



Población y Salud en Mesoamérica
E-ISSN: 1659-0201
revista@ccp.ucr.ac.cr
Universidad de Costa Rica
Costa Rica

De Jesús-Reyes, David; Menkes-Bancet, Catherine; Meza-Palmeros, José Alejandro
Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 13, núm. 2, enero-julio, 2016, pp. 1-22
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44643207004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



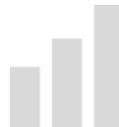
Población y Salud en Mesoamérica



PSM

Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México

**David De Jesús-Reyes, Catherine Menkes-Bancet y
José Alejandro Meza-Palmeros**



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica



ISSN-1659-0201
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>




Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México¹

Access and health care services in adolescents from public schools of Nuevo León, Mexico

David De Jesús-Reyes², Catherine Menkes-Bancet³ y José Alejandro Meza-Palmeros⁴

RESUMEN: **Objetivo:** analizar el acceso y la percepción en la atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas del Estado de Nuevo León, México. **Metodología:** Estudio cuantitativo y cualitativo con población de 13 a 19 años de ambos sexos. La muestra fue de 2 187 estudiantes, seleccionados por diseño multietápico con confiabilidad del 95% y margen de error del 5%. En la etapa cualitativa la muestra fue de 34 estudiantes; la información se recolectó con entrevistas a profundidad y grupales; el análisis se realizó por teoría fundamentada. **Resultados:** 62% han asistido a consulta en el último año para la atención de enfermedades respiratorias, gastrointestinales o accidentes. 90% de quienes asistieron a consulta volvería por el buen servicio que recibieron. El 10% no volvería por el tiempo de espera y el trato que recibieron. Del 38% que nunca fueron a consulta, el 52% no lo hizo porque no lo necesitó y 24% porque no le dieron cita. Del total de entrevistados, 60% menciona que los servicios de salud están cerca de su casa, pero van solo cuando están enfermos. De acuerdo con el análisis cualitativo, los entrevistados perciben mala atención y baja calidad de los servicios médicos. **Conclusiones:** Los resultados muestran dos panoramas. En uno, los estudiantes acuden a consulta por lo menos una vez al año, y evalúan el servicio positivamente; en otro, casi la mitad de los entrevistados no utilizó los servicios de salud, debido a que no los necesitaron o a que tienen una mala percepción de ellos.

Palabras Clave: Adolescentes, estudiantes, salud, atención en salud, Nuevo León, México

ABSTRACT: **Objective:** To analyze access and perception into health care services in adolescents from public schools from the State of Nuevo Leon, Mexico. **Methodology:** quantitative and qualitative study with population of 13-19 years of both sexes. The sample consisted of 2 187 students selected by multistage design with 95% reliability and error margin of 5%. In the qualitative stage the sample was 34 students; information was collected through depth and group interviews; and analysis was conducted by grounded theory. **Results:** 62% has attended consultation in the past year for the care of respiratory and gastrointestinal illnesses, or accidents. 90% of those who attended would ask consultation again because of the good service they received. 10% would not return for the waiting time and the treatment they received. From the 38% who never went to consultation, 52% was because they did not need it, and 24% because they were not given appointment. Of those interviewed, 60% mentioned that health services are near to their homes, but they used the services only when they feel sick. According to the qualitative analysis, the respondents perceived poor attention and poor quality of medical services. **Conclusions:** the results show two scenarios. One is that students attend at least once a year to consultation, and they evaluate these services positively; the second is that almost half of the respondents did not use health services because they did not need them or because they have a poor perception of the services.

Keywords: Teens, students, health, medical care, Nuevo León, Mexico

Recibido: 14 mar, 2015 | Corregido: 10 set, 2015 | Aprobado: 19 set, 2015

¹ Este trabajo presenta resultados preliminares del estudio *Diagnóstico de la salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, 2013*, financiado por El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para Ciencia Básica.

² Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. MÉXICO. jesusreyes@unam.mx

³ Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. MÉXICO. menkes@unam.mx

⁴ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. MÉXICO. alefijo@gmail.com



1. Introducción

La población adolescente, principalmente aquellos que viven en situación de pobreza, enfrentan numerosos riesgos para la vida y la salud, por lo que son uno de los grupos poblacionales en el mundo con mayor vulnerabilidad. Regularmente, están expuestos a graves riesgos como infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, aborto en condiciones inseguras, padecimientos mentales, consumo de drogas, violencia y accidentes, entre otras situaciones adversas para la salud (Conde, Belizán y Lammers, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001, 2003, 2008, 2010; Programa Conjunto de la Organización de Naciones Unidas sobre el VIH-Sida, 2010). A ello se suma que el grupo poblacional enfrenta importantes barreras para la utilización de servicios de atención a la salud, tanto preventivos como curativos, tales como tener que recorrer largas distancias para encontrar servicios médicos disponibles, hacer prolongadas esperas, ser atendidos por personal de salud poco competente a sus necesidades específicas, además de ser víctimas en muchas ocasiones de maltrato de parte del personal de salud (Sleet, Ballesteros y Borse, 2010; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

Estas necesidades de atención se han reflejado de una manera sobresaliente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012); por ejemplo, el 13 por ciento de las 960 muertes maternas ocurridas en el país durante el año 2012, corresponden a menores de 19 años (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2014). Por otro lado, casi el 40 por ciento de las adolescentes, que han iniciado su vida sexual en el país, presentan una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (Consejo Nacional de Población, 2010; De Jesús y Menkes, 2014). Consecuentemente, lo anterior se ha manifestado en un aumento en el número de embarazos que ocurren durante la adolescencia, así como en el aumento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tal es el caso del Virus de Papiloma Humano (VPH), que del año 2003 al 2011 la incidencia de infecciones por cada 1000 mujeres pasó de 15.62 a 29.41 en el grupo de edad de 15 a 19 años (De Jesús, 2014).

Si bien es cierto que en repetidas ocasiones ha sido señalado un grave descuido por parte de los Estados a la población adolescente (Patton *et al.*, 2012), existe un importante marco internacional que los protege y que promueve el diseño e implementación de políticas y programas que los beneficie. Aunado a los instrumentos más relevantes de Derechos Humanos como la Declaración Universal o la Convención sobre los Derechos del Niño, existen acuerdos internacionales que demandan explícitamente la atención de los adolescentes, tal es el caso de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994. A su vez, existen instrumentos que, al puntualizar las obligaciones que el Estado tiene con sus ciudadanos en materia de salud, permiten identificar algunos elementos mínimos que se deben garantizar a la población adolescente, específicamente las cuatro dimensiones básicas señaladas por la Observación General 14 al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:



disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

En este sentido, la OMS ha emitido una serie de orientaciones técnicas con el fin de que se implementen políticas específicas para garantizar el acceso a servicios de salud apropiados y orientados al adolescente, entre las cuales se identifican ciertas condiciones consideradas básicas para otorgar un servicio “amigable” para este grupo; es decir, que brinde una atención sensible a sus necesidades específicas: que sean equitativos, accesibles, aceptables, apropiados y eficaces (OMS, 2009 y 2010). En México, de acuerdo con el marco legislativo consagrado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud, el Estado tiene la obligación ineludible de garantizar mínimamente a su población, el acceso a servicios de salud de calidad tanto preventivos como curativos, así como de garantizar el acceso de su población a información en salud suficiente (Cámara de Diputados, 2014a). Una vía importante para cumplir con estas obligaciones es a través del diseño e implementación de políticas públicas que instrumenten este derecho de manera eficiente y equitativa.

En este sentido, en México existen desde 1993 programas específicos enfocados en la atención a la salud de los adolescentes, particularmente, dirigidos a los problemas relacionados con la salud sexual, tal fue el caso del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA), implementado por la entonces Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); el Programa de Desarrollo Integral del Adolescente y el Programa Nacional de Prevención y Atención a Madres Adolescentes, implementados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Stern y Reartes, 2001). Actualmente, la atención a la población adolescente figura como una de las principales prioridades de salud en el país con un enfoque predominante en la salud sexual y reproductiva, las cuales señalan estrategias para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud que se brindan a esta población; por ejemplo, tanto el Programa Nacional para el Desarrollo Social (PRONADES) 2013-2018, así como el Programa Sectorial de Salud del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, incluyen la atención a este grupo de población dentro de sus principales estrategias y líneas de acción. De la misma forma, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia (CENSIA) dependencia de la Secretaría de Salud cuenta con el Programa de Atención a la Salud del Adolescente, cuyas líneas programáticas se dirigen a la atención y a la promoción de la salud; sin embargo, existen sobre todo en su implementación, importantes necesidades de mejora en los programas dirigidos a beneficiar la situación de salud de los adolescentes.

Aunque existen diversas definiciones y consideraciones respecto al acceso a servicios de salud, este concepto hace referencia a todos aquellos elementos que facilitan su utilización por parte de la población, lo opuesto de ello serían las barreras que dificultan o limitan dicho acceso, tales como las fricciones geográficas, económicas y sociales que se dan entre la población y mismos sistemas de salud (Frenk, 1992). En el análisis del acceso a los servicios de salud enfocado a la atención, se distinguen varios modelos, entre ellos el de Aday y Andersen (1973), quienes sugieren que el diseño y disponibilidad de políticas de salud constituyen el principal determinante del





acceso a la atención de salud al definir las características del sistema de salud y, por lo tanto, la utilización y satisfacción de los usuarios. Por su parte, Donabedian (2005) se enfoca en la identificación de los aspectos socio-organizacionales y geográficos que limitan dicho acceso. En el mismo sentido, Andersen y Davidson (2007) señalan que las características contextuales e individuales, tales como la familia, la comunidad y distintas conductas respecto al proceso de salud-enfermedad-atención, determinan directamente la utilización de los servicios de salud por parte de la población.

Concerniente al acceso y utilización de los servicios de salud por parte de la población adolescente, Rodríguez y Russel (1997) señalan que aunado al diseño y mejoramiento de las políticas de salud dirigidas a este grupo poblacional, la disponibilidad de programas de desarrollo complementarios a la salud como los educativos, de promoción de derechos y legislaciones específicas, constituyen determinantes de utilización de los servicios de salud, de la misma importancia que los tradicionalmente señalados tales como el acceso económico o geográfico.

Por otro lado, estudios realizados con un enfoque cualitativo (Belfer y Rohde, 2005; De Souza, De Castro y Vialich, 2012; Poffald *et al.*, 2013) han demostrado que acciones relacionadas con la manera en que el personal de salud se dirige a los adolescentes, tales como la escucha y la acogida, son determinantes fundamentales para la satisfacción de esta población con los sistemas de salud. En este sentido, se ha identificado la necesidad de acciones integrales, basadas en la participación de más de un miembro del equipo de salud, además de acciones intersectoriales en aquellos lugares en los que se oferta atención a los adolescentes como ha sido observado en diversos estudios.

En México, los pocos diagnósticos, que se han realizado a los servicios de salud otorgados a la población adolescente, señalan importantes deficiencias particularmente relacionadas con la promoción y la información en salud, así como en los servicios de consejería (Reartes y Freyermuth, 2014; Instituto Nacional de Salud Pública, 2014). Por ello, la importancia de profundizar acerca del acceso y la atención que recibe esta población, ya que casi no existe información de la evaluación de los servicios de salud en este grupo de edad y la existente es aún bastante limitada. Si bien es cierto que muchos de los riesgos a la salud de la población adolescente se encuentran asociados a su contexto particular, como la situación de pobreza o marginación que enfrentan los jóvenes mayormente en los países de menores ingresos, también se ha evidenciado que la educación es un determinante importante tanto en los riesgos asumidos como en el estado de salud de este grupo poblacional en particular. Al mismo tiempo, la salud en tanto determinante importante en la educación y, por consiguiente, en el desarrollo, es un tema no reciente y bastante bien estudiado (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2010).

Una de las perspectivas, que con mayor prioridad se ha impulsado desde el ámbito internacional a través de organizaciones como el Banco Mundial, es la construcción de políticas públicas que vinculen la escolarización con la salud; es decir, que integren a la currícula escolar temas de salud con un enfoque predominantemente preventivo (Shamah, 2011). En México, este tipo de programas existen desde la década de los 90; por ejemplo, el Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES) fue puesto



en marcha en el año 2001 con el propósito de mejorar la salud de la población escolarizada como parte de una estrategia más amplia tendiente a favorecer el desarrollo nacional (Secretaría de Salud, 2002). Dicho programa contemplaba desde sus inicios acciones de prevención y detección de los problemas considerados más relevantes para esta población; sin embargo, como más tarde reconocería el Instituto Nacional de Salud Pública, hasta el año 2008 no se tenía información sobre la situación de salud específicamente de la población escolarizada, lo que impulsó la realización en el mismo año de la Encuesta Nacional de Salud en Escolares (Shamah, 2011), en consonancia con una encuesta de escala mundial promovida por la OMS (2010).

Tanto la encuesta realizada a nivel mundial como la implementada en México se han enfocado sobretodo en la detección de las principales causas de morbilidad, además de los riesgos para la salud presentes en este grupo poblacional, dejando de lado las barreras en el acceso y atención médica de la que son sujetos los y las adolescentes. Esta inexistencia de información en contextos nacional y estatal hace propicia la indagación sobre las condiciones que vive la población escolarizada en esos ámbitos, por lo que el objetivo de este trabajo es analizar el acceso y la atención en servicios de salud en adolescentes estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León. Los resultados permitirán ampliar el conocimiento en el tema y brindar alternativas de solución que permitan a los adolescentes un mejor acceso y atención, en los servicios de salud.

2. Materiales y Métodos

Esta investigación se realizó en dos etapas, una cuantitativa y otra cualitativa. La parte cuantitativa corresponde a un diseño descriptivo transversal, tomando como fuente de datos la *Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León 2013*, con representatividad estatal que toma como población meta a varones y mujeres en el intervalo de edad de los 10 a los 19 años. El tamaño de la muestra de estudiantes fue calculado en 2268 individuos (1210 de secundaria y 1058 de bachillerato), a partir de un proceso multietápico con estimaciones de confiabilidad de 95 por ciento y un error de muestreo admisible del 5 por ciento. Por su parte, la muestra de las escuelas fue calculada en 47 instituciones de educación de nivel medio y medio superior (24 secundarias y 23 preparatorias), la cual obedeció a la distribución porcentual del número de escuelas de acuerdo con el estrato de marginación⁵ establecido por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), tomando en consideración un muestreo proporcional al número de estudiantes por escuelas.

El trabajo de campo inició en abril y terminó en julio de 2013. En las escuelas elegidas, se procedió a realizar un muestreo aleatorio simple para seleccionar el

⁵ La distribución de la muestra de escuelas se realizó con base a la distribución de los estudiantes del dominio de estudio por estrato (Cochran, 1980; Lohor, 2005), como no se conoce esta distribución se utilizó una variable proxy, que es el número de escuelas por estrato.



turno, los grupos y los estudiantes a los que habría que aplicar la encuesta. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el cuestionario titulado *Encuesta sobre salud reproductiva de los alumnos de escuelas de educación secundaria y media superior*, elaborado en el 2003 por un grupo de investigadores del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, piloteado e implementado en cinco Estados de la República (Menkes, Suárez, Núñez y González, 2006), el cual fue adaptado, piloteado e implementado para el Distrito Federal en 2012 y para Nuevo León en 2013. Dicho instrumento consiste en un formato de auto llenado, diseñado de acuerdo con el sexo del entrevistado y compuesto por 91 ítems que se encuentran distribuidos en 11 secciones⁶ (en este trabajo únicamente se analiza la parte de acceso a servicios de salud).

Una vez levantada la información, se procedió a su captura en una base de datos diseñada ex profeso, utilizando el paquete estadístico SPSS V20. Posteriormente, esta base fue revisada para realizar las correcciones pertinentes y, a partir de los criterios de inclusión/exclusión de edad, la población total de análisis quedó en 2,187 estudiantes.

La etapa cualitativa inició en junio de 2012 y terminó en julio de 2013. Se seleccionaron a varones y mujeres menores de 19 años que cursaran la secundaria y preparatoria y que tuvieran la experiencia de haber asistido a una o más consultas médicas en el último año. Se trató de que la población entrevistada fuera lo más diversa posible para que la información recolectada fuera lo más amplia posible en los temas por tratar.

La recolección de información se realizó a partir de 2 entrevistas grupales de 8 personas cada una (4 por sexo); es decir, un total de 16 participantes, así como también de entrevistas individuales a profundidad, llegando a la saturación teórica con 18 participantes (9 participantes por sexo). En las entrevistas grupales, se recolectó información de grandes categorías como calidad de los servicios de salud, atención médica, relación médico-paciente y diagnóstico médico, lo que permitió reforzar una guía de entrevista, misma que fue probada y modificada en las entrevistas a profundidad, lo que permitió ahondar en la percepción hacia dichos temas. El análisis de la información se llevó a cabo a partir de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), utilizando el software Atlas.ti 7.

⁶ Las secciones en las que está dividido el instrumento son: características generales, conocimiento sobre la biología de la reproducción, conocimiento de infecciones de transmisión sexual, fecundidad, hábitos de salud, acceso a servicios de salud, violencia intrafamiliar, expectativas de vida y situación de pareja y características de la vivienda.



3. Resultados

3.1. Características de la población estudiada

Con el fin de obtener una muestra representativa de las escuelas de educación secundaria y media superior, se entrevistaron a 2,187 alumnos provenientes de 47 escuelas (ver cuadro 1). Por grupos de edad, la mayoría tenía de 15 a 16 años (62.5 por ciento), seguidos de los de 13 a 14 (26.2 por ciento) y solo 11.3 por ciento de 17 a 19 años (ver cuadro 2). La proporción de alumnas entrevistadas de 13 a 14 y de 15 a 16 años fue muy similar a la de los hombres (55.8 y 50.8 por ciento contra 44.2 y 49.2 por ciento). Básicamente, el nivel en el que se encontraban estudiando los de 13 a 14 años de edad era de secundaria, en tanto que los alumnos de 15 a 19 años de edad se encontraban estudiando principalmente la preparatoria (ver cuadro 3).

Cuadro 1

Número y distribución porcentual de los estudiantes por grupos

Grupos de edad	N	%
13 a 14 años	594	26.2
15 a 16 años	1 299	62.5
17 a 19 años	294	11.3
Total	2 187	100.0

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, 2013.

Cuadro 2

Distribución porcentual de los estudiantes por sexo según grupos de edad (N=2 187)

Sexo	Grupos de edad			Total*
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 19 años	
Hombres	23.4	62.1	14.5	100.0
Mujeres	29.0	62.9	8.1	100.0
Total	26.2	62.5	11.3	100.0

* $\chi^2=10.826$ p=0.004

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, 2013.



Cuadro 3

Distribución porcentual de los estudiantes por nivel actual de estudios según grupos de edad (N=2 187)

Nivel actual de estudios	Grupos de edad			Total*
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 19 años	
Secundaria	96.5	32.7	2.4	46.1
Preparatoria	3.5	67.3	97.6	53.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

* $\chi^2=1163.798$ p=0.000

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, 2013.

En cuanto a las actividades económicas, se les preguntó a los estudiantes que si además de estudiar en la semana anterior a la encuesta, habían realizado algún trabajo por el cual recibieron algún pago. El 20.3 por ciento de los hombres y 8.6 por ciento de las mujeres respondieron afirmativamente. Innegablemente, como sucede en el país en su conjunto, todavía una parte importante de los alumnos se ve obligada a alternar sus estudios con la actividad económica (ver cuadro 4). En cuanto a los que dijeron haber realizado un trabajo, estos lo hicieron en el sector terciario, encontrándose que entre las razones por las que trabajaron fue para cubrir gastos personales, para ayudar en los gastos familiares y, por último, para seguir estudiando; obteniendo un pago promedio al día de \$174.00 pesos mexicanos (11.5 dólares dependiendo del tipo de cambio).

En cuanto a la escolaridad de las madres y los padres de los estudiantes, se encontró que la máxima escolaridad alcanzada por las madres de los entrevistados fue principalmente la preparatoria y más, así como la secundaria completa con 47.9 y 31.1 por ciento respectivamente. En el caso de los padres de los estudiantes, es muy similar con preparatoria o más y secundaria completa con 58.1 y 22.8 por ciento respectivamente (ver cuadro 5).

Respecto a las características de las viviendas de los estudiantes entrevistados se encontró que estas tienen principalmente 1 o 2 baños con regadera con 51.2 y 37.4 por ciento respectivamente. 78.9 por ciento cuentan con calentador de agua (ver cuadro 6). 78.1 por ciento dispone de al menos un automóvil. El 34.7 por ciento de las viviendas tienen entre 6 y 10 focos⁷ en su vivienda, y un 26.5 por ciento entre 11 y 15 focos. Así, como un promedio de 6 cuartos. En cuanto a los bienes de los que disponen, un 85.8 por ciento de las viviendas tiene computadora, 77.8 por ciento tiene internet, 63.4 por ciento tienen consolas de videojuegos, 92 por ciento tienen un reproductor de DVD, 65.7 por ciento tienen Ipods o aparatos similares y un 85.1 por ciento tienen celular propio (ver cuadro 6).

⁷ Bombillos

**Cuadro 4**

Porcentaje de estudiantes que declararon haber realizado un trabajo remunerado la semana anterior a la encuesta por sexo y grupos de edad (n= 2.175)

Sexo	Grupos de edad			Total
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 19 años	
Hombres ^a	15.4	21.4	23.7	20.3
Mujeres ^b	11.4	7.4	8.2	8.6

Porcentaje de los estudiantes que realizaron un trabajo remunerado la semana anterior a la encuesta por sexo, razón por la que trabajan y grupos de edad (N=310)

Sexo y razón por la que trabajan	Grupos de edad			Total
	13 a 14 años	15 a 16 años	17 a 19 años	
Hombres				
Ayudar en los gastos familiares ^c	33.3	32.8	35.9	33.4
Cubrir gastos personales ^d	79.6	80.2	75.1	79.2
Seguir estudiando ^e	31.3	27.4	43.1	30.6
Otra razón ^f	19.6	31.6	40.8	31.0
Mujeres				
Ayudar en los gastos familiares ^g	29.6	14.1	31.7	21.4
Cubrir gastos personales ^h	77.4	82.5	70.2	79.6
Seguir estudiando ⁱ	6.0	18.3	26.0	14.3
Otra razón ^j	28.3	24.7	92.7	29.1

^aX²=2.005 p=0.367 ^fX²=0.325 p=0.850

^bX²=8.143 p=0.017 ^gX²=7.446 p=0.024

^cX²=0.350 p=0.839 ^hX²=0.525 p=0.769

^dX²=0.422 p=0.810 ⁱX²=13.668 p=0.001

^eX²=4.039 p=0.133 ^jX²=2.410 p=0.661

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, 2013.

Cuadro 5

Distribución porcentual del nivel de escolaridad máximo alcanzado por la madre y el padre de los estudiantes (N=1 681)

Escolaridad de la madre	%
Primaria incompleta	2.8
Primaria completa	9.5
Secundaria incompleta	1.1
Secundaria completa	31.1
Preparatoria y más	47.9
No sabe	7.6
Total	100.0

Escolaridad del padre	%
Primaria incompleta	3.1
Primaria completa	7.2
Secundaria incompleta	1.0
Secundaria completa	22.8
Preparatoria y más	58.1
No sabe	7.8

Total	100.0
-------	-------

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, 2013.

**Cuadro 6**

Características de las viviendas de los estudiantes entrevistados

Baños con regadera en la vivienda		%
N=(2 161)		
Ninguno		0.8
1		51.2
2		37.4
3		7.1
4 o más		3.5
Total		100.0

Boiler o calentador de agua en la vivienda		%
N=(2 155)		
Sí		78.9
No		21.1
Total		100.0

Auto para el uso de algún miembro del hogar		%
N=(2 172)		
Sí		78.1
No		21.9
Total		100.0

Focos y lámparas de techo en la vivienda		%
N=(2 175)		
No hay luz eléctrica		0.2
1 a 5		13.6
6 a 10		34.7
11 a 15		26.5
16 a 20		14.1
21 y más		10.9
Total		100.0

Vivienda que cuenta con: (N=2 147)	Sexo		Promedio
	Hombres	Mujeres	
Computadora, laptop o mini	86.7	85.0	85.8
Internet	77.0	78.9	77.8
Consola de videojuegos (X box, Play Station, etc.)	73.6	53.4	63.4
Reproductor de DVD	91.6	92.4	92.0
Ipod o similares	67.8	63.7	65.7
Celular propio sin internet	28.8	30.7	29.8
Celular propio con internet	54.5	56.1	55.3

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, 2013.

3.2. Acceso a servicios de salud

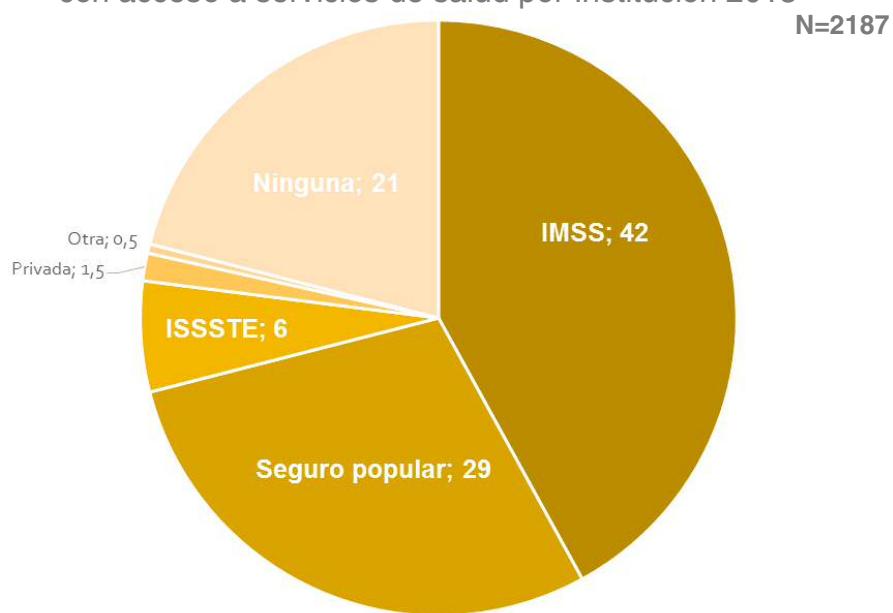
En base al análisis de los resultados, se puede decir que Nuevo León se encuentra lejos de garantizar a la población adolescente el acceso efectivo a servicios de salud, pues de 2,187 personas entrevistadas tanto de secundarias como de preparatorias



públicas en el Estado, solo el 79 por ciento que equivale a 1,728 estudiantes mencionaron estar afiliados a algún servicio de salud; siendo estos 919 (42 por ciento) al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 634 (29 por ciento) al Seguro Popular, 131 (6 por ciento) al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 33 (1.5 por ciento) a alguna Institución Privada. El 21 por ciento restante, que equivale a 459 estudiantes, no cuenta con ningún tipo de afiliación a servicios de salud (ver figura 1), lo cual resulta inquietante si consideramos que de acuerdo con la legislación nacional, los estudiantes de secundaria en México tienen derecho a contar con seguridad para la prestación de atención médica por parte de sus instituciones educativas o en el caso de las preparatorias a través del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular (Cámara de Diputados, 2014a y 2014b).⁸

Figura 1

Estudiantes de secundarias y preparatorias públicas de Nuevo León,
con acceso a servicios de salud por Institución 2013



Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León 2013.

Independientemente de la afiliación a una Institución de Salud, se les preguntó a los estudiantes ($n=2,133$) si en el último año acudieron a consulta médica para conocer si hacen uso de los servicios médicos. Se encontró que el 62 por ciento de ellos SI consultaron ($n=1322$), 20.4 por ciento NO consultó ($n=427$) y 18 por ciento ($n=384$) no recuerda, datos por demás interesantes pues muestran un panorama donde

⁸ De acuerdo con el Decreto Presidencial del 14/09/1998 (Cámara de Diputados, 2014a), todos los estudiantes de nivel medio superior y superior del país deberán contar con prestaciones médicas para enfermedades y maternidad otorgadas por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Así mismo, de acuerdo con la Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2014b), todos los estudiantes mexicanos hasta los 25 años contarán con los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).



mayoritariamente hay una demanda de atención médica. De los estudiantes que SI consultaron al médico en el último año, el 46 por ciento son varones y el 54 por ciento son mujeres, siendo las tres principales razones de consulta médica las enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales y, en tercer lugar, lesiones debidas a accidentes con 57, 33 y 8 por ciento respectivamente (ver cuadro 7).

Cuadro 7

Porcentaje de los estudiantes que han recibido atención médica en el último año por motivo de consulta por sexo

Motivo	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Total*
Enfermedades respiratorias ^a	54.8	58.0	56.6
Enfermedades del estómago ^b	28.2	35.8	32.5
Accidentes ^c	11.7	5.2	8.1
Agresión ^d	0.4	0.8	0.6
Embarazo ^e		0.3	0.2
Evitar un embarazo ^f	0.2	0.3	0.2
Solicitar métodos anticonceptivos ^g	1.1	1.1	1.1
Evitar infecciones de transmisión sexual ^h	0.4	0.1	0.2
Otra ⁱ	12.7	16.4	14.8

^a(N=1 215) *X2= 1.909 p=0.167 ^f(N=1 215) *X2= 1.409 p=0.235

^b(N=1 215) *X2= 6.063 p=0.014 ^g(N=1 215) *X2= 1.022 p=0.312

^c(N=1 215) *X2= 27.971 p=0.000 ^h(N=1 160) *X2= 1.356 p=0.244

^d(N=1 215) *X2= 1.494 p=0.222 ⁱ(N=1 214) *X2= 10.048 p=0.002

^e(N=1 212) *X2= 4.370 p=0.037

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León 2013.

Llama la atención que para las dos primeras causas de consulta, la utilización de los servicios es similar en varones y mujeres, mientras que la utilización de los servicios por motivos de accidentes se llevó a cabo en un 70 por ciento por los varones. En contraste con lo anterior, sólo 1.7 por ciento de los entrevistados, que solicitaron consulta médica, lo hicieron por situaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, ya sea para revisión prenatal, para solicitar anticonceptivos y para recibir información relacionada con la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS). En este caso, los servicios de salud son mayormente utilizados por las mujeres, con la excepción de la solicitud de métodos anticonceptivos que son demandados por los varones en más del 70 por ciento.

Para conocer la opinión de los estudiantes que SI consultaron (n=1322), respecto a la atención recibida, se les preguntó si volverían a consulta médica al mismo lugar. Se encontró que el 89.5 por ciento (n=1184) SI volvería y el 10.5 por ciento (n=139) NO volvería o tiene dudas para regresar al mismo lugar. Los tres motivos principales por los que SI regresarían a consultar fueron por sentirse bien atendidos, por percibir un buen trato y porque consideran que el personal médico les explicó de manera adecuada sobre su enfermedad y tratamiento, lo cual manifiesta de manera general una buena percepción de la atención en el servicio recibido (ver cuadro 8). En cuanto al 10.5 por ciento de los estudiantes que NO volverían o que tienen dudas para consultar en el mismo lugar, las tres principales causas son el largo tiempo de espera que han padecido en ocasiones anteriores, la lejanía que perciben la localización de



las unidades médicas y porque consideran que en otras ocasiones, que han acudido a recibir atención médica, su situación de salud no ha mejorado con 15.3, 14.4 y 13.9 por ciento respectivamente.

Cuadro 8

Porcentaje de los estudiantes que han recibido atención médica en el último año según el motivo por el regresarían al mismo lugar a atenderse por sexo

Razón	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Total ^a
No tengo otra opción ^b	9.8	9.0	9.4
Me tratan bien ^c	45.0	42.0	43.3
Me atienden bien ^d	52.2	63.7	58.7
No tengo que pagar ^e	14.4	11.2	12.6
Es barato ^f	8.7	8.9	8.8
Me atienden rápido ^g	23.4	25.3	24.4
Me dan los medicamentos ^h	24.0	25.7	25.0
El tiempo de espera es corto ⁱ	16.1	15.8	15.9
El lugar está limpio ^j	32.1	37.4	35.1
Cerca de donde vivo ^k	29.0	35.7	32.8
El médico me explico sobre la enfermedad y el tratamiento ^l	37.0	44.5	41.2
Otra ^l	3.4	3.9	3.7

^{a**}(N=1 215) *X2= 0.308 p=0.571

^b(N=1 215) *X2= 0.391 p=0.362

^c(N=1 215) *X2= 11.725 p=0.001

^d(N=1 215) *X2= 0.609 p=0.435

^{e**}(N=1 212) *X2= 0.006 p=0.937

^f(N=1 214) *X2= 1.612 p=0.204

^h(N=1 213) *X2= 0.335 p=0.563

ⁱ(N=1 215) *X2= 4.070 p=0.044

^j(N=1 215) *X2= 3.813 p=0.051

^k(N=1 215) *X2= 5.716 p=0.017

^l(N=1 215) *X2= 2.218 p=0.136

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León 2013.

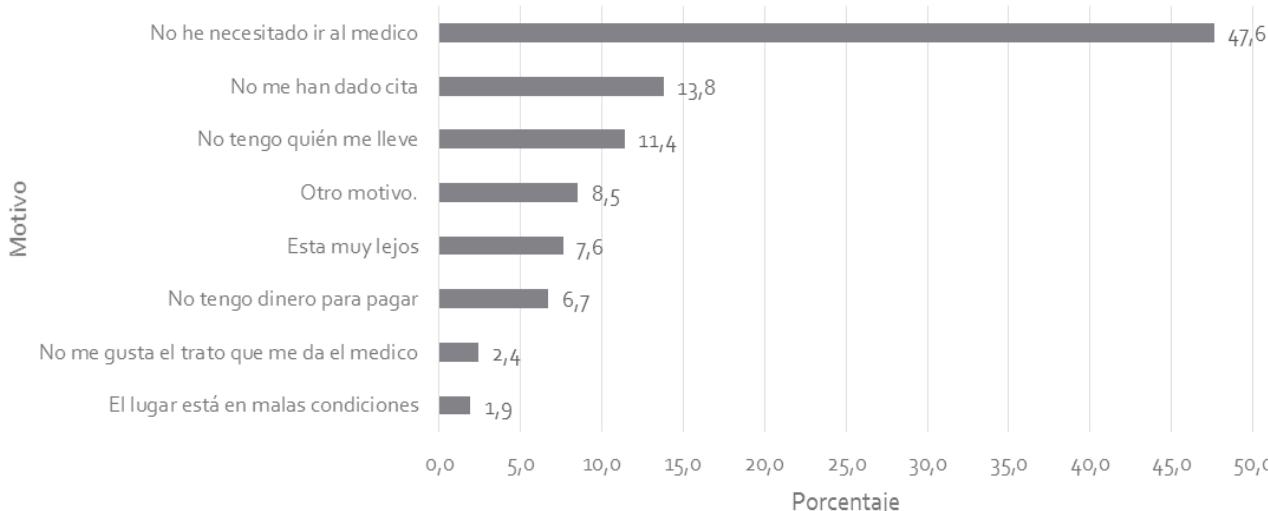
Respecto al 38 por ciento de la población estudiantil que NO consultó o no recuerda haber consultado al médico en el último año (n=811) señalaron no haber demandado el servicio médico porque no lo necesitaron, porque no les dieron cita y porque no contaban con acompañante con el 48, 14 y 11 por ciento respectivamente; el resto (27 por ciento) menciona que no acudió a los servicios de salud porque consideran que la unidad médica se encuentra lejos de donde vive, porque no tiene dinero para pagar el servicio, porque no le gusta el trato brindado por el personal médico, porque el lugar está en malas condiciones y por otros motivos no especificados (ver figura 2).



Figura 2

Estudiantes de secundarias y preparatorias públicas de Nuevo León, que NO consultaron al médico el último año, por motivo de no consulta 2013

N= 811



Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León 2013.

Para conocer la opinión de los entrevistados respecto a la distancia entre su casa y el servicio médico, se le preguntó al total de estudiantes (n=2175) que en caso de necesitar consulta médica qué tan lejos se encontraba el servicio. Se encontró que el 52.6 por ciento (n=1144) mencionó que el servicio se encuentra cerca y muy cerca de donde vive, seguido de un 34.4 por ciento (n=748) que considera una distancia regular, seguido del 13 por ciento (n=272) que mencionó que el servicio está lejos y muy lejos (ver cuadro 9).

Cuadro 9

Distribución porcentual de los estudiantes según la distancia al lugar en donde se atenderían en caso de requerirlo por sexo
(N=2 175)

Distancia	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Total*
Muy cerca de donde vives	19.3	16.4	17.8
Cerca de donde vives	31.1	38.3	34.8
Regular	34.1	34.7	34.4
Lejos	12.7	7.8	10.2
Muy lejos	2.1	2.5	2.3
No sabe	0.7	0.3	0.5
Total	100.0	100.0	100.0

* $\chi^2=14.247 \quad p=0.014$

Fuente: Encuesta de salud reproductiva en estudiantes de escuelas públicas de nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León 2013.



Para detectar si los estudiantes conocen de programas de salud para adolescentes, se les preguntó si cerca de donde viven hay algún servicio donde se brinde atención médica a adolescentes y jóvenes, el 73 por ciento respondió que No o que no sabía y el 22 por ciento que SI y el 5 por ciento no contestó la pregunta, siendo similares las respuestas entre varones y mujeres. Del 22 por ciento que contestó que SI sabía de la existencia de dichos servicios, se le preguntó si conocía a qué institución de salud pertenecían dichos servicios, a lo cual 59 por ciento mencionó que al IMSS, 17 por ciento a alguna otra institución pública y 10.5 por ciento a instituciones privadas. A los estudiantes que respondieron que SI sabían de la existencia de servicios de salud para adolescentes ($n=468$), se les preguntó si alguna vez acudieron ahí para recibir consulta médica, a lo cual el 74 por ciento mencionó que SI ($n=346$) y el 26 por ciento que NO ($n=122$), siendo las respuestas equivalentes tanto para varones como mujeres. De los estudiantes que respondieron que SI han acudido a esos servicios médicos, el 97 por ciento ($n=336$) mencionó recibir un trato bueno y muy bueno, 69 por ciento de ellos ($n=239$) han resuelto sus dudas o curado su enfermedad, por lo que 68 por ciento ($n=235$) volvería nuevamente a consultarse a esos servicios; datos importantes que sin duda reflejan que la existencia de unidades médicas especializadas en adolescentes pueden brindar una mejor atención a esta población.

3.3. Percepción de la atención en los servicios de salud

Para indagar sobre las experiencias y los significados que los adolescentes dan a la atención recibida en los servicios de salud, se trabajó, desde una perspectiva cualitativa, elementos que complementan el abordaje cuantitativo de esta investigación y que tienen que ver con la percepción de los usos y prácticas del personal de salud relatada cara a cara. De ahí que se hayan seleccionado informantes clave que durante el último año recurrieron a una o más consultas médicas por enfermedad o información de salud.

Con base en el análisis de los datos, se encontró un solo modelo de percepción de la atención recibida en los servicios de salud, el cual se construyó a partir de elementos simbólicos negativos que parten de la experiencia previa de los adolescentes que asistieron a consulta médica. Tanto mujeres como varones expresaron, que desde el momento de solicitar la consulta con el personal de la clínica hasta la atención que se recibe de la enfermera y el médico, siempre existió de manera explícita un *maltrato* manifestado a través de violencia verbal y no verbal, ejercida en cada uno de los pacientes que esperaban ser consultados. Ejemplo claro de ello es el siguiente relato, donde la entrevistada narra su *mala experiencia* en la atención recibida.

Una vez que me enfermo, así de gripe, no sé... ese día no fui a la escuela, pero mi mamá me llevó a consultar. Recuerdo mi mala experiencia, que todo fue puro grito, desde la [persona] de la ventana, que me gritó así de ¡a qué vienes! Como si le estuviera robando algo, no sé... no me gustó. Hasta el doctor que me dijo que qué hacía ahí, que debería estar en la escuela. ¿Qué no ve que me siento mal? O sea, como si una quisiera enfermarse para no ir a la escuela. Esa vez fue así y no sólo conmigo, con todos lo que estaban



esperando la consulta. ¡Muy groseros! Después de esa vez ya no volví a ir nunca (M5/14 AÑOS/SECUNDARIA).⁹

Es importante mencionar la coincidencia que existe en los discursos de la mayor parte de los entrevistados, respecto a las *malas experiencias* y al *maltrato* en la atención recibida, el cual se identifica como un determinante negativo de la utilización del servicio que no únicamente es competencia de quién presta directamente la atención médica, sino de un proceso que incluye la solicitud de la consulta, los tiempos de espera, la interacción directa con el personal médico y la recepción del medicamento. Esta construcción social, que hacen los adolescentes del *maltrato*, subyace en elementos de expresión verbal y corporal que los mismos entrevistados expresan como inherentes a todo el personal médico, el cual tiene como resultado el rechazo, reflejado en la idea de *no volver* a solicitar los servicios en dichos centros médicos.

Desde esta perspectiva, el trato, como reflejo de la forma en que se establece la interacción entre el usuario de los servicios y el sistema de salud, es un componente esencial de la calidad de la atención y, por consiguiente, un elemento fundamental en la generación de incentivos que promuevan el acercamiento de los adolescentes a los servicios de salud preventivos y curativos. En consecuencia, el *maltrato* puede convertirse en una importante barrera para la utilización de los servicios médicos al desincentivar a los jóvenes que reconocen una necesidad de atención médica, pero deciden no solicitar la atención al considerar el antecedente de una *mala experiencia*.

Si, la vez que yo fui, no pus me trajeron re mal. Que tráigame el carnet¹⁰ y que sino no pasa, que luego ya se lo enseño y me tardó para decirme que me sentara y hasta que escuchara mi nombre pasara con el Doc. Ya después entré como unas tres horas después y el doctor no tardó ni dos minutos, ni me revisó y me dijo que tenía que una infección. Yo la verdad no sé si con verme sabía lo que tenía, ¡Mago! Mmm... bueno, el que sabe es él... jajaja, ni siquiera me tocó ni me abrió la boca y aparte me vio como feo. A mi se me hace, no sé... no me gustó y ya no volví nunca. Mejor el Simi¹¹ me trata bien y no me tardó, hasta ni me cobra ¡jajaja! Mejor voy ahí y ya (V7/16 AÑOS/SECUNDARIA).

Tal como se describe en el anterior discurso, diversos entrevistados, que lograban identificar un *maltrato*, tomaban la decisión de optar por otro tipo de servicio, en este caso el privado, por considerarlo que brinda mejor atención o servicios más asequibles (farmacias privadas que ofrecen consulta médica), los cuales, desde la perspectiva de los adolescentes, otorgan un trato más acorde a sus necesidades y la atención se brinda de manera más rápida. Estas cuestiones se superponen a los

⁹ El código que se usa al final de cada transcripción de discurso, hace referencia al sexo del entrevistado (V Varón, M mujer), la edad y el nivel de escolaridad.

¹⁰ Hoja de citas.

¹¹ Hace referencia al servicio médico que da atención en las farmacéuticas privadas llamadas "Farmacias de Similares", que se caracterizan por vender y distribuir medicamentos genéricos a bajo costo.



servicios de salud otorgados en el sistema público, aunque en la mayoría de las ocasiones ello implique un gasto de bolsillo para los padres de los jóvenes.

En los discursos de algunas de las adolescentes entrevistadas, que asistieron a clínicas del sector salud para solicitar información de salud sexual y reproductiva, se pudo apreciar un ejercicio de control por parte del personal médico respecto a su sexualidad, pues desde su perspectiva, los *médicos les indican qué hacer* ante el proceso salud-enfermedad sin ninguna mediación o negociación; incluso, en algunas ocasiones, el personal médico invade el ámbito privado de las usuarias intentando limitar el ejercicio de su sexualidad, comportamiento que de acuerdo a las entrevistas únicamente sucede cuando quién demanda la atención es mujer y menor de edad. Esta situación queda explícita en el siguiente discurso, donde es clara la visión de control por parte del médico respecto a la sexualidad de la adolescente.

Una vez que estaba en la clínica [de salud], no recuerdo por qué, yo le pedí al doctor que me diera unos condones. El doctor ya era grande, yo creo por eso abrió sus ojotes así como de ¡What! En ese momento me dio miedo porque pensé que... no sé, me dio miedo. Me contestó mal, me dijo: ¿que para qué los quería? Como si él no supiera para qué son los condones, ¿verdad? Me dijo que yo era muy chiquita para andar con “esas cosas” que mejor me pusiera a estudiar. Por dentro digo yo... si si güelito¹² ¿me quieres controlar? Ya después el doctor me dijo que tenía que ir con mi mama para que me diera los condones. La verdad no la llevé y me quedé sin condones por culpa del doctor, ni modo ya no fui por ese doctor ya no fui (M3/19 AÑOS/PREPARATORIA).

Esta situación, como las anteriores, resulta de gran importancia pues muestra de manera general el trato que reciben los adolescentes cuando solicitan los servicios médicos, lo que resulta preocupante más cuando por propia voluntad los adolescentes se acercan para pedir consejería o información sobre anticoncepción en las clínicas de salud, lo cual refleja, por una parte, que los prestadores de servicios no están sensibilizados ni preparados para atender a esta población en el proceso de salud-enfermedad-atención, mucho menos en temas de salud sexual y reproductiva. Esto sólo contribuye a garantizar la obediencia y conformidad de los usuario(as) dentro de estructuras disciplinadas de poder médico (Castro, 2011). Por otra parte, también refleja la incapacidad del Sistema de Salud para generar recursos suficientes para la solución de problemáticas relacionadas con la adolescencia, lo cual pone en evidencia la constante violación a uno de los derechos sociales fundamentales como es la salud.

¹² Abuelo.



4. Conclusiones

Los datos muestran que 79 por ciento ($n=1728$) de los encuestados está afiliado a algún servicio de salud y que una parte muy importante que representa al 21 por ciento ($n=459$) no cuenta con afiliación alguna. Para los que tienen acceso a algún servicio de salud ello no representa problema alguno, aunque no los utilicen, pero para aquellos que no cuentan con servicios médicos por afiliación, significa la exclusión explícita del derecho fundamental a la salud, aunque esta exclusión sea indebida, pues como se señaló anteriormente, todos los estudiantes de nivel medio y medio superior tienen que pertenecer a algún sistema de protección a la salud.

Respecto al acceso a los servicios de salud independientemente de la afiliación a algún régimen de seguridad, los resultados muestran dos panoramas completamente distintos. El primero es el ideal, pues los estudiantes acuden por lo menos a consulta una vez al año ($n=1322$), evaluando el servicio positivamente debido al trato que recibieron por el personal médico. El segundo muestra un panorama crítico en el que 38 por ciento de los entrevistados ($n=811$) no utilizó los servicios de salud, debido en el mayor de los casos a que no los necesitaron, lo cual pone de manifiesto la falta de cultura preventiva en la población adolescente, sobre todo en temas de salud sexual y reproductiva, pero también refleja la incapacidad del Estado para promover el acercamiento de los adolescentes a servicios de atención a la salud.

Este distanciamiento que existe de los servicios de salud con la población adolescente, así como las deficiencias evidentes para brindar información adecuada a este grupo, contribuye con las dificultades para promover los servicios preventivos de atención a la salud y que estos sean utilizados al menos en la misma proporción que los servicios curativos por los adolescentes. En este sentido, queda manifiesto que los servicios que son ofertados a este grupo distan de ser considerados amigables e integrales.

En este caso, la implementación de mejoras en la promoción de los servicios preventivos debe ser considerada una prioridad, pues al contrario de la perspectiva que consideraba a los adolescentes como un grupo con pocas necesidades médicas, en la actualidad se reconoce que este grupo de la población enfrenta serios riesgos a la salud y cuya desatención, particularmente en lo referente al ámbito de salud sexual y reproductiva, ha generado resultados adversos como el incremento de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (Consejo Nacional de Población, 2010; De Jesús, 2011).

Por su parte, el abordaje cualitativo realizado también permitió complementar y enriquecer el conocimiento respecto al tema de la salud y el uso de los servicios de salud por parte de la población adolescente. Desde este enfoque, se encontraron elementos relacionados con *maltrato* y de una percepción de subordinación por parte de las personas entrevistadas ante el personal médico, contribuyendo a construir factores inhibidores del desarrollo de una cultura ciudadana en salud, los cuales, desafortunadamente, continúan reproduciéndose y atentando contra los derechos de los usuarios(as) de los servicios (Castro, 2011).



De acuerdo con lo anterior, cobra importancia la forma en que principalmente usuarios y usuarias perciben la relación que se establece entre ellos y el personal de salud, relación que de acuerdo con sus señalamientos puede caracterizarse como de subordinación de los y las adolescentes a las decisiones emitidas por el médico. Esto genera una dependencia identificada por todas las personas entrevistadas, situación reflejada en el imaginario social de estos al señalar la existencia de una obligación por parte de los usuarios de los servicios a obedecer las indicaciones del médico que es *el que sabe*, generando una situación propensa para el ejercicio del maltrato.

Esto anterior hace necesario la articulación de políticas sociales para los jóvenes en el sector salud de nuestro país, donde se tome en cuenta su participación (Nirenberg, 2006; De Jesús, 2011), con la finalidad de coadyuvar al fortalecimiento de los distintos servicios ofrecidos tanto por instituciones del sector privado como por parte del Estado, para hacer valer el derecho constitucional de protección a la salud, concepto que incluye las dimensiones de accesibilidad y de calidad tanto técnica como de trato.

Llama la atención el cuestionamiento por parte de algunas mujeres adolescentes, respecto a la solicitud de servicios anticonceptivos, ubicando a los servidores de la salud como controladores de su sexualidad, lo cual es importante remarcar, pues si en la actualidad se sabe que en México un inicio sexual desinformado tiene diversas consecuencias indeseables para este grupo (De Jesús, 2014), el Estado no está ofreciendo alternativas que permitan el verdadero ejercicio de la sexualidad. Por tanto, se sugiere que las políticas de salud dirigidas a los adolescentes deben de tomar en cuenta que existe una heterogeneidad sobre cómo se conciben los servicios, lo cual tiene que ver con sus características sociodemográficas y la región de residencia.

Los resultados coinciden con otra encuesta realizada en Nuevo León (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013), donde se encontró una baja asistencia de los adolescentes a los servicios de salud,. Esto muestra una baja cultura preventiva, lo cual es un área de oportunidad para que en dicho Estado se implementen mejoras en la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población adolescente. Por un lado, es fundamental incrementar la información sobre el derecho que los adolescentes escolarizados tienen respecto a contar con un sistema de protección a la salud, y, por otro lado, es muy importante que se lleven a cabo medidas dirigidas a mejorar el trato que se brinda a esta población, considerando que este grupo tiene necesidades específicas de salud.

Además, es indispensable que se implementen actividades que promuevan el acercamiento de la población adolescente con los servicios de salud, tanto curativos como preventivos; por ejemplo, la información en salud que se dirige a este grupo, que de acuerdo con los hallazgos de la presente investigación es deficiente. La implementación adecuada de estas medidas puede contribuir a disminuir las barreras en el acceso a los servicios de salud que los adolescentes enfrentan en el estado de Nuevo León y, por consiguiente, incrementar la utilización de estos servicios.





5. Referencias

- Aday, L. A., y Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208.
- Andersen, R. M., y Davidson, P. L. (2007). *Improving access to care in America. Changing the US health care system: key issues in health services policy and management* (3^a edición). San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Belfer, M., y Rohde, L. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 359-365.
- Cámara de Diputados. (2014a). *Ley del Seguro Social. Última reforma publicada DOF 16-01-2014*. México: H. Congreso de la Unión. Recuperado de www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf
- Cámara de Diputados. (2014b). *Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 19-03-2014*. México: H. Congreso de la Unión. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040615.pdf
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cochran, G. W. (1980). *Técnicas de Muestreo*. México: Compañía Editorial Continental.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010). *Juventud, población y desarrollo: problemas, oportunidades y desafíos*. Chile: Autor.
- Conde, A., Belizán, J. M., y Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342-349.
- Consejo Nacional de Población (2010). *La situación actual de los jóvenes en México*. México: Autor.
- De Jesús, D., y Menkes, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población*, 20(79), 73-97.
- De Jesús, D. (2011). *Adolescencias escindidas: sexualidad y reproducción adolescente en contextos urbano-marginales de Nuevo León*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- De Jesús, D. (2014). Comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes en México: Evolución, situación actual y retos para el futuro. *Iberoamérica*, 16(1), 165-208.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2010). *La infancia y el sida: quinto inventario de la situación*. Nueva York, Estados Unidos: Autor.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *State of the world's report: Adolescence an age of opportunity*. Nueva York, Estados Unidos: Autor.



- Frenk, J. (1992). El concepto y la medición de accesibilidad. En K. L. White, J. Frenck, C. Ordóñez, J. M. Paganini, y B. Starfield (eds.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (pp. 929-943). Washington D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Nuevo León*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2014). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. México: Autor. Recuperado de http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_monitoreoMujeres.pdf
- Lohor, S. L. (2005). *Muestreo: diseño y análisis*. México: International Thomson Editores.
- Menkes, C., Suárez, L., Núñez, L., y González, S. (2006). *La salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior en Chiapas, Guanajuato, Guerrero, San Luis Potosí y Puebla*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nirenberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Reartes, D., y Freyermuth, G. (2014). *Monitoreo de la Atención a las Mujeres en Servicios Públicos del Sector Salud*. México: CIESAS-INMUJERES. Recuperado de <http://monitoreoensalud.org.mx/index.php/es/2012-01-20-11-35-28/progsaludsexual.html>
- Observatorio de Mortalidad Materna en México. (2014). *Numeralía 2012. Mortalidad Materna en México*. México: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Adolescent Friendly Health Services*. Génova, Italia: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortions and associated mortality* (5a edición). Génova, Italia: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MhGAP: Mental Health Gap Action Programme – Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Génova, Italia: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Evaluación de Calidad. Una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes*. Ginebra, Francia: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes*. Ginebra, Francia: Autor.
- Patton, G. C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F. y Ferguson, J. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379(9826), 1665-1675.
- Poffald, L., Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., González, M. J., y Sanhueza, G. (2013). Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública de México*, 55(6), 572-579.
- Programa Conjunto de la Organización de Naciones Unidas sobre el VIH-Sida. (2010). *Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA*. Ginebra, Francia: Autor.



- Rodríguez, R., y Russell, J. S. (1997). *Legislative and policy environment for adolescent health in Latin America and the Caribbean*. Washington D.C., Estados Unidos: Pan American Health Organization, Division of Health Promotion and Protection, Program of Adolescent Health.
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Intersectorial de Educación Saludable*. México: Secretaría de Salud.
- Shamah Levy, T. (2011). Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008. *Salud Pública de México*, 53(1), 98.
- 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.
- De Souza, D., De Castro, S., y Vialich, A. (2012). Barreiras e facilitadores para a participação de crianças e adolescentes em um projeto socioesportivo. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34(3), 761-774.
- Stern, C., y Reartes, D. (2001). Estudio de caso. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en México D.F. En Mónica Gogna (coord.), *Programas de Salud Reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo* (pp. 117-193). Argentina: Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2012). *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.