enfermero, siento que me entiende más, no sé cómo que es más buena onda, aunque luego me vea toda (ríe).

Este tipo de testimonios se repitieron en varias entrevistas. La observación de campo confirmó que dicho enfermero realizaba esfuerzos adicionales para humanizar la atención, procurando que la estancia de las usuarias fuera más amena. Se le observó gestionando la exención del pago de consulta para adolescentes sin seguro popular, mostrando interés genuino por su estado de ánimo y creando espacios de conversación mientras tomaba signos vitales o medidas antropométricas. Estas prácticas reflejan un tipo de cuidado relacional que, según la literatura en enfermería, constituye una forma efectiva de generar adherencia terapéutica y confianza en contextos juveniles (Watson, 2008; León y Orozco, 2019).

No obstante, este tipo de experiencias positivas no fue generalizable. Durante la fase de observación en algunos centros de salud se documentaron actitudes inadecuadas o incluso violentas por parte de personal de enfermería: gritos, regaños y largas esperas injustificadas. Estas conductas reflejan formas sutiles de violencia institucional y reproducen jerarquías simbólicas dentro del sistema de salud (Goffman, 1961; Menkes y Suárez, 2013). Tales prácticas vulneran los principios de trato digno y confidencialidad que sustentan el modelo de los Servicios Amigables.

Respecto a las y los médicos, las percepciones fueron diversas. Las médicas de los servicios exclusivos (en particular la del centro de salud Terminal) obtuvieron las valoraciones más favorables. Incluso durante la observación se encontró que un par de adolescentes estaban hablando y mencionaron trasladarse desde otros sectores de la ciudad para continuar siendo atendidas por la doctora, valorando su disposición, amabilidad y compromiso. Durante las observaciones se constató que estas profesionales reducían los tiempos de espera, buscaban activamente insumos en otros centros cuando escaseaban y mantenían una actitud de cercanía con las usuarias.

En contraste, en otros servicios se observaron prácticas alejadas del enfoque de derechos. Algunas médicas y médicos emitían juicios morales y discursos culpabilizantes, especialmente hacia las adolescentes que habían tenido embarazos o prácticas sexuales de riesgo. Una de las usuarias entrevistadas (la más joven, con 15 años y embarazada) relató que fue regañada por su médica, quien le dijo que *“su vida había acabado”*. Este comentario, lejos de orientarla, provocó un impacto emocional profundo, agravando su situación de vulnerabilidad y generando sentimientos de culpa, tristeza y desesperanza.

Este tipo de episodios se enmarca en lo que Agrest (2006) denomina *iatrogenia verbal*, es decir, daño psicológico provocado por expresiones o juicios inapropiados emitidos por el personal de salud. Según el autor, esta forma de violencia puede derivarse de la ignorancia, la falta de empatía o la ausencia de tiempo para garantizar una comunicación adecuada. La iatrogenia verbal afecta directamente la confianza del paciente, deteriora la relación terapéutica y puede perpetuar estigmas o sufrimiento emocional.

De acuerdo con la evidencia, la comunicación médico-paciente cumple un papel determinante en la percepción de calidad de la atención. Cuando el lenguaje verbal y no verbal transmite respeto, comprensión y solidaridad, las y los adolescentes desarrollan una mayor disposición para regresar al servicio (OMS, 2021). Por el contrario, una comunicación deficiente o cargada de juicios genera rechazo y desconfianza, afectando la continuidad del cuidado.

En cuanto a las promotoras de salud, las entrevistadas reconocieron su presencia principalmente por las visitas domiciliarias y la organización de pláticas y talleres sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y plan de vida. Aunque no se identificaron opiniones negativas, las percepciones fueron en general neutras, lo que podría indicar una baja visibilidad del rol de las promotoras en la atención directa. Esto coincide con estudios previos que señalan que las promotoras, a pesar de ser piezas clave en la articulación comunitaria, suelen ocupar posiciones subvaloradas dentro de la jerarquía sanitaria (Berman y Melgar, 2017; OPS, 2018).

Es así como las percepciones de las adolescentes revelan que la calidad del trato recibido no depende únicamente de la formación profesional, sino también de las habilidades socioemocionales y comunicativas del personal de salud. Los casos donde predominaron la empatía, la escucha activa y la atención humanizada coinciden con una mayor satisfacción y confianza hacia el servicio. Por el contrario, las actitudes punitivas y moralizantes reproducen prácticas discriminatorias que contravienen el enfoque de derechos y comprometen el objetivo central de los Servicios Amigables: garantizar un espacio seguro, digno y libre de estigmas para las y los adolescentes.

4.3.4 Paquete integral de los Servicios Amigables

La atención en los Servicios Amigables está relacionada una estrategia en el ámbito de la salud pública que busca promover el bienestar y prevenir enfermedades mediante la prestación de servicios integrales conocida como *Paquete Integral de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*. Esta estrategia, entre otras cosas, establece un cuadro básico de atención, donde todas las acciones están relacionadas con la salud sexual y reproductiva que están registradas en la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes publicada por la CNDH (2016) (SS, 2016b) (véase marco teórico sección 2.3.4).

Los 14 derechos establecidos en la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes guían el paquete básico que ofertan los Servicios Amigables, que además cuenta con cuatro grandes categorías:

1. Promoción a la salud: salud sexual y reproductiva, salud mental (desarrollo emocional/proyecto de vida), prevención de violencia física, psicológica, sexual, abandono y cáncer.
2. Prevención y control de enfermedades: VIH/SIDA, ITS, vacuna del VPH.
3. Salud Reproductiva: sexualidad y anticoncepción, prevención de embarazo no planeado, prevención de VIH/SIDA e ITS, uso correcto y consistente del condón masculino.
4. Atención a la embarazada adolescente: vigilancia prenatal, atención posparto, vigilancia posparto, protección anticonceptiva post-evento obstétrico.

En este paquete se describen todos los servicios que deben recibir los usuarios de los Servicios Amigables, como se puede observar abarca diversas dimensiones desde aspectos relacionados con la prevención hasta la atención. Donde cada uno de estos elementos están sustentados en la cartilla nacional de salud para este grupo etario, así como en un marco normativo vigente ¹³:

¹³ Para revisar con mayor detalle cada una de las normativas revisar el apartado 2.3 Marco jurídico

- Orientación-Consejería NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años.
- Adolescente embarazada NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Violencia de género NOM -046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- ITS NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Es de suma importancia mencionar que para el otorgamiento de los servicios inscritos en el paquete básico es necesario realizar una diferenciación, primero por grupo de edad (10 a 14 años y 15 a 19 años), seguido de una valoración a las necesidades de cada adolescente. Con ello se espera que el equipo multidisciplinario de salud pueda ayudar a los usuarios a tomar decisiones asertivas y de manera autónomas sobre su SSR (SS, 2016b).

En este sentido, los usuarios decidirán si quieren que la consulta sea individual o en compañía de alguien más. Asimismo, en la primera consulta se debe elaborar una historia clínica, realizar un examen físico completo, explicar el procedimiento que se realizará durante cualquier exploración, indicarle al adolescente que toda la información que otorga será confidencial, contar con tiempos adecuados de consulta, así como brindarles información sobre sus derechos sexuales y reproductivos (SS, 2016b).

Es durante la consulta que el principio de confidencialidad debería estar más presentes, puesto que es donde se indica claramente al adolescente que toda la información que brinde será confidencial. Esto es un punto fundamental en el secreto profesional, teniendo claro que la información obtenida será resguardada. En este sentido, la Comisión de las Naciones Unidas (1999) argumenta que el Secreto Profesional es la obligación ética, bioética y legal de guardar confidencialidad y proteger la información personal y privada a la que las y los profesionales de salud acceden por la consulta, examen, diagnóstico, discusión y tratamiento y se comprometen en no revelarla a terceros, sin autorización de su titular.

De acuerdo con la OMS (2013), el secreto profesional implica la obligación que tiene el o la profesional de la salud de proteger la información de las y los pacientes, no divulgarla sin la autorización de los pacientes y asegurarse de que cuando se consienta su difusión sea de manera libre, sin coerción y sobre la base de información clara, veraz y oportuna.

Para saber sobre este tema se les preguntó a las entrevistadas puntualmente si fueron informadas sobre la confidencialidad, encontrándose nuevamente un panorama complejo, dado que los discursos se dividieron en tres segmentos, a quien sí les notificaron, a quienes no, pero sentían un ambiente de confidencial, y finalmente, quienes no sabían y no sentían que existiera la confidencialidad.

Tabla 4.4 Percepciones de Confidencialidad según las Adolescentes Entrevistadas

Sí estuvo presente	Está presente pero no lo mencionaron	No está presente
E1/Mujer/16años/soltera/1Hijo/Preparatoria/Estudiante: La doctora me dijo que todas las consultas que yo he ido se archivan y solamente ella tiene acceso a eso, o algún otro personal, por ejemplo, contigo, si te dieron mi información, de hecho, también me hicieron firmar de que toda era confidencial.	E2/Mujer/19años/Soltera/Sin Hijos/secundaria/ayudante del hogar: Hasta ahorita ellos (personal) me han brindado la confianza. Pero así que me dijeran que es confidencial no, no me lo han dicho, pero pues yo siento que todo lo van a dejar ahí.	E4/M/16 años/Unión libre/Sin hijo/preparatoria/Ama de casa y estudiante: No, yo ni sabía, a mí nunca me han dicho eso.
E6/Mujer/18años/Unión libre/Embarazada/secundaria/Ama de casa: Sí me dijeron al inicio, como para sentirme en confianza de hablar	E7/Mujer/17años/Unión libre/Embarazada/Secundaria/Ama de casa: Mmm... una vez sí, me hicieron una ¿cómo le diré?, me hicieron que anotara cosas así de mi vida sexual y eso, pero yo digo que eso era también nada más para ellos.	E3/Mujer/15años/Soltera/Embarazada/Primaria/Ayuda en el hogar: Mmm... no, no sabía eso. A mí me da harta vergüenza cada que tengo que ir, me imagino que todos hablan de mi

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

En este sentido, la OPS (2017a) señala que los espacios de consejería en salud sexual y reproductiva se caracterizan por ofrecer asesoramiento personalizado y adaptado a las

necesidades de las personas que buscan orientación sobre temas relacionados con la sexualidad. Estos espacios son encuentros entre el equipo de salud y los usuarios del sistema, y tienen como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas, permitiéndoles tomar decisiones conscientes e informadas sobre su propia salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, es fundamental que estos espacios sean privados, garantizando la intimidad y la confidencialidad como principios fundamentales.

Con lo mencionado en el párrafo anterior, se puede concluir que la relación de confianza y confidencialidad entre el personal médico y los pacientes es una de las principales barreras que enfrentan los Servicios Amigables en el municipio de Monterrey. Interesantemente, esto no solo afecta a este sector poblacional, sino hay una idea generalizada de que las relaciones sanitarias pasan por una crisis de confianza y el secreto médico debe ser analizado integralmente en el marco de la relación sanitaria y en particular de las prestaciones referidas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Briozzo, 2009).

Cuando existen barreras en el aspecto de la confidencialidad, también se ve afectado el aspecto de la privacidad. Este último se centra en el respeto a la privacidad durante las consultas, mediante la adecuación de espacios y la creación de condiciones que garanticen la confidencialidad y la confianza de los adolescentes al interactuar con personal capacitado y consciente de las obligaciones de este aspecto. Sin embargo, las percepciones relacionadas con la privacidad tienden a ser mayormente negativas, ya que solo la entrevistada y usuaria simulada expresaron sentirse incómodas en diferentes ocasiones, imperando un ambiente de no confianza y privacidad.

La desconfianza provenía de varios miembros del equipo de trabajo, ya fuera el promotor/a, enfermera o incluso el propio médico/a. Reforzando esta afirmación, durante la observación en el trabajo de campo en una de las clínicas se vio a una usuaria que acudió al servicio por la pastilla de emergencia, pero en el consultorio no la tenían disponible, por lo cual salió la enfermera del consultorio y con un tono de voz alto (casi gritando) solicitando a sus compañeros de los otros consultorios aledaños, si le podían proporcionar una pastilla del día siguiente. Esto representa una falta grave al profesionalismo por parte del personal de salud, ya que el canal de comunicación utilizado deja expuesta información relacionada con su historial médico a personal no involucrado en su atención y otras personas ajenas al

personal de las unidades. De esta manera, se violenta el principio de confidencialidad que es primordial en la práctica médica, además de también violentar su derecho a la privacidad (OPS, 2017b; Naciones Unidas, 2022).

Otro hecho de suma gravedad documentado durante la observación en el trabajo de campo ocurrió en la clínica Tierra y Libertad, cuando una adolescente acudió a consulta relacionada con infecciones de transmisión sexual. Debido a la presencia de múltiples condilomas derivados de VPH, la médica procedió a brindar la consulta con el personal de enfermería presente. Debido a la gravedad del caso fue referida a un hospital para poder ser intervenida quirúrgicamente, no sin antes tomar fotografías de la zona afectada, sin el consentimiento del paciente, y estas fueron mostradas al resto de sus compañeros. Se le cuestionó al personal si la paciente había consentido este acto, respondiendo que no, pero no importaba, dado que no habría forma de que se enterara.

Las situaciones antes descritas atentan contra el derecho a la privacidad, el cual se fundamenta en la dignidad de la persona humana y cuando esto es violado por el profesional de la Salud, hay una afrenta que aquel sufre en su dignidad. En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre en el artículo 12 proclama que nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación y toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques (OPS, 2017b; Naciones Unidas, 2022).

Por su parte la Asociación Médica Mundial prescribe que la dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores (OPS, 2017b). Señala claramente el derecho a la intimidad y privacidad de los pacientes.

Otra de las barreras que presentaban los Servicios Amigables que atentaban contra los derechos fundamentales del adolescente respecto a su salud sexual y reproductiva es la falta de personal que creará un ambiente confortable que permitiera a las pacientes tener una evaluación médica óptima y expresar sus inquietudes durante esta. Esto debido a que en algunos casos se sentían incómodas (sobre todo en los procedimientos de revisión física) cuando el médico o enfermero eran varones. Las entrevistadas señalaban que se sentirían

más cómodas con una enfermera o con una doctora, esto no quiere decir, que desestiman el trabajo de este personal, sino más bien un sentimiento de vergüenza con el personal masculino limitándose la eficiencia de la comunicación, y de esta manera la consulta no abarca todas las necesidades de la usuaria. Aunque no de forma directa, esto limita a las mujeres del sector estudiado a recibir atención médica en el ámbito de salud reproductiva.

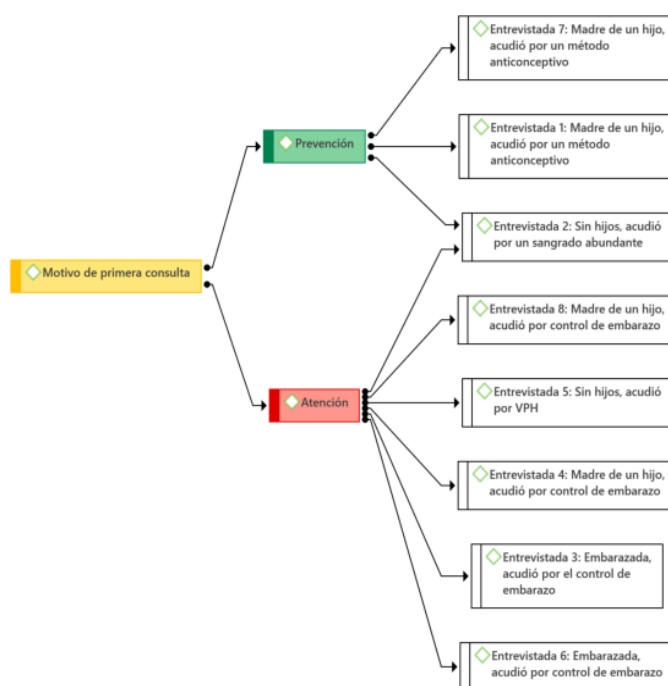
La percepción descrita en el párrafo anterior está vinculada con los roles y las normas de género arraigadas en la sociedad y las cuales nunca son neutrales o estáticas, generalmente se espera que las mujeres y los hombres realicen tareas diferentes y sus comportamientos sexuales sean distintos. En el libro *la noche se hizo para los hombres* de Rodríguez y De Keijzer (2002), los autores exponen como existe una libertad sexual para los hombres, mientras que las mujeres deben mostrarse prácticamente ajenas a esto, existiendo un tabú alrededor de la sexualidad, donde hablar del tema pareciera prohibido. En este sentido, De Jesús (2011) encontró que las adolescentes no suelen hablar con el sexo opuesto debido a cómo serán vistas por ellos, dado a que en su rol de mujer “*deben*” emanar una imagen virginal, y el ser vistas como sexualmente activas pudiera relegarlas a ser calificadas como promiscuas o no ser consideradas para el matrimonio.

Desde una perspectiva cultural, podemos observar que el cuerpo es generalmente visto como algo privado. Cuando se muestra, especialmente en sus partes “*privadas*” o íntimas, suele surgir un sentimiento de vergüenza. De esta manera, la vergüenza se puede entender como una emoción que busca ocultar defectos o acciones que creemos que, si fueran revelados, podrían provocar rechazo. Esto nos lleva a esconder nuestras imperfecciones y a ser autocríticos en exceso, con el fin de evitar críticas destructivas o el rechazo de los demás. La vergüenza y las críticas que experimentamos activan nuestro sistema de amenaza/protección (García, 2013).

Las experiencias antes relatadas representan barreras presentadas en los principios de integralidad y oportunos, pues los servicios deben brindarse en el momento en que los adolescentes lo soliciten, evitando situaciones de quejas, demoras y barreras. El personal de salud, igualmente, no debe limitarse al motivo verbalizado en la consulta, sino que es conveniente indagar otras problemáticas que pueden permanecer ocultas detrás de lo que se expresa.

Respecto al motivo de consulta, se decidió clasificar en prevención (salud reproductiva en estos casos) y de atención (control de embarazo, salud sexual, e infecciones de transmisión sexual), siendo el de atención el motivo de consulta más frecuente en las entrevistadas. Para comprender un poco mejor lo antes mencionado, es importante definir los niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población y estas no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven (García 2006; Magnífico, Noceti y Rodríguez, 2002). En la imagen 4.3 se pudo ver un esquema de los motivos de consulta de las entrevistadas.

Imagen 4.6 Motivo de la primera consulta según las entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

Según Julio, Vacarezza y Álvarez (2011:11) la clásicamente de la atención sanitaria se distinguen en tres niveles.

- El primer nivel es el más cercano a la población, donde se resolver las necesidades de atención básicas más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

- El segundo nivel de atención se ubica en los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.
- El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

A partir de esta clasificación, se puede deducir que los Servicios Amigables forman parte del primer nivel de atención, donde la promoción y la prevención son fundamentales. Sin embargo, al analizar los discursos de las entrevistadas se encontró que las dos usuarias que acudieron por prevención ya eran madre de un hijo, estaban en unión libre y querían evitar embarazarse nuevamente, por lo tanto, acudieron al servicio por un método anticonceptivo que cumpliera con dicho propósito.

Por otra parte, la entrevistado número 2 acudió al servicio de salud debido a un sangrado abundante de tipo vaginal, por lo cual fue canalizada al Servicio Amigable, estando ahí se le atendió el motivo de consulta y se aprovechó el momento para brindar información sobre métodos anticonceptivos. Este hecho fue relevante para la usuaria debido a que en ese momento estaba en unión libre y no quería embarazarse, por lo tanto, hizo uso tanto de la atención como de la prevención.

Con relación a las cinco entrevistas restantes, se observó que acudieron por primera vez a los Servicios Amigables en su mayoría debido a preocupaciones relacionadas con la atención a la embarazada adolescente. Es importante destacar que las entrevistadas cuatro y ocho ya habían experimentado el parto y el puerperio en el momento de la entrevista, pero acudieron a los Servicios Amigables cuando estaban embarazadas. En el caso de la entrevistada número cinco, buscó atención en el servicio debido a que contrajo el virus del papiloma humano con su pareja anterior, y acudió al servicio amigable por recomendación de su madre.

Estas tres entrevistadas buscaron el servicio de atención, pero a medida que pasaba el tiempo, comenzaron a utilizar algún método anticonceptivo para prevenir embarazos y la

transmisión de infecciones de transmisión sexual. Al investigar sobre sus motivos, las entrevistadas afirmaron que el proceso de atención y la información recibida sobre el motivo de consulta específico se resolvieron de manera oportuna. Sin embargo, señalaron que el personal se limitó al motivo de consulta durante las primeras citas, sin profundizar más allá de eso. Con el tiempo, a medida que la relación se volvió más constante, se les brindó información adicional que podría resultar útil.

Específicamente, se les preguntó qué otra información se les proporcionó, aparte de su motivo de consulta, con el fin de evaluar la efectividad de este enfoque. En respuesta a esta pregunta, las entrevistadas 4, 5, 6 y 7 indicaron que recibieron atención más allá de su motivo de consulta, donde se les proporcionó información sobre métodos anticonceptivos, opciones de lactancia materna o leches maternizadas, enfermedades e infecciones de transmisión sexual, entre otros temas.

Estos hallazgos ponen de manifiesto deficiencia en la promoción de la salud, ya que su objetivo fundamental es proporcionar servicios donde la información juegue un papel fundamental. Para lograr esto, se deben implementar diversos mecanismos, como contar con personal de salud capacitado que brinde información y orientación como apoyo para la toma de decisiones en temas relacionados con la sexualidad, la prevención del embarazo, los métodos anticonceptivos, la prevención de la violencia en las relaciones de pareja y la prevención oportuna de las infecciones de transmisión sexual.

La importancia de la promoción a la salud, así como el dar a conocer el programa entre población objetivo son labores fundamentales para la participación de los adolescentes. Sin contar que este programa tiene como uno de los objetivos la prevención mucho más allá de la atención y existen vacíos importantes en ello. Pero esto no es solamente propio de los Servicios Amigables. Diversos estudios han evidenciado que, si bien se ha mejorado la actitud de la población hacia la prevención, son más los servicios de atención que de prevención y si se combina con prácticas profesionales insuficientes en técnicas y habilidades, las condiciones de trabajo no favorables y la sobrecarga laboral pudieran ser algunas de las razones que dificultan el desarrollo de una práctica preventiva más sistemática y eficiente (Rodríguez, 2011).

Una faceta destacable reside en el seguimiento de los motivos de consulta, especialmente en el caso de controles de embarazo, tratamientos de enfermedades y control de implantes anticonceptivos. No obstante, solo las entrevistadas 5 y 8 recibieron visitas domiciliarias con el fin de fomentar su participación continua en las consultas. Aunque algunos podrían percibir el seguimiento y la continuidad como una tarea laboriosa, es crucial ofrecer a los adolescentes un ambiente que les brinde contención, protección y preocupación por su bienestar tanto físico como mental. Dado que los Servicios Amigables están directamente relacionados con la etapa de la adolescencia, es imperativo que se profundicen estas interacciones sociales, considerando especialmente su ámbito de actuación y el enfoque adecuado a emplear.

En estos casos, parece que la atención brindada no resultó completamente satisfactoria, a pesar de ser amena y amigable. Además, dos de las entrevistadas experimentaron dificultades con el implante anticonceptivo, y todas las participantes afirmaron no haberse sometido a estudios o interrogatorios por parte del personal que determinarían el método anticonceptivo más adecuado para cada una de ellas. En este sentido, aunque se haya garantizado el derecho a los anticonceptivos, no se ha tenido en cuenta la singularidad de cada una de las adolescentes.

En lo que respecta a los insumos (métodos anticonceptivos y medicamentos), las usuarias mencionaron que suelen brindarse siempre y cuando el centro de salud tenga en existencia siendo el condón masculino el que nunca falta. Sin embargo, al estar en trabajo de campo se encontró que los consultorios tenían condones femeninos, pero estos no eran ofertados entre las adolescentes. El siguiente método que ofertaban eran las inyecciones y pastillas anticonceptivas, pero solo en aquellas usuarias que lo solicitaban de forma directa, al dialogar con el personal de salud sobre este tema, mencionaron que procuraban no ofrecer tanto las inyecciones o pastillas por el contagio de ITS y porque las adolescentes eran descuidadas y tenía mayores probabilidades de embarazo al olvidar tomar las pastillas o inyectarse en el tiempo preciso. Respecto a la pastilla de emergencia, no todos los centros de salud la tenían, por lo cual las usuarias debían adquirirla por fuera.

Referente a los métodos reversibles de larga duración como el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante, los centros de salud tenían el DIU de cobre para mujeres nulíparas y

multíparas, y aunque este era el método con el mayor stock, era muy baja la proporción de adolescentes que hacían uso de ellos. El DIU hormonal era el menos conocido y por ende el menos usado entre las adolescentes, mientras que el implante era el método más solicitado por las usuarias, incluso hubo una campaña masiva para colocar cuatro mil implantes en un periodo de tiempo corto.

Al dialogar con el personal de las clínicas se encontró un dato alarmante y el cual debe ser tomado con cautela, pues si bien esto no es parte del objeto de estudio es sumamente relevante mencionarlo. Durante la observación en trabajo de campo, se cuestionó al personal sobre los motivos de esta campaña masiva de colocación de implantes, y el personal contestó en diversas ocasiones que fue resultado de un error administrativo, pues la fecha de vencimiento de los implantes estaba muy próxima a ocurrir. Esto no ocurrió de manera aislada, sino se derivó de mantener el lote resguardado por mucho tiempo en las clínicas y bodegas de la Secretaría de Salud, dado que las instrucciones a seguir en aquel momento era colocar *“el mínimo posible”* de estos métodos.

Al preguntar cuál fue la estrategia que siguieron para colocar dicha cantidad de implantes en un tiempo récord, argumentaron que esta consistió principalmente en promover su colocación en todas las adolescentes que acudían a consulta y hacer una campaña publicitaria en las comunidades, y para esto se le asignó una parte de las responsabilidades de esta campaña a una organización no gubernamental que se dedica a la salud sexual y reproductiva de adolescente y jóvenes. Lo alarmante de este suceso fue que al investigar en la literatura se encontró que la fecha de vencimiento está relacionada con la esterilidad del implante, aumentado así el riesgo de infecciones en el sitio de colocación, además de que pasada esta fecha no se puede garantizar su eficacia de estos métodos (Orellana, Diezma, Lasheras y Pires, 2013).

Toda la información antes brindada muestra los aciertos y desaciertos que tienen los Servicios Amigables con los usuarios/as de estos, vislumbrándose así aquellas acciones y/o actitudes importantes que deben ser reforzadas, modificadas o incluso cambiadas por el personal de salud para tener una mayor participación de adolescentes. Así mismo, con las experiencias antes descritas se pueden hacer modificaciones y adaptaciones al programa de forma general, con la finalidad de obtener mayores resultados.

4.4 Reproducibilidad de los resultados en distintas clínicas que brindan los Servicios Amigables

Debido a obstáculos administrativos (véase sección 3.8), esta sección se basa exclusivamente en experiencias relatadas por los usuarios simulados. Si bien ya se comentaron varias de las experiencias de los usuarios simulados en los Servicios Amigables, en esta sección se profundizará en ellas y se discutirán más sus experiencias. Recapitulando, la técnica de usuario simulado se enfocó en la capacitación de dos jóvenes (de sexo masculino y femenino que parecían físicamente adolescentes) sobre los Servicios Amigables, el marco normativo vigente, las atenciones básicas que debiera ofrecerse, el trato y el procedimiento de solicitud de atención. Esta herramienta de recolección de datos se conforma como una idea innovadora para analizar las prácticas de los servicios públicos, pues se enfoca en verificar el funcionamiento y evaluar su calidad de atención y transparencia.

En total se visitaron nueve centros que pertenecían a la jurisdicción uno de Monterrey, por lo que se tomaron veintitrés muestras de información, en teoría debieron ser dieciocho: dos por cada centro, y una por cada usuario simulado; sin embargo, hubo varios centros donde se tuvo que regresar más de una ocasión debido a las dificultades de acceso. Durante cada visita se evaluó si el personal fue amigable, si los procedimientos de consulta son fluidos, el tiempo de espera, el trato, el respeto, la empatía, la solución e información brindada, los derechos de confidencialidad, la confianza, la comodidad, entre otros puntos.

En primera instancia, es menester recalcar que las experiencias fueron diversas, y no en todos los casos se tocaron los veinticinco ítems planificados para la recolección de información (véase anexo 3), esto debido a las circunstancias particulares de cada una de las experiencias, a partir de tres posibles escenarios:

plantearon los siguientes tres escenarios que llevarían como motivo de consulta:

1. Consejería para inicio sexual.
2. La ruptura del preservativo en la última relación sexual.

3. No utilizar preservativo en la última actividad sexual.

Teniendo en cuenta los escenarios expuestos, los usuarios simulados reportaron que en la mayoría de los centros de salud hubo situaciones de actitudes de reproche, malos tratos, desinformación y lenguaje no verbal (gesticulaciones) inadecuados. No obstante, también hubo situaciones positivas, amigables y con información completa, resolviendo dudas y brindando métodos anticonceptivos como se estipula en el marco normativo vigente y lineamientos del programa.

Para el análisis de este apartado se evaluaron las experiencias de dos maneras, la primera, forma relacionada con los principios (trato), que son los que orienta las prácticas profesionales y a diferencia del apartado anterior donde se analizaron solamente cinco principios, aquí se abordarán casi todos, con excepción de la seguridad puesto que tiene que ver con cuestiones de infraestructura. La segunda, a partir de la narrativa de los usuarios simulados.

4.4.1 Usuarios simulados y celeridad

La celeridad se define como el principio que se enfoca en la atención rápida y sin barreras. Como se discutió en secciones anteriores, esta se encuentra estrechamente vinculada con el acceso a los servicios. De forma general, las experiencias y percepciones de los usuarios simulados fueron positivas, en la mayoría de los casos, dado que la atención fue rápida y ágil, los guardias no se catalogaron como barreras, contrario a lo expuesto por las entrevistas. Con respecto a los tiempos de espera en la mayoría de las consultas, no superaron los veinte minutos.

Respecto a las barreras descritas en este principio, la primera de ellas estaba relacionada con el área geográfica de la vivienda de los usuarios. Los usuarios simulados argumentaron que acudían a ese centro de salud, por recomendación de un amigo/a o porque un familiar vivía por la zona, pero en el centro de salud Plutarco Elías Calles y Croc B les negaron la atención a los usuarios simulados debido que no pertenecían a los AGEBS que atendía en centro de salud. Sin embargo, este hecho se solucionó gracias a la “empatía” que tuvo el personal de salud; ante esta situación se cambió el discurso para los otros centros de salud

y se buscó una dirección cercana que estuviera a la periferia del centro de salud con la finalidad de ser atendidos.

En lo que respecta a la celeridad dentro del consultorio, de forma general ambos usuarios simulados reportaron una adecuada duración, la cual oscilaba entre veinte minutos a una hora, esto dependiendo el caso y situación que manifestaban los usuarios. No obstante, hubo algunas experiencias negativas con este principio y fue la usuaria simulada quien las experimentó.

Cuando entré a la clínica no había guardia, tampoco había nadie, estuve esperando y después de unos minutos llegó un señor de recepción/cajas y le dije que iba a pedir información sobre educación sexual y él me respondió que si era menor de edad necesitaba un adulto, que, si no iba con un mayor, no me podían atender. Afortunadamente mi acompañante¹⁴ respondió que ella era mayor de edad y solo así me dejaron pasar. Sin embargo, no me mandaron a los Servicios Amigables, sino a un consultorio externo me dieron un turno y espere dos horas para ser atendida, una vez que entré el médico me cuestionó a que venía y le dije que, por información sobre sexualidad, se me quedó ¿viendo? bien raro y me dijo que eso no era con él y me mandó al Servicio Amigable, estando ahí espere otros 20 minutos para ser atendida (usuaria simulada, centro de salud Pio X).

Al igual que en el apartado 4.2 de acceso, el desconocimiento por parte del personal de salud, sobre los Servicios Amigables, hacen que los adolescentes experimenten situaciones negativas e incluso se retiran sin ser atendidos. Pues no solamente la usuaria simulada experimentó este acontecimiento, por su parte el usuario simulado varón, no pudo acceder a los Servicios Amigables en el centro de salud Croc B, dado que le dijeron que este centro no tenía este servicio.

¹⁴ La usuaria simulada fue acompañada en un par de ocasiones por una estudiante de maestría que estaba interesada en conocer el acceso a los Servicios Amigables, esta estudiante solo acudió para hacer observación, pues no entró a consulta con la usuaria simulada.

Si a ello le agregamos la violación a sus derechos, puesto que se le solicito a la usuaria ser acompañada por un adulto para poder ser atendida y esto va en contra de los derechos uno y tres de la Cartilla de los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Ley Federal para la Prevención y Eliminación de la Discriminación en su artículo 9 fracción VI, así como a la Norma Oficial 005 de Planificación Familiar.

4.4.2 Usuario simulado y Equidad

Dentro del principio de equidad alude a que todos los adolescentes, sin importar el grupo social, género o clase social al que pertenezcan pueden acceder a los servicios de SSRA (SEGOB, 2014). En este punto se detectaron múltiples falencias, tales como diferencias en el trato, si bien ambos usuarios simulados tuvieron experiencias de incomodidad, solo la usuaria indicó sentirse juzgada respecto a su actividad sexual en distintas ocasiones.

Cuando le conté a la doctora que mi novio no había querido usar un condón me regañó bastante, me dijo que si sabía cuánto costaba un paquete de pañales o lo caro que eran los bebés. Me dijo que era muy irresponsable por permitir esas cosas y que debía ponerle un alto. Yo la verdad ni supe que decir (usuaria simulada, centro de salud Nueva Morelos).

Este tipo de discursos se repitió con las profesionistas mujeres pues fueron dos enfermeras, dos médicas y un médico con quienes se sintió juzgada y/o señalada. Una posible explicación de este hecho pudiera hacerse bajo la perspectiva que Virginia Morotiel plantea en su libro “*Madres, los clanes del matriarcales en la sociedad global*” (Virginia Morotiel, 2016), aquí expone la existencia de “clanes matriarcales” que utilizan a su conveniencia criterios patriarcales y matriarcales ya sea en relaciones externa o internas, promoviendo el machismo y la misoginia.

Al analizar estas actitudes con la literatura se puede concluir que no es un hecho aislado, sino que las mujeres son presa de su identidad y construcción de género, que históricamente ha estado marcado por la desigualdad, división y sumisión de las mujeres., Tambia (1995) argumenta que el comportamiento sexual y el comportamiento reproductivo de las mujeres desencadenan en ellas enfrentamientos intensos en la arena social, pues con frecuencia los

intentos de las mujeres por afirmar su autonomía femenina chocan con las posiciones de la familia, sociedad y el Estado quienes tratan de ejercer control sobre ellas. Los resultados de estos enfrentamientos son altamente influenciados por las relaciones de poder, particularmente las que existen entre hombres y mujeres, e incluso, las mujeres mismas están involucradas en esta lucha tanto como sujeto como objeto.

Por otra parte, se encontró que se hacía diferencia por género respecto al pago del servicio, puesto que a la usuaria simulada le hicieron pagar la consulta en dos ocasiones, mientras que el hombre no pagó ninguna. Desde estas experiencias, puede observarse que el principio de equidad se quiebra y no está garantizado. En los casos del centro de salud Terminal y Tierra y Libertad, hubo una gran diferencia entre lo que se le solicitó abonar al usuario masculino y lo que se le solicitó a la usuaria femenina. Si bien finalmente ninguno debió pagar por los Servicios Amigables, a ella se le comentó que sin seguro popular la consulta salía \$270, mientras que a él se le pidieron \$135, es decir, la mitad. Esto se detecta como una problemática, pues puede pudiera pensarse que se hace diferencia por género en el mismo centro de atención.

Aunque estas dos experiencias evidencian una inequidad hacia la usuaria simulada, se encontró un panorama a la inversa cuando se trataba del acceso a la pastilla de emergencia; dado que el varón no pudo acceder a este método argumentándose en reiteradas ocasiones que debía ser la mujer quien la solicitara puesto que ella sería quien la tomaría. Al buscar una explicación de este hecho se encontró que esto se debe a cuestiones de control, además de catalogar la pastilla como peligrosa, así lo relata el usuario simulado en los siguientes fragmentos:

Me dijeron que no las daban así no más, que solo se usan en caso de violaciones, puesto que era muy peligrosa, y en dado caso tenía que venir la mujer a consultar y que el médico evaluará su situación para saber si era posible o recomendable que se le diera. Ahí es cuando yo le digo "es que ella no puede venir, por eso vengo yo" insistieron en que no era posible y luego me pregunta: ¿sabes todo lo que puede ocasionar que se tome la pastilla? (usuario simulado, centro de salud Porvenir).

La enfermera me estaba regañando me dice que no tienen PE ahí en el centro de salud, pero otra enfermera dice que sí la tienen, pero que definitivamente no me la pueden dar a mí, que tiene que ir a consultar mi pareja, pues debían hablar seriamente con ella. Dicho esto, comienzan a preguntar cuando tuvimos la relación y si estoy seguro de que se rompió el condón y si estaba seguro de que ella estaba en sus días fértiles (usuario simulado, centro de salud Arturo B. de la Garza).

Con ello se genera una problemática, pues en siete de las nueve experiencias al varón se le sugirió ir a comprarla a cualquier farmacia o que fuera la pareja por ella. Si a esto le añadimos las experiencias de la usuaria con el mismo tema, se generan las condiciones adecuadas para violentarlos y negarles su derecho a una vida sexual libre e informada.

Cuando se trata del ejercicio de la sexualidad, sobre todo en la mujer peticionera que existe una vigilancia mucho más allá de lo profesional, donde el prejuicio va de la mano de una negligencia médica que puede llegar a tener implicaciones relevantes, tal es el caso de la usuaria simulada en el centro de salud Topo Chico:

Yo le conté a la enfermera que quería una consulta con el doctor, puesto que había tenido relaciones sexuales y el condón se había roto, queriendo la PE. La enfermera se fue y entró con el médico, salió y me dijo que la PE solo se da en caso de violaciones. El médico le mando preguntar cuando fue mi última reglada, le dije y volvió a entrar al consultorio, sale y dice “dice el médico que tienes un cincuenta por ciento de probabilidad de embarazarte y otro cincuenta que no, así que regresa en un mes” y no me dieron la pastilla (usuaria simulada, centro de salud Topo Chico).

Con el relato antes mencionado, hay una falacia enorme, se estigmatiza e incluso se criminaliza el uso de la pastilla de emergencia. Donde la negligencia está presente, dado que el médico en ningún momento recibió a la usuaria y la consulta la hizo por medio de la enfermera, sin tomarle la importancia requerida que se solicitaba. De esta manera, se violentó el artículo nueve en la fracción VII de la Ley General de Población, así como el

principio principal de la Norma Oficial Mexicana 005 de los Servicios de Planificación sumado a ello el principio de confidencialidad.

Este panorama marca una falta de equidad en los Servicios Amigables, pues sigue siendo el cuerpo un objeto de vigilancia, sobre todo cuando se trata de la autonomía de la sexualidad y reproducción femenina. Si a ello se le suma, las diferencias de género que se hace en los costos/acceso a los insumos y el no contar con personal altamente capacitado para atender a este grupo etario, se hace evidente que este principio está completamente alejado de la realidad y solo forma parte del papel en las normativas y lineamientos.

4.4.3 Usuario Simulado y Confidencialidad/privacidad

Con respecto a la confidencialidad, solamente en el centro de salud Terminal se hizo mención del acuerdo de confidencialidad, esto para ambos usuarios simulados. Lamentablemente en varias experiencias este principio no fue aplicado, incluso se evidenciaron acciones que violaron o van en contra de la confidencialidad. Al respecto, la experiencia de la usuaria en Tierra y Libertad comentó que la médica le mostró fotografías de los genitales de una paciente con VPH que había sido atendida en ese centro de salud. En consecuencia, la usuaria experimentó incomodidad al respecto, afirmando que en esa consulta no se sintió segura, aunque se le haya brindado información sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual.

En este caso se detecta una clara violación a la privacidad, donde los derechos de los adolescentes que asisten a las consultas se ven sumamente vulnerados. En distintas ocasiones los usuarios simulados no eran atendidos dentro del consultorio, sino en un área común donde confluían personal de salud y otros pacientes. En otras ocasiones eran atendidos por personal no médico, como los de caja y recepción, en otras el personal de salud exponía sus casos a otros colegas.

Cuando le pedí la pastilla del día siguiente me dijo que iba a ver si la tenía. Cuando salió prácticamente gritó que la necesitaba, escuché a las enfermeras preguntar que para quién era, él dijo que para "la chava que está adentro" y le dijeron que no me lo podrían dar porque no tenía seguro. Cuando el médico

entró me dijo todo lo que ya había escuchado, le pregunté por qué había dicho todo eso en voz alta y evadió la pregunta. Me dio una receta para comprar la pastilla (usuaria simulada, centro de salud Arturo B de la Garza).

Se detectan, entonces, situaciones que no contemplan la confidencialidad ni privacidad del adolescente que consulta. No obstante, a pesar de estas experiencias negativas, se detectan consultas positivas, como fue el caso del centro de salud Plutarco Elías Calles y Terminal en los cuales, si bien no se les mencionó la confidencialidad de la atención, los usuarios se sintieron satisfechos, seguros, cómodos y resguardados en los consultorios.

4.4.4 Usuario Simulado e Integralidad/favorabilidad

Con relación a la integralidad, es decir, la provisión de información, prevención, diagnóstico y otros aspectos solicitados, se han identificado diversas deficiencias en este sentido. Se observó una falta de información en varios aspectos, como las infecciones de transmisión sexual (sus tipos, causas, consecuencias, entre otros) y una información completa sobre los métodos anticonceptivos. Además, solo en una experiencia se abordó el tema del embarazo con la usuaria femenina. En términos de integralidad, las consultas realizadas en los Servicios Amigables presentan fallas significativas, sobre todo en lo que respecta a la información brindada a los usuarios y a las demandas planteadas por los adolescentes, ya que la falta de suministros o su negación no son parte de un enfoque integral.

A través de los relatos y los informes completados por los usuarios simulados, se evidencia una falta de consideración hacia los adolescentes, siendo la experiencia vivida por la usuaria simulada en el centro de salud Topo Chico la más representativa. En esta experiencia, se reporta un acceso tedioso, se proporcionó información en un comedor y, cuando se solicitó la píldora anticonceptiva de emergencia, la enfermera calculó erróneamente el ciclo menstrual. Para empeorar la situación, la enfermera consultó al médico, quien se negó a atender a la usuaria y le negó la píldora (argumentando que su uso era exclusivo para casos de violación). Como se puede observar, la atención no fue integral, ya que se le negó tanto la prevención como el diagnóstico, además de brindar información incorrecta.

En cuanto a la favorabilidad, es necesario realizar modificaciones que promuevan el cumplimiento de los derechos de los adolescentes. Solo en una experiencia se mencionó la existencia de los derechos sexuales y reproductivos a la usuaria simulada (en el centro Terminal), y solo en una ocasión se proporcionó un folleto al usuario masculino sobre este tema (en el mismo centro). En el resto de las experiencias analizadas, estos derechos no fueron mencionados ni abordados durante las consultas. Incluso, en algunos casos se vulneraron estos derechos a través de situaciones de maltrato, prejuicios y negativas de atención, tal como se mencionó anteriormente. La favorabilidad de los Servicios Amigables radica en la adopción de acciones que beneficien a los adolescentes en caso de dudas o situaciones particulares, y no al revés. Sin embargo, al no mencionar sus derechos, negarles la atención o impedir que una menor consulte de forma autónoma, se están llevando a cabo acciones que vulneran el principio de favorabilidad que debería regir en estos servicios.

4.4.5 Usuarios Simulado y servicios oportunos

El eje de oportunidad se refiere a que el personal de salud no debe limitarse únicamente a los motivos expresados durante la consulta, sino que es necesario profundizar en los aspectos que llevan al adolescente a buscar atención. Sin embargo, en ninguna de las experiencias analizadas se observó este enfoque, ya que se centraron únicamente en los motivos de consulta. Aunque se destaca positivamente que en la mayoría de las consultas se respondieron adecuadamente las dudas de los adolescentes, los propios usuarios señalan que en varios casos la información proporcionada fue incompleta, ya que ellos esperaban recibir más información del tema a tratar.

En conclusión, se puede decir que se detectaron tanto cuestiones negativas, así como positivas en todos los centros. Con respecto a la atención, puede entenderse que los aspectos positivos y negativos descritos son más de índole personal, ya que están en directa relación con la persona que está brindando la atención en determinado momento. Sin embargo, algo que debe recalcar es que es necesaria una capacitación constante con respecto al trato con adolescentes, ya que quienes suelen asistir a los servicios amigables en muchas ocasiones presentan situaciones de vulnerabilidad, por lo que necesitan atención y contención.

Asimismo, suelen asistir en busca de información y orientación, por lo que demonizar las relaciones sexuales o tener prejuicios sobre sus acciones solo los vulnera más y atenta contra sus derechos. En este sentido, si bien se valoran las actitudes y atenciones positivas, se cuestiona el proceder de quienes tuvieron malos tratos, no respetaron la privacidad del adolescente y juzgaron sus acciones. En estos casos, no se considera un personal competente para formar parte de los Servicios Amigables.

4.4.6 Usuarios Simulado y Continuidad

La continuidad no es algo que ha podido evaluarse mediante la técnica de usuario simulado, puesto que solo se ha ido a buscar información y no se pretendía inicio de tratamiento o proceso de atención extendido. Sin embargo, con respecto a la prestación permanente, que también se relaciona con este principio, pudo observarse como negativa en las siguientes experiencias del usuario simulado masculino:

Entro a la unidad y veo enfrente la ventanilla, pero no hay alguien atendiendo, espero unos 10 minutos en eso llega el de farmacia y me atiende, me pregunta el motivo de consulta le explico y él me dice “ah bueno, déjame checar”. Y se va al consultorio de Servicios Amigables y regresa muy pronto diciéndome que la doctora no me podía atender porque ya se iba, reviso el reloj y era la 1:20 pm y le pregunto ¿Pero no el horario es de 9 a 3? Contestándome que sí pero que la doctora se va a la 1 pm (usuario simulado, centro de salud Nueva Morelos).

En esta línea, no han presentado continuidad ni cumplido con los horarios que estaban establecidos para la atención de Servicios Amigables, pues este no fue el único caso donde los días y horarios de atención eran modificados sin previo aviso y en diversas ocasiones los usuarios simulados debieron regresar pues no eran atendidos en el horario estipulado. Además, en una ocasión a la usuaria femenina se le negó la atención por no pertenecer a la zona. Sin embargo, como aspecto positivo cabe destacar que en la gran mayoría de los centros analizados los horarios de atención estaban siendo cumplidos, al igual que se les brindó la atención solicitada de manera gratuita y de manera rápida.

En conclusión, se puede decir que se detectaron tanto cuestiones negativas, así como positivas en todos los centros. Con respecto a la atención, puede entenderse que los aspectos positivos y negativos descritos son más de índole personal, ya que están en directa relación con la persona que está brindando la atención en determinado momento. Sin embargo, algo que debe recalcar es que es necesaria una capacitación constante con respecto al trato con adolescentes, ya que quienes suelen asistir a los servicios amigables en muchas ocasiones presentan situaciones de vulnerabilidad, por lo que necesitan atención y contención.

Asimismo, suelen asistir en busca de información y orientación, por lo que demonizar las relaciones sexuales o tener prejuicios sobre sus acciones solo los vulnera más y atenta contra sus derechos. En este sentido, si bien se valoran las actitudes y atenciones positivas, se cuestiona el proceder de quienes tuvieron malos tratos, no respetaron la privacidad del adolescente y juzgaron sus acciones. En estos casos, no se considera un personal competente para formar parte de los Servicios Amigables.

4.5 Experiencias de los usuarios simulados por clínica

A partir de lo expuesto y analizado anteriormente puede determinarse que, las falencias son mucho mayores a los aciertos, sobre todo al tener en cuenta la situación de vulnerabilidad a la que están expuestos los adolescentes que asisten a estos centros. Como se mencionó con anterioridad, los usuarios simulados asistieron a estos espacios para obtener información sobre educación sexual, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual con la finalidad de conocer cómo se brindaban los servicios y de sus experiencias pueden destacarse los siguientes puntos:

-Experiencia 1: **Centro de salud Arturo B de la Garza.** En este centro de salud al varón no se le brindó información sobre métodos anticonceptivos, cuando solicitó la pastilla de emergencia se le negó, argumentándose que era del sexo masculino y se le expuso que "era peligrosa", sin dar más detalles, comentario que pudiese desincentivar a las adolescentes a hacer uso de esta pastilla en lugar de atraerlos a una valoración para saber si son candidatas apropiadas. Asimismo, la atención que se le brindó fue en una oficina, con escritorios, no en un consultorio médico. El personal médico que estaban en esa habitación no cuidó el

principio de privacidad, pues comentaron la situación por la que iba al usuario con otros miembros de la clínica.

Por su parte, la usuaria femenina indica que sí la atendieron en un consultorio, aunque le hicieron pagar la consulta y su privacidad fue vulnerada por parte del médico, dado que comentó el caso de la usuaria con diversas personas ajenas al servicio amigable. La información sobre métodos anticonceptivos e ITS fue sumamente breve, no se profundizó en ellos, solamente se los mencionaron. Debido a las experiencias antes relatadas se puede determinar cómo negativa, dado que ambos usuarios relataron que fueron más estas experiencias.

-Experiencia 2: **Centro de salud Croc B.** Este fue el centro de salud donde no hubo consulta, para ninguno de los dos usuarios, pues el personal de salud desconocía la existencia de los Servicios Amigables. En dos ocasiones regresaron ambos usuarios (días y horas diferentes) y no lograron acceder a la consulta. El varón relata que lo único que consiguió en relación con atención en salud reproductiva fue un libro sobre métodos anticonceptivos. Lo grave de ello, es que este era material para uso interno del consultorio, pues todos los otros Servicios Amigables lo tenían y con dicho libro mostraban los diversos métodos anticonceptivos. El personal le dijo que se lo llevara y después en unos días lo regresara, sin preguntarle dirección o teléfono.

Mientras que a la mujer no quisieron atenderla durante la primera visita porque no pertenecía a la zona de atención, para la segunda visita le dijeron que no había ese tipo de servicios y que regresara después. Al indagar con el personal administrativo sobre el tiempo que tenían los Servicios Amigables en este centro de salud se encontró que ya eran antiguos con más de seis años. La negativa de atención y la poca información brindada a los usuarios simulados catalogan esta experiencia como negativa.

-Experiencia 3: **Centro de salud Nueva Morelos.** En este centro de salud el usuario tuvo que regresar un par de ocasiones pues el horario de atención no era respetado, el cual era de 9:00 am a 3:00 pm y para la 1:00 pm ya no estaba la médico encargada del servicio. Cuando pudo acceder a la consulta pidió información sobre el condón, así como su colocación, la médico le pasó un pene de madera para que lo pusiera y el usuario simulando

lo puso mal, con la intención de ser corregido (abriéndolo con la boca, no revisando que se inflara la punta etc.) pero esto no sucedió. La médico le explicó los métodos anticonceptivos, pero no hubo información sobre las ITS, solamente la importancia del condón para no contagiarse. Según el relato del usuario simulado de forma general el trato por parte del personal de salud fue adecuado.

Sin embargo, el trato con la mujer fue distinto, se le regañó en reiteradas ocasiones y al pedir información sobre los métodos anticonceptivos, solo se le dio una hoja donde venían los diferentes métodos, la duración, la efectividad, etc. Al querer profundizar sobre ellos se le dijo a la usuaria que ahí estaba toda la información, es decir no se le explicó nada. Esto mismo ocurrió con las ITS, la usuaria sintió que la información no se brindó, la actitud del personal fue negativo.

-Experiencia 4: **Centro de salud Pio X.** El doctor que atendió al usuario masculino en esta ocasión le brindó una atención integral, le habló sobre todos los métodos anticonceptivos, masculinos (condón y vasectomía) y femeninos, así como su correcto uso, incluso se le habló del ciclo menstrual. Desde un inicio se le mencionó la confidencialidad y se le explicaron las ITS, la médica y enfermera respondieron a todas las inquietudes del usuario.

Por parte de la usuaria simulada, indicó que la atendió una doctora, bastante amigable y accesible, pero que no respondió a todas sus dudas. Cuando preguntó por el método anticonceptivo se le brindó información completa, pero al momento de preguntar que podría adaptarse mejor a ella, se le respondió que el que ella decidiera. En este caso, el diagnóstico y análisis para determinar si era apta o no para el uso de algún método hormonal no fue brindado. Sin embargo, a grandes rasgos, la experiencia completa se cataloga para ambos usuarios como positiva.

-Experiencia 5: **Centro de salud Plutarco Elías Calles.** En este caso, el usuario expone que en una primera visita no quisieron atenderlo debido a que no radicaba en la zona. En la siguiente visita pudo acceder al consultorio, pues dio una dirección cercana a la unidad médica, fue entonces que recibió información sobre los métodos anticonceptivos y el ciclo menstrual. La doctora fue muy accesible y al igual que las otras experiencias, la información sobre las ITS no fue muy profunda.

En la experiencia de la usuaria se indica que todo el personal fue amigable y amable, acentuándose estos atributos en la médica, ella le brindó un sentimiento de confianza y se notaba interesada en ella, sus motivos de consulta, de echo indagó más allá del motivo que llevo a la usuaria a consulta. Ambos usuarios consideraron la experiencia como integral y completa, se habló métodos anticonceptivos, embarazo y las ITS. Por consiguiente, puede establecerse una atención positiva en este Servicio Amigable.

-Experiencia 6: **Centro de salud Porvenir**. El usuario tuvo que regresar en dos ocasiones, debido a que no se respetó el horario de atención el cual era de 9:00 am a 3:00 pm. Cuando pudo acceder a los Servicios Amigables le querían hacer pagar la consulta, pero al final esto no sucedió, debido a que él les mencionó que sabía que eran servicios gratuitos. En lo que respecta a la información el varón la consideró como buena, aunque sintió que faltó profundizar en los métodos e infecciones, la explicación que consideró como excelente fue la del condón. Este fue el único centro que le otorgó la pastilla del día después, en este punto se detecta la empatía respecto a la situación del usuario.

Por otro lado, la experiencia de la usuaria simulada fue contraria, pues consideró que la información sobre los métodos anticonceptivos e ITS, brindada por una médica en compañía de la enfermera fue incompleta y en algunos puntos errónea, las pastillas anticonceptivas no fueron bien explicadas, cuál era el efecto que tenían y como debían tomarse. La usuaria en reiteradas ocasiones se sintió juzgada por el personal médico, pues al exponer los motivos de consulta el personal hacia muecas o gestos de desaprobación.

-Experiencia 7: **Centro de salud Topo Chico**. Este fue el centro de salud peor calificado, pues al solicitar información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos, solamente se le dieron condones al varón, sin explicar los diversos métodos. Para lograr obtener algo de información el usuario comenzó a preguntar sobre algunos métodos en específico, pero la explicación fue muy breve y sin profundizar en ellos. Esto mismo sucedió con las ITS.

Con respecto a la usuaria indica que el acceso fue tedioso y que una enfermera le brindó la información en una sala tipo comedor, dado que el médico nunca la atendió. Esto a pesar de que su motivo de consulta fue “haber mantenido relaciones sin protección y solicitando la pastilla de emergencia”. Lo alarmante de la situación ocurrió la enfermera consultó con

el médico el caso y aun así no quiso atenderla, sumándose que se le negó la pastilla de emergencia, puesto que solo era usada en casos de violación. Para tratar de tranquilizar a la usuaria (pues ella debía mostrar angustia por la situación) la enfermera hizo un cálculo del ciclo menstrual de la adolescente, asegurándole que no era casi imposible que estuviera embarazada y le solicito regresar en un mes. Como puede verse, toda la experiencia raya en la mala práctica médica, pues la atención, prevención y el diagnóstico fue negado, por lo tanto, la experiencia es considerada como negativa.

-Experiencia 8: **Centro de salud Terminal.** Es importante hacer mención que este centro pertenece a los servicios exclusivos. En el caso del usuario masculino, la descripción de su experiencia es muy completa, comenta que, al solicitar consulta para información sobre métodos anticonceptivos y salud sexual, lo derivaron en seguida al consultorio de Servicios Amigables. En este centro le abrieron un expediente clínico y la espera fue aproximadamente 30 minutos, una vez adentro del consultorio la experiencia fue positiva. Se le mencionó el tema de planificación familiar y la importancia de tener en claro los objetivos de vida (fue el único lugar que trato estos temas), sobre los métodos, se le dio una explicación amplia de cada uno de ellos, contrario a las ITS, pues no se profundizó mucho en ellas, pero sí fue un tema que se tocó. El usuario simulado no sintió prejuicios y además se le indicó que él sí podía pedir la pastilla de emergencia, el trato fue muy respetuoso, se le brindó la información solicitada, además de darle folletos informativos sobre derechos sexuales y condones.

Para la usuaria el trato fue similar, aunque los tiempos de espera fueron distintos, ella estuvo cerca de dos horas esperando consulta. No obstante, una vez adentro el trato fue ameno, sin prejuicios y la plática fluyó sin problemas, se le mencionó la confidencialidad y los derechos, además de responder sus dudas y orientarla en la elección de métodos anticonceptivos. Al solicitar la pastilla de emergencia se le dijo que sí podían dársela, pero que en ese momento no había, pero la médico trato de conseguirla en algún otro centro de salud a pesar de haber realizado varias llamadas, por lo que optó por darle una receta y que ella pudiera adquirirla por fuera. Las ITS también fueron parte de la conversación, aunque al igual que con el varón no se profundizó en ello "para no asustarla", la médico le dijo que

si quería ponerse el implante acudiera en otro momento y ahí le explicaría mucho más sobre las distintas ITS.

De forma general las experiencias de ambos usuarios fueron positivas, sintieron en todo momento la amigabilidad y empatía del personal, sobre todo en la médica, quien consideran que realizaba un excelente trabajo, pues tocó temas que nadie más los menciona como el plan de vida.

-Experiencia 9: **Clínica Tierra y Libertad**. Este también era un servicio exclusivo, en el caso del usuario, el guardia le preguntó al ingresar si tenía o no seguro popular para la consulta, al responder negativamente se le indicó que debía pagar \$135 pesos. Una vez adentro, llega a la caja y comenta el motivo de consulta procediendo a cobrarle, aunque él mencionó en su visita que le habían mencionado que era un servicio gratuito. Es por ello que le mandan llamar al enfermero de los Servicios Amigables y le pregunta sobre el motivo de consulta para saber si se le cobraría o no la consulta, una vez expuesto el motivo comienza a gestionar la devolución del dinero. En la consulta se le explicó cada método anticonceptivo, aunque respecto al condón tuvo errores sobre todo en la colocación y no se mencionó a fondo las ITS (solo algunos síntomas). La pastilla del día siguiente le fue negada y se le recalcó, a modo de información, que es un método de emergencia y no un método que pueda usar siempre.

Respecto a la experiencia de la usuaria, señala que por consulta le quisieron cobrar inicialmente \$270 (diferencia notable con la experiencia del usuario simulado) pero al indicar que quería ir a Servicios Amigables, se llamó al enfermero y no se le cobró. La actitud de la guardia cambió de manera positiva, pues en el contacto inicial tuvo mal carácter y una vez que supo que la usuaria iba a servicio amigable fue amable. La consulta en los Servicios fue rápida, de atención ágil y amable, aunque con información algo incompleta con relación a las ITS y métodos. Respecto a la confidencialidad, no la hubo, pues la médica le mostró fotografía de las partes íntimas de una paciente, además de que durante la consulta el enfermero ingresó y salió en reiteradas oportunidades. Respecto a los métodos, se le dio la pastilla de emergencia y muchos condones. Las dos experiencias son consideradas de forma general como positivas, pero con puntos a mejorar.

Con toda la información antes descrita, se pudo decir que las experiencias son variadas, pero son los Servicios Amigables exclusivos los que tuvieron una mejor percepción y comentarios favorables y ambos usuarios consideraron que fue ahí donde se les brindó una información más completa. Seguido de otros centros de salud donde la atención fue regular, pero aun así se les brindó cierta información relacionada con los motivos de consulta. Pero la situación más alarmante se dio en los centros de salud, donde los usuarios no eran atendidos y en aquellos donde se sintieron juzgados, expuestos y violentados, pues predominaron los malos tratos y prejuicios. La tabla 4.5 resume los aciertos y errores reportados por los usuarios simulados por clínica.

Tabla 4.5 Experiencias de los usuarios simulados por centro de salud

C.S.U	Usuario simulado Hombre		Usuaría simulada mujer	
	Experiencias negativas	Experiencias positivas	Experiencias negativas	Experiencias positivas
Arturo B de la Garza	-Comentarios intimidantes. -Atención fuera del consultorio. -Sin confidencialidad. -Privacidad violentada. -Negación de la pastilla de emergencia. -Limitación al motivo de consulta. -Información de salud sexual y reproductiva incompleta.	-Gratuidad del servicio -Atención rápida. -Respuesta al motivo de consulta. -Empatía por parte del personal.	-No gratuidad del servicio. -Sin confidencialidad -Privacidad violentada -Limitación al motivo de consulta. -Información de salud sexual y reproductiva incompleta	-Atención rápida -Respuesta al motivo de consulta. -Empatía por parte del personal.
Croc B.	Negación del servicio			
Nueva Morelos	-Negación de la atención -Horarios de consulta no respetados.	-Gratuidad del servicio. -Atención rápida. -Trato del personal adecuado.	-Trato con actitud reprobatoria. -Sentirse señalada y juzgada. -Sin empatía.	-Gratuidad en el servicio -Atención rápida

	-Limitación al motivo de consulta. -Información en salud sexual incompleta. -Empatía por parte del personal	-Privacidad.	-Motivo de consulta no atendido. -Información en salud sexual incompleta	
Pio X	-Limitación al motivo de consulta.	-Gratuidad -Atención rápida -Atención médica subóptima	-Regaño por parte del personal de recepción. -Solicitar el acompañamiento de un adulto para acceder al servicio.	-Gratuidad -Atención rápida -Amigabilidad por parte del personal. -Información en salud sexual incompleta
Plutarco Elías Calles	-Negación del servicio -Limitación al motivo de consulta. -Negación de la pastilla de emergencia	-Gratuidad del servicio. -Atención rápida -Ambiente de confianza -Privacidad respetada -Información sobre salud sexual y reproductiva. -Atención integral.	-Negación de la atención	-Gratuidad -Atención rápida -Amigabilidad por parte del personal. -Ambiente de confianza. -Privacidad respetada. -Se indago más allá del motivo de consulta (oportunos). -Atención integral
Porvenir	-Horarios no respetados. -Solicitar un pago por la consulta. -Limitación al motivo de consulta.	-Gratuidad del servicio. -Atención rápida -Otorgaron la pastilla de emergencia	-Trato con actitud reprobatoria. -Información en salud sexual incompleta. -Sentirse señalada y juzgada.	-Gratuidad del servicio. -Atención rápida
Topo Chico	-Limitación al motivo de consulta. -Información en salud sexual incompleta. -Sin empatía	-Gratuidad del servicio. -Atención rápida.	-Sin celeridad en el acceso. -Negación de la atención. -Atención fuera del consultorio. -Información falsa sobre salud reproductiva. -Negación de la pastilla de emergencia. -Sentirse señalada y juzgada.	-Atención rápida

			-Sin empática	
Terminal	-Información en salud sexual incompleta	-Gratuidad. -Señalización del servicio. -Cuenta con sala de espera. -Se menciona la confidencialidad. -Se mencionaron los derechos sexuales y reproductivos -Tiempo adecuado en consulta. -Empatía por parte del personal. -Privacidad. -Se indagó más allá del motivo de consulta (oportunos).	-Sin celeridad en el acceso. -Falta de insumos.	-Gratuidad. -Señalización del servicio. -Cuenta con sala de espera. -Se menciona la confidencialidad. -Se mencionaron los derechos sexuales y reproductivos -Tiempo adecuado en consulta. -Empatía por parte del personal. -Privacidad. -Se indagó más allá del motivo de consulta (oportunos).
Clínica Tierra y Libertad	-Solicitar un pago por la consulta. -Negación de la pastilla de emergencia. -Limitación al motivo de consulta. Información en salud sexual incompleta Falta a la confidencialidad	-Gestión por parte del personal para garantizar la gratuidad.	-Solicitar un pago por la consulta. -Actitud negativa por parte del personal. -Incomodidad en consulta -Privacidad violentada	-Gestión por parte del personal para garantizar la gratuidad. -Amigabilidad. -Otorgaron la pastilla de emergencia

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Como se pudo observar, la salud sexual y reproductiva adolescente ha adquirido una relevancia primordial en las últimas décadas, siendo un tema prioritario por abordar. En este documento, se evidencia el compromiso del gobierno mexicano al poner en marcha diversos mecanismos de acción, en respuesta a los llamados y recomendaciones de organismos internacionales. Con el objetivo de mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, el sistema de salud mexicano ha implementado una serie de programas, siendo el Servicios Amigables de la Secretaría de Salud el enfoque central de análisis en este documento.

Al emplear técnicas de investigación cualitativa como la observación, entrevistas a semiestructuradas y la técnica de usuarios simulados, se logró adentrarse en las vivencias y experiencias de los adolescentes del municipio de Monterrey durante el acceso y atención de los Servicios Amigables. Se evidencia una significativa brecha entre lo establecido en el MAISSRA, las normativas y leyes, con la realidad que enfrentan los adolescentes en términos de acceso, trato y atención.

La realidad experimentada por los sujetos de estudio se encuentra estrechamente vinculada a las interacciones sociales que se dan entre el personal de salud y ellos. Por un lado, los adolescentes suelen ocupar una posición de vulnerabilidad, mientras que, por otro, el personal de salud ejerce una posición de poder como médicos, enfermeros y promotores. Estas interacciones son determinantes en la atención brindada en los Servicios Amigables.

En este sentido es importante mencionar que, en el ámbito de la salud, se ponen en juego relaciones de poder, tal como lo señaló Foucault (1979), donde el poder circular a través de los discursos. En este contexto, se observa que los modos de expresión y la información transmitida, tanto a las entrevistadas como a los usuarios simulados, están cargados de esta posición de poder, lo que expone al adolescente como un sujeto ignorante e irresponsable. En lugar de brindarles seguridad, confianza, contención e información, se juzgan sus acciones, lo que limita su participación y asistencia a este tipo de servicios.

En este sentido, Sáez (2016) señala que un manejo inadecuado de la educación sexual tendrá consecuencias catastróficas para esta población. Para evitarlo, es necesario trabajar en las actitudes de los profesionales que brindan información sexual, ya que los jóvenes optarán por conductas de riesgo no porque sean irresponsables, sino porque tienen diversas opciones sexuales, y suelen elegir las más placenteras y económicas, como prescindir del uso del condón. Por lo tanto, castigar y juzgar a los adolescentes por vivir su sexualidad es una forma de ejercer poder sobre sus cuerpos y, además, contraviene las normativas sociales y políticas de estos servicios.

Por lo tanto, es de suma relevancia que realmente el enfoque de derechos este presente en los Servicios Amigables, pues justo ahí se deberían ejercer los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, implicando reconocer y garantizar su capacidad de decidir de forma libre, autónoma e informada sobre su cuerpo y sexualidad. Es fundamental respetar su privacidad y salvaguardar su información personal, así como asegurar su derecho a la vida, la integridad física, psicológica y sexual. Además, se debe promover su derecho a decidir de manera libre e informada sobre su vida reproductiva, así como la igualdad, vivir libre de discriminación y recibir información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad. La educación integral en sexualidad, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, el derecho a la identidad sexual y la participación en políticas públicas sobre sexualidad y reproducción también son aspectos fundamentales para garantizar los derechos de los adolescentes en esta materia (CNDH, 2016). Desafortunadamente, los derechos no fueron garantizados en la mayoría de las unidades médicas analizadas, siendo frecuentemente violentados y sometidos a un enjuiciamiento de orden moral y no profesional, teniendo esto un impacto importante en el acceso y atención a los servicios de salud reproductiva.

5.1 Hallazgos relacionados con el trato al momento del acceso

La accesibilidad se constituye como el pilar principal de los Servicios Amigables, postulando un recorrido preestablecido que deben seguir tanto los adolescentes como el personal de salud. En cada tramo de esta ruta, los principios de celeridad, privacidad equidad y oportunidad deben ser preponderantes. Sin embargo, se han detectado importantes fallas en estos aspectos.

El *ingreso* a la clínica representa el primer encuentro cara a cara con el personal, donde se debería promover el acceso rápido de los usuarios, pero según los sujetos de estudio, el portero (vigilante) actúa más como un obstáculo, interrogando, restringiendo e incluso agrediendo a los adolescentes. Este comportamiento crea un ambiente de desconfianza e incomodidad, entorpeciendo el acceso a los servicios. Esta dinámica revela una desbalanceada relación de poder entre los vigilantes y los adolescentes, en la que los primeros ostentan una supremacía que ejercen de manera inapropiada (Gordillo, 2021).

La *señalización* de los Servicios Amigables dentro del centro de salud es otro aspecto crucial para el acceso, pues no cuentan con ella y se ha observado que el personal de la clínica en diversas ocasiones suele desconocer sobre la existencia del servicio, lo que lleva a que los usuarios sean enviados de vuelta a casa o sean atendidos en áreas no adecuadas, consultorios no establecidos para este tipo de servicios y con personal no especializado. Esta situación también fue evidenciada en un estudio realizado por Pastrana et al (2020).

Respecto a la *recepción*, se encontraron problemas, relacionados principalmente con la desinformación administrativa, pues permeaba un discurso generalizado sobre el cobro de los servicios a menos que el usuario esté adscrito al seguro popular. Este enfoque contradice las directrices del MAISSRA, que especifican que los Servicios Amigables deben ser gratuitos. Por otra parte, la *sala de espera* debe ser un lugar confortable, preferiblemente apartado del resto de los consultorios, con la finalidad de preservar la privacidad de los adolescentes. Desafortunadamente, esto se cumplió solo en dos de los nueve servicios analizados. Respecto a los *tiempos de espera*, fueron generalmente cortos, en particular cuando se tenía una cita previa.

De forma general el acceso presenta pocos aciertos y múltiples barreras, pero son justamente los Servicios Amigables de tipo exclusivo donde hay mejores condiciones relacionadas con el acceso, como lo son: acceso rápido, sala de espera separada del resto de los consultorios, tiempo de espera cortos, señalización, equipo profesional más empático, etc. Por su parte, las barreras que más sobresalen en la interacción con el personal y los usuarios son la violación a sus derechos, violencia y la descoordinación interinstitucional, los cuales genera una ruptura en el acceso y por consecuencias en atención que reciben los usuarios del servicio.

Los tipos de violencia pueden ser variados, siendo la violencia directa la más frecuente, sobre todo cuando están presentes los juicios de valor, regaños y las represalias hacia los adolescentes; Asimismo está presente la violencia simbólica, la cual arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales, apoyándose en unas expectativas colectivas, en unas creencias socialmente inculcadas, que transforma las relaciones de dominación y de sumisión en relaciones afectivas de poder. Por lo tanto, hay una relación asimétrica entre dominantes y dominados, no siempre percibida y que cuenta con la anuencia de los sometidos (Fernández, 2005; Calderón, 2004).

Este tipo de violencia está presente cuando los adolescentes piensan que es correcto que el personal de salud los trate de cierta forma, dándoles así un poder agenciamiento, como resultado de un conocimiento, dado que el personal marca las pautas a seguir en el acceso y la atención; en este sentido, es importante mencionar que la violencia simbólica está más presente durante la atención.

Por otra parte, está la descoordinación institucional, la cual provoca conflictos entre departamentos, pues cada uno puede tener visiones o prioridades diferentes, teniendo un grave problema, que genera conflictos interdepartamentales con una repercusión colateral con los usuarios de un servicio (Marín, 2016). Para poder reducir esto, debe haber una vinculación entre los departamentos, donde la información fluya de forma correcta entre todo el personal de salud, tratando de reducir aquellas barreras que no permiten un adecuado acceso de los adolescentes.

El problema descrito representa un desafío de salud pública debido a varias razones. En primer lugar, la violencia simbólica ejercida por el personal de salud hacia los adolescentes en el contexto de los Servicios Amigables es una forma de violencia que afecta su bienestar emocional y psicológico. Esta violencia simbólica se manifiesta a través del trato despectivo, el juzgamiento y la estigmatización de las acciones y decisiones de los adolescentes en relación con su sexualidad. Este tipo de violencia tiene consecuencias negativas para la salud mental de los adolescentes y puede generar un ambiente de desconfianza y rechazo hacia los servicios de salud.

Además, la descoordinación institucional entre los diferentes departamentos de salud también representa un problema de salud pública. La falta de comunicación y colaboración entre estos departamentos puede generar barreras en el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. La falta de flujo de información adecuada y la existencia de prioridades y visiones diferentes entre los departamentos pueden obstaculizar el acceso oportuno y la continuidad de la atención para los adolescentes, lo que impacta negativamente en su salud y bienestar.

Respondiendo a la pregunta número uno de investigación ¿Cómo es el proceso de acceso en los Servicios Amigables en el municipio de Monterrey según los usuarios? se puede decir que el proceso representa grandes retos; pues generalmente no se respetan los pasos a seguir e imperan barreras como la violencia, violación a sus derechos y juicios de valor.

Respecto a la segunda pregunta ¿El acceso a los Servicios Amigables de Monterrey se apega a los lineamientos de equidad, celeridad, privacidad y oportunos plasmados en el modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes? Se encontró que generalmente dichos principios son pasados por alto (véase tabla 5.1).

Tabla 5.1 Cumplimiento de los principios relacionados con el acceso según observación de campo y sujeto de estudio¹⁵

Principio	Observación de campo	Entrevistadas	Usuario Simulado
Equidad	⊗	⊗	⊗
Celeridad	⊗	⊗	⊗
Privacidad	⊗	⊗	⊗
Oportuno	—	⊗	⊗

¹⁵ El símbolo ⊗ indica que dicho principio no se cumplió en su totalidad y el símbolo ---- indica que no se pudo obtener información al respecto.

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

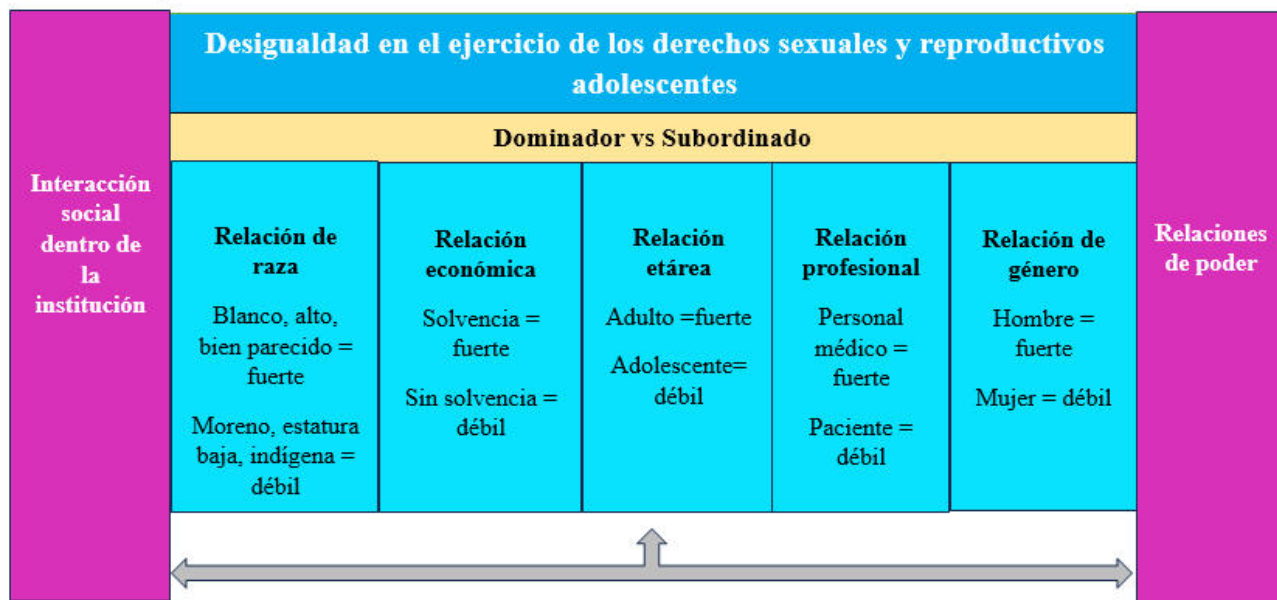
Como se mencionó en el capítulo anterior, todos los sujetos de estudio e incluso durante la observación de campo, se constató un incumplimiento de dichos principios y por consiguiente una violación a los derechos de los usuarios. Para abordar estos problemas desde una perspectiva de salud pública, es necesario implementar estrategias que promuevan la formación y sensibilización del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, así como la importancia de brindar una atención libre de violencia y basada en el respeto. Además, se requiere una mayor coordinación y colaboración entre los diferentes departamentos de salud, asegurando que la información fluya de manera adecuada y que se eliminen las barreras que dificultan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas acciones contribuirán a garantizar el pleno ejercicio de los derechos de los adolescentes y a promover su salud y bienestar.

5.2 Hallazgos Relacionados con el Trato y la Atención

Como se ha subrayado a lo largo de este análisis, la atención es el eje central de los Servicios Amigables, puesto que es el medio por el cual se atienden las demandas y necesidades de la población adolescente. No obstante, es en la etapa de atención donde se hacen más evidentes las relaciones de poder que circulan en el campo de la salud, situando a los adolescentes en una posición de juicio por parte del personal de salud, quienes, en ocasiones, a percepción de las usuarias, parecían más “verdugos” que cuidadores empáticos, violentando así sus derechos sexuales y reproductivos.

En la imagen 5.1 se puede observar que existe una desigualdad en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta las relaciones de poder que se dan a partir de las interacciones sociales dentro de las instituciones. Estas relaciones de poder están insertas en cuatro grandes categorías, en primera instancia están las relacionadas con el género, donde lo masculino tiene poder sobre lo femenino; argumentando este dato, se encontró que el usuario varón fue tratado de mejor manera en los disantos centros de salud y no fue juzgado o sometido a críticas morales por parte del personal de salud, mientras que las mujeres se enfrentan a un panorama distinto.

Imagen 5.1 Modelo de desigualdad en los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y las relaciones de poder



Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

Desde la perspectiva de género se personifica el discurso, el lenguaje o la sociedad, y en la personificación se consolida el sujeto (Burke, 1999; Butler, 2002). Butler cree que una forma de abordar el discurso es analizarlo según lo que excluye y utilizarlo para criticar sus conceptos básicos, ya que “el sujeto se constituye a través de una fuerza de exclusión y abyección” (Butler, 2002, p. 20). Se determina que, si el género es la causa del sexo, entonces la plasticidad, la contingencia y la política del género se acentúan. El discurso sobre el género y sobre los feminismos, desde el sistema patriarcal, consiste en una producción y reproducción de estereotipos y características que condicionan su identidad según el sexo.

La segunda categoría de este modelo son la relación profesional, la cual esta inserta en el paradigma del conocimiento como herramienta, donde se presupone que los adolescentes carecen de él. Este paradigma conlleva a una supremacía profesional, en la que el veredicto del profesional oprime, limita e incómoda al paciente, propiciando situaciones de violencia simbólica y vulnerabilidad para los adolescentes. En este contexto, Foucault articuló que el

poder opera a través del discurso, pues este conforma las actitudes de la población hacia fenómenos diversos como la delincuencia, la locura o la sexualidad, dado que el discurso puede ser empleado como una poderosa herramienta para restringir los patrones de pensamiento, transformando así el conocimiento en una fuerza de poder (Foucault, 1976).

Las conductas del personal médico se relacionan con el ejercicio profesional, pareciendo que existe una lucha constante por mantener su posición de poder dentro de la estructura social, basada en sus conocimientos (capital simbólico) que legitiman su posición. Una característica de la violencia simbólica es su aparente naturalidad, la cual permite revelar aspectos significativos sobre aquello no verbalizado, involucrando los aspectos valorativos y rituales del encuentro entre médico y paciente, íntimamente entrelazados con una relación de poder (Marton y Echazú, 2010).

Si a la relación profesional se le suma la condición etaria, donde imperan discursos y actitudes adultocentristas donde se recaen en visiones biologicistas y evolucionistas. Estos discursos justifican científicamente “una verdad” acerca de la juventud como si en esta definición no se ocultara una serie de disputas por el poder. De este modo, el adultocentrismo podría ser identificado como la serie de mecanismos y prácticas desde los cuales se ratifica la subordinación de las personas jóvenes, atribuyéndoles, a estos últimos, una serie de características que los definen siempre como sujetos deficitarios de razón (déficit sustancial), de madurez (déficit cognitivo-evolutivo), de responsabilidad y/o seriedad (déficit moral) (Vázquez, 2013).

Bajo este paradigma la comunicación entre el personal y los adolescentes mostró deficiencias significativas, con la violencia manifestándose no solo a través del discurso, sino también a través de los gestos utilizados por el personal. Las entrevistas y experiencias de los usuarios simulados revelaron que los gestos de desaprobación, donde su opinión fue ignorada y las reprimendas eran una práctica recurrente por parte del personal.

Así mismo la condición económica de los usuarios tiene un impacto en las relaciones que se dan dentro de la institución, pues generalmente los adolescentes no cuentan con los recursos monetarios para poder acceder a recursos fundamentales para el ejercicio pleno de su sexualidad y reproducción. Pues las instituciones analizadas carecían de insumos para el

ejercicio de este derecho, como lo fue el desabasto de métodos anticonceptivos o estudios de laboratorio.

Por último, tenemos las relaciones vinculadas con la raza, pues desde las observaciones de campo y relatos de los usuarios simulados, se pudo constatar que el ser varón, blanco, alto y con características físicamente apegadas a los cánones de belleza actual genera mayores posibilidades de ser tratado mejor. En este sentido, Pérez (2012) dice, que en la cultura reside el sistema de valores de la belleza, la cual se materializa a través de las instituciones y en forma de normas que guían los comportamientos de las mujeres y de los hombres, asegurando la cohesión con el grupo. Esta concepción ha coadyuvado a hacer del cuerpo una perfecta norma y de la belleza un objetivo utópico, pero aquellos que se acercan a los cánones de belleza pueden gozar de más beneficios que aquellos que no.

Las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes se deben a las relaciones antes mencionadas, donde el respeto al derecho de decidir de forma libre, autónoma e informada sobre su cuerpo y sexualidad se produce cuando el personal de salud limita o juzga las decisiones de los adolescentes, imponiendo restricciones y normas que van en contra de su autonomía y capacidad de elección. Esto puede estar motivado por prejuicios o creencias personales del personal de salud.

Además, el impedimento del pleno ejercicio del derecho a ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual se debe a la estigmatización y la falta de información adecuada sobre la sexualidad de los adolescentes. Los prejuicios y la falta de comprensión por parte del personal de salud pueden llevar a que se nieguen servicios o se desincentive la expresión de la sexualidad de los adolescentes. El derecho a manifestar públicamente sus afectos se ve afectado por actitudes discriminatorias y estigmatizadoras por parte del personal de salud, que puede censurar o desalentar las muestras de afecto públicas de los adolescentes.

La violación del derecho a decidir con quién relacionarse afectiva, erótica y sexualmente se da cuando el personal de salud impone juicios morales o prejuicios sobre las elecciones de pareja de los adolescentes, limitando su libertad de elección y su capacidad de vivir su sexualidad de manera plena y saludable. El no respeto al derecho a que se respete su privacidad y se resguarde su información personal ocurre cuando hay filtraciones de

información confidencial o cuando no se garantiza un entorno de confidencialidad y seguridad en los servicios de salud.

Tabla 5.2 Resumen de los hallazgos en relación con el cumplimiento de los elementos básicos que los Servicios Amigables deben cumplir según el MAISSRA¹⁶.

Acciones del personal de salud de los Servicios amigables	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Celeridad en el acceso	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊙	⊗	⊗
Amigabilidad por parte del personal	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊙	⊗	⊗
Empatía por parte del personal	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊙	⊗	⊗
Gratuidad	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Respetar los horarios de consulta	⊗	⊙	⊗	⊗	⊙	⊙	⊗	⊗
Elaboración de expediente clínico	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Explicación el procedimiento que se realizará durante cualquier exploración	⊗	⊙	⊗	⊗	⊙	⊙	⊗	⊗
Explicación de la confidencialidad	⊙	⊗	⊗	⊗	⊗	⊙	⊗	⊗
Hubo privacidad en el motivo de consulta y/o procedimientos	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊙	⊗	⊗
Los servicios fueron brindados de manera integral	⊙	⊗	⊗	⊙	⊗	⊙	⊙	⊗
Los servicios fueron oportunos	⊗	⊗	⊗	⊙	⊙	⊙	⊙	⊗

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de investigación.

Las acciones por parte del personal de salud están relacionadas con los derechos, en la tabla 5.2 se observa un resumen de los elementos básico que deben brindarse en los servicios amigables; sin embargo, es importante destacar que las condiciones sociodemográficas (véase tabla 4.1) sí influyen en el trato que reciben los usuarios, pues las entrevistadas más jóvenes, con el menor nivel de escolaridad, embarazada y soltera fue quien menciona haber tenido experiencias mayormente negativas.

Al observar dicha tabla se hace evidente el incumplimiento en su mayoría de los principios y el análisis presentado destaca la importancia de mejorar las prácticas y relaciones de poder en los Servicios Amigables para adolescentes, con el fin de garantizar una atención más empática, inclusiva y eficaz, a la vez que se respetan los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Debido a que resuenan más los maltratos y barreras hacia los diversos usuarios, cuando se espera que los Servicios Amigables sean justamente amigables y que

¹⁶ El símbolo ⊗ indica que dicho principio no se cumplió en su totalidad y el símbolo ⊙ indica que el principio se cumplió. La tabla se elaboró con información obtenida de las entrevistas.

sobre todo respeten los múltiples derechos de los adolescentes. Si esto se llevara a cabo, se esperaría que cada uno de los principios marcados por el MAISSRA, estuvieran presentes con la finalidad de brindar una mejor atención. Sin embargo, a lo largo de este documento se expone un panorama diferente, donde lo establecido por el MAISSRA dista de la realidad.

Por último, a pesar de que entre sus derechos se encuentra la posibilidad de participar en las políticas públicas, en ningún momento se les dio una invitación a brindar voz sobre sus preocupaciones, necesidades o ideas que de implementarse pudieran mejorar la calidad de los servicios.

Con relación a las preguntas de investigación tres y cuatro de este trabajo, se puede concluir que los principios relacionados con la atención no están presentes y los usuarios se enfrentan a numerosas barreras de índole burocráticas y morales. Aunque las entrevistas y usuarios simulados resaltaron aspectos positivos en el trato y atención, a menudo se sintieron juzgados, sin confiabilidad y su privacidad no fue respetada. Además, se les llegó a negar servicios solicitados, como el acceso a métodos anticonceptivos o de emergencia, y recibieron información limitada sobre infecciones de transmisión sexual.

5.3 Hallazgos generales

Las relaciones de poder, la violencia, la desarticulación institucional, la falta de capacitación, la escasa empatía, la infraestructura insuficiente, los equipos de trabajo incompletos y la no amigabilidad son elementos que resaltan en el análisis de los Servicios Amigables en el municipio de Monterrey. La literatura existente señala que la violencia está presente en casi todas las áreas de la salud, pero se evidencia más en la salud sexual y reproductiva, debido a los tabúes y prejuicios morales que circundan la sexualidad adolescente (Castro, 2008).

A pesar de la implementación de los Servicios Amigables por parte del sector salud, no se han erradicado situaciones de violación a los derechos sexuales y reproductivos, maltrato, intimidación, humillación, abuso emocional y violencia visible o simbólica. Esto es

especialmente preocupante considerando los múltiples llamados internacionales para proveer condiciones adecuadas a este segmento de la población.

Según se observa en este estudio, diversos profesionales de la salud han juzgado a los adolescentes por ejercer su sexualidad, asumiendo roles de jueces morales en lugar de mantenerse en su papel profesional. Han incurrido en prácticas poco éticas, como negar la pastilla anticonceptiva de emergencia o colocar implantes anticonceptivos caducados. Estas situaciones son de alta gravedad y pueden tener repercusiones negativas, incluso conduciendo a embarazos adolescentes no deseados.

Estas acciones evidencian las relaciones de poder existentes en el campo de la salud, donde los profesionales parecen actuar como vigilantes de la sexualidad y quienes desvían de los dogmas morales son castigados. Históricamente, el control sobre el cuerpo ha sido un mecanismo de poder, donde se castiga a aquellos que no siguen las normas sociales. El cuerpo se ha instrumentalizado a través de las instituciones de salud, dejando a los individuos sujetos a un sistema de coacción, privación, obligaciones y prohibiciones (Foucault, 1976).

Otro aspecto relevante para mencionar es el motivo de uso de los Servicios Amigables, el cual, en su mayoría, siete de las ocho entrevistadas, fue por razones de atención y no por prevención:

- Colocación de algún método postparto
- Seguimiento de embarazo
- Atención por infecciones de transmisión sexual
- Sangrado abundante durante la menstruación

Esto representa un hallazgo interesante, pues este tipo de servicios se centran en el primer nivel de atención del sector salud, enfocándose en la promoción y prevención y permitiendo resolver así las necesidades básicas de los usuarios y evitando gastos mayores para el sector salud (Vacarezza y Álvarez, 2011). Sin embargo, los hallazgos muestran un panorama contrario al que debería ser, siendo probablemente resultado de una mala difusión de los Servicios Amigables, pues al dialogar con múltiples actores de la institución, así como las

entrevistadas y en un par de ocasiones con las madres de las usuarias, se encontró que conocían los Servicios Amigables por testimonios de atención de embarazo o ITS y no como un servicio de prevención.

Por otra parte, la falta de información precisa y completa sobre sexualidad, evidenciada por la limitada información brindada sobre infecciones de transmisión sexual, viola el derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad. Sin esta información, es difícil para los jóvenes tomar decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

5.4 Acciones para la política pública en la salud sexual y reproductiva adolescente

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales, diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar. Por su parte, la política pública refleja la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades en la población (OPS, 2007). Entonces, la política pública es la acción realizada por el Estado que va dirigida al logro del bienestar social (Dobelstein, 1996), es decir, es la postura que tomará el gobierno para cubrir las necesidades de la sociedad.

En este sentido, la salud sexual y reproductiva adolescente es un elemento importante a tratar dentro de la política pública, pues a nivel internacional en 1994 con la Conferencia Internacional de Desarrollo y Población se hizo evidente la necesidad de considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos sexuales y reproductivos, lo cual fue reafirmado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1995), seguido de otras más.

Mientras que, a nivel nacional, partiendo de la carta magna constitucional, las diversas leyes y normativas sostienen que la sexualidad y reproducción adolescente son un tema prioritario para tratar, debido a los múltiples exhortos internacionales, así como al aumento en el número de habitantes que se encuentran en esta etapa de la vida. Los expertos sosteniéndose que la salud sexual y reproductiva es clave para reducir la pobreza y el logro del desarrollo humano. Si bien, México ha trabajado en desarrollar políticas y programas de esta índole,

el hablar de sexualidad y reproducción adolescente suele existir un escándalo social y paradójicamente se incluyen aquellos que legislan o ejercen una profesión relacionada con este sector poblacional.

Esto bajo el supuesto de que los adolescentes no están preparados para una vida sexual activa, si a ello se le suma que dentro del imaginario social se cree que el brindar información sobre sexualidad promueve la “*promiscuidad*”, la sexualidad y reproducción se vuelve un tema incómodo a tratar. Pero la realidad es que los y las adolescentes están teniendo prácticas sexuales, independientemente de las restricciones que se les imponen; con ello se están llevando a cabo prácticas sexuales de riesgo, donde la desinformación es un actor principal para cortar el ejercicio de una sexualidad plena y placentera garantizada por los derechos sexuales y reproductivos de la población (De Jesús, 2010).

Por lo tanto, es esencial recordar que los adolescentes tienen derechos universales y una autonomía en el ejercicio de sus decisiones, siendo necesario establecer políticas públicas que proporcionen servicios de salud de calidad, donde la sexualidad y la reproducción no impliquen violencia, discriminación o rechazo, sino el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Es vital tener en cuenta que los derechos sexuales y reproductivos pueden estar reconocidos a nivel internacional y nacional, pero si su aplicación varía dependiendo de los valores e ideologías de quienes ejecutan las políticas públicas, su reconocimiento no tiene sentido (Morlachetti, 1999; Dobelstein, 1996). Para garantizar su cumplimiento, se debe ampliar la concepción tradicional de políticas públicas, asegurándonos de que las políticas e instituciones se basen explícitamente en las normas de derechos humanos, evitando prácticas violentas que dificulten el cumplimiento de las obligaciones gubernamentales (Morlachetti, 2007).

En este contexto, es crucial reconocer a los adolescentes como ciudadanos con los mismos derechos que todos los individuos pertenecientes al estado (Salcedo, 2001). No debe haber ninguna distinción en función del género, la situación económica, la raza, o la edad, promoviendo la integralidad, la equidad y la igualdad. Como se observó en el análisis de

resultados y conclusiones, estos elementos presentaron grandes brechas en cada uno de los Servicios Amigables analizados en Monterrey.

Es necesario implementar acciones urgentes que fomenten una mayor participación de los adolescentes, especialmente aquellos en situaciones de vulnerabilidad, exclusión y discriminación. Esto requiere la participación de los adolescentes en la creación e implementación de políticas públicas, programas y estrategias que satisfagan las necesidades de este grupo demográfico.

Todo esto debe estar en consonancia con un enfoque de derechos humanos que contribuya al desarrollo de los adolescentes según su género, cultura y situación social. Los principios de confidencialidad y privacidad son indispensables en la implementación de políticas dirigidas a este grupo. Es necesario erradicar las prácticas violentas a las que están expuestos los usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva, tomando en cuenta los factores que influyen en la vida de los adolescentes para poder influir en sus comportamientos y decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Es fundamental cambiar las actitudes y comportamientos de quienes trabajan en estos servicios, para poder responder adecuadamente a las necesidades de los adolescentes. Se necesita un análisis en profundidad de las capacitaciones que recibe el personal de los Servicios Amigables, ya que no se han tenido en cuenta sus realidades, individualidades y los contextos de vulnerabilidad en los que pueden estar inmersos.

Otro aspecto clave es reconocer que una de las principales deficiencias de las políticas públicas ha sido centrarse en la planificación familiar, en lugar de fomentar actitudes de relaciones saludables, maternidades y paternidades responsables y considerar dimensiones más allá de la reproducción. Para ello, se requieren acciones para hacer visible estos servicios, no limitándolos a la sexualidad y reproducción, sino promoviendo estilos de vida saludables, erradicación de la violencia, autocuidado, entre otros; es decir, los Servicios Amigables deberían ser percibidos como holísticos, abordando todos los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Los hallazgos de este estudio sugieren que, aunque los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes están reconocidos a nivel internacional y nacional, su aplicación práctica puede ser afectada por factores como los valores e ideologías de quienes ejecutan las políticas públicas. Esta inconsistencia representa una violación de los derechos humanos de los adolescentes, al limitar su acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

Mostrando la presencia de discriminación, rechazo y prácticas violentas en los servicios de salud sexual y reproductiva a los que acuden los adolescentes, lo que es una violación a los derechos humanos. También se evidencia la falta de confidencialidad y privacidad en estos servicios, aspectos esenciales para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Para abordar estos desafíos, se proponen varias recomendaciones de política pública:

1. Incorporación explícita de los estándares de derechos humanos en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, garantizando que la implementación de estas políticas no sea afectada por prejuicios o ideologías personales.
2. Capacitación y sensibilización del personal de los servicios de salud para cambiar actitudes y comportamientos discriminatorios y violentos hacia los adolescentes.
3. Participación de los adolescentes en la creación e implementación de políticas públicas, programas y estrategias que satisfagan sus necesidades, garantizando su derecho a ser escuchados y a participar en decisiones que les afectan.
4. Fomentar la privacidad y confidencialidad en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
5. Eliminación de las barreras que dificultan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la actitud del personal, la falta de empatía y la falta de capacitación.
6. Ampliación del enfoque de los servicios de salud para adolescentes para incluir la promoción de relaciones saludables y estilos de vida saludables, más allá de la planificación familiar.

Cada una de estas recomendaciones de política pública busca garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y contribuir a su desarrollo saludable y bienestar.

Finalmente, es necesario reestructurar los Servicios Amigables, reduciendo o eliminando los obstáculos que impiden el acceso, el trato y la atención adecuada para los adolescentes. Esta investigación, junto con otras, ha encontrado que la actitud poco amigable, la falta de empatía y la falta de capacitación del personal son las principales barreras para que los adolescentes tengan una buena experiencia en estos servicios. Es necesario contratar a personal con vocación de servicio para trabajar con adolescentes y que estén altamente calificados para lidiar con los diversos problemas que puedan surgir, fortaleciendo la educación, la información, la orientación y la consulta.

5.5 Papel del Trabajo social y los Servicios Amigables

Desde sus comienzos, la profesión de trabajo social ha estado comprometida con los sectores de la población que están en mayor desventaja. Sin embargo, con el tiempo, se ha caído en actividades meramente funcionalistas; es crucial romper con los viejos métodos de acercamiento a la población, buscando alternativas innovadoras para las nuevas realidades (Arteaga, 2009; Valarde y Pardo, 2020).

Estas son realidades donde la polarización de los sectores es cada vez más evidente, y las instituciones tradicionales y las respuestas que generan quedan a un lado o excluidas de una verdadera acción social. Por eso, el trabajador social debe reinventarse, no solo desarrollando intervenciones de manera trivial, sino abordando la realidad con el compromiso de promover un verdadero cambio social (Valarde y Pardo, 2020).

Es importante destacar que uno de los campos de acción del trabajo social es el área de la salud y, tras casi dos siglos, ha demostrado la interconexión existente entre las esferas físicas, psicológicas y sociales con la salud (Gabriela, 2021). Por tanto, las intervenciones del trabajo social en este campo requieren de un conocimiento teórico-metodológico que genere un impacto en los sectores específicos con los que se trabaja, como es el caso de la población adolescente.

El papel que desempeñan los trabajadores sociales con esta población, específicamente en materia de salud sexual y reproductiva, es de suma importancia, teniendo en cuenta que la sexualidad siempre se verá influenciada por aspectos políticos, religiosos, industriales e incluso mercantiles, estableciendo roles que permiten las relaciones sociales y los comportamientos dentro de las sociedades (González y De Jesús, 2021; Otero, 2021).

Es fundamental garantizar el acceso a servicios de salud, asesoramiento y planificación familiar, en los que el Estado sea el principal proveedor de estos servicios, con profesionales altamente calificados y conscientes de las necesidades de los adolescentes en sexualidad y reproducción. Bajo este prisma, los trabajadores sociales deben apropiarse de los espacios donde su actuación profesional es indispensable, como los Servicios Amigables. Aunque la figura del trabajador social figura en el organigrama de dichos servicios, en la práctica su ausencia se observó en cada centro de salud analizado en esta investigación.

Si faltan trabajadores sociales en espacios donde su labor profesional es esencial, las acciones no lograrán un cambio social, ya que faltarán técnicas, herramientas y métodos que promuevan el bienestar (Federación Internacional de Trabajo Social, 2000). La incorporación de trabajadores sociales debería mejorar las interacciones sociales entre el resto del equipo y los adolescentes. Se considera que estos profesionales son más empáticos, accesibles y creíbles que otros (De Jesús y Menkes, 2016).

Los trabajadores sociales ayudan a derribar muchas de las barreras a las que se enfrentan los adolescentes cuando acuden a los servicios de salud. Este profesional es visto como un mejor facilitador en temas de prevención y como un puente entre los usuarios, el hogar y los centros de salud. Por lo tanto, un trabajador social con una visión crítica y consciente de su papel profesional generará conocimientos para influir en el desarrollo de políticas públicas (Valarde y Pardo, 2020).

Es necesario rescatar las estrategias que han funcionado en la labor de los trabajadores sociales, pero también es esencial buscar nuevas formas de acción, diseñando respuestas que vinculen la teoría y la práctica, siempre basadas en el desarrollo social y las políticas públicas vigentes. El compromiso del trabajador social es fundamental en el desarrollo de su práctica profesional y hoy en día requiere reafirmarse como incluyente,

transdisciplinario, que no se limite a buscar estrategias básicas, sino que afronte el desafío de ser creativo e innovador (Arteaga, 2009).

En el contexto de los hallazgos de este estudio y la necesidad de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, la figura del trabajador social adquiere una importancia crítica. Con su capacidad para comprender y abordar la interconexión entre las esferas físicas, psicológicas y sociales, los trabajadores sociales están posicionados de manera única para ayudar a los adolescentes a navegar los desafíos asociados con la salud sexual y reproductiva.

Estos profesionales pueden desempeñar un papel crucial para garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para los adolescentes, proporcionando asesoramiento y apoyo a medida que los jóvenes navegan por cuestiones complejas y a veces estigmatizadas relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Al hacerlo, pueden ayudar a derribar las barreras que los adolescentes pueden enfrentar al acceder a estos servicios, actuando como facilitadores y puentes entre los adolescentes, sus hogares y los centros de salud.

No obstante, la presencia efectiva del trabajador social en espacios como los Servicios Amigables es esencial. A pesar de la existencia teórica de esta figura en los organigramas de los servicios, los hallazgos sugieren que a menudo están ausentes en la práctica. Esta brecha puede limitar la eficacia de los esfuerzos para promover los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y debe abordarse en las políticas y programas futuros.

Es necesario destacar que los trabajadores sociales deben ser innovadores y creativos en sus enfoques para apoyar a los adolescentes en cuestiones de salud sexual y reproductiva. Necesitan ser capaces de adaptarse a las realidades cambiantes y desafiantes que enfrentan los adolescentes y estar dispuestos a explorar nuevas formas de acción que conecten la teoría y la práctica, siempre con el objetivo de promover el bienestar de los adolescentes y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, es de importancia señalar que esta investigación tiene algunas limitaciones, como las dificultades presentadas antes y durante la recolección de información, se

planeaba incluir hombres y adolescentes de entre 10 y 14 años, pero no se pudo hacer debido a la falta de candidatos disponibles y a la negativa de estos grupos a participar.

Además, el estudio se basó en un número pequeño de entrevistas, lo cual no muestra una representatividad de la población; sin embargo, es de importancia señalar que los resultados de esta investigación, aunque no generalizables en el sentido estadístico, podrían ser extrapolados a contextos socioculturales similares. Los hallazgos brindan un escenario específico que puede ser útil para entender grupos con características similares a nivel teórico, permitiendo la reconstrucción de procesos generalizables en este ámbito. Al tener un enfoque de derecho se asegura que los adolescentes y jóvenes tengan acceso a la ciudadanía mediante su participación en los procesos de construcción de políticas y programas, en la identificación de prioridades y en la toma de decisiones (Morlachetti, 2007).

Referencias Bibliográficas

- Acurio, D. (2014). *Introducción a la sociología de la salud. Un texto entre las relaciones entre la salud la sociedad*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Afluentes (2004). *Servicios de salud sexual y reproductiva para Adolescentes*.
<http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/servssrparadolesc.pdf>
- Aguilar, J. (2007). *Cartilla de los derechos sexuales de los y las jóvenes en México*.
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3483/5.pdf>.
- Álvarez-Hernández, G. (2019a). *Implementación de modelos progresistas en salud en América Latina: entre el discurso y la práctica institucional*. Revista Latinoamericana de Políticas de Salud, 11(2), 35-52.
- Álvarez-Hernández, G. (2019b). *La brecha entre el modelo y la práctica: atención a la salud sexual y reproductiva adolescente en América Latina*. Revista Salud y Sociedad, 10(2), 45–62.
- Álvarez, G. (2008). *Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural*. Región y sociedad. Vol. 20 (2). Pp. 51-75.
- Armus, D. (2012). *Historia/historia de la enfermedad/historia de la salud pública*. Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 16 (3). Pp. 264-271.
- Arredondo, A. (1992). *Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. Vol. 8 (3). Pp. 254-261.
- Arteaga, C. (2009). *La incidencia del trabajo social en la política social*. En Sánchez, M. Manual de trabajo social. México: UNAM
- Avedis D. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; Fondo de Cultura Económico.

- Barrón, M., y Rivas, G. (2018b). *La confidencialidad en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes: derechos, prácticas y resistencias*. Salud Colectiva, 14(3), 567-580.
- Becoña, E. (2008). *Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto*. Revista de psicopatología y psicología clínica. Vol. 11 (3). Pp. 125-146.
- Berman, P., y Melgar, J. (2017). *Promotores de salud y atención comunitaria: desafíos y oportunidades en América Latina*. Salud Colectiva, 13(2), 219–233.
- Betancur, M., Villamizar, Raquel y Torres, L. (2016). *Salud sexual y reproductiva adolescente: la fragilidad de la autonomía. Hacia promoci. salud*. Vol. 21, Núm.1. Pp. 52-62.
- Bourdieu, P. (1989). *Sobre el poder simbólico*. Brasil: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (1999a). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999b). *Razones prácticas*. Sobre la teoría de la acción, 2ª edi, Anagrama, Barcelona.
- Briozzo, L. (2009). *Secreto profesional y confidencialidad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 55, núm. 4. pp. 234-239
- Bronfman, M. y Castro, R. (1989). *Discurso y práctica de la planificación familiar. El caso de América Latina*. Saúde em Debate. Vol. 25. Pp. 61-68.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). *Violencia hospitalaria en pacientes*. Ciencia y enfermería. Vol.9 (1). Pp. 9-14.
- Burke, R. (1999) *Examining the validity structure of qualitative research*. In Milinki Andra K., *Cases in Qualitative Research*. Los Angeles, Pyczak Publishing.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós.

- Calabrini, E., Gutiérrez, S., Charri., I. y Fuentes, M. (1999). *Algunos dilemas éticos en los procesos de investigación sobre reproducción con adolescentes y jóvenes*. Perinatología y reproducción humana. Vol. 13(1). Pp. 24-31.
- Calderón, M. (2004). *Sobre Violencia Simbólica en Pierre Bourdieu*. La trama de la comunicación. Vol. 9: 1-9.
- Camacho, G. y Morales, P. (2019). *Barreras estructurales en el acceso a la salud sexual adolescente en México*. Revista de Salud Pública y Derechos Humanos, 21(2), 33-49.
- Cardaci, D. y Sánchez, A. (2005). *El Estado Mexicano: sociedad civil y diversidad*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Carrasco, C. (2020a). *El adultocentrismo en las políticas públicas de juventud*. Cuadernos de Ciencias Sociales, 17(1), 45-62.
- Carrasco, M. (2020b). *Adultocentrismo institucional y jerarquías simbólicas en los servicios públicos de salud*. Revista Interdisciplinaria de Estudios Sociales, 12(1), 45-62.
- Castro, M. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de atención, derecho y ciudadanía en salud*. México: Colegio de Sonora.
- Castro, R. (1996). *En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo*. En: I. Szasz y S. Lerner (coordinadoras). México: El Colegio de México. pp. 57-85.
- Castro, R. (1997). *Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios*. Salud Pública de México. Vol. 39 (5). Pp. 442-450.
- Castro, R. (2010). *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México*. En R. Castro y López, A. (Editores). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional* (Pp. 49-72). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Castro, R. (2014). *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. Revista Mexicana de Sociología. Vol. 76 (2). Pp. 167-197.
- Castro, R. (2018). *Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica*. Estudios sociológicos. Vol. XXXVI (108). Pp. 539-570.
- CDD. (2009). Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes. México: católicas por el Derecho a Decidir
- CENSIDA (2018). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, registro nacional de casos de SIDA actualización al 4to. Trimestre de 2018. México: Consejo Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, SS.
- CEPAL (2012). Juventud y bono demográfico en Iberoamérica. Madrid España: Comisión Económica de América Latina y el Caribe.
- CEPAL (2013). Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/organos-subsidiarios/conferencia-regional-poblacion-desarrollo-america-latina-caribe>.
- CEPAL (2014). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de conferencia Regional sobre población y desarrollo de América Latina y el Caribe integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque en los derechos: clave para el programa de acción del Cairo después de 1994. Montevideo, Uruguay: Comisión Económica de América Latina y el Caribe.
- CEPAL (2016). Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda del desarrollo sostenible. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/9674705b-b3b8-47b2-a339-831cd0af39d4/content>
- CEPAL (2020). *La salud y los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe: desafíos para la igualdad de género*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Chávez, A., Madrigal, E. y Ugalde, J. (2001). Denuncias por responsabilidad médica en gineco obstetricia. *Rev. Latinoam. Der. Méd.* Vol. 5 (2). Pp. 47-52.

CNDH (2016) *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. México: CNDH; UNFPA.

CNEGSR (2015). *Sexualidad en la adolescencia*.
http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SSRA/sexualidadAdolescencia_SSRA.html

CNEGSR (2022). *Servicios amigables para adolescentes*.
<https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/articulos/servicios-amigables>

Collière, M. (2007). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.

Comisión de las Naciones Unidas (1999). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>

Comité DESC (2000). *Observación General n.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Naciones Unidas.

Comité DESC (2005). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. Recuperado de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/469329/Cartilla_de_derechos_sexuales_de_adolescentes_y_j_venes.pdf

CONAPO (2010). *La situación actual de los jóvenes en México*. México: Consejo Nacional de Población.

CONAPO (2011). *Cuadernos de salud reproductiva República Mexicana*. México: Consejo Nacional de Población.

Data N.L. (2019). *Nuevo León Población por rangos de edad*. <http://datos.nl.gob.mx/n-l-poblacion-por-rangos-de-edad-mujeres/>

- De Jesús, D. (2011). *Adolescencia escindidas vivencias y significado de la sexualidad y reproducción en padres y madres adolescentes del área metropolitana de Monterrey Nuevo León. México*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- De Jesús, D. y González, E. (2014). *Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente*. Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana. Núm. 17. Pp. 98-123.
- De Jesús, D. y González, E. (2022). *Acceso, trato y atención en los servicios amigables para adolescentes de Monterrey, Nuevo León, México*. Papes de población. Número 112. Pp. 1-25.
- De Jesús, D., Menkes, C. y Meza, A. (2016). *Acceso y atención a los servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México*. Población y Salud en Mesoamérica. Vol. 13 (2). Pp.1-22.
- De Miguel (1976). *Fundamentos de la sociología de la medicina*. <https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n5/02102862n5p209.pdf>
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2012). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En N. Denzin e Y. Lincoln (Comps.). *Manual de la investigación cualitativa*. California: Sage
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2015a). *Métodos de recolección y análisis de datos*. Gedisa: España.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2015b). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de la investigación cualitativa Vol. 1*. España: Editorial Gedisa.
- Dobelstein, A. (1996). *Social Welfare: Policy and Analysis*. USA: Nelson-Hall Publishers.
- DOF (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario oficial de la Federación. Última reforma publicada el 29 de enero 2016.
- DOF (1984). *Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación*. Últimas reformas publicadas DOF 10 de mayo del 2016.

- DOF (1986). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Diario Oficial de la Federación. Última Reforma Publicada el 24 de marzo del 2014.
- DOF (1994). *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar*. Diario Oficial de la Federación.
- DOF (1999). *Norma Oficial Mexicana, NOM 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y control de las mujeres*. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada el 24 de marzo de 2016.
- DOF (2000). *Reglamento de la Ley General De Población*. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 28 de abril del 2012.
- DOF (2002). *NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual*. Diario Oficial de la Federación.
- DOF (2003). *Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación*. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 20 de marzo del 2014.
- DOF (2014). *Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Diario oficial de la federación. Última reforma publicada DOF 23 de marzo del 2023.
- DOF (2015) *Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años*. Diario Oficial de la Federación, México.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. I: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1998). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Espinosa, G. y Paz L. (2004). *La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva*. *Sociología*. Vol. 19 (54). Pp. 125-153.

- Estrada, F. (2013). *Implementación del programa de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente en México: Un análisis de gobernanza desde el enfoque de redes*. Tesis Doctoral. No publicada. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales México.
- Fathalla, M. F. (2008) *Guía práctica de investigación en salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Federación Internacional de Planificación Familiar (2008). *Derechos sexuales una declaración de IPPF*. file:///C:/Users/Esmeralda/Downloads/ippf_sexual_rights_declaration_spanish.pdf
- Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). (2000). *Definición de trabajo social*. Ginebra: Federación Internacional de Trabajo Social. <https://www.ifsw.org/definition-of-social-work/>
- Fernández, M. (2005). *La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica*. Cuadernos de trabajo social. Vol. 18. Pp. 7-31.
- Figuerola, S. (2002). *Introducción a la salud pública*. <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar, el nacimiento de la prisión*. Paris, Francia: Siglo XXI.
- Frenk, J. (1994). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, J. (2010). *La equidad y la eficiencia en los sistemas de salud: un dilema falso*. Salud Pública de México, 52(supl 2), S118–S120.
- Galimberti, D. (2015). Violencia Obstétrica. www.fasgo.org.ar/imagenes/Violencia_obstetrica.pdf
- García J. (2006). *Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana*. Rev. Cubana Salud Pública. 32 (1): 07-15.
- García J. (2013). *Tratamiento de la vergüenza y la autocrítica destructiva*. <https://psicoterapeutas.com/trastornos/tratamiento-de-la-verguenza-y-la-autocritica/>

- García, J. y Alberts, A. (1999). *Guía para la evaluación de impacto de programas y proyectos en salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes escolarizados*. Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- García, R. y Ameijeiras, M. (1999). *La atención integral a la salud: un enfoque de equidad y derechos humanos*. México: Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud.
- García, R., y Figueroa, J. (1992). *La salud reproductiva: una propuesta de redefinición del concepto de salud*. México: El Colegio de México.
- García, R. y González J. (2017). *Indicadores para la evaluación de la calidad de las referencias bibliográficas en trabajos científicos relacionados con la salud sexual y reproductiva*. Revista de investigación clínica, Vol. 69 (1), 51-57.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Goncalves, S., Castellá, J. y Charloto, M. (2007). *Predictores de conductas sexuales de riesgo en adolescentes*. Interamerican Journal of Psychology. Vol. 41 (2). Pp. 161-166.
- González, E. (2016). *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias públicas de Nuevo León*. Tesis de maestría no publicada. En la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González, E. y De Jesús, D. (2021). El rol del trabajador social en los servicios amigables de Monterrey Nuevo León. En L. Otero. *Trabajo social y salud. Contexto mexicano*. México: Tirant Humanidades
- González, G., Rojas, M., Hernández, S. y Olaiz, G. (2005). *Perfil de comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000*. Salud Pública de México. Vol. 47, núm. 3. Pp. 209-218.
- Gordillo, A. (2021). *La defensa del usuario y del administrador*. Colombia: Universidad Santiago de Cali.

- Güezmes, A. (2004). *Reforma del sector salud y derecho sexuales y reproductivos*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- Gutiérrez, J.P. et al (2003). *Evaluación de impacto del programa Desarrollo Humano Oportunidades*. México: Instituto de Salud Pública.
- Guttmacher Institute (2008). *Datos sobre el aborto inducido en México*. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/FIB_IA_Mexico_sp.pdf
- Guttmacher Institute (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México*. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-aborto-en-mexico_1.pdf
- Guttmacher Institute (2022). *Necesidades y uso de servicios de salud sexual y por parte de mujeres adolescentes en países en desarrollo* <https://www.guttmacher.org/es/factsheet/necesidad-y-uso-de-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-por-parte-de-mujeres>
- Helitzer, D. y Allen, H. (1994). *The manual for targeted intervention. Research on sexuality transmitted illnesses with community members*. Baltimore: Allen and Associates.
- Hernández, R., Fernandez, C. y Batista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. Ed.). México: McGrawHill.
- Hernando, P., Lechuga, J. y Ávila, A. (2007). *La utilización del cliente simulado en los servicios de evaluación de atención al cliente*. Revista de calidad asistencial. Vol 22. (2). Pp. 78-84.
- INEGI (2011). *Boletín de Estadísticas vitales 2011*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI (2014). *Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2013*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- INEGI (2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 principales resultados*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Consejo Nacional de Población.
- INEGI (2019). *Fecundidad y natalidad*. https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/default.html#Informacion_general

- INEGI (2021). *Cuéntame. Población de México*.
<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
- INSP (2012). *Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición resultados nacionales 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- INSP (2013). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Juárez, F. y Gayet, C. (2005). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas*. Papeles de población. N° 45. Pp. 177-219
- Lamas, M. (2000). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG; Miguel Ángel Púrra.
- Lamas, M. (2013). Introducción. En M. Lamas (compiladora). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México - Programa Universitario de estudios de Género. pp. 9-20
- León, R. y Orozco, D. (2019). *La empatía en la práctica enfermera: un puente hacia el cuidado humanizado*. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, 12(1), 33–48.
- López, R. (2021). *Territorialidades sensibles: espacios institucionales y derechos sexuales adolescentes en México*. Revista de Estudios Sociales, 76, 45–62.
- López M. (2016). *Género, teorías y prácticas*. Razón y Fe. Vol. 274, N° 1415, pp. 145 156.
- López, H. y Pérez, A, (2020). *Derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de [https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/01_Derechos%20sexuales_SIN%20ISB_N_Pub3%20\(1\).pdf](https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/01_Derechos%20sexuales_SIN%20ISB_N_Pub3%20(1).pdf)
- Lugo, G. (2022). *Poca atención a su salud, ir al médico una amenaza a su masculinidad*. Gaceta UNAM. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2250/es>

- Magnífico G, Noceti C, Rodríguez N. (2002) *Planificación de la Red Asistencial de ASSE*. ASSE-abril, 2002.
- Marton, B. y Echazú, G. (2010). *La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la diada madre - hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna*. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Revista Latinoamericana. Núm. 5, pp. 119-143.
- Meneses, N. y Álvarez, T. (2021). *Juventud y salud sexual en América Latina: políticas, actores y disputas*. CLACSO.
- Meneses, S., Meléndez, D. y Meza, A. (2017). Servicios de consejería anticonceptiva y planificación familiar en los Altos de Chiapas. Retos y oportunidades para mejorar a la población indígena. En Freyermuth, M. (Coord.) *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. Pp. 128-163. México: Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.
- Menkes, C. (2009). *Prácticas sexuales de hombres y mujeres adolescentes en México desde una perspectiva de su salud reproductiva*. Tesis Doctoral. UNAM
- Menkes, C. y Suárez, L. (2003). *Sexualidad y embarazo adolescente en México*. Papeles de población. Año 9, núm. 35. Pp. 232-263.
- Menkes, C. y Suárez, L. (2004). Prácticas sexuales y reproductivas de las jóvenes mexicanas. En Emma Navarrete (coordinadora). *Los jóvenes ante el siglo XXI*. México: El Colegio Mexiquense. pp. 19-44.
- Menkes, C., y Suárez, L. (2013). *Violencia institucional en los servicios de salud reproductiva: una mirada desde los derechos humanos*. *Salud Pública de México*, 55(6), 620–627.
- Mexfam (2015). *Programa Gente Joven*. <http://mexfam.org.mx/gentejoven/>
- Moreno, S., Palomino, P., Frías, A. y Del Pino, R. (2015). *En torno al concepto de necesidad*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962015000300010

- Morlachetti, A (1999). *Situación actual. Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud
- Morlachetti, A. (2007). *Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos*. Notas de población 85. CEPAL.
- Muñoz A. (2006). *Cambio demográfico y desarrollo social de los jóvenes*. En: La Situación Demográfica en México 2006.Pp. 89-106. México: Consejo Nacional de Población.
- OCDE (2014).*OECD.Family Database*. <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>
- OMMM (2014). *Indicadores 2012, objetivo de desarrollo del milenio 5: avances en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México.
- OMMM (2015). *Indicadores 2013, objetivo de desarrollo del milenio 5: avances en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social.
- OMS (2005). *IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington, USA: World Health Organization
- OMS (2009). *Boletín de la Organización Mundial de salud*. 6, (87), Pp. 405-484.
- OMS (2010). *Salud sexual y reproductiva*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/reproductiv>
- OMS (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve quality of health-care services for adolescents*. Ginebra: OMS.
- OMS (2017) *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation*. World Health Organization.
- OMS (2018a). *Trabajo basado en equipos multidisciplinarios*. Washington, USA: World Health Organization

- OMS (2018b). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- OMS (2019). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos adolescentes*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2021). *Adolescent Health and Development: Evidence-Based Interventions*. World Health Organization.
- OMS (2022). *Normas mundiales para mejorar la calidad de la atención sanitaria a los adolescentes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2023). *Adolescent pregnancy*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS (2024a). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS (2024b). *Salud del adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
- OMS (2024c). *La salud mental de los adolescentes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- ONU (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo*. Egipto: Organización de las Naciones Unidas.
- ONU (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*. https://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf#page=68
- ONU (1999). *5-year Review and Appraisal of Implementation of the ICPD Programme of Action*. <http://www.un.org/popin/icpd5.html>

- ONU (2000). *Declaración del Milenio*. Nueva York: Naciones Unidas.
<https://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- ONU-DH (2023). *Derechos humanos y salud sexual y reproductiva: orientaciones para su garantía en América Latina y el Caribe*. Ciudad de México: ONU-DH.
<https://www.ohchr.org/es>
- OPS (2001). *Enfoques de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2007). *Las políticas públicas y los sistemas del servicio de salud*.
<https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>
- OPS (2010). *Situación actual de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en la República Dominicana*. República Dominicana: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2014). *Recomendaciones para la atención integral de salud de las y los adolescentes con énfasis en la salud sexual y reproductiva*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2017a). *Consejería en salud sexual y reproductiva*.
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/consejerias-en-salud-sexual-y-salud-reproductiva>
- OPS (2017b). *Derecho de los pacientes*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-de-los-pacientes>
- OPS (2018). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes*. Recuperado de
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14051:salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes&Itemid=41484&lang=es
- OPS (2019). *Salud del adolescente- servicios de salud*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>

- OPS (2021a). *Servicios de salud para adolescentes: bases para su transformación*. Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2021b). *Atención integral a la salud de adolescentes: guía para equipos de salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Orellana A., Diezma J., Lasheras M. y Pires M (2013). *Los métodos anticonceptivos. Cómo son, cómo actúan, sus ventajas, sus inconveniencias*. España: Ministerio de Sanidad.
- Ortega, P. (2018). *El cuidado como práctica relacional: aportes a la enfermería desde la perspectiva del vínculo*. *Cultura de los Cuidados*, 22(50), 121–131.
- Otero, L. (2021). Sexualidad y Trabajo Social. En L. Otero. *Trabajo social y salud. Contexto mexicano*. México: Tirant Humanidades
- Pastrana, R. et al (2020). *Servicios Amigables para Adolescentes: evaluación de la calidad con usuarios*. *Rev Saude Publica*. Pp. 54:36
- Petracci, M. y Ramos, S. (2006). *Las Política Pública en salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender la historia*. Recuperado de <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3955/1/5213.pdf>
- Pineda Esquivel, J. (2020). *Las políticas del cuerpo: sexualidad, instituciones y control simbólico*. *Estudios Sociales*, 28(52), 33-57.
- Pineda Esquivel, T. (2020). *Instituciones de salud como espacios de control de cuerpos y conductas: una mirada desde la salud sexual y reproductiva*. *Revista Mexicana de Estudios de Género*, 26(2), 121-138.
- Pujal i Llombart, M. (1993). *Mujer, relaciones de género y discurso*. *International Journal of Social Psychology*. Vol. 8, (2). Pp. 201-2016.
- Quinn, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. California: Sage Publication Inc.
- Reartes, D. y Freyermuth, G. (2012). *Programa salud sexual y reproductiva para adolescente. En Monitoreo de la Atención a las Mujeres en Servicios Públicos del Sector Salud*. México:

CIESAS-INMUJERES; <http://monitoreoensalud.org.mx/index.php/es/2012-01-20-11-35-28/progsaludsexual.html>

- Reyes, J. (2018). *Agencia previa y exclusión acumulativa en las políticas públicas de salud sexual adolescente en México*. Revista de Políticas Sociales, 22(3), 99-117.
- Ritzer, G. (1993). *Teoría sociológica clásica*. España: McGraw-Hill.
- Rodríguez, G. (1996). Sexualidad juvenil. En: Pérez J. y Maldonado E. (coord.) *Jóvenes: una evaluación del conocimiento*. Pp.90-144. México: Dirección General Causa Joven.
- Rodriguez, G. y De Keijzer, B. (2002). *La noche se hizo para los hombres*. Libro para todos S.A. de C.V. México.
- Rosales, R. (2002). *Trabajo, salud y sexualidad. La carga de trabajo laboral y reproductiva en la salud de las mujeres*. España: Icaria Sociedad y Opinion.
- Rutter, M. (1992). *A conceptual model of interventions an understanding of risk and protective factors*. In WHO/OPS. Supporting youth in a time of social change. Ginebra: WHO.
- Sáez, S. (2016). *El hecho sexual humano*. España: Asociación estatal de profesionales de la sexología.
- Salcedo, J. (2001). *Multiculturalismo orientación filosófica para una argumentación pluralista*. México: Plaza y Valdez
- Schutt, A. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Estados Unidos de América: Silver, T. (1985). *Medicina en la adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 489.
- Scott J. (1997). El género; una categoría útil para el análisis histórico. En: M. Lamas (compiladora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México - Programa Universitario de estudios de Género. pp. 265-302.

- Sebert, L. (2020). *Capital institucional y acceso desigual a la salud sexual adolescente*. Salud Colectiva, 16(1), 65–82.
- Sebert, L. y Roa, A. (2020). *Del derecho al acceso efectivo: retos en la implementación de servicios de salud con enfoque de derechos humanos*. Salud Colectiva, 16(3), 221-239.
- SEGOB (2014). *Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescente*. México: Secretaría de Gobierno.
- SEGOB (2024). *Salud Sexual y Reproductiva en México: logros y retos a 10 años*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/894037/2_Mejia_240124_VF.pdf
- SFP (2015). *Programa de usuario simulado*. <http://www.cca.org.mx/apoyos/ap084/modulo6/Programa%20Usuario%20Simulado.pdf>
- Silver, T.J. (1985). *Medicina de la Adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina*. USA: Organización Panamericana de la salud. Publicación Científica N° 489.
- Sleet, D. A., Ballesteros, M. F., y Borse, N. N. (2010). *A Review of Unintentional Injuries in Adolescents*. Annual Review of Public Health. 31, 195-212.
- SS (1999). *En buen plan...planifiquen*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- SS (2000). *Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescente*. México: Secretaría de Salud.
- SS (2008). *Programa de acción específico salud sexual y reproductiva para adolescentes 2007-2012*. México: Secretaría de Salud.
- SS (2014). *Programa de acción específico salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.
- SS (2016a). *Conoce los servicios amigables para adolescentes*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/servicios-amigables-para-adolescentes>

- SS (2016b). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescente*. México: Secretaría de Salud.
- SS. (2016c). *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-2010, Para la atención a la salud del adolescente*. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/nom/nom005ssa210.pdf>
- SS (2019). *Plan Nacional de Salud 2019-2024*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud
- SS (2021). *Directorio de servicios del programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2021*. Secretaría de Salud: México.
- SSCdMx (2021). *Interrupción legal del embarazo. Estadísticas abril 2007- 30 de septiembre de 2021*. <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-21.pdf>
- Stern, C. (2012). *El “problema” del embarazo en la adolescencia contribuciones a un debate*. México: El Colegio de México.
- Stern, C. y García, E. (2001). Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. En: C. Stern y J. G. Figueroa (coordinadores). *Sexualidad y salud Reproductiva: avances y retos para la investigación*. México: Colegio de México. pp. 331-358.
- Sumano, E. et al (2005). *Declaración de Oaxaca. Boletín Clínico del Hospital Infantil de Sonora*. VOL. 22 (2). Pp. 61-63.
- Szasz, Ivonne, (1995). Prioridades de investigación en salud reproductiva y sexualidad. En Stern, C. (coord.). *Prioridades de investigación y apoyo para proyectos en salud reproductiva, Reflexiones: Sexualidad, salud y reproducción, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad*. El Colegio de México, México.
- Tapia, A. (2002). *Embarazo en la adolescencia: Introducción*. En: B. Rasmussen y A. Hidalgo (Coordinadores). *Investigaciones en Salud de adolescentes 1993-1998*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social / organización Panamericana de la Salud. pp. 121-122.

- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós. PP. 15-27.
- Terris, M. (1995). *The distinction between public health and community/social/preventive medicine*. Journal of Health Policy. (6) Pp. 435-439.
- Thompson, et al. (2016). *The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study*. BMC Family Practice, 17(1), 38. doi:10.1186/s12875-016-0440-0
- Tumlinson, K., 2016. *Measuring Quality of Care*. A Review of Previously Used
- Ulin, P., Robinson, E. y Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- UNESCO (2017). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia*. París: UNESCO.
- UNFPA (2004). *Programa de acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y del Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNFPA (2005). *World Reaffirms Cairo. Official Outcomes of the ICPD at Ten Review*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd%4010.pdf>
- UNFPA (2009). *Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf
- UNFPA (2010). *Looking Back, Moving Forward. Results and recommendations from the ICPD-at-15 process*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20ICPD%20Report_web.pdf
- UNFPA (2011). *State of the world's report: Adolescence an age of opportunity*. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

- UNFPA (2014). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/resources/salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes>
- UNFPA (2016). *Población, Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. Fondo de población de las Naciones Unidas. Panamá.
- UNFPA (2018). *Adolescencia y juventud*. <https://lac.unfpa.org/es/temas/adolescencia-y-juventud#:~:text=Pobreza%3A%20La%20pobreza%20afecta%20a,urbana%20que%20es%20del%2025%25>
- UNFPA (2020). *Taller de capacitación: Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos*. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/taller_01_pf.pdf
- UNFPA (2021). *Educación sexual integral*. <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral#readmore-expand>
- UNICEF (2018). *Los derechos de las infancias y adolescencia en México*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/media/1791/file/SITAN-UNICEF.pdf>
- Vacarezza, J. M. y Álvarez, C. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Arch. Med Int vol.33 no.1: 11-14.
- Valarde, L. y Pardo, M. (2020). Investigación y trabajo social en los escenarios de la cuestión social. En L. Cano, et al. (coord.) *Trabajo Social Actual. Estudios y contextos para la política pública y la intervención social*. México: UNAM.
- Valdés, R., Molina, J. y Solís, C. (2001). *Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Salud Pública de México. Vol. 43 (5). Pp. 444-454.
- Velasco, L. (2009). *Estrategias de salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Lecciones aprendidas en 30 años de trabajo de CORA*. México: Centro de orientación para adolescentes.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado.

Yon Leau, C. (2015). *Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura. Apuntes*. Vol. 42. Núm 76. Pp. 9 a 36.

Zúñiga, V. (2021a). *La adscripción territorial y sus efectos en la equidad del acceso a los servicios públicos de salud en México*. *Revista de Estudios de Administración Pública*, 55(2), 203-227.

Zúñiga, V. (2021b). *Territorio y acceso a la salud en México: la dimensión geopolítica de la atención pública*. *Estudios Sociales*, 31(59), 89-108.

Anexo 1 Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTARIO

Este formato tiene que leerse junto con el participante para obtener su consentimiento.

Informo que como adolescente has sido seleccionado para formar parte de una investigación titulada “Trato y atención en los Servicios Amigables de salud sexual y reproductiva para población adolescente” que la Universidad Autónoma de Nuevo León está realizando. Como parte de este proyecto, te estamos solicitando tu autorización para realizar algunas entrevistas, que nos ayudaran a conocer la percepción que tienen los adolescentes con respecto al servicio de salud. El objetivo de las entrevistas es obtener información sobre cómo se perciben el otorgamiento de los Servicios Amigables. La información que proporciones será **CONFIDENCIAL**, todo lo que tú digas **NO SERÁ CONTADO A NADIE**. Tu participación será voluntaria y en caso de que no aceptes participar, no afectara en nada la atención que recibes en la clínica de atención.

Tanto el entrevistador, como la universidad y la clínica se comprometen a manejar la información que se recopile con discreción, responsabilidad y profesionalismo garantizando el anonimato de quienes participen. Así como también nos comprometemos a contestar todas tus dudas en el momento en que lo necesites.

¿Aceptas participar?

Si _____ No _____

Firma de consentimiento

MC. Esmeralda González Almontes

Anexo 2. Guía de entrevista para los usuarios del servicio

1. Datos generales

Nombre

Edad

Ocupación

¿Con quién vives?

¿Tienes una relación?

¿Tienes hijos?

¿Cuentas con servicio médico?

2. Servicios Amigables.

2.1. ¿Cuál fue el motivo por el que fuiste por primera vez al servicio de salud?

2.2. ¿Cuántas veces has acudido al servicio y cuáles fueron los motivos?

2.3. ¿Qué son los Servicios Amigables?

2.4. ¿Qué servicios se ofrecen?

2.5. ¿Cómo conociste los Servicios Amigables?

2.6. ¿Desde cuándo los conoces?

2.7. ¿Conoces los días y horarios de atención?

3. Procedimientos administrativos y acceso consulta

3.1. ¿Cuéntame cómo fue el proceso para solicitar consulta?

3.2. ¿En el proceso de solicitud del servicio te encontraste con alguna dificultad?

3.3. ¿Cuánto tiempo esperaste para recibir consulta desde que te registraste?

3.4. ¿Crees que es el tiempo suficiente?

3.5. ¿Cómo te recibió el personal de salud?

3.6. ¿Tu motivo de consulta se resolvió en la clínica o te enviaron a alguna otra parte?

En caso de que sí, ¿dónde y cómo fue ese proceso?

3.7. ¿Qué modificarías para mejorar el servicio?

4. Trato y atención

4.1. ¿Quiénes te atendieron en el servicio amigable?

4.2. ¿Qué información te dieron

4.3. ¿Cómo fue el trato?

- 4.4. ¿Cómo fue la relación con la persona que te recibió, con el promotor, el enfermero, el TS, el Psicólogo y el médico?
- 4.5. ¿Cuál de estos fue más empático?
- 4.6. ¿Sentiste que alguien te faltó el respeto?
- 4.7. ¿Se te informó sobre la confidencialidad de la información que obtendrían de ti?
- 4.8. ¿El personal entendió tus necesidades?
- 4.9. ¿Te sentiste cómoda en la atención del servicio?
- 4.10. ¿Sentiste confianza del personal de salud en la consulta? ¿Fueron cordiales contigo? ¿Cómo te hicieron sentir?
- 4.11. ¿Cuánto tiempo duró tu consulta?
- 4.12. ¿Te dieron seguimiento al motivo de consulta?
- 4.13. ¿Cuánto tiempo pasó de una consulta a otra?
- 4.14. ¿Qué modificarías para mejorar el servicio?

5. Disponibilidad de servicios

- 5.1. ¿Qué otra información te ofreció a parte de tu motivo de consulta?
- 5.2. ¿Te ofrecieron Orientación y consejería -Its- Embadol- MA-?
- 5.3. ¿Te negaron algún servicio? –Its-Embadol-MA-
- 5.4. ¿Qué modificarías para mejorar el servicio?

6. Competencia y capacitación de los prestadores de servicio

- 6.1. ¿Crees que la formación del personal de salud es la correcta para atender a los adolescentes? –qué faltaría-
- 6.2. ¿Qué habilidades deben tener los profesionales para estar al frente de estos servicios?
- 6.3. ¿Crees que el personal tiene prejuicios de la sexualidad?
- 6.4. ¿El personal que te atendió te preguntó de otros aspectos relacionados con el motivo de consulta?
- 6.5. ¿Te sientes satisfecho con los resultados que te dio el personal de salud?
¿Resolvieron tus dudas?

7. Promoción del servicio

- 7.1. ¿Sabes que existen los DSyR? ¿Cuáles son? ¿El personal de salud te habló de tus derechos sexuales y reproductivos?
- 7.2. ¿Ha recibido alguna promoción de salud fuera de la clínica? ¿Has recibido alguna visita domiciliaria? ¿Consideras que los servicios son importantes –para qué-? ¿Qué beneficios tienen saber de los servicios?
- 7.3. ¿Sabes si alguna vez el servicio de salud visitó la escuela de tu comunidad? ¿Sabes si en tu comunidad conocen los servicios para los adolescentes?
- 7.4. ¿Desde tu perspectiva qué barreras existen para que los servicios sean conocidos por otros adolescentes?
- 7.5. ¿Cómo consideras que fue tu experiencia con los Servicios Amigables de manera general?

Anexo 3. Guía de usuario simulado para servicios amigables de salud sexual y reproductiva en monterrey

Características	Comentarios
El personal no profesional de la salud es amigable	
Hay fluidez en los procedimientos previos a la consulta	
El tiempo de espera previo a la consulta es el adecuado	
El personal del programa es amigable con los adolescentes durante la recepción	
El trato es cordial y respetuoso	
El personal es empático y amigable	
Se mencionó la confidencialidad	
Sentiste confianza de hablar de forma libre	
El personal tiene prejuicios y/o hace gesticulaciones con temas relacionados con la salud sexual y reproductiva	

El personal orienta en las decisiones de los adolescentes	
La atención del personal es oportuna	
El personal tiene habilidades comunicativas para hablar con los adolescentes	
El personal indagó más allá del motivo de consulta	
Hubo orientación y consejería sobre métodos anticonceptivos	
Hubo orientación y consejería sobre embarazo	
Hubo orientación y consejería sobre ITS	
Hay abasto de métodos anticonceptivos	
Te brindaron la pastilla del día siguiente	
Se habló sobre los derechos sexuales y reproductivos	
La duración de la consulta fue la adecuada	

Cómo fue el trato del médico	
Cómo fue el trato del enfermero/a	
Cómo fue el trato del promotor de salud	
El médico dio un diagnóstico satisfactorio	
Cómo fue la consulta en general	