

# **Acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes de Monterrey, Nuevo León, México**

## **Access, treatment and care in adolescent-friendly health services in Monterrey, Nuevo León, Mexico**

David De Jesús-Reyes y Esmeralda González Almontes

*Universidad Autónoma de Nuevo León, México*

### *Resumen*

El objetivo de este trabajo fue evaluar desde la percepción del usuario simulado el acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes, en Monterrey, Nuevo León, México. Para ello se desarrolló una evaluación cualitativa que usó la observación, la técnica de usuario simulado, 2 grupos de reflexión y 18 entrevistas semiestructuradas, el análisis de la información se realizó con la técnica de teoría fundamentada apoyada en el software Atlas.ti, el trabajo de campo se realizó en Centros de Salud que contaban con el servicio amigable durante 2019. Se encontró una enorme brecha entre lo que plantea el Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y la realidad, debido a múltiples barreras que limitan la accesibilidad, el trato y la atención, razón por la cual la mayor parte de los servicios fueron evaluados con valoración deficiente debido a los trámites administrativos, la falta de empatía para trabajar con adolescentes, el débil manejo de información sobre el cuerpo y la sexualidad, así como al maltrato recibido. Se concluye que la amigabilidad de los servicios de salud para adolescentes, es un principio que no ha logrado ser introyectado por los profesionales de la salud.

*Palabras clave:* Adolescentes, servicios amigables, salud sexual y reproductiva, usuarios simulados.

The aim of this study was to assess, from the simulated user's perception, the access, treatment, and care in adolescent-friendly health services in Monterrey, Nuevo León, Mexico. For this, a qualitative assessment was developed that used observation, the simulated user technique, 2 reflection groups and 18 semi-structured interviews, the analysis of the information was carried out with the grounded theory technique supported by the Atlas.ti software, the work was carried out in Health Centers that had friendly service during 2019. A huge gap was found between what is proposed by the Comprehensive Care Model for Adolescent Sexual and Reproductive Health and reality, due to multiple barriers that limit accessibility, treatment and care, which is why most of the of the services were evaluated with deficient due to the administrative procedures, the lack of empathy to work with adolescents, the weak management of information about the body and sexuality, as well as the mistreatment received. It is concluded that the friendliness of health services for adolescents is a principle that has not been introjected by health professionals.

*Key words:* Adolescents, friendly services, sexual and reproductive health, simulated users.

## INTRODUCCIÓN

**E**n México la atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes tiene una larga trayectoria, aunque de inicio surgieron como acciones aisladas desde la sociedad civil, con el tiempo éstas se fueron consolidando como programas del sector salud. La primera de estas acciones nace como una iniciativa no gubernamental en 1978, con la creación del Centro de Atención para Adolescentes (CORA), que daba atención a la salud a los adolescentes, fue hasta 1981 que el gobierno mexicano creó el Departamento de orientación y educación sexual, que era perteneciente al Programa IMSS-COPLAMAR —el antecedente inmediato de la política de desarrollo social del país—, dicho programa buscó incidir en el estado de salud de la población rural marginada, posteriormente en 1985 esta institución dio inicio a un programa específico para adolescentes con el objeto de fomentar su salud, de ahí se derivan los Módulos de Atención a Adolescentes en 1990 y la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente en 1993, ambos en Jalisco (Stern y Reartes, 2001).

Para 1986 nace el Programa Gente Joven de la asociación civil Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM A.C.) y que hasta la actualidad otorga servicios de capacitación y servicios médicos en diversos estados de la república (Santos, 2003). Dos hitos coyunturales llevaron a la Secretaría de Salud a conjuntar todas las acciones dirigidas a la atención de la salud adolescente en el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente de 1994: la Declaración de Monterrey y la participación de México en la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo, dicho programa estaba orientado a la atención de la salud reproductiva, la reducción de las adicciones y el uso de sustancias tóxicas, por lo que en coordinación con organismos públicos y la sociedad civil se establecieron módulos de servicios y orientación de salud sexual y reproductiva denominados módulos amigables,<sup>1</sup> que tenían como meta facilitar consejería y orientación sobre planificación familiar con el lema “en buen plan... planifiquen” (Reyes y Mino, 2012).

<sup>1</sup> En 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), acordaron una agenda común en materia de salud de los adolescentes. Se propuso un paquete de intervenciones, haciendo énfasis en la salud sexual y reproductiva; el paquete debía ser amigable para satisfacer las necesidades de este grupo de población, posteriormente se construyeron los lineamientos de calidad para que los países en desarrollo retomen este modelo bajo el esquema de servicios de salud amigables (WHO, 2012).

Posteriormente el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) impulsó en 1997 el Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo Adolescente (PAIDEA) para prevenir embarazos no planeados en zonas marginadas y adolescentes en riesgo, con este mismo objetivo el programa IMSS-Oportunidades en 1998, establece el llamado Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR), para atender a adolescentes en el medio rural a través de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), destacando su operatividad a través de materiales e intervenciones dirigidos a la comunidad, maestros, padres y madres de familia, en el ámbito urbano los llamados “módulos” se transforman en servicios especializados de salud sexual y reproductiva para la población adolescente, a la par ese mismo año el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), inició el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes, los cuales se centraron en la atención de los embarazos y partos a temprana edad y a realizar actividades que promuevan la consejería y los servicios de salud sexual y reproductiva (Reyes y Mino, 2012; CONAPO, 2016).

Con el cambio de siglo México fortaleció su política de atención a la salud sexual adolescente con programas de acción específicos que se han consolidado sexenio tras sexenio. En el año 2001 con la creación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), se constituye el Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA), el cual bajo un enfoque de factores de riesgo y de protección, centró su atención en un esquema de salud que incluía la atención en salud sexual y reproductiva a través de los Unidades de Atención Amigables a los Adolescentes o los llamados *servicios amigables para adolescentes*; posteriormente en 2003 se crea el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), que tuvo como misión incluir la perspectiva de género a los programas de salud, por lo que se sientan las bases para reorientar los servicios amigables en el Programa de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes creado en el sexenio de 2006-2012; en dicho programa se establecieron objetivos, metas, estrategias y líneas de acción para incidir en la salud sexual y reproductiva adolescente a partir de un paquete básico de servicios que formaron parte de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud, uno de los logros de este periodo fue instituir el 26 de septiembre como Día Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (SSA, 2013; CNEGSR, 2015).

Más recién, en el sexenio 2012-2018 nació el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, que tuvo como objetivos i) Favorecer el acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes; ii) Reducir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población, y iii) Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente (SSA, 2013). Con este Programa da inicio la institucionalización del Modelo de Atención Integral para la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), que es el modelo rector para la atención en los servicios amigables para adolescentes tanto para los servicios de salud pública como privada, los cuales para 2016 contaba con 1,494 unidades de atención en áreas urbanas, rurales e indígenas (CNEGSR, 2015).

A pesar de los esfuerzos gubernamentales, la población adolescente sigue teniendo rezagos muy importantes en su salud sexual y reproductiva pues la política de reducción de la fecundidad implementada en México desde los años 1970, no ha impactado de la misma forma en los diferentes grupos de edad, ya que a pesar que la Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA)<sup>2</sup> disminuyó, ésta no se ha reducido como en otros grupos de edad, e incluso a partir del año 2000, esta mostró un leve incremento, lo cual es resultado del descuido y abandono de la política de salud sexual y reproductiva en esos dos sexenios —2000-2012— (CONAPO, 2016), pues su ideología conservadora eliminó toda campaña de la promoción a la salud reproductiva adolescente; a ello se suman diversos factores como un inicio más temprano de la actividad sexual, escasa o deficiente educación sexual, las dificultades de acceso a los servicios de salud, las desigualdades de género que permean las relaciones sexuales y en general, la vulnerabilidad social, pobreza y marginación que vive una gran parte de este grupo de población en México (De Jesús y Menkes, 2017).

En el año 2014 con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), se dio a conocer que la TFA pasó de 68 a 77 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años en ese periodo (INEGI, 2014), lo que implicaba un incremento del embarazo adolescente, esto llamó la atención internacional e implicó que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), hiciera un llamado para que México redujera el embarazo en menores de 19 años, por ser éste el país

<sup>2</sup> Las tasas específicas de fecundidad representan los hijos nacidos vivos por cada mil mujeres por grupo de edad.

con las más altas tasas de fecundidad adolescente entre sus países miembros, resultado de ello fue que en enero de 2015 el gobierno mexicano lanzara de manera emergente la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), la cual se propuso reducir en 50 por ciento la TFA de las mujeres de 15 a 19 años y eliminar el embarazo en las menores de 14 años para el año 2030 a partir de acciones coordinadas en 13 dependencias del Gobierno Federal, de la sociedad civil, de organismos internacionales y de académicos, bajo el marco de absoluto respeto a sus derechos sexuales y reproductivos; entre los componentes que la ENAPEA se planteó para lograr dichos objetivos son la educación, las oportunidades laborales, un entorno habilitante, los servicios de salud amigable y la educación integral en sexualidad (CONAPO, 2016).

De esta forma, en la actualidad los servicios de salud sexual y reproductiva adolescente que otorga el estado, forman parte de una estrategia nacional para sucumbir a la problemática del embarazo adolescente. Empero de ello, a lo largo de estas cuatro décadas los servicios de salud reproductiva adolescente han tenido muy pocas evaluaciones que permitan conocer el impacto que han tenido las políticas de salud reproductiva adolescente, más bien éstas se han centrado en el resultado de indicadores específicos que son acordes a las metas de los programas de salud (SSA, 1999), el análisis de infraestructura y servicios prestados (SSA, 2000), el análisis al personal o proveedor del servicio (SEDESOL, 2010), el análisis de líneas estratégicas y gobernanza (Estrada, 2013), el cumplimiento de estándares de calidad (UNFPA, 2014), la coherencia interna del programa (López, 2015), el monitoreo, operación y desempeño general de los paquetes de intervención (Reartes y Freyermuth, 2011; Allen, 2013; Freyermuth, Argüello y Zarco, 2014; Freyermuth, Meneses y Romero, 2015; SSA, 2016), la evaluación y análisis de procesos internos (MEXFAM, 2017; IMJUVE, 2018), así como la implementación de consejería de un programa de promoción a la salud, su demanda y disponibilidad (Mota *et al.*, 2008; Evalúa DF, 2016).

Empero las evaluaciones que se han realizado a los programas de salud sexual y reproductiva adolescente en México, se han centrado más en elementos medibles o cuantificables, olvidado con ello la investigación que toma como referencia al usuario y su subjetividad, sus creencias y percepciones de la sexualidad, la reproducción y los servicios de salud en sí mismos (Juárez y Gayet, 2005). Son escasos los estudios en México que han considerado las experiencias y percepciones de los adolescentes en los servicios de salud amigable (Stern y Reartes, 2001), las experiencias de

satisfacción con la consulta, atención, confidencialidad, privacidad, información recibida y resolución de consulta (Amuchástegui y Parrini, 2009), así como la percepción en cuanto la calidad, barreras en el acceso, la utilización y oferta de servicios (Pastrana *et al.*, 2020).

A pesar que en el MAISSRA se establecen los criterios para involucrar a los adolescentes en el diseño, implementación y evaluación del programa, muy poco se les ha tomado en cuenta para conocer su percepción en cuanto al acceso, trato y calidad de la atención que proporcionan los prestadores y prestadoras del servicio; se olvida que el éxito de los programas depende de evaluaciones que muestren los errores que éstos presentan para adaptarlos y corregirlos (CNEGSR, 2015). Por esta situación, es importante realizar estudios que permitan conocer cómo los adolescentes perciben la prestación de los servicios amigables, pues ello permitirá ampliar el conocimiento de las acciones que de manera particular se dan en contextos específicos (WHO, 2012; Singh, Darroch y Ashford, 2014). Tomando en cuenta ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar desde la percepción del usuario simulado el acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes en Monterrey, Nuevo León. Los resultados que deriven de esta investigación complementarán los estudios previamente revisados, además, permitirán emitir recomendaciones a las instancias de gobierno para corregir errores bajo la premisa de incidir en la política con evidencia científica.

## METODOLOGÍA

Este es un estudio de corte cualitativo que explora de forma inductiva las percepciones construidas en el proceso de acceso, trato y atención recibidos en los servicios amigables. El equipo de investigación fue conformado por un investigador principal, una investigadora que coordinaba el trabajo de campo y por cuatro estudiantes becarios de este proyecto de investigación; dos de la Licenciatura en Derecho y Criminología que recolectaron la información fungiendo como usuarios simulados y dos de Trabajo Social quienes tuvieron la responsabilidad de capturar y transcribir la información recogida.

En la recolección de la información se hizo uso de varias técnicas con el objeto de comprender con mayor profundidad las percepciones construidas en la interacción entre los profesionales de la salud y la/el usuario, relaciones implícitas en el proceso de accesibilidad, trato y atención recibida en dichos servicios. La utilización de la técnica de usuario simulado (*simulated client method*), obedece a que ésta es análoga de la observación

participante, 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).

Para fungir como usuario simulado se eligieron de entre los cuatro estudiantes, dos que tuvieran la apariencia de adolescente (una mujer y un hombre) para asemejar de mejor forma a los usuarios comunes; a estos adolescentes se les capacitó durante una semana respecto al 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 (MAISSRA). Con esta información se les preparó para la solicitud de la consulta simulando tres escenarios imaginarios: recibir información anticonceptiva por el deseo de iniciar relaciones sexuales, la ruptura del preservativo en la última relación sexual y el no uso del mismo en la actividad sexual casual o no planeada.

Se acudió a las nueve clínicas y/o centros de salud de la Secretaría de Salud de la jurisdicción 1 de Monterrey que ofrecían los servicios amigables,<sup>3</sup> las cuales forman parte del Directorio Nacional de servicios amigables (CONAPO, 2020). En total se realizaron 20 visitas puesto que en dos de esos centros se les negó el acceso y se les sugirió regresar otro día. Posterior a las visitas de los centros de salud, se realizaba una entrevista individual con la/el usuario simulado para conocer la experiencia en el proceso de solicitud del servicio, el acceso, el trato y la atención, por lo que se hicieron en total 18 entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas en audio y transcritas posteriormente; al final de cada entrevista la/el usuario llenaba un instrumento de evaluación tipo semáforo donde asentaba a partir de su percepción una valoración del servicio.<sup>4</sup> De igual forma se realizaron dos grupos de reflexión con ambos usuarios simulados, una a la mitad y otra al final del trabajo de campo, en el cual se llenaba un instrumento con preguntas abiertas con el objeto de identificar prácticas, usos, usanzas, modos y costumbres que limitan el acceso, trato y atención

<sup>3</sup> Los centros de salud a los que se asistió fueron: i) Clínica de Atención Integral Tierra y Libertad, ii) C.S. El Porvenir, iii) C.S. CROC B, iv) C.S. Arturo B. De la Garza, v) C.S. Pio X, vi) C.S. Nueva Morelos, vii) C.S. Terminal, viii) C.S. Plutarco Elías Calles, y ix) C.S. Topo Chico.

<sup>4</sup> La codificación por colores es una estrategia de evaluación en salud que permite agrupar datos, regularmente se utiliza el verde, amarillo y rojo para asemejar un semáforo y es usada para tomar decisiones en determinadas categorías que estén en riesgo (OMS, 2012). Para este trabajo el semáforo recupera una representación simbólica donde el verde significa apropiado, el amarillo es regular y el rojo es deficiente; este tipo de evaluaciones ya ha sido usada en México para programas sociales (Evalúa DF, 2013; CONEVAL, 2014).



de los servicios amigables. El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de julio a diciembre de 2019. El análisis de la información se realizó con la técnica de teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), con la ayuda del software Atlas.Ti V8.

Por último, es importante mencionar que la estructura analítica de la cual parte este trabajo tomó como referencia el MAISSRA, el cual está integrado por cuatro componentes: gestión de servicios, oferta de servicios, participación y fortalecimiento de capacidades (CNEGSR, 2015); siendo el objeto de esta investigación el componente oferta de servicios —Figura 1— el cual a su vez se integra por cinco acciones que deben considerarse en la atención a los adolescentes, estos son la modalidad, principios rectores, paquete integral de servicios, información, educación y comunicación (IEC), y accesibilidad, de éstos sólo se evaluaron tres, ya que son las subcategorías que permiten la interacción entre los prestadores del servicio con el usuario, que son la accesibilidad que marca la ruta a seguir en la solicitud del servicio (acceso), los principios rectores que orientan las prácticas para tener la cualidad de amigable (trato) y el paquete integral de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (atención).

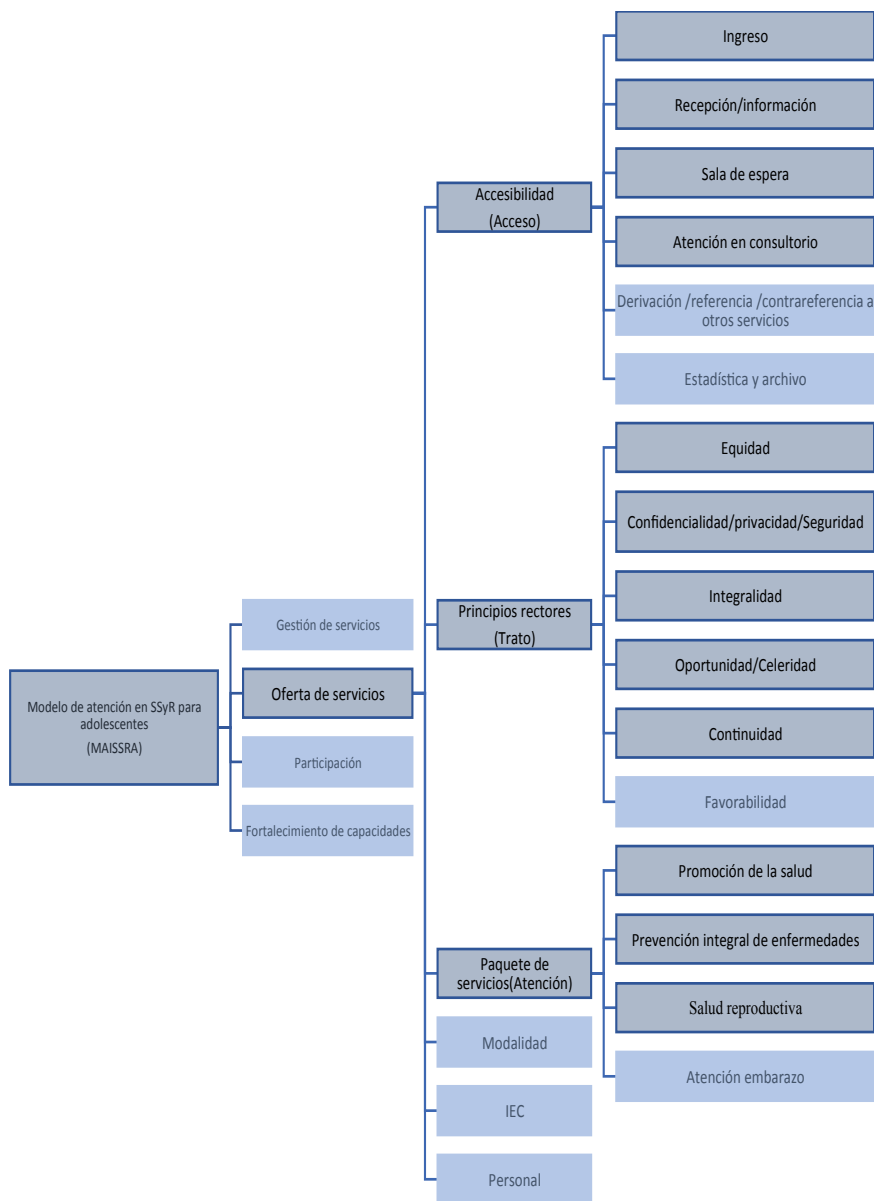
## **RESULTADOS**

### **Acceso**

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 en que éstos se ofrecen (CNEGSR, 2015). La ruta que marca el MAISSRA en el acceso son: el ingreso, la recepción/información, la sala de espera, la atención en consultorio, la derivación a otros servicios, así como la estadística y archivo. Debido a que, al solicitar los servicios amigables, se constató que no se abría un expediente del usuario, se decidió considerar para este trabajo sólo las primeras cuatro categorías, pues no se lograba generar información al respecto.



Figura 1: Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes



Fuente: elaboración propia con base al Modelo MAISSRA (CNEGRS, 2015).

El *ingreso* se refiere al primer contacto que tiene el usuario ya sea con la vigilancia o el módulo de recepción, los cuales deben tener una actitud amable, así como señalización del servicio clara. De acuerdo a las observaciones y registros de información recabados en campo por los usuarios simulados, se constató que el ingreso a las clínicas fue oportuno, pero poco amigable y sin empatía para orientar sobre el servicio, puesto que el personal de vigilancia y/o el personal de informes usaban como filtro de acceso si se residía en la zona o si se estaba afiliado al seguro popular. Si no se cumplía alguno de estos requisitos, se negaba de forma categórica el acceso, sugiriendo acudir a la clínica que le correspondía según su domicilio y/o regresar con la Clave Única de Registro de Población (CURP) para su registro en el seguro popular. Cabe mencionar que dado este filtro se aplicaba para todas las unidades de salud, se decidió fingir una residencia cercana para cada una de ellas, lo que permitió continuar con las observaciones aun eximiendo la solicitud del CURP.

Uno de los hallazgos que más resaltó del ingreso, es que en algunas clínicas no se canalizaba al servicio amigable sino con el médico familiar o al departamento de promoción de la salud, lo que en estos casos generaba un costo de la consulta que iba de 35 a 270 pesos según la unidad de salud. Esto resulta importante puesto que las clínicas visitadas tenían el servicio amigable. Indagando sobre esta situación se encontró que en los casos donde los usuarios no eran canalizados al servicio amigable, era por desconocimiento de la existencia del mismo por el personal de informes o porque el médico(a) no se encontraba en la clínica. Aunque esta situación no fue generalizada, se observó que impactó de forma negativa en la atención recibida al usuario.

En cuanto a la *recepción/información*, que es el primer contacto con el personal de salud, éste en teoría debería ser amable, receptivo y responsivo, en campo se observó que una vez que los usuarios tuvieron acceso a la clínica, la primera persona que les recibía fue la enfermera, la cual interrogaba sobre el motivo de consulta asignando un lugar de espera e indicando los pasos a seguir en consultorio. De esta etapa destaca que fue sólo en dos clínicas que las enfermeras tomaron medidas de talla y peso y abrieron un expediente del usuario, omitiendo el proceso en las demás unidades de salud. De suma importancia resulta, que se logró identificar que una parte de las enfermeras —sobre todo las de mayor edad—, mostraron animadversión en la solicitud de consulta de la usuaria mujer, ya sea interrogando de forma hostil el por qué de la misma o cuestionando sobre su comportamiento y vida sexual, situación que no ocurrió en el caso del usuario varón.

La *sala de espera*, que debe ser un espacio con características acogedoras para permanecer antes de la consulta, donde se encuentre material educativo en salud sexual y reproductiva que informe y entretenga en ese tiempo, en realidad los espacios a pesar de que cumplen con amplitud, no son cómodos ni cuentan con información visible o impresa de los servicios ni horarios de consulta en las clínicas. Mucho llamó la atención que los tiempos de espera en dichas salas fue relativamente corta entre cinco y diez minutos, debiéndose ello a que casi en todas las clínicas no hay una demanda del servicio, por lo que se agilizaba la espera; sólo en dos clínicas el tiempo excedió las dos horas debido a que en ellas si había adolescentes aguardando consulta. De la misma forma, se logró identificar que en tres clínicas el tiempo de espera de un poco más de media hora, se debió a que el médico(a) se encontraba en su hora de comida.

Por último, la *atención en consultorio* que se refiere a la interacción con el médico(a) y donde se realiza una valoración y respuesta a la necesidad por la que se recurre a consulta, se observó una atención no homogénea, pues en algunas clínicas la atención en consultorio fue cordial, amistosa y con tacto, identificándose ello con médicos(as) jóvenes con los que se logró establecer confianza para el intercambio de información. Opuesto a ello, se registró que —en la mayoría de clínicas—, la atención en consulta no fue de lo más amigable, sobretodo en el caso de la mujer usuaria, pues a ella se le cuestionó constantemente su comportamiento sexual. En cada uno de los escenarios que se simularon, la mujer fue más duramente interrogada y cuestionada a comparación del varón, a pesar de tan cuestionable atención, en el escenario de la ruptura del preservativo y de no uso del mismo en la última relación sexual, sólo en una clínica la mujer fue canalizada para realizarse análisis de sangre para confirmar o descartar un embarazo. Esta mala atención en consultorio también se observó en las ocasiones que los usuarios fueron canalizados a consulta general o promoción de la salud, pues la atención fue corta en tiempo, no empática ni de confianza e incluso en dos ocasiones se les atendió en la sala de espera no por el médico sino por la enfermera.

## **Trato**

Los servicios amigables tienen un sustento legal y están orientados por principios rectores que guían las prácticas del personal de salud para tener la cualidad de amigables, éstos son: la equidad, confidencialidad/privacidad/seguridad, integralidad, oportunidad/celeridad, continuidad y favorabilidad (CNEGSR, 2015). Para este trabajo solo se descartó la favora-

bilidad puesto que ésta aplica cuanto se tiene duda de una norma o de su aplicación, lo cual no fue parte del objetivo.

La *equidad* que en teoría hace referencia a la priorización y provisión de servicios a los adolescentes más vulnerables, en la práctica fue una de las subcategorías que no se cumplen, puesto que se encontró que se negaba el servicio a los usuarios por no vivir en la zona donde se encuentra la clínica de salud, por no estar afiliados al seguro popular y por no tener agendada una cita, además de que en algunos casos se cobraba el servicio, fueron las principales limitantes que se encontraron al respecto. En cuanto a la *confidencialidad/privacidad/seguridad*, que se refiere al secreto profesional, a la adecuación de los espacios para el logro de seguridad y confianza, en campo se pudo constatar que los servicios visitados carecen de estas características, pues a pesar que se mencionaba la confidencialidad de la información que se maneja en consulta, ésta siempre fue interrumpida ya sea por el personal de enfermería, por otros médicos o en su caso por la presencia de personas ajenas a la clínica, lo cual vulneraba la construcción de confianza que se necesita establecer para el intercambio de información.

Respecto al criterio de *integralidad*, que se refiere a la prestación del servicio que incluya la educación, información, prevención y diagnóstico, en la práctica los servicios no cumplieron con esta característica puesto que el servicio se enfocó por parte del personal médico sólo en consejería anticonceptiva. En cuanto a la *oportunidad/celeridad/continuidad*, que se refiere a la rapidez, agilidad y regularidad en que se otorga la consulta, el criterio se cumplió, puesto que los tiempos de espera fueron cortos antes de entrar a consulta, la barrera más importante hallada fue que al no estar presentes los responsables de los servicios amigables, los usuarios eran referidos a consulta general o promoción de la salud, donde no se recibía un buen trato.

## **Atención**

El cuadro básico de atención en los servicios amigables parte de un paquete integral de servicios de promoción y prevención para la salud, éstas son promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, salud reproductiva y atención a la adolescente embarazada (CNEGSR, 2015). Para este análisis se omitió la última subcategoría por razones de obviedad.

En cuanto a la subcategoría *promoción de la salud*, que se refiere a la información que se otorga para el autocuidado en salud general y los elementos que le ponen en riesgo o le protegen, la mayor parte de los médicos no indagó más allá del objetivo de consulta, sólo en dos servicios se pre-

guntó sobre abuso sexual, noviazgo y relaciones de pareja. Respecto a la *prevención y control de enfermedades*, la información que debe otorgarse debe estar centrada en la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), en campo se encontró que en su totalidad en las consultas si se habló ITS, centrandó la información en VIH-SIDA, pero de manera general, sin profundizar en alguna otra de ellas, aunado a ello, se vio que este tipo de información en ocasiones se daba bajo prejuicios y cuestionamientos de la actividad sexual.

Finalmente, respecto a la *salud reproductiva*, la información debe ser integral en sexualidad y reproducción, sin embargo, en campo, la atención se centró en la consejería de los métodos anticonceptivos, sólo fueron dos clínicas donde se dio consejería sobre prevención del embarazo y ciclo reproductivo. Destaca que, en la mayor parte de las unidades de salud, se otorgó condones como insumo para el *cuidado*, mientras que la pastilla de emergencia fue negada de forma absoluta, inclusive para la usuaria. Al respecto es importante mencionar que en lo que corresponde a la atención, se logró identificar una diferencia enormemente marcada entre los sexos de los usuarios, pues como ya se mencionó, la atención que recibió la usuaria siempre estuvo cargada de prejuicios y cuestionamientos respecto a su comportamiento sexual, número de parejas y prácticas sexuales entre otras cosas, mientras que al varón la atención que recibió se centró en la consejería anticonceptiva sin cuestionamiento alguno.

### **Barreras en el acceso, trato y atención**

En el proceso de *acceso* a los servicios amigables se encontraron diversas barreras que obstaculizan su ingreso y que se presentaron en la mayor parte de las clínicas visitadas.

- Una de ellas y muy importante, tiene que ver con el personal que se hace el primer contacto, ya sea el guardia, la persona del módulo de información o la persona de caja, pues éstos preguntan si se residía en la zona cercana a la clínica o si se era beneficiario del seguro popular; para ambos casos por obvias razones se les negó el servicio sugiriendo en el primer caso, asistir a una clínica cercana a su domicilio y en el segundo se les pedía su CURP para su registro y/o se les dejaba pasar pagando una cuota de recuperación, el cuál iba de los 35 a los 270 pesos (1.6-12.5 dólares).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> De acuerdo al tipo de cambio de 21.5 pesos por dólar. Valor promedio para el tiempo en que se realizó la investigación.

- En este último caso y/o cuando el médico(a) de servicios amigables no se encontraba en la clínica, se les canalizaba a promoción de la salud o a medicina familiar, en el cual el trato y la atención se dieron de forma no amigable.
- Cuando se ingresaba a la clínica se constató que éstas no cuentan con información visual del consultorio ni de los horarios.
- En el primer contacto con personal de salud, se constató que no hay un protocolo de atención uniforme, puesto que en algunas las clínicas se les toman los datos de peso y talla y en otras no.
- En las situaciones cuando el personal de servicios amigables no estaba o estaba en hora de comida, se les pedía que regresaran otro día, lo cual es una limitante significativa, puesto que los adolescentes no siempre regresan cuando se les niega el servicio (Geary *et al.*, 2014; Carai, Bivol y Chandra, 2015).
- Muy relacionado con ello, se encontró que los horarios de atención marcados de 8:00 a 15:00 horas, no se cumplen de forma regular, puesto que, en la hora de comida o salidas de la clínica, se cancelan las consultas, no se atiende o les dejan esperando mucho tiempo en sala de espera.
- Una de las barreras que más llamó la atención de los usuarios simulados, fue que hay personal de salud dentro de las mismas clínicas que no conoce la existencia de los servicios amigables, siendo que las clínicas que se visitaron contaban con el servicio, de forma intencional se indagó información al respecto, pero no se obtuvieron respuestas.

En cuanto al *trato* se encontró que:

- Existe un incumplimiento de la equidad en los servicios amigables, puesto que se negó el servicio por no tener seguro popular, por no ser de la zona de residencia y por no tener una cita agendada, lo cual resulta una limitante para los adolescentes.
- De igual forma, los usuarios constataron que el lenguaje usado por el personal médico no siempre era comprensible para adolescentes, sobre todo en personal de salud más viejo, pues en ocasiones resultaba complicado para ellos comprender la información que éstos les daban.
- Un hallazgo importante es que el trato resultó diferenciado por sexo, ya que al varón se le trató mejor en las clínicas, incluso con información detallada de algunos anticonceptivos, mientras que a la mujer adolescente la mayor parte de las consultas fue cuestionada y regañada por su actividad sexual lo cual puede deberse a los tabúes que aún exis-

ten en cuanto a la sexualidad por parte del profesional de salud (Carai, Bivol y Chandra, 2015).

- Respecto a la confidencialidad, se encontró que no hay privacidad en la consulta ya sea por la constante interrupción del personal médico o por compartir los espacios con otros médicos, lo que dificultaba la interacción y construcción de confianza para hablar, lo cual puede deberse a las dinámicas de interacción que se construyen entre el usuario y el personal de salud, pues entre más maduro se vea al usuario, la información será más profunda o viceversa (Sawyer, Proimos y Towns, 2010; Hoopes *et al.*, 2017).

En cuanto a la *atención*, se encontró que:

- El servicio se centró en la consejería de anticonceptivos, omitiendo temas como prevención de embarazo, ciclo reproductivo e ITS. No se indagaron temas relativos a los determinantes de la salud o en los estilos de vida saludable.
- Un hallazgo muy importante es que es el personal de salud hace uso de fotografías de pacientes que han asistido a consulta para ejemplificar casos de contagio en VPH y de otras infecciones de transmisión sexual, lo cual resultó incómodo para los usuarios.
- Se omitieron temas respecto a los derechos sexuales y reproductivos.
- Los insumos que se entregaron al final de la consulta se centran en el preservativo masculino, negando otro tipo de anticonceptivo incluso en la solicitud de pastillas de emergencia en el caso de la usuaria femenina.
- Por último, se le deja al usuario la responsabilidad de leer folletería como parte de la consulta, eximiendo la responsabilidad del médico de informar y resolver dudas en ese momento.

En general, la relación que se construye con el médico, permite fluir la información a profundidad de diversos temas sólo si el médico(a) es joven o si la relación que se logra establecer entre ambos es buena, la información fluirá en diversos temas de forma fácil. Si no se logra establecer una buena relación entre ambos, sucederá lo contrario, lo que puede obedecer a la relación de poder que el personal de salud establece con sus pacientes; de esta forma tal como se ha visto en otros contextos, el personal de salud poco sensibilizado representa una de las barreras más importantes para el acceso en los servicios de salud adolescentes debido a su actitud y críticas valorativas a la sexualidad, lo cual es resultado de su falta de capacitación



y sensibilización al respecto (Kennedy *et al.*, 2013; Geary *et al.*, 2014; Hopes *et al.*, 2017).

### **Semáforo en el acceso, trato y atención**

El Modelo MAISSRA, define que el servicio es *amigable* si reúne las características de calidad que permitan hacer “contrapeso a la incomodidad y hostilidad, reales o percibidas, provenientes del entorno clínico y del personal de salud” (CNEGSR, 2015: 25), parafraseando esto, no se trata que en el servicio amigable los profesionales de salud sean amigos de los usuarios, sino que se trata de un principio internalizado que se expresa en una actitud de servicio, por lo que la capacitación, la orientación y la supervisión del personal de salud son obligatorias para cumplir con ello.

Considerando lo anterior y con el objeto de sintetizar la percepción de los usuarios en la calidez del servicio recibido en las nueve clínicas visitadas, se utilizó un semáforo con tres colores donde el verde significó un servicio apropiado, el amarillo servicio regular y rojo servicio deficiente. La representación simbólica que se tiene de dichos colores, permitió hacer una evaluación cualitativa de la experiencia que se tuvo en cada una de las subcategorías que el modelo MAISSRA marca para que el servicio sea amigable.

Haciendo un análisis horizontal de la Tabla 1, para conocer la valoración que los usuarios dieron a los servicios, se puede observar que en su mayoría todas las subcategorías fueron mal evaluadas. Destaca la *equidad* que es una subcategoría perteneciente al trato como la peor evaluada, seguida por la *promoción de la salud y prevención de ITS* que pertenecen a la categoría de atención, así como la *continuidad* y la *confidencialidad* que pertenecen a la categoría trato y en sexto y séptimo lugar peor evaluadas están la *recepción* y el *ingreso* que pertenecen a la categoría acceso. Lo anterior coincide con las observaciones y los relatos de campo analizados en las secciones previas, donde la equidad fue una de las barreras que más obstaculizaron el acceso al servicio, puesto que por no ser residente de la zona o por no ser derechohabiente del seguro popular, se negaba el mismo. En cuanto a las subcategorías de *promoción a la salud y prevención de ITS*, los relatos de los usuarios simulados coinciden en que la atención en consulta se centró temáticas de anticoncepción, sin investigar o tratar temas más allá.



Sin duda la evaluación deficiente de las anteriores subcategorías, pone en evidencia que en cuanto se refiere al acceso, trato y atención hay un enorme reto de seguir trabajando para mejorar los servicios, puesto que, a diferencia de otro tipo de población, los adolescentes muestran conductas más aprensivas, por lo que cualquier barrera que ellos identifiquen en los servicios, representa un obstáculo que difícilmente puede ser derribado.

Respecto a las categorías evaluadas como servicio regular fueron la *atención en consultorio*, que pertenece a la categoría acceso, la *integralidad* que pertenece a la categoría trato y la *salud reproductiva* que es de la categoría atención. Esto resulta de suma importancia puesto que las tres subcategorías se centran en la persona que dio la atención en consultorio ya sea el médico(a), enfermero(a) o promotor(a), lo que permite ver que los adolescentes valoraron en cierto sentido regular, tanto el trato como la atención recibidas por dicho personal, independientemente de las barreras identificadas en el acceso, la confidencialidad y la falta de información a profundidad. De igual forma se puede inferir que la evaluación resultó regular por la violencia que se ejerció contra la mujer usuaria, independiente de que una parte del personal que atendió a ambos usuarios, era personal joven, lo cual permitió una interacción amena y comunicación amigable.

En cuanto a la subcategoría con más valoraciones de servicio apropiado fue asignada a la *sala de espera* que pertenece a la categoría acceso, que si bien, no todas las salas reunieron las características de amplitud y comodidad, más bien ello puede deberse a la agilidad en los tiempos de espera para pasar a consulta, que en su mayoría fueron cortos. Sin embargo, —como ya se dijo—, estos cortos tiempos de espera no se deben a la maquinaria institucional para agilizar los procesos administrativos, sino que de acuerdo a los registros de observación, los servicios de salud amigables no tienen alta demanda, por lo que se reducían los tiempos de espera, excepto en la clínica número 7 donde la demanda era alta, por lo que en esa clínica la subcategoría fue mal evaluada, pues los tiempos de espera rebasaron las dos horas, independiente de ello ésta resultó ser la clínica mejor valorada por el servicio recibido en cada una de las subcategorías.

Esto se puede observar haciendo un análisis vertical para conocer la evaluación de los centros de salud, pues a simple vista se distingue que en su mayoría fueron mal evaluados, destacando como peor valorados el 3 (C.S. CROC B) con todas sus evaluaciones en rojo, seguido del 4 (C.S. Arturo B. De la Garza) y el 2 (C.S. El Porvenir). Contrario de ellos, el centro de salud mejor evaluado en todas las subcategorías resultó ser el número

7 (C.S. Terminal) con casi todas sus valoraciones en verde, seguido del 8 (C.S. Plutarco E. Calles) y por último el 1 (C.A.I. Tierra y libertad).

## CONCLUSIÓN

A partir de la implementación de la técnica de usuario simulado y el trabajo de observación realizado en las clínicas de salud, tal como se ha visto en otros contextos, existe una enorme brecha entre lo que marca el modelo de atención integral para la salud sexual y reproductiva para adolescentes y lo que se encontró en campo (Mazur, Brindis y Decker, 2018), a pesar que el sistema de salud en México ha trabajado por más de 25 años en mejorar los servicios, siguen existiendo múltiples barreras que obstaculizan el fácil acceso, el buen trato y la calidad de la atención de dichos servicios, los cuales son el resultado de múltiples factores, entre los que destacan la falta de empatía y tacto para trabajar con adolescentes, así como la falta de capacidades para otorgar un servicio verdaderamente amigable por parte del personal de salud, debido sobre todo a los tabúes alrededor de la sexualidad, lo cual coincide con otros contextos (Sawyer, Proimos y Towns, 2010; Lim *et al.*, 2012; Kennedy *et al.*, 2013; Hoopes *et al.*, 2017).

En México y específicamente en Monterrey, Nuevo León, existe un grave problema de atención a la salud sexual y reproductiva adolescente, pues contrario a la hipótesis de correlación entre desarrollo y salud, es decir, que por ser un estado punta en desarrollo económico, debería mostrar indicadores favorables en fecundidad adolescente o en contagio y transmisión de infecciones sexuales, en la realidad sucede lo contrario, pues Nuevo León se encuentra entre los primeros 10 estados de México con una alta prevalencia de nuevos contagios de ITS, sobre todo del virus de papiloma humano y con una tasa de fecundidad adolescente comparada con estados de alta marginación en el país (De Jesús y Menkes, 2017). Se sabe que los servicios de salud son un elemento determinante para reducir esta problemática, sin embargo, en Nuevo León sólo dos de cada diez estudiantes de educación media y media superior saben de la existencia de servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva adolescente, a ello se suma que la mayoría de éstos tiene una mala percepción en la calidad de atención, debido al mal trato recibido en ellos (De Jesús, Menkes y Meza, 2016).

En teoría los servicios amigables están diseñados para palear esta problemática, sin embargo, la realidad dista mucho del *deber ser*, puesto que siguen existiendo múltiples barreras que obstaculizan el acceso, el trato y la atención en dichos servicios. La mayor parte de las barreras encontradas

tienen mucho que ver con la actitud del personal de salud, pues a pesar que éstos están capacitados en cuanto al modelo de atención, se necesita que sean más sensibles y receptivos para interactuar con adolescentes, puesto la personalidad de éstos es inestable y cualquier tipo de barrera que ellos encuentren, es motivo para desistir en su uso (Carai, Bivol y Chandra, 2015). Aunado a ello, se necesita derribar las barreras institucionales y de infraestructura para posibilitar el pleno acceso a los servicios amigables y el respeto integro a sus derechos sexuales y reproductivos (Singh, Darroch y Ashford, 2014).

Sin duda estudios como este, podrían ser complementados con otro tipo de investigación cualitativa que trabaje con la percepción de los prestadores de servicio (Kennedy *et al.*, 2013), que identifiquen las buenas prácticas (Huaynoca *et al.*, 2015), los costos y la rentabilidad en los servicios amigables (Kempers, Ketting y Lesco, 2014), o el análisis por regiones (James *et al.*, 2018). En todo caso, el reto para cualquier gobierno, es retomar la investigación que genere evidencia para mejorar el desarrollo, implementación y evaluación de los servicios amigables, tal como ya se da en otros contextos (Sawyer, Proimos y Towns, 2010; Chandra, Chatterjee y Bosé, 2016; Mazur, Brindis y Decker, 2018).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, B., 2013, "Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes", en Valdivia, R., Lombana, J., Lazcano, E., y Rojas, R. (editores). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)/ Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Pp. 133-152.

Amuchástegui, A., y Parrini, R., 2009, *Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Experiencias y percepciones de las/os adolescentes en los servicios de salud para adolescentes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz*. México: Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

Carai, S., Bivol, S., y Chandra, V., 2015, "Assessing youth-friendly-health-services and supporting planning in the Republic of Moldova", in *Reproductive Health*. 12:98.

Chandra, V., Chatterjee, S., y Bosé, K., 2016, "Do efforts to standardize, assess and improve the quality of health service provision to adolescents by government-run health services in low and middle income countries, lead to improvements in service-quality and service-utilization by adolescents?", in *Reproductive Health*. 13:10.

CNEGSR, 2015, *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

CONAPO, 2016, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. México: Consejo Nacional de Población.

CONAPO, 2020, *Directorio Nacional de Servicios Amigables*. México: Consejo Nacional de Población, disponible en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/servicios-amigables> (consultado el 12/01/20).

CONEVAL, 2014, *Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

De Jesús, D., Menkes, C., y Meza, J. A., 2016, “Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México”, en *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 42-66.

De Jesús, D., y Menkes, C., 2017, *Educación sexual y conductas sexuales en adolescentes escolarizados de Nuevo León*. México: MAPorrúa.

Estrada, F., 2013, *Implementación del programa de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en México: Un análisis de gobernanza desde el enfoque de redes* (Tesis). México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Evalúa DF, 2013, *Proyecto de seguimiento del Programa de Atención Integral del Cáncer de mama del DF*. México: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF).

Evalúa DF, 2016, *Estudio del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal, desde un enfoque de género, 2005-2015*. México: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF).

Fathalla, M. F., 2008, *Guía práctica de investigación en salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Freyermuth, G., Argüello, H., y Zarco, A., 2014, *Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas. Servicios amigables del Instituto de Salud del Estado de Chiapas y servicios por pares de asesoría, capacitación y asistencia en salud, A.C., en la zona altos tsotsil-tseltal de Chiapas, México, 2014*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Unidad Sureste/Instituto Nacional de las Mujeres.

Freyermuth, G., Meneses, S., y Romero, M., 2015, “Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México”, en *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 31, Núm. 1. Pp. 71-81.

Geary, R. S. *et al.*, 2014, “Barriers to and facilitators of the provision of a youth-friendly health services programme in rural South Africa”, in *BMC Health Services Research*. 14:259.

Hoopes, A. *et al.*, 2017, “Patient-Provider Sexual Health Communication: A Qualitative Study”, in *Journal of Primary Care & Community Health*. Vol. 8(4) 332–337.

Huaynoca, S. *et al.*, 2015, “Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia”, in *Reproductive Health*. 12:90.

IMJUVE, 2018, *Evaluación de procesos para el programa presupuestario E016 articulación de políticas públicas integrales de juventud a cargo del Instituto Mexicano de la Juventud*. México: Instituto Mexicano de la Juventud.

INEGI, 2014, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

James, S. *et al.*, 2018, “Assessment of adolescent and youth friendly services in primary healthcare facilities in two provinces in South Africa”, in *BMC Health Services Research*. 18:809.

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”, en *Papeles de Población*. Vol. 11, Núm. 45. Pp. 177-219.

Kempers, J., Ketting, E., y Lesco, G., 2014, “Cost analysis and exploratory cost-effectiveness of youth-friendly sexual and reproductive health services in the Republic of Moldova”, in *BMC Health Services Research*. 14:316.

Kennedy, E. *et al.*, 2013, “Be kind to young people so they feel at home: a qualitative study of adolescents and service providers perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu”, in *BMC Health Services Research*. 13:455.

Lim, S. *et al.*, 2012, “Adolescents’ Views on Barriers to Health Care: A Pilot Study”, in *Journal of Primary Care & Community Health*. 3(2) 99–103.

López, Z. T., 2015, *Evaluación de coherencia interna de la política de salud sexual y reproductiva para fomentar habilidades para la vida en los adolescentes frente a la problemática del embarazo adolescente: Programa de Acción Específica Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018* (tesis). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Mazur, A., Brindis, C., y Decker, M., 2018, “Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: a systematic review”, in *BMC Health Services Research*. 18:216.

MEXFAM, 2017, *Evaluación de resultados e impacto del Modelo de Atención de Adolescentes Rurales MAAR. Seguimiento de una Estrategia para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes que residen en Áreas Rurales*. México: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM).

Mota, V. *et al.*, 2008, “Consejería sobre sexualidad con adolescentes de México”, en *Horizonte de Enfermería*. Vol. 19, Núm. 1, pp. 63-68.



OMS, 2012, *Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pastrana R. *et al.*, 2020, “Servicios Amigables para Adolescentes: evaluación de la calidad con usuarios simulados”, en *Rev Saude Publica*. Vol. 54: Núm. 36. Pp. 1-12.

Reartes, D., y Freyermuth, G., 2011, “Programa Salud sexual y reproductiva para adolescentes”, en Freyermuth, G. (Coordinadora). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Pp. 252-288.

Reyes, J. y Mino, S., 2012, “Juventudes indígenas y atención de la salud sexual y la salud reproductiva”, en Rosales, A. y Mino, S. (coordinadoras). *La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención*. México: Salud Integral para la Mujer A. C., SIPAM / Instituto Nacional de Desarrollo Social. Págs. 19-34.

Santos, P., J.I., 2003, “La salud de los adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana”, en *Salud Pública de México*. Editorial. Vol. 45. Suplemento 1. Pp. S5-S7.

Sawyer, S., Proimos, J., y Towns, S., 2010, “Adolescent-friendly health services: What have children’s hospitals got to do with it?”, in *Journal of Paediatrics and Child Health*. 46: 214–216.

SEDESOL, 2010, *Informe 2007-2009. Un México Apropiado para la Infancia y la Adolescencia*. México: Secretaría de Desarrollo Social/Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia.

Singh, S., Darroch, J.E. y Ashford, L.S., 2014, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*. New York: Guttmacher Institute.

SSA, 2016, *Informe de evaluación del desempeño del CNEGSR 2015*. México: Secretaría de Salud.

SSA, 1999, *Evaluación de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes*. México: Secretaría de Salud.

SSA, 2000, *Evaluación del Programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes*. México: Secretaría de Salud.

SSA, 2013, *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.

Stern, C., y Reartes, C., 2001, “Estudio de caso. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en México D. F.”, en Gogna, M. (Coordinadora). *Programas de salud reproductiva para adolescentes: Los casos de Buenos Aires, México D. F. y San Pablo*. Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Strauss, A., y Corbin, J., 2002, *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.

Tumlinson, K., 2016, *Measuring Quality of Care: A Review of Previously Used Methodologies and Indicators. Working Paper 2 of the Measuring and Monitoring Quality of Services and Quality of Care Project*. New York: Population Council.

Ulin, P., Robinson, E., y Tolley, E., 2006, *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

UNFPA, 2014, *Estándares de calidad: servicios de salud sexual y Reproductiva para adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: Diagnóstico de situación de la implementación*. Panamá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

WHO, 2012, *Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services*. Genova: World Health Organization.

## RESUMEN CURRICULAR DEL AUTOR Y LA AUTORA

*David De Jesús Reyes*

Es Doctor en Filosofía con Orientación en Políticas de Bienestar Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Maestro en Estudios de Población por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Licenciado en Ciencia Política por la Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa (UAM-I). Sus líneas de investigación están concentradas en el proceso salud-enfermedad-atención, la sexualidad y la reproducción. El Dr. De Jesús es autor de libros y artículos referentes a la salud reproductiva y la sexualidad en adolescentes. Ha dirigido tesis de pre y posgrado y ha coordinado proyectos de investigación con financiamiento del CONACYT, del PRODEP y de secretarías de Gobierno Federal. Actualmente se desempeña como Profesor-Investigador de Tiempo Completo en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores de CONACYT Nivel I.

Dirección electrónica: david.djesusry@uanl.edu.mx

Registro ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4539-6224>

*Esmeralda González Almontes*

Es Trabajadora Social de formación y Maestra en Ciencias por la misma disciplina. Actualmente es Doctorante del programa en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas de Bienestar Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Sus líneas de investigación son la se-

xualidad, salud reproductiva y género. Cuenta con diversas publicaciones en revistas nacionales e internacionales, así como diversos capítulos de libro. También ha sido ponente en congresos nacionales e internacionales. Hoy día se desempeña como Catedrática en la Universidad Pedagógica Nacional 19B, donde también coordina la Maestría en Educación Básica.  
Dirección electrónica: [gonzalez.almontes@gmail.com](mailto:gonzalez.almontes@gmail.com)  
Registro ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4393-6015>

Artículo recibido el 5 de julio de 2020 y aceptado el 27 de mayo de 2022