



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO TERMINAL

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

Para obtener el grado de:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

E.E.P. SARAÍ MARTÍNEZ LLERGO

Director (a):

DRA. JOSEFINA REYNOSO VÁZQUEZ

Codirector:

MTRO. LUIS ALBERTO MONTEJO SÁNCHEZ

Asesor:

DR. JESÚS CARLOS RUVALCABA LEDEZMA

Pachuca de Soto, Hidalgo; 16 abril de 2024.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO TERMINAL

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

Para obtener el grado de:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

E.E.P. SARAÍ MARTÍNEZ LLERGO

Director (a):

DRA. JOSEFINA REYNOSO VÁZQUEZ

Codirector:

MTRO. LUIS ALBERTO MONTEJO SÁNCHEZ

Asesor:

DR. JESÚS CARLOS RUVALCABA LEDEZMA

Pachuca de Soto, Hidalgo; 16 abril de 2024.

D. en C. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial del egresado (a) **SARAI MARTINEZ LLERGO**, con número de cuenta 467884, comunicamos a usted que el Proyecto Terminal denominado "CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. PACHUCA DE SOTO, HIDALGO", está concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.



Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

D. en C. Josefina Reynoso Vázquez

Director



Mtro. Luis Alberto Montejo Sánchez

Codirector



D. en CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Asesor





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Medicina
 Maestría en Salud Pública

Oficio Núm. ICsA/AAM/MSP/001/2024
Asunto: Autorización de Impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., enero 08 del 2024

L.E. SARAÍ MARTÍNEZ LLERGO
EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH

Con fundamento en el Título Tercero, Capítulo V en su Artículo 51, Fracc. III y IV del Estatuto General de la UAEH y en relación con lo establecido por el Título Quinto, Capítulo V, Sección Primera en su Artículo 127 y Artículo 130 Fracción III de dicho ordenamiento legal, comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. PACHUCA DE SOTO, HIDALGO"** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente,
 "Amor, Orden y Progreso"


 MC.Esp. Enrique Espinosa Aquino
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean of the School of Health Sciences


 MC.Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICsA
 Director of Graduate Studies of ICsA


 D. en C. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

EEA1.CRGSL/PMCC/rector*



Dr. Luis Martínez Llergo Núm. 402
 Car. Estero
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 4271
 Teléfono: 52(57) 71 73 00 44 234
 Email: llllergo@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto emprendido y culminado, se lo debo a mi padre celestial, quien me provee de vida, salud y de bendiciones nuevas cada mañana.

A mi madre, la persona que Dios me dio para acompañarme en cada paso importante de mi vida; gracias por sembrar hasta la raíz de mi ser tu amor y la confianza para emprender y volar lejos de casa.

A mi familia, Rubí, Ruth, Rachel, Judith, Erandy Gadiela, Miguel, Fausto y Rodrigo, quienes siempre han sido cómplices de mis metas y han colocado peldaños para alcanzar cada uno mis propósitos. A Luis, por el apoyo de siempre, por enriquecer mi vida y trayectoria académica.

A mi comité tutorial, Dra. Josefina Reynoso, Dr. Carlos Ruvalcaba Ledezma y Mtro. Luis Alberto Montejó Sánchez, por el acompañamiento intelectual y personal, pero sobre todo por el trato amable y cálido durante la realización del proyecto; a ellos, además, mi reconocimiento y admiración por su trabajo.

A mis amigas y amigos de maestría, Daniela, Tania, Roberto, Denisse, Nelda y Elia Tapia, por el cobijo de sus corazones. Ellos son el mejor testimonio de la promesa cumplida del amor y la fidelidad de Dios. Siempre les estaré en deuda por proveerme de la amistad, el cariño, la solidaridad y el cuidado tan indispensables en este logro.

ÍNDICE

GIOSARIO DE TÉRMINOS	
ABREVIATURAS	
ÍNDICE DE TABLAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
Adolescencia	3
Embarazo adolescente	8
Calidad de la atención y sus componentes	11
ANTECEDENTES	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
JUSTIFICACIÓN	40
OBJETIVOS	41
Objetivo general	41
Objetivos específicos	41
MATERIAL Y MÉTODOS.....	42
Tipo y diseño del estudio	42
Lugar, población y muestra	42
Técnica e Instrumentos	43
Análisis	44
ASPECTOS BIOÉTICOS	44
RESULTADOS	45
Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva del personal de salud	45
Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de la adolescente	52
Análisis bivariado de la Calidad de la Atención en SSyR para las adolescentes embarazadas .	64
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	79

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accesibilidad. La población adolescente tiene la posibilidad de contar con todos los servicios de salud. Esto se refiere a que sepan cuándo, cómo y dónde pueden acceder a los servicios, y que estos deben adaptarse a las necesidades de las y los jóvenes: servicios fuera de los horarios escolares y de trabajo.

Adaptados. Establecimientos y servicios respetuosos en relación con la ética médica, culturalmente apropiados y que respondan a las necesidades propias de cada edad y con relación al sexo.

Adolescencia. Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Clasifica este periodo en tres etapas: en adolescencia temprana a partir de los 10 a 13 años; adolescencia media entre los 14 y 16 años y adolescencia tardía entre los 17 años y puede extenderse hasta los 21 años.

Calidad de la atención. Es el conjunto de características que debe tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como por los usuarios.

Derechos sexuales. Los derechos sexuales comprenden la capacidad de mujeres y hombres de expresar y disfrutar de manera autónoma y responsable su sexualidad, sin riesgo de infecciones transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

Derechos reproductivos. Los derechos reproductivos permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, regular la fecundidad y disponer de la información y los medios para ello.

Disponibilidad. Referido tanto al número como a la capacidad resolutive de los establecimientos públicos de salud, es entendida también como la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud, centros de atención de la salud, así como de programas.

Continuidad. Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada lógica y racional basadas en el conocimiento científico, sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario desde el ingreso hasta que se le dé el alta.

Embarazo adolescente. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de anidación, comenzando entonces la gestación. Así, desde el punto de vista médico, el embarazo inicia entre 12 y 16 días después de la fecundación hasta el momento del nacimiento.

Eficacia. Es la capacidad de una intervención de producir el efecto beneficioso que se desea lograr.

Efectividad. Proveer servicios basados en el conocimiento científico a todos los que pueden beneficiarse de ellos, y no proveerlos a aquellos que probablemente no se beneficien de ellos (evitar sub y sobre utilización respectivamente).

Estructura. Miden la calidad y disponibilidad de los recursos físicos y humanos necesarios para producir o prestar los productos/servicios de la organización y el estado de estos recursos. Miden el nivel de la organización en cuanto a equipamiento, espacios físicos, existencia de manuales y permiten monitorear si los recursos están organizados y disponibles para otorgar una buena atención.

Interculturalidad. La interculturalidad es una relación que establecen dos o más culturas por medio de personas, grupos o comunidades y el intercambio de sus productos culturales. Se establece en condiciones de inclusión y horizontalidad, con reciprocidad y con respeto a la otra o al otro a quien se reconoce como ser humano digno de ejercer todos los Derechos Humanos (DH), con empatía y con solidaridad.

Participación. Constituye una característica ineludible en el ámbito de los servicios específicos para adolescentes, ya que sólo mediante su participación es posible hacer coincidir sus intereses con los esfuerzos del sector salud para cuidar su salud sexual y reproductiva. Es, sin duda, el mecanismo más importante de todos para cerrar la brecha entre las necesidades de este grupo etario y la oferta de servicios, así como para lograr que las beneficiarias y beneficiarios de éstos sean tratados seriamente como sujetos y no como objetos receptivos y pasivos de acciones que no reconocen como necesarias y que están lejos de sus expectativas.

Perspectiva de género. El género es una categoría analítica que permite visibilizar las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres en un contexto dado y exponen la distribución social del poder, que en la mayoría de las culturas se manifiesta de manera asimétrica y jerárquica: lo masculino es valorado positivamente y lo femenino es devaluado y le está subordinado.

Proceso. Se centra en el conjunto de acciones destinadas a preservar la salud del paciente. Se distinguen cuatro elementos: usuario, atención médica, seguridad del paciente y resultado de la atención.

Resultado. Es la efectividad de la atención; el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado.

Salud reproductiva. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos

Salud sexual. Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social.

Sexualidad. La sexualidad humana es, un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida, y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.

Seguridad. Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica que buscan reducir el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención.

Servicio centrado en el paciente. Atención que establece una colaboración entre profesionales, personas y sus familias para garantizar que las decisiones respeten las necesidades y preferencias del paciente y que éstos tengan la educación y el apoyo que necesiten para tomar decisiones y participar en su atención. Es un cuidado planificado, manejado, entregado y mejorado de forma continua con la activa participación de los pacientes y su familia o cuidadores de tal manera que integre las preferencias, valores y resultados clínicos deseados por el paciente.

ABREVIATURAS

AE: Adolescente embarazada.

CDSS: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

DH: Derechos Humanos.

DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

ENAPEA: Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

IOM: Instituto de medicina de los Estados Unidos.

MAISSRA: Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PS. Personal de Salud.

SSAA: Servicios de Salud Amigables para Adolescentes.

SSyR: Salud Sexual y reproductiva.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Determinantes sociales del embarazo en adolescentes. Factores, consecuencias y riesgos.....	10
Tabla 2	Caracterización de la población. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	45
Tabla 3	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-accesibilidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	46
Tabla 4	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-disponibilidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	47
Tabla 5	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-adaptabilidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	47
Tabla 6	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-seguridad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	48
Tabla 7	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-servicio centrado en el paciente. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	49
Tabla 8	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-calidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	50
Tabla 9	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-continuidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	50
Tabla 10	Calidad de la atención en SSyR: componente resultado-eficacia y efectividad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	51
Tabla 11	Caracterización de la población. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	52
Tabla 12	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-accesibilidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	53
Tabla 13	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-disponibilidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	54
Tabla 14	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-adaptabilidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	55
Tabla 15	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-seguridad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	55
Tabla 16	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-servicio centrado en el paciente. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	56

Tabla 17	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-calidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	57
Tabla 18	Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-continuidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	58
Tabla 19	Calidad de la atención en SSyR: componente resultado-eficacia y efectividad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	58
Tabla 20	Calidad de la atención en SSyR: historia clínica. Expediente clínico de las Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	59
Tabla 21	Calidad de la atención en SSyR: notas médicas. Expediente clínico de las Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	60
Tabla 22	Calidad de la atención en SSyR: notas médicas. Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	61
Tabla 23	Calidad de la atención en SSyR: documentación. Expediente clínico de las Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.....	62
Tabla 24	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-establecimiento (Unidad de salud). CS La Calera y CS Providencia, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022..	62
Tabla 25	Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-establecimiento (Unidad de salud). CS La Calera y CS Providencia, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022..	63
Tabla 26	Análisis bivariado (correlación de Pearson) de la calidad de la atención en SSyR para las AE. Correlación entre las variables personal de salud.....	64

RESUMEN

Introducción: El embarazo en las adolescentes constituye un problema de salud pública que repercute en su calidad de vida por las condiciones inadecuadas, insuficientes e inoportunas en el que usualmente se desarrolla. La calidad de la atención en los servicios en salud sexual y reproductiva es una de las determinantes de sus manifestaciones por lo que requiere de seguimiento y monitoreo permanente para identificar áreas de mejora que contribuyan en una atención de calidad para las adolescentes embarazadas. **Objetivo:** Analizar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas en Pachuca de Soto, Hidalgo. **Metodología:** Estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y analítico, de corte transversal. Se entrevistó al personal de salud y adolescentes embarazadas o con antecedentes de embarazo que forman parte de los servicios de salud sexual y reproductiva. Se evaluó por medio de listas de cotejo el establecimiento y los expedientes clínicos. En ambos se analizaron los atributos de accesibilidad, disponibilidad del componente estructura; la seguridad, continuidad, servicio centrado en el paciente en el componente proceso; y la eficacia y efectividad en el componente resultado. **Resultados:** Las adolescentes se encuentran en condiciones vulnerables, con desventajas laborales y educativas. En el componente estructura no se cumplen con los atributos de accesibilidad, disponibilidad y adaptabilidad. El componente proceso no cumple con los atributos de seguridad, calidad, continuidad y servicio centrado en el paciente. En el componente estructura, la eficacia y efectividad no fueron alcanzados. En la evaluación del establecimiento y expediente clínico, existe mucha deficiencia en el cumplimiento de los atributos de la calidad, los resultados difieren de la percepción que al respecto tiene el personal y las adolescentes. **Conclusión:** Los servicios de salud de SSyR en adolescentes distan de cumplir con los atributos de calidad al no ser diseñados ni implementados desde los actores directos que intervienen en el ciclo de atención: adolescente, personal de salud e institución de salud.

Palabras claves: *Embarazo adolescente, servicios de salud sexual y reproductiva, calidad de la atención.*

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy is a public health problem that affects their quality of life due to the inadequate, insufficient and inopportune conditions in which it usually occurs. The quality of care in sexual and reproductive health services is one of the determinants of its manifestations, so it requires permanent follow-up and monitoring to identify areas for improvement that contribute to quality care for pregnant adolescents. **Objective:** To analyze the quality of sexual and reproductive health care for pregnant adolescents in Pachuca de Soto, Hidalgo. **Methodology:** Quantitative, observational, descriptive and analytical, cross-sectional study. Health personnel and pregnant adolescents or adolescents with a history of pregnancy who are part of sexual and reproductive health services were interviewed. The establishment and clinical records were evaluated by means of checklists. In both cases, the attributes of accessibility, availability of the structure component; safety, continuity, patient-centered service in the process component; and the efficiency and effectiveness of the outcome component. **Results:** Adolescent girls are in vulnerable conditions, with labor and educational disadvantages. In the structure component, the attributes of accessibility, availability, and adaptability are not met. The process component does not meet the attributes of safety, quality, continuity, and patient-centered service. In the structural component, efficacy and effectiveness were not achieved. In the evaluation of the establishment and clinical record, there is a great deficiency in compliance with the attributes of quality, the results differ from the perception that the staff and adolescents have in this regard. **Conclusion:** Adolescent health and health services are far from meeting quality attributes because they are not designed or implemented by the direct actors involved in the care cycle: adolescents, health personnel, and health institutions.

Key words: Adolescent pregnancy, sexual and reproductive health services, quality of care.

INTRODUCCIÓN

Las y los adolescentes atraviesan por una importante y determinante etapa de transición, en donde experimentan una serie de cambios fisiológicos, cognitivos, sexuales, conductuales y morales, que se viven según el contexto cultural y social. La población adolescente, sin embargo, se ve afectada por una serie de riesgos en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva, entre ellas, la exposición a embarazos no planeados, no deseados, o cuyo desarrollo ocurre en condiciones de riesgo.

Durante esa etapa de la vida la calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) para las adolescentes embarazadas constituye una pieza fundamental, dado que el acceso a la salud es un espacio donde las adolescentes deben contar con herramientas de atención, consejería e información educativa, preventiva y curativa, que les permita tomar decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva que favorezcan la toma de decisiones adecuadas para su crecimiento y desarrollo.

Los servicios de salud es una de las determinantes sociales que acarrear consecuencias cuando no se cumplen con los mínimos requisitos de calidad. Una deficiente atención de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes impacta de manera negativa en sus vidas al vulnerarse sus derechos humanos, disminuir sus oportunidades educativas, laborales y, por tanto, económicas. A la vez, no acceder a servicios de salud de calidad las hace susceptibles a situaciones de violencia y embarazos no deseado y/o no planeados con riesgos de complicaciones durante su proceso reproductivo, lo cuales -según la Organización Mundial de la Salud (OMS)- pueden evitarse desde la calidad con que se ofertan los servicios.

No obstante, las estrategias de salud pública en los últimos años han estado enfocadas en reducir los embarazos en adolescentes y propiciar servicios de salud basados en la calidad de atención, buscando en este grupo poblacional el desarrollo saludable de su salud sexual y reproductiva o de su embarazo. Con este fin, el sistema de salud en nuestro país implementa y mide sus estrategias a través de los componentes de la calidad, referido a *Estructura (Institución de salud)*, *Proceso (personal de salud)* y *Resultado (adolescente, padres y comunidad)* y cada uno de ellos con atributos propuestos por diversos especialistas.

De manera específica en el componente estructura se busca que las unidades donde se brindan servicios sean *accesibles, disponibles y adaptados* a las necesidades de las adolescentes; el componente proceso refiere que deben ser *seguros* con el máximo beneficio

y mínimo riesgo, *centrado en el paciente*, que refleje la participación activa tanto de la adolescente, padres y comunidad, *de calidad* técnica e interpersonal del personal de salud y *continuos*; en los resultados se busca que sean *eficaces y efectivos*, es decir, que permita conocer los efectos deseados de salud y la satisfacción de la atención brindada a la población objetivo.

Actualmente también se encuentra en marcha la Estrategia Nacional del Embarazo Adolescente (ENAPEA, 2021), cuyo objetivo es reducir el número de embarazos en las adolescentes mexicanas, con enfoque de respeto a los Derechos Humanos (DH), Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) y con perspectiva de género. Uno de sus objetivos específicos busca asegurar el incremento en la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con el distintivo de servicios amigables, que se refiere al actuar del personal de salud de modo amable, empático, profesional, honesto, y que los espacios de atención sean accesibles, aceptables y de agrado para las adolescentes embarazadas.

Basado en lo anterior, el presente estudio buscó conocer la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes (SSAA), desde los componentes de la calidad descritos y contemplando los tres actores directos que intervienen en el ciclo de atención: adolescente, personal de salud e institución de salud. Los resultados permiten encontrar áreas de oportunidad para la mejora de los servicios, diseño de estrategias enfocadas en la reducción o aplazamiento de los embarazos en este sector de la población, así como mejorar las condiciones de gestación y/o el desarrollo pleno y saludable de las adolescentes en el plano de los SSyR.

En los siguientes apartados se ofrece una descripción del panorama de salud de las adolescentes embarazadas, los antecedentes sobre la calidad de los servicios de salud en SSyR en la población de estudio, ambas como precedentes de justificación para la propuesta de estudio, así como un marco teórico que orienta el abordaje y el apartado metodológico que marcó la ruta para el alcance del objetivo propuesto en el estudio. Finalmente, se presentan los resultados y conclusiones que derivan de los datos empíricos recabados en torno a la calidad de la atención de los servicios de SSyR amigables que se ofrecen a las adolescentes embarazadas.

MARCO TEÓRICO

Se describen algunas concepciones sobre los principales elementos de análisis del presente trabajo de investigación. Se abordan algunos aspectos de la adolescencia, embarazo en la adolescencia y sus determinantes sociales, salud sexual y reproductiva en la adolescencia y la calidad de la atención en los servicios de SSyR.

Adolescencia

La adolescencia, desde su concepción etaria y biológica, comprende una etapa de crecimiento y desarrollo humano, es una etapa de transición de la niñez a la etapa adulta, y ocurre entre los 10 y los 19 años. En el periodo comprendido, suceden una serie de cambios físicos, psicológicos, sociales, etc., que van desarrollando y concretándose a medida que atraviesan ese periodo. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNFPA, 2020), extiende este periodo y lo clasifica en tres etapas: en adolescencia temprana a partir de los 10 a 13 años; adolescencia media entre los 14 y 16 años y adolescencia tardía que va desde los 17 años y que puede extenderse hasta los 21 años.

Siguiendo esa concepción biológica y etaria, las y los adolescentes atraviesan una serie de cambios fisiológicos llamado pubertad, el cual consiste en el proceso de maduración sexual en las mujeres y los hombres. Según la escala de Tanner, que describe los cambios en los caracteres sexuales, en las mujeres se observa crecimiento a nivel de las mamas, a nivel glandular y en los pezones, ensanchamiento de cadera y aparición del vello púbico. En hombres, el desarrollo y crecimiento de los genitales, cambios en el tono de voz y aparición del vello púbico (Pérez, Hernández, & Tapia, 2018).

Sin embargo, el y la adolescente como ente multidimensional, y más allá de lo biológico, también pasan por un proceso de desarrollo psicológico y socioemocional, experimentan dudas y apreciaciones de independencia, desarrollo cognitivo, relaciones con iguales, imagen corporal, sexualidad y mayores preocupaciones. Cada una experimentado de manera diferente según la etapa en la que se encuentre: Adolescencia temprana (10-13 años), Adolescencia media (14-16 años) y Adolescencia tardía (17-21 años).

Por mencionar algunos cambios: desafía a la autoridad, comienza a determinar sus propios valores, desea mayor privacidad, nuevo rol en la familia como un nuevo adulto, busca tomar

más decisiones, comienza a responder al análisis de posibles consecuencias, demuestra una mejor resolución de problemas, amistades profundas con miembros del mismo sexo, comienza a explorar su habilidad para atraer parejas, sus valores y decisiones son menos influenciados por sus compañeros, acepta su apariencia física, está más interesada/o en verse atractiva/o, compara su desarrollo físico con el de sus compañeros, aumento en el interés sexual, busca independencia económica (De Castro, Barrientos, Hernández, & Cruz, 2015).

Dichos cambios también se verán permeados por el contexto, ya sea rural o urbano, por la etnia y la cultura en la que están inmersos. De esta sociedad dependerá que desarrollen habilidades sociales, establezcan relaciones y asuman roles. Sin bien, existen sociedades en el que la línea de transición de niñez a la adultez es totalmente nula, puesto que se ve influenciada por fenómenos sociales como los matrimonios infantiles forzados en el que se ven obligados a asumir roles de responsabilidad adulta. La pobreza también es una situación que obliga a los niños y niñas a adentrarse al ámbito laboral, o ser víctimas de explotación laboral y sexual que los exime de la etapa de la adolescencia, por lo que es necesario comprender que, para este sector vulnerado, los deja ajenos de lo que significa y lo que engloba la etapa adolescente (Gaete, 2015).

Hoy día esas situaciones que han vulnerado la vivencia de esta importante etapa se han visto cuestionada y contrarrestada a partir del reconocimiento de los DH en el siglo XIX. Los estudios con este enfoque han visibilizado que las niñas, los niños y las y los adolescentes (NNA), eran considerados seres absolutamente vulnerables y dependientes que le pertenecían a la familia; que requerían de una protección tutelar, eximiéndoles así de contar con autonomía personal y de titularidad propia de derechos. Su concepción como sujetos impulsó una nueva concepción basada en un enfoque de protección integral que reconoce a NNA como sujetos activos que también contribuyen al tejido social, por lo que se les debe garantizar el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad y respeto (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2017).

Brignoni (2013), en sus trabajos de investigación, nos abren el panorama para visibilizar y desnaturalizar la “complejidad” que la misma historia ha impuesto sobre lo que significa la adolescencia y que incide en el vínculo con esta población. Parte de la conceptualización histórica de la adolescencia, como sinónimo de “peligroso” “problema”, “tormenta” como “ese periodo de la vida que no deja de incomodar tanto a los propios sujetos que lo están

atravesando como a aquellos que los rodean”. Mencionamos algunos puntos de sus resultados teóricos que se consideran relevantes útiles en el análisis del problema:

- La adolescencia es “Acompañar en silencio” ese estar al lado del adolescente: ni por delante, como “voz de la experiencia”, ni por detrás, ausentándose. Sirve para explorar la distancia justa que hay que establecer en el vínculo a modo que construyan sus identidades propias y no las del padre y madre.
- Erik Erikson, con su concepto de crisis de identidad, en el que intervienen factores psicológicos, sociales y biológicos. Para él una crisis implica un proceso transitorio, es algo que tiene que pasar. 1) Por las transformaciones en el cuerpo, lo biológico. 2) Esas transformaciones obligan a modificaciones identitarias, lo psicológico. 3) Las modificaciones identitarias se construyen con elementos. Sostiene que el adolescente está “acosado” por la dinámica del conflicto, que esta crisis puede pasar con mucho ruido o sin él y que es parcialmente consciente e inconsciente.
- Rousseau dice que “se trata de un “momento crítico” que es un segundo nacimiento: el primero, es el que se produce para existir, mientras que el segundo nacimiento, el de la pubertad, es el que se produce para vivir. Allí el hombre es lanzado a la vida y eso, para él, implica un momento crítico que requiere de medidas pedagógicas tales que dicho pasaje pueda realizarse suavemente y acompañado.
- Lo que es importante destacar es que la adolescencia está en el centro de las tareas educativas y de domesticación del siglo XIX y que se concede una gran atención a la sexualidad, especialmente a la homosexualidad entre adolescentes y a la masturbación.
- El concepto de adolescencia no está presente como actualmente lo conocemos en todas las sociedades y culturas, es un concepto, siempre ha habido adolescentes, pero no siempre ha habido la misma idea de adolescencia.
- Es un momento de la vida que sin lugar a duda se presenta como enigmático tanto para el sujeto que lo vive como para los que lo acompañan. Se pregunta quién es y qué es lo que quiere. Por lo que no se trata de comprenderlos sino de observar cuáles son las condiciones que ellos plantean para el acercamiento.

- El profesional tiene que respetar el semblante de impostura, hasta que no sepa qué función cumple. Esta es una indicación fundamental para poder establecer un vínculo con el adolescente y sostenerlo ya que muchas veces sus infatuaciones, sus imposturas, no son más que defensas organizadas alrededor de un punto de fragilidad.
- La adolescencia es un momento en que el sujeto se ha de reconstruir: caído lo infantil, ha de empezar a reconstruirse con los viejos elementos y con los nuevos a los que se enfrenta. El sujeto no sabe muy bien qué hacer con eso, está incómodo con sus cambios físicos, por ejemplo, porque gran parte de la aceptación social para ellos pasa por el reconocimiento físico. Tienen, entonces, que hacer un trabajo de “reapropiación del cuerpo” que no se da al mismo tiempo en cada sujeto: el duelo por el cuerpo infantil; el duelo por la infancia en sí misma y sus identificaciones; el duelo por el vínculo con los padres.
- Hablamos frecuentemente de los adolescentes en riesgo, pero en realidad es interesante invertir esta formulación: se trata más bien del riesgo en las adolescencias.

Por último, tomando en cuenta las ideas anteriores, se busca comprender que las y los adolescentes son sujetos de derechos, actores activos, autónomos, capaces de participar en el diseño, implementación y evaluación de los programas de SSyR.

Salud sexual y reproductiva

Se define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (CNEGSR, 2017).

La salud sexual por su parte es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (CNEGSR, 2017).

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CNDH, 2016), menciona que la sexualidad va más allá de los fines reproductivos, en esta fase la población adolescente necesita tener acceso a información, educación y servicios oportunos, integrales y libres de prejuicios sobre salud sexual y reproductiva para comprender su sexualidad, protegerse de riesgos, tomar decisiones informadas, cuidar su salud y bienestar, disfrutar y ejercer sus derechos. Sin embargo, culturalmente se considera que la vida sexual es una actividad propia de las y los adultos, concepción que conlleva a que las y los adolescentes sufran de discriminación dado que no acceden a información sobre salud sexual y reproductiva.

Claudio Stern (2004), explica que la moralidad social, apunta a recurrir a sanciones que obstaculizan el acceso a la información, a la educación y preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que buena parte del problema estriba en la manera como los adultos calificamos el fenómeno, así como en la forma en cómo las instituciones sociales (la familia, la escuela, las instituciones religiosas y el Sector Salud, entre otros) lo interpretan y lo manejan.

En torno a la iniciación sexual en la etapa de la adolescencia, muchas veces parte de la necesidad de confirmar la sexualidad que la sociedad exige. “El padre y la madre aún representan la sexualidad sometida y los profesores pertenecen a la esfera pública, que en la cultura latinoamericana está asociada con valores religiosos y públicos. En este contexto, el desarrollo del cuerpo infantil se convierte en una fuente de ansiedad y es cuidadosamente vigilado. Peor aún, la homosexualidad pasiva y la feminización son definitivamente despreciadas” (Instituto Nacional de Salud Pública, 2017, pág. 32).

También la sexualidad en muchos contextos estudiados sigue siendo un tabú y motivo de miedo, por lo que en el mundo adulto se habla poco de sexualidad y menos aún en el de las y los adolescentes; hablar sobre el tema se considera un acto de provocación o un detonante que puede desencadenar actos sexuales. “Se ha podido identificar que el tabú y el miedo se transfieren de generación en generación a través del silencio y la brecha de comunicación

entre padres/madres e hijos/as, por lo que el silencio se reproduce e impide hablar en torno a la sexualidad” (Salinas Mulder, Castro Mantilla, & Fernández Ovando, 2014, pág. 42)

Aunque han existido estudios que evidencian que la sexualidad es innata de la condición humana, y conlleva al placer o goce pleno del sujeto, tal como lo planteó Sigmund Freud, quien hablo de la existencia de la sexualidad infantil, poniendo en duda desde la mirada de los moralistas la “inocencia o pureza de la niñez”. Freud describe a los niños como “perversos polimorfos” que se satisfacen con distintas partes de su cuerpo y con distintas acciones: con la boca, mirando, tocando, reteniendo, expulsando, etc. Este descubrimiento de la sexualidad infantil es lo que nos esclarece la diferencia entre sexualidad y reproducción (Brignoni, 2013, pág. 28).

Embarazo adolescente

El embarazo se ha abordado desde diferentes dimensiones, resaltamos algunos referentes. Desde el aspecto biológico, el embarazo comienza cuando termina la implantación, es decir, cuando el blastocito se adhiere a la pared del útero, de 5 a 6 días después de la fecundación, momento en el que éste atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el blastocisto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de anidación, comenzando entonces la gestación. Es el proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento (Secretaría de Salud, 2015).

Desde la mirada psicológica, el embarazo en las adolescentes es el resultado de daños a la autoestima, sentimientos de inseguridad, tristeza, impotencia y miedo. Es la falta de reconocimiento frente a los sectores de la sociedad, familia, escuela, iglesia, instituciones gubernamentales. Es la falta de reconocimiento e importancia dentro del sistema de salud como población prioritaria que requiere del acceso a los servicios de salud de calidad.

Existe una amplia conceptualización desde el aspecto social, en el que el embarazo se coloca como estado de vulnerabilidad que se vive a partir del género que confiere el contexto cultural. Es el resultado de la falta de oportunidades educativas, al poco impacto de las políticas públicas en torno al tema. La falta de información y el acceso restringido a una educación integral y a servicios de SSyR adecuados y de calidad. Como mencionábamos anteriormente, es también el resultado de la concepción de la sexualidad desde paradigmas que reprimen,

que castigan, que cuestionan una condición natural al que las y los adolescentes deben vivir de manera plena.

Stern (2004), estudioso del embarazo en la adolescencia, pone sobre la mesa los siguientes razonamientos que difieren en el sentido de que se trate de un problema público:

1. Su supuesto incremento, por la falta de datos consistentes y coherentes en torno a los índices de fecundidad, natalidad y tipo de población.
2. Su contribución al crecimiento acelerado de la población, debido a la valoración real del crecimiento de la población, en el que también se debe tomar a los sectores más pobres de la sociedad y/o sector rural, en los que, la fecundidad tiende a ser elevada, independientemente de la edad del primer embarazo, donde la unión y la maternidad temprana aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales.
3. Sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño, situación que es cuestionable por la evidencia científica que indica que no sucede así cuando se asegura su interacción con las condiciones de nutrición, la salud y atención de la madre de la calidad. Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tienen mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ella.
4. Su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza, del cual habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente, en particular, entre la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia.
5. Stern, asegura que el embarazo adolescente no es un problema social que derivado de lo ya descrito, sino más bien a) el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente, b) la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres, que tienden a conducir a la formación temprana de las familias y que se asocian con mayores riesgos para su salud, c) los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos. Por lo tanto, sugiere preguntarnos si es el Sector Salud el más indicado para

prevenir el embarazo en adolescentes, tal y como parece derivarse de las políticas recientes, que aparentemente le han encargado asumir esa responsabilidad.

Factores determinantes sociales del embarazo en adolescentes

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) “como las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas, políticas sociales y sistemas políticos que van a afectar, las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud” (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Se exponen a continuación los determinantes sociales del embarazo en adolescentes:

Tabla1

Determinantes sociales del embarazo en adolescentes. Factores, consecuencias y riesgos.

Factores	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. • Falta de acceso y uso de métodos anticonceptivos. • La maternidad como factor determinante de identidad de la mujer. • El contexto de pobreza y la falta de oportunidades para construir un proyecto de vida como un determinante para el embarazo adolescente. • Carencia de políticas públicas de salud sexual y reproductiva. • Matrimonio infantil. • Estereotipos en torno a la salud sexual y reproductiva. • Actitudes negativas (Tabúes) sobre la SSyR de los sectores comunitarios (iglesia, escuela, familia). • Violencia de género. • Las dinámicas familiares (actitudes negativas hacia las hijas). • Las deficiencias educativas. • La calidad de los servicios de salud. • Consumo de sustancias tóxicas.
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> • Son más vulnerables a ser víctimas de discriminación o estigmatización en su entorno y a asumir tempranamente muchas responsabilidades.

	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad económica que enfrentarán las adolescentes al embarazarse, ocurre cuando asumen la manutención, el cuidado y la educación de su descendencia sin la participación de los varones, a quienes en muchas ocasiones no se les cuestiona la decisión de no asumir su responsabilidad paterna. • Deserción escolar, se limitan a la posibilidad de acceder a un trabajo bien remunerado, a insertarse en el mercado laboral por la doble o triple jornada que realizan dentro del hogar. • En México aún no se acepta plena y abiertamente la sexualidad adolescente y se les niega el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. A las adolescentes se les reprime en mayor medida que a los hombres. • En México el deseo materno es inherente a ser mujer, como destino y condición de realización, desde esta construcción cultural algunas adolescentes creen que haciéndose madres aseguran su identificación futura como mujeres. • El embarazo entre las adolescentes es más frecuente entre los grupos más desfavorecidos. • Los embarazos en personas menores de 15 años frecuentemente son producto de violación o de abuso sexual. • Las adolescentes enfrentan obstáculos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva pertinentes y de calidad. • Existencia de morbi-mortalidad perinatal.
Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo implicaciones de salud materno fetal. • Muerte materna. • Estigma social o por razones económicas, sociales y culturales, por lo que pocas veces cuentan con la atención prenatal requerida. • Búsqueda tardía de la atención médica prenatal como la deficiencia en los servicios de salud a los que tienen acceso, lo que las hace vulnerables a riesgos y complicaciones que pueden desembocar en muerte materna. • Las adolescentes que se embarazan y no acuden al cuidado prenatal o lo hacen tardíamente debido a que intentan ocultar su embarazo. • Mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación de las mujeres adultas en el mismo estado.

Nota: Se recopilan los factores, consecuencias y riesgos de las organizaciones y programas enfocados en el tema. Tomado de la ENAPEA (2021, págs. 15-28), UNICEF (Salinas Mulder, Castro Mantilla, & Fernández Ovando, 2014, pág. 42), (OPS, UNFPA y UNICEF, 2018, págs. 29-32), (UNPA, 2018, pp. 15-16).

Calidad de la atención y sus componentes

La calidad de la atención ha sido abordada ampliamente, y se describen aquí las que se aproximan al estudio y de acuerdo con los programas más actuales que se implementan en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, como es el caso de los servicios amigables en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de México.

Uno de los autores más destacados y quien se cree que fue el pionero en ocuparse de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en la Unión Americana, fue el doctor Avedis Donabedian, quien definió la calidad de la atención como “Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención” (Artaza Barrios, 2015, pág. 230).

Dicha definición es hoy el referente para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el tema de la calidad y punto de partida para los planes y políticas de salud de nuestro país. En ese sentido, conceptualizan la calidad de la atención como “el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal” (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La calidad de la atención, siguiendo a Donabedian señala que consta de seis dimensiones: la interpersonal, la técnica, política, estructural, organizacional y de eficiencia. En la dimensión interpersonal, “encontramos el trato humano, amable, digno y respetuoso, lo que se conoce como calidad percibida o satisfacción del paciente y sus familiares. Este componente es el primer paso que debe cuidar el equipo de salud para atender a los pacientes, desde que ingresan a la unidad”. En cuanto a la dimensión política, estructural, organizacional y de eficiencia, se agrupan en la dimensión técnica por sus características similares que también responden a aspectos técnicos (Robledo Galván, Fajardo Dolci, & García Saisó, 2015, págs. 47-85).

A diferencia del concepto de Donabedian, Aguirre (2008, pág. 189) precisa que la calidad de la atención médica es “otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”. Sitúa con ello como prioridad la satisfacción y expectativas del paciente al dejar a un lado la estructura, ya que la considera responsabilidad de los servicios de salud, puesto que se puede tener acceso a los servicios de salud y este puede contar con todos los recursos de estructura y organización durante el proceso de atención, pero no garantiza una atención de calidad.

Por ello el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés), que en un principio definió la calidad como el “grado en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados esperados en salud y

son coherentes con el conocimiento profesional actual”, se encargó de redefinir la calidad de la atención tomando en cuenta la dimensión interpersonal como un componente para la mejora en la relación médico-paciente (Robledo Galván, Fajardo Dolci, & García Saisó, 2015, pág. 48).

En consecuencia, se admite que la atención centrada en el paciente debe ser respetuosa, responder a su autonomía, sus preferencias, necesidades y valores y asegurarse de tomarlos en cuenta en todas las decisiones clínicas, hay que destacar además que establece que la atención debe ser equitativa, es decir, que no debe variar debido a características personales del paciente, tales como género, etnia, localización geográfica o estatus socioeconómico (González Medécigo & Gallardo Díaz, 2012).

En nuestro país, los componentes de la calidad de la atención han sido abordada por distintas conceptualizaciones, describimos aquí algunos referentes.

El Dr. Pedro Saturno (2015, págs. 18-19), estudioso de la calidad de la atención y referente del sistema de salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), menciona que la calidad marca el rumbo hacia donde ir para valorar si hay o no calidad en los servicios y la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”, según el autor, *la seguridad, efectividad, servicio centrado en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad*, son los atributos de la calidad de la atención que responden a las necesidades de salud, no sólo desde un enfoque científico, sino también humana.

El trabajo de Pabón Lasso (1985), en torno a la evaluación de los servicios de salud en México, desde el modelo del Dr. Avedis Donabedian, evalúa la calidad de los servicios de salud desde los componentes de *Estructura* (Infraestructura, recurso humano, recurso material), *Proceso* (competencia científica y humana con que se lleva a cabo el acto médico, es la oportunidad, la continuidad, integridad y calidez con que se brinda la atención) y *Resultado* (impacto tangible e intangible del servicio otorgado, es el fin último de beneficencia esperado por el usuario y por el personal de salud). Cada componente con su respectivo indicador: la estructura refiriéndose a la *accesibilidad y disponibilidad*, el Proceso al *uso, calidad, utilización y productividad* y el Resultado a la *Cobertura, Eficacia, Costo Eficiencia y Efectividad*.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2024), señala que calidad de la atención debe cumplir con los criterios de calidad de *eficacia, seguridad, centrada en las personas, oportuno,*

equitativo, integrado y eficiente, con alto sentido ético, con competencia profesional para que sean altas las probabilidades de satisfacción de bienestar del individuo y la comunidad.

De igual manera, la OMS (2023), desde la perspectiva de los DH, reconoce que la calidad de la atención en los servicios de salud debe ser garantizada desde los principios de no discriminación e igualdad, participación y rendición de cuentas. En ese sentido, propone que el derecho a la salud es contar con servicios *disponibles, accesibles, aceptables y de calidad*. Éste último refiriéndose a que sean *seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes*.

La calidad de la atención de los servicios de salud para las adolescentes embarazadas

En el sistema de salud mexicano, la ENAPEA (2021) busca incidir en las condiciones de vida de las niñas y adolescentes, a través de la reducción de los embarazos a temprana edad. Sus principios y componentes se basan en lo siguiente:

- Perspectiva de género: se propone eliminar la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas con base en el género.
- Perspectiva de derechos de NNA y perspectiva de juventudes, con énfasis en su participación: reconocimiento de NNA como personas titulares de derechos, con base en el respeto de su dignidad, vida, supervivencia, bienestar, salud, desarrollo, participación y no discriminación.
- Perspectiva del curso de vida: la secuencia de eventos y roles socialmente definidos conlleva a analizar la interrelación entre las distintas transiciones que las personas experimentan a lo largo de su vida.
- Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos: el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como sujetos de derechos, conducen a que construyan su ciudadanía y participen de forma activa en la generación de las oportunidades para su desarrollo.
- Pertinencia cultural: se basa en un marco jurídico que reconoce los derechos específicos de las personas, comunidades y pueblos indígenas y afroamericanos, relativo a impulsar un modelo de desarrollo inclusivo, igualitario, sustentable y sensible a las diferencias territoriales.

Sus componentes basados en 4 componentes:

- Educación inclusiva, integral, flexible y educación integral en sexualidad. Brinda a NNA herramientas, conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderen para cuidar su salud, aseguren su bienestar y dignidad; y desarrollen relaciones sociales sexuales respetuosas.
- Entorno habilitante. Reduce barreras y promueve un cambio en el entorno legal, cultural, social y regulatorio bajo un esquema de participación social que favorece la autonomía y las decisiones libres, responsables e informadas de NNA sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud reproductiva.
- Servicios de salud amigables. Fortalece las acciones de promoción y de prestación de servicios de SSyR de calidad, de acuerdo con las necesidades de mujeres y hombres de 10 a 19 años, asegurando la participación social libre e informada en condiciones de igualdad; el ejercicio de la sexualidad de manera satisfactoria y libre de riesgos; el acceso a métodos anticonceptivos.
- Identificación temprana y atención oportuna integral de la violencia sexual contra NNA. Fortalece las acciones orientadas a la prevención, la detección temprana y la atención intersectorial de la violencia sexual en niñas y adolescentes, los matrimonios, las uniones y los embarazos forzados en menores de 15 años y garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) por la causal violación.

De igual manera, se plantea el Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA, 2017), en el sistema de salud de nuestro país, como un marco conceptual y operativo de los servicios de SSyR con el distintivo de “servicios y atención amigable”, que comprende la oferta de un paquete básico de servicios en un espacio que permite la privacidad y la confidencialidad, con personal capacitado y sensibilizado para un trato digno, empático, cordial, equitativo y respetuoso de los DH, que contribuye a la toma de decisiones informadas por parte de las usuarias y usuarios.

El modelo enfatiza que las y los adolescentes son sujetos de las acciones que se proponen, son sujetos de derechos, entendiendo que a medida que la niña o el niño va creciendo y desarrollando su madurez y capacidad de discernimiento, aumenta su capacidad de ejercer sus derechos autónomamente, considerando su desarrollo biológico, psicológico y social.

Los objetivos que se propusieron en este modelo, fue su institucionalización en el Sistema Nacional de Salud, con una base sólida de operatividad, a través de sus lineamientos técnicos, normativos y administrativos prácticos y accesibles, con énfasis en acciones preventivas y en pleno respeto de los derechos sexuales y reproductivos, con enfoque de género e interculturalidad que promueve la autonomía, el consentimiento informado y la oportunidad de tomar decisiones y adoptar medidas sin presión ni coacción.

El Modelo comprende cuatro componentes básicos: 1. Gestión de servicios; 2. Oferta de servicios; 3. Participación; 4. Fortalecimiento de capacidades.

1. La gestión de servicios. Se refiere a *Planeación* que parte de elaboración de un diagnóstico situacional (demográfico, sociofamiliar, estado de SSyR, productividad de los servicios, recursos humanos institucionales y organizaciones colaboradoras), que permita identificar y priorizar las necesidades que requieren mayor atención. Este mismo componente requiere de la *coordinación* de los estamentos involucrados en la atención de la SSyR. Del *monitoreo, seguimiento y evaluación* del programa para saber el estatus de cumplimiento de operatividad y presupuesto, y saber si existe una adecuada implementación, si debe mejorarse o realizar un cambio de Modelo.

Esta gestión de evaluación de los programas en SSyR, puede realizarse desde los enfoques cuantitativos y cualitativos e involucrar en los procesos evaluativos a todos los agentes que intervienen en la implantación del Modelo: personal de salud, adolescentes, comunidad, otros actores de la como las organizaciones civiles. Propone para esta etapa los indicadores propuestos por Donabedian; *Estructura, Proceso y Resultado*. El primero hace referencia al capital humano, disponibilidad de los servicios individuales y colectivos. *El Proceso* se refiere al acceso de adolescentes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación, accesibilidad geográfica, identificación del servicio, ambiente, horarios adecuados, costos del servicio, registro y seguimiento, participación juvenil, social y comunitaria y coordinación intersectorial e interinstitucional. Y, por último, el *Resultado* consta del acceso a los servicios, cobertura y prevalencia.

Finalmente, se requiere de *mejoramiento continuo de la calidad*, para poder alcanzar y mantener un sistema que responda de manera eficiente a las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios y usuarias.

Los resultados de evaluación recaban algunas buenas prácticas de este proceso de gestión de los servicios, de los que vale la pena destacar las siguientes:

- Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR): orientado a promover el desarrollo integral de este grupo etario de las comunidades rurales e indígenas y que ha permitido que las y los adolescentes se acerquen a los servicios de salud y encuentren allí la convivencia y el ambiente cordial para satisfacer sus necesidades de SSyR.
- Herramientas de IEC culturalmente sensibles a la adolescencia rural. Los grupos en situación vulnerable tienen necesidades específicas de información y servicios que reflejan su situación social y económica, sus bajas tasas de alfabetismo, y las minorías étnicas muchas veces enfrentan barreras del idioma y culturales para el acceso a la información y los servicios. Puede ser difícil para los y las adolescentes rurales, indígenas y/o pobres y/o personas con identidades sexuales.
- Atención en SSyR en comunidades indígenas. La SSA formalizó una propuesta institucional enfocada al respeto hacia sus valores culturales y tradicionales, en el que se adoptó la estrategia de las Brigadas Juveniles (BJ) Indígenas, conformado por grupos de adolescentes indígenas que reciben capacitación del personal de los centros de salud y los servicios amigables sobre salud sexual y reproductiva, que tienen como propósito motivar a las y los adolescentes de ambos sexos a fungir como agentes de cambio de los servicios de SSyR y contribuir a la disminución de los problemas de salud de sus comunidades.

2. La Oferta de servicios es propuesta desde dos *modalidades: Internos y externos*.

Los internos pueden ser *exclusivos, horizontales o mixtos*. Los *exclusivos*, está diferenciado de los otros servicios, cuenta con un espacio específico, tienen horarios ajustados a las posibilidades de acceso para las adolescentes, y personal adscrito exclusivamente para su atención. Los servicios *horizontales*, lo contrario a la modalidad mixta; no hay exclusividad en espacios, personal de salud ni en horarios. Los servicios *mixtos* son una modalidad que cuenta con un espacio propio en alguno de los consultorios existentes, con un horario diferenciado y adaptado al tiempo en que ellas y ellos pueden acudir al servicio determinado y con profesionales capacitados para la atención de adolescentes.

Los *servicios externos* se brindan fuera de la unidad de salud a través caravanas de salud, unidades móviles o acciones similares, que hacen un recorrido a área asignada, a fin de atender e informar a las y los adolescentes de zonas de difícil acceso en temas de sexualidad y salud reproductiva con una perspectiva intercultural y de respeto a sus derechos.

La oferta de servicio se basa en los *principios rectores* de equidad, confidencialidad, integralidad, privacidad, oportunidad, celeridad, continuidad, seguridad, favorabilidad. Su paquete de atención integral consta de un cuadro básico de atención: promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, adolescente sano, sexualidad y salud reproductiva, consulta psicológica, violencia de género, abuso sexual, prevención del embarazo, embarazo, parto y posparto, infecciones de transmisión sexual, SIDA, prevención del cáncer de mama.

Para el caso de embarazo en adolescente, se debe ofrecer consulta prenatal al menos en cinco ocasiones según la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, con el fin de identificar y valorar el riesgo reproductivo, síntomas y signos de alarma; brindar atención como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años, en menores de 14 años, buscar intencionadamente si se trata de un caso de violencia; solicitar exámenes de laboratorio y gabinete; administrar ácido fólico y fumarato ferroso desde la primera consulta; crear grupos de embarazadas y su pareja para la promoción de una maternidad/ paternidad responsable y sana; seguimiento tanto de la adolescente como de su hija o hijo, por lo menos durante un año; seguimiento ginecológico y del método de anticoncepción elegido, así como la vacunación de la niña o niño.

Para una adecuada oferta, la institución debe contar con una infraestructura de calidad (entiéndase a la calidad con todos los atributos mencionados) área física apropiada, equipamiento adecuado e insumos suficientes y oportunos. El personal debe conocer las normas, guías y protocolos para la atención y consejería y disponer de los recursos para un desempeño adecuado (instrumentos, materiales, fichas y otros para la atención médica y la consejería).

La información, educación y comunicación (IEC), es tomada en cuenta dentro de la oferta de servicios, y estos deben ser diseñados y ejecutados acorde con las necesidades de las y los adolescentes. Engloba la folletería y carteles sobre la temática de la SSyR, derechos de la población adolescente, equidad de género y otros insumos educativos que enriquezcan el proceso de atención. Asimismo, deben difundir los principios, actividades y características de

los servicios amigables en la comunidad; apoyar acciones de abogacía para el fomento de la salud de los grupos adolescentes; sensibilizar a las autoridades locales, y buscar el apoyo social.

De igual manera, en cuanto a la accesibilidad indica que debe contar con lo siguiente: ruta clara dentro de los servicios que conduzcan a estos servicios; personal de vigilancia o portería de primer contacto, quien debe tener una actitud amable y facilitar la entrada a los servicios de las y los adolescentes, quienes pueden acudir solos o en compañía de otra persona; señalización clara que les permita orientarse; la sala de espera con espacio separado, con características y condiciones acogedoras para adolescentes y debe ser aprovechado como un espacio para realizar talleres con contenidos de derechos, promoción de la salud u otros. Espacios con materiales educativos sobre temas de SSyR que les informen y entretengan durante la espera. El personal de salud debe reservar desde el inicio más tiempo para ellas y ellos, pues lo necesitan para expresar sus preocupaciones, obtener explicaciones y resolver dudas.

La oferta debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinario de salud compuesto por: 1. Médica/o 2. Psicóloga/o 3. Enfermera/o 4. Trabajadora/or social 5. Promotora/or. Cada miembro del equipo deberá tener claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del grupo, y todos compartirán la responsabilidad de los resultados

3. Participación. Este componente de la modelo propicia la participación consciente y activa de los grupos adolescentes y sus comunidades en la promoción y mantenimiento de un buen estado de salud. Reconoce que en el desarrollo adolescente hay una interacción entre sus características individuales y el entorno en que se desenvuelven. Se reconoce como sujeto de derechos, con capacidades para tomar decisiones, asume la responsabilidad de cuidar su salud y se convierte en un aliado definitivo de los servicios de salud. Esta participación promueve su empoderamiento, al dotar a las usuarias y usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer efectivos sus derechos y para asumir su responsabilidad.

La participación adolescente, impulsada desde los servicios amigables de SSyR, contribuye a erradicar las barreras y retos siguientes:

Barreras:

- El adultocentrismo, los reduce a “no tienes edad para entender”, que aísla a las y los adolescentes y concentra las decisiones en las personas adultas, e impiden comprender que las personas adolescentes como seres sensatos, capaces de aportar elementos útiles a los procesos de toma de decisiones.
- El pragmatismo, que “utiliza” a las y los adolescentes para cumplir una meta u objetivo: “haz esto”. La participación de los grupos adolescentes debe pensarse como aliados en una empresa común: la salud personal y social.
- El asistencialismo, que hace que la relación entre el personal de los servicios de salud y los grupos adolescentes se sustente en la idea de trabajar “para ellas y ellos”. En este caso, se toman en cuenta las necesidades e intereses de las y los adolescentes, pero única y exclusivamente desde la mirada adulta. No se les considera coactoras y coactores en la construcción de los servicios de salud que supuestamente deben reconocer sus necesidades y ajustarse a éstas.
- La participación simbólica, que alude a situaciones en las que parece darse a las personas la oportunidad de participar, cuando, en realidad, su participación no tiene efecto alguno en la toma de decisiones. Apartar a las y los adolescentes es una práctica que aún se observa, y aunque sea considerada “conveniente” porque evita discusiones y la búsqueda de consenso, lo cierto es que cierra canales de comunicación y los servicios pierden eficiencia.

Retos:

- La necesidad de desarrollar modelos de participación que ofrezcan asociaciones y toma de decisiones conjuntas entre adolescentes y personas adultas.
- La importancia de desarrollar modelos efectivos de participación que tomen en consideración las necesidades únicas y los retos de vida que enfrentan las personas más jóvenes, evitando imponer los parámetros que rigen para la participación de las personas adultas.

- La necesidad de empezar desde una edad temprana y, en este sentido, ofrecer oportunidades a las niñas y niños para participar en decisiones que les afectan, de manera que vayan desarrollando habilidades y asuman responsabilidades cada vez mayores en las decisiones.
- El reto de producir un sistema de apoyo para adolescentes que les ayude a prepararse para participar en decisiones que les afectan, y de darles el apoyo para una renovación continua del liderazgo adolescente.

En este componente se ilustra la escala de participación de las y los Adolescentes:

- A) Las y los adolescentes no son convocadas/os. Tampoco participan en las acciones.
- B) Las y los adolescentes son considerados como población beneficiaria y se realizan acciones dirigidas a ellas y ellos que son coordinadas por las y los adultos.
- C) Las y los adolescentes son convocadas/os. Se les dice lo que tienen que hacer, pero no se les explica los objetivos ni los motivos de las acciones.
- D) Las y los adultos diseñan propuestas e invitan a las y los adolescentes a participar. Se explican con claridad los objetivos del proyecto y se les dice para qué se busca su participación.
- E) Las y los adultos deciden y diseñan la propuesta, pero consultan e informan a las y los adolescentes y recogen con seriedad sus opiniones para incorporarlas.
- F) Adultos y adolescentes conocen el programa. Las y los adolescentes participan en el diseño dando ideas y opiniones; aportan a las decisiones que toman las personas adultas.
- G) Las y los adolescentes desarrollan iniciativas para realizar acciones y comparten decisiones con las y los adultos respecto a la organización, planificación e implementación de diversas actividades.

Sobre la participación comunitaria, los servicios de SSyR orientados a proporcionar una atención cálida y amigable pueden y deben propiciar el desarrollo de acciones conjuntas con otras instituciones, públicas y privadas, que presten servicios de salud, educación o sociales, y que pueden contribuir a una acción integral mediante trabajo complementario y además

fomentarán entornos propicios para que la población adolescente pueda tomar decisiones y cuidar su SSyR.

4. El componente de fortalecimiento de capacidades, se requiere que las prestadoras y prestadores administrativos y operativos según el nivel de atención que desempeñen en los servicios de SSyR: conozcan los SSyR de la Secretaría de Salud (SA) y otras instituciones; debe reunir ciertas competencias para actuar como garante de ese derecho, tales como la capacidad de analizar críticamente distintos factores socioculturales en torno a la sexualidad, para desarmar mitos y prejuicios que afectan e interfieren la SSyR, como sus impresiones, juicios de valor y actitudes frente a las conductas y comportamientos de las y los adolescentes.

Con relación a todo lo que se plantea en los párrafos anteriores sobre la calidad de la atención de los SSyR para las y los adolescente, se delimita a continuación los aspectos que se abordarán para el análisis de la calidad de la atención de los SSyR, en el presente estudio de investigación.

Estructura: Son los recursos físicos, humanos y materiales necesarios para producir o prestar los servicios.

- *Accesibles:* la adolescente tiene la posibilidad de contar con todos los servicios de salud. Sabe cuándo, cómo y dónde acceder. Se adaptan a sus necesidades servicios (horario, proximidad geográfica, costo, red de servicios de referencia y señalética).
- *Disponibles:* referido tanto al número como a la capacidad resolutive de los SSyR (equipos médicos, métodos anticonceptivos, medicamentos y material educativo).
- *Adaptados:* establecimientos y servicios respetuosos en relación con la ética médica, culturalmente apropiados y que respondan a las necesidades propias de cada edad y con relación al sexo (exclusividad, privacidad y ambiente acogedor de los servicios amigables).

Proceso: conjunto de acciones destinadas a preservar la salud del paciente.

- *Seguridad:* conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica que buscan el máximo beneficio y mínimo riesgo (existencia y conocimiento del diagnóstico de Salud de la población blanco, conocimiento de lineamientos y normas de SSyR y personal de salud capacitado).

- *Centrado en el paciente:* centrado en la necesidad real como reflejo de la participación activa tanto de la adolescente, padres y comunidad y otros sectores (privacidad y confidencialidad, atención multidisciplinaria).
- *Calidad:* conjunto de características que debe tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como por los usuarios (disponibilidad y accesibilidad del paquete de servicios).
- *Continuidad:* es la secuencia apropiada lógica y racional basadas en el conocimiento científico, sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario desde el ingreso hasta su alta del servicio (seguimiento post evento obstétrico de la adolescente; puerperio, lactancia, anticoncepción, recién nacido).

Resultado: es la efectividad de la atención, el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado.

- *Eficaces y efectivos:* son los efectos deseados de salud y la satisfacción de la atención brindada a la población objetivo (procesos de monitoreo y evaluación desde el sector salud, adolescente y comunidad).

Marco legal de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para las adolescentes embarazadas

Los servicios amigables están regulados por diversos marcos legales y normativos en cada país, y buscan promover la prestación de servicios de salud de calidad y respetuosos con los derechos y necesidades de las y los adolescentes, por tanto, este estudio también se apega a la normativa siguiente.

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2021). Los derechos sexuales y reproductivos son prerrogativas de las personas reconocidas en diversos artículos de nuestra carta magna.
2. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2022), que prohíbe toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. Se considerará como discriminación: negar

o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas.

3. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2018). La protección de los derechos de NNA tiene como objetivo garantizar su desarrollo pleno e integral, implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad. Tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios médicos gratuitos y de calidad para prevenir, proteger y restaurar su salud, con el desarrollo de una atención sanitaria preventiva, en específico en relación con medidas tendentes a prevenir embarazos en niñas y adolescentes.
4. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2017), que enmarca que el Estado mexicano debe garantizar la erradicación de la violencia en la comunidad a través de una reeducación libre de estereotipos.
5. Ley General de Salud (1984), menciona que el derecho a la protección de la salud contempla el bienestar físico y mental de las personas para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; asimismo, considera los servicios básicos de salud, en los que se contempla la salud sexual y reproductiva; en materia de educación sobre planificación familiar, información y orientación educativa a adolescentes y jóvenes, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años.
6. NOM-047 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años (2019), que los criterios para brindar atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del grupo etario de 10 a 19 años y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales. En ella se definen; consejería integral, que identifiquen y resuelvan dudas y necesidades de información sobre SSyR, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo no planeado y prevención de las ITS, con perspectiva de género y de DH.
7. NOM-046 para la atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (2019), que establece los criterios de detección, prevención, atención médica y orientación proporcionada a las personas usuarias de los servicios de salud en general y, en particular, a las que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos. Esta garantiza el

acceso a la ILE a las mujeres que así lo soliciten. Si tiene 12 años o más, basta con presentar un escrito en el que soliciten el servicio.

8. La NOM-007-SSA2-1993 (2015), que establece los criterios de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
9. Y la NOM-004-SSA3-2012 (2012), del expediente clínico, que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del proceso de atención de las y los adolescentes.

Por último, es importante plasmar los derechos sexuales y reproductivos, el primero “abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y reproductiva” (Consejo Nacional de Población, 2023)

Y los derechos reproductivos “... se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijas e hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (CONAPO, 2023).

Cartilla de los Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (2023)

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad.
3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos.

4. Derecho a decidir libremente con quien o quienes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente.
5. Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal.
6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual, a vivir libres de violencia.
7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva.
8. Derecho a la igualdad, vivir libres de prejuicios y estereotipos de género.
9. Derecho a vivir libres de discriminación, sin importar la edad, el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, las discapacidades, la condición social, económica, de salud (incluyendo embarazo, ITS o VIH).
10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.
11. Derecho a la educación integral en sexualidad.
12. Derecho a los servicios de SSyR, que sean amigables para adolescentes y jóvenes, confidenciales, de calidad, gratuitos, oportunos y con pertinencia cultural.
13. Derecho a la identidad sexual, a construir, decidir y expresar nuestra identidad de género, orientación sexual e identidad política.
14. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción; en su diseño, implementación, evaluación y seguimiento.

ANTECEDENTES

Programas de salud sexual y reproductiva en el contexto internacional

Los servicios de SSyR en las y los adolescentes han surgido como una respuesta a la necesidad de brindar atención de calidad y respetuosa a los jóvenes en diferentes ámbitos de la salud. Algunos de los antecedentes de los servicios amigables incluyen:

1. La Declaración de los Derechos del Niño de la ONU en 1959 (Organización de las Naciones Unidas , s.f.), que establece que los niños tienen derecho a recibir atención médica y asistencia social adecuada
2. La Declaración de Alma-Ata en 1978 (OMS, 2012), que reconoce la importancia de la atención primaria de salud para garantizar el bienestar de las comunidades.
3. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994 (1995), que incluyó a los adolescentes como un grupo prioritario para la atención de salud reproductiva.
4. La Estrategia Mundial sobre Salud de los Adolescentes de la Organización Mundial de la Salud en (2006), que promueve servicios de salud accesibles y amigables para los jóvenes.
5. Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), de no discriminación y marginación.
6. Los ODS de la agenda 2030 (s.f.), que opera bajo el principio de “no dejar a nadie atrás” en el que busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, la igualdad empoderar a todas las mujeres y las niñas”.

Estos antecedentes han contribuido a la creación de servicios amigables que se centran en las necesidades específicas de los jóvenes, brindando información, educación y atención de calidad en un entorno respetuoso y confidencial.

Programas de salud sexual y reproductiva en el contexto nacional

Los primeros pasos en los programas para atender adolescentes en nuestro país se dieron en la década de los ochenta, según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2017) sucedieron en el siguiente orden.

1. En 1981 el IMSS creó el Departamento de Orientación y Educación Sexual para Adolescentes.
2. En 1984, la SS capacitó a personal de atención primaria de la salud en el país para que proporcionaran a las y los adolescentes orientación en sexualidad y planificación familiar.
3. En 1993, la SS en conjunto con organismos nacionales e internacionales analizaron la situación de la salud reproductiva del adolescente y promulgaron la Declaración de Monterrey.
4. En el año 2001, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) inició el Programa de Acción para Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PASA), atendiendo temas de salud sexual y reproductiva.
5. En el periodo 2007–2012, el CNEGSR lanzó el primer Programa de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.
6. En 2015, el Gobierno de México presentó ENAPEA, cuyo objetivo es evitar el embarazo en la segunda década de vida
7. En 2012, con la participación del UNFPA, se estructuró el MAISSRA con criterios de atención en el sector salud
8. En 2013 Modelo MAISSRA se institucionaliza en todos los estados donde operan los servicios amigables de la SSA.
9. En 2013, se cuenta con 1095 servicios amigables que ofrecen esta atención en áreas urbanas, rurales e indígenas.
10. En 2021 se reorientan las estrategias del ENAPEA fortaleciendo el papel de la educación integral en sexualidad, abatir la violencia sexual y de género.

Estudios sobre los programas de salud sexual y reproductiva en el contexto nacional

La ENAPEA (2017), expone que los programas de SSyR, enfocados a reducir los embarazos adolescentes, han sido evaluados por instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y éstas han encontrado áreas de mejora para alcanzar los resultados deseados, entre ellas destacan las siguientes conclusiones:

- No existe recurso económico suficiente para la implementación adecuada y mucho menos para su evaluación de los modelos que se proponen en los programas.
- Falta de participación de las y los adolescentes en el diseño y evaluación de políticas y programas dirigidas a ellas y ellos.
- Barreas burocráticas, legales y operativas dentro de los servicios para ser provistos del paquete básico de atención médica, entre ellas la disponibilidad de los métodos planificación familiar.
- La falta de servicios diferenciados para las y los adolescentes no escolarizados, desempleadas o empleadas, casadas, unidas o solteras, indígenas u otros segmentos diferenciados.
- Los medios de comunicación que no han tenido mayor impacto por la falta de continuidad y la poca difusión dirigida a esta población dejan de tener alcance para las adolescentes.
- Los servicios amigables implementados en nuestro sistema de salud distan de los criterios e indicadores de calidad, y no hay estricto apego a lo que plantean.
- Los componentes de la calidad de estos programas en los servicios de SSyR, no han sido evaluados rigurosamente.
- Se ha dado prioridad a la implementación de éstos sólo en el primer nivel de atención y no en el segundo nivel, donde se pormenoriza la atención como la anticoncepción y lactancia materna post evento obstétrico.
- La falta de inclusión de lugares estratégicos como las farmacias, donde existe mayor demanda de abastecimiento de los métodos anticonceptivos.
- Poco conocimiento del marco legal de los prestadores de los servicios de salud por lo que no garantizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes e incurrir en diferentes formas violencia.
- En el ámbito educativo, aunque se han anexado los temas de SSyR en el mapa curricular, los docentes no saben aterrizarlos a la fase práctica y terminan omitiendo los temas de

importancia. Esto conlleva también, a que no exista vinculación para el desarrollo de estos temas con los padres y madres y comunidad.

El Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP, investigó la calidad de los Servicios Amigables para Adolescentes en el estado de Morelos en 2018. Se analizó la calidad, la accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad/adaptabilidad, seguridad y continuidad de estos, a través de la técnica de usuario simulado en clínicas de primer nivel de Salud. Sus resultados, parecido a lo anterior y destacan: la actitud del personal como negativa en la experiencia de los adolescentes; existencia de barreras burocráticas para el acceso; falta de señalamientos en las clínicas; falta de privacidad y confidencialidad; así como fallas en la exploración física durante la consulta y falta de seguimiento de los motivos de consulta. Se demostró que las clínicas exclusivas de servicios amigables cuentan con mejores mecanismos estructurados que pueden ser implementados en las clínicas no exclusivas para mejorar el proceso de atención. Concluyeron en que la mayoría de los establecimientos visitados aun distan de cumplir con las características de amigabilidad de acuerdo con las recomendaciones internacionales (Pastrana Sámano, y otros, 2020).

De igual manera, en continuidad del estudio anterior, los autores resaltan otros resultados desde el enfoque cualitativo descriptivo, a través de 29 entrevistas semiestructuradas a adolescentes y 20 a personal de salud, en 11 unidades con servicios amigables, donde también analizaron la calidad de los servicios desde sus dimensiones de equidad, accesibilidad, aceptabilidad, efectividad y servicios apropiados. Desde la perspectiva de los entrevistados refirieron que los servicios de salud son equitativos. La población adolescente expuso que existen barreras burocráticas y el personal de salud resaltó sobre la existencia de barreras culturales en los servicios evaluados. Concluyeron que se encuentran áreas de oportunidades para mejorar la calidad de la atención en los servicios amigables para las y los adolescentes, en donde se minimicen los riesgos y se maximice el beneficio de goce pleno, responsable y saludable de la SSyR (Ibáñez Cuevas, Torres Pereda, Olvera García, Pastrana Sámano, & Heredia Pi, 2021).

Otro estudio financiado por el Fondo para el Fortalecimiento de la Investigación de la Universidad Autónoma de Querétaro mostró que, pese a que el ejercicio del derecho a la atención en salud adolescente está garantizado en las normas jurídicas, la posibilidad de que lo ejerzan de forma autónoma está obstaculizada por sus familias, los servicios y sus propias representaciones. De manera que, para mejorar las condiciones del acceso, es preciso

favorecer la autonomía de los adolescentes, por lo que se requiere de un trabajo mancomunado entre salud, educación y las familias; además, es necesario aumentar la oferta de servicios especializados (Garbus, Osornio Andrea, & Cabello, 2017).

Se ha evaluado también la calidad de la atención desde su dimensión interpersonal: el acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes en Monterrey, Nuevo León, México (González Almontes & De Jesús Reyes, 2022). Desde la percepción del usuario simulado y a través de un enfoque cualitativo, se encontró disparidad entre lo que plantean los componentes del MAISSRA y lo encontrado en la evaluación durante el trabajo de campo. Los resultados refieren que el principio de amigabilidad no ha logrado ser introyectado por los profesionales de la salud, puesto que aún existen barreras que limitan la accesibilidad, el trato y la atención, así como deficiencia en los trámites administrativos, falta de empatía para trabajar con adolescentes, falta de capacidades para otorgar un servicio amigable y, sobre todo, por los tabúes alrededor de la sexualidad. Es destacable también el desconocimiento por parte de las adolescentes de la existencia de servicios para la atención de la SSyR adolescente.

En el estado de Quintana Roo, también se analizaron los servicios amigables de todas las jurisdicciones, desde un enfoque cualitativo, específicamente los componentes MAISSRA: Acciones del Paquete Básico. Los resultados fueron una deficiente implementación de las acciones de prevención, atención y promoción del paquete básico de servicios establecidas en el modelo y que en consecuencia no impactan en la disminución de riesgos de embarazos en las adolescentes, incremento de riesgos de enfermedades de transmisión sexual y riesgo de muertes maternas (Subdirección de Prevención y Promoción a la Salud, 2019).

El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (Freyermuth Enciso, Argüello Avendaño, & Zarco Mera, 2014) se adentran al estado de Chiapas, una de las entidades con alarmantes índices de rezago en materia de SSyR, para evaluar los servicios amigables en adolescentes indígenas, con elevados índices de embarazos adolescentes y mortalidad materna. Sus resultados fueron los siguientes:

- Existencia de barrera comunicativa por la lengua materna tanto de las y los usuarios y del prestador de salud.

- Poca sensibilización del personal de salud en torno al respeto, confidencialidad y comprensión sobre la cultura local.
- Desconocimiento por parte de las y los adolescentes de todo lo que ofrecen los servicios amigables y no sólo políticas y talleres.
- Desinformación y poca sensibilización del equipo de salud de las unidades médicas, incluido el personal administrativo y de limpieza sobre las funciones de cada uno.
- Insuficiente material de apoyo para otorgar la consejería en SSyR.
- Falta de protocolo que permita asegurar la consejería de manera homogénea a todo joven que llegue.
- Poca disponibilidad de materiales sobre SSyR en lengua indígena en los servicios amigables.
- Deficiente accesibilidad en cuanto al horario de otorgamiento de los servicios.
- Falta de disponibilidad del preservativo femenino, materiales informativos sobre ITS y equipos tecnológicos para las actividades educativas atractivas para adolescentes.

En síntesis, retomamos de los estudios mencionados la evidencia de una deficiencia en la calidad de los servicios en su estructura, proceso y resultado, que propician los riesgos como los embarazos no planeados, ni deseados a temprana edad. Asimismo, la participación pasiva de las adolescentes en los programas y servicios de salud limita el conocimiento de la necesidad real de esta población en torno a su SSyR. Por último, los resultados de las investigaciones anteriores denotan incongruencias en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas sobre la SSyR para las y los adolescentes, es decir, no se pueden implementar programas sin tomar en cuenta todas las realidades de todos los actores implicados, sin los recursos y sin el seguimiento de monitoreo y evaluación del mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en contexto

Las y los adolescentes atraviesan por una importante y determinante etapa de transición, en donde experimentan una serie de cambios fisiológicos, cognitivos, sexuales y morales, que se viven según el contexto cultural y social. Cambios que según el UNFPA (s.f.), se está viendo afectada por una serie de riesgos en lo que refiere a la SSyR en esta población, como los son:

- El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual.
- La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo.
- La exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el Virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH) / (Sida).
- Complicaciones perinatales que conllevan a muertes maternas e infantil.
- Limitación del ejercicio de sus derechos humanos y derechos en torno a su SSyR.

Lo alarmante es que esos riesgos persisten en las regiones y países con menores índices de desarrollo humano. Después de África subsahariana, América Latina y el Caribe registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo (OMS, 2022). Al interior de la región, México ocupa el primer lugar en ocurrencia de embarazos en mujeres de 15 a 19 años dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021). De igual manera, en México, los estados con mayor porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes, muy por arriba de la media nacional (14.8%), ocurren en los estados de mayor precariedad y marginación como Chiapas (17.4%), Chihuahua (18.2%), Guerrero (18%), Durango (17.6), Puebla (17.5%), Tlaxcala (17%), Veracruz (16.9%) y Coahuila (16.6%) (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2022).

En Hidalgo, se registra el 14.5% de nacimientos registrados en madres adolescentes, similar a la media nacional. Aunque han sido referentes en las estrategias de reducción del embarazo, no se encuentra exento del panorama anterior dentro de sus municipios. En su informe de estrategias para la reducción del EA, como parte de Grupo Estatal Para la Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA) 2021, expone que en los municipios donde se registran altos

índices de embarazos en adolescentes, suceden en regiones indígenas como la Huasteca, la Sierra y la Otomí tepehua. Con cifras muy por encima de la media estatal y la media nacional como el municipio de Huazalingo con 28.3%, Huehuetla y Tepehuacán de Guerrero con 26.7%, Tlanchinol, Pisa flores y Tlahuiltepa con 25%, y catorce municipios más que se encuentran con más del 18% de nacimientos en adolescentes. (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2022).

Según la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFADEA, 2021) precisa las condiciones sociales, familiares y personales relacionadas con el fenómeno:

Factores reproductivos

- El 38.1% de las mujeres de 20 a 24 años presentó un embarazo en la adolescencia. La mayoría de estos ocurrieron en la adolescencia media (edad mediana de 17.8 años) y en general ese embarazo resultó en un hijo nacido vivo (82.0%) mediante un parto vaginal (68.4%).
- Los casos de cesárea (30.9%), se debieron principalmente a la detección de riesgos por complicaciones (64.8%), aunque un porcentaje importante también declaró la programación médica (26.8%).
- Las razones por las que sucedió el primer embarazo antes de los 20 años sobresalieron el hecho de no pensar que éste les pudiera ocurrir (31.5%). El principal efecto positivo de comenzar la vida reproductiva en la adolescencia fue lograr formar una familia, mientras que el mayor aspecto negativo fue dejar de estudiar.

Factores relacionados a la salud sexual y anticoncepción

- El 70.1% de las mujeres mexicanas de 20 a 24 años tuvo su primera relación sexual en la adolescencia; la mayoría de ellas la experimentó en la adolescencia media (51.9%) y principalmente con el novio. Sobresalen algunos casos donde las mujeres inician a edad más joven, asociados a parejas adultas, por unión conyugal o por convencimiento, coerción o franca violación.
- El 60.5% de las mujeres de 20 a 24 años, usó un método anticonceptivo en su primera relación sexual en la adolescencia, principalmente el condón (92.0%); a medida que incrementa la edad de iniciación sexual, también aumenta la proporción que utiliza algún

tipo de protección anticonceptiva. La mitad de las mujeres que inició su vida sexual en la adolescencia reportó usar consistentemente algún MAC; sobresalen el condón (68.0%) y los métodos hormonales (15.9%). La falta de planeación para tener relaciones sexuales es la principal razón por la que no se usa un MAC en la primera relación sexual (24.6%) y el no creer que podría quedar embarazada es el principal motivo para no usar consistentemente un MAC durante la adolescencia (20.2%).

Factores sociales e institucionales

- Las mujeres que se embarazaron en la adolescencia reportaron haber vivido en un contexto más precario que aquellas sin embarazo en esta etapa de la vida. La mayoría de ellas pertenecía al estrato social bajo, tenía menor acceso a servicios de salud, y cuando tenían derecho a servicios médicos, la mayoría de ellas se encontraba afiliada a servicios públicos como IMSS y Seguro Popular.
- Aproximadamente la mitad de aquellas que vivieron un embarazo en la adolescencia reportó residir en un hogar nuclear (51.0%), también sobresale la proporción de mujeres que habitaba en un hogar ampliado (44.4%), refiriendo al momento de la encuesta la posición de esposa o pareja del jefe del hogar (49.4%), de hija (29.4%) o de nuera (9.9%).
- Las condiciones materiales de su vivienda fueron más precarias en comparación con aquellas mujeres que no se embarazaron en la adolescencia, ya que se encontró una menor proporción que contaba con materiales firmes en paredes, techos y piso, así como con equipamiento, bienes y TIC.
- El 80.8% de las mujeres de 20 a 24 años tenían acceso a servicios públicos de salud en la comunidad donde vivían en la adolescencia. En torno a los servicios de SSyR se identificó que la mayoría nunca solicitó ni métodos anticonceptivos ni orientación en salud sexual (82.2%) y quien lo hizo acudió principalmente al centro de salud (39.1%) o al IMSS (34.8%). A 13.4% de las mujeres de 20 a 24 años que solicitaron servicios de SSyR durante la adolescencia les fue negado dicho servicio; la razón principal registrada fue que se consideraba que todavía no estaban en edad para usar anticonceptivos (21.2%).

Factores familiares y contextos de violencia

- Menores niveles de escolaridad de la madre y el padre de aquellas con un embarazo en la adolescencia, en comparación con quienes pospusieron el evento obstétrico hasta después de los 20 años. Las principales reacciones de estos ante el embarazo de su hija durante la adolescencia fueron de molestia, felicidad y apoyo. Como consecuencia del embarazo en la adolescencia, dos de cada cinco mujeres dejaron de vivir en el hogar familiar para coresidir con su pareja o con él y su familia. En relación con los antecedentes de madre adolescente, se identificó que 54.2% de las mujeres con embarazo en la adolescencia tuvo una madre que también experimentó un evento reproductivo en esta etapa de la vida.
- Las mujeres con embarazo en la adolescencia recibieron en menor medida información sobre sexualidad por parte de algún familiar durante la adolescencia en comparación con las mujeres sin antecedentes reproductivos en esta etapa de la vida. En ambos grupos, el principal familiar que habló sobre estos temas fue la madre. Asimismo, las proporciones de mujeres que recibieron la información de manera negativa: penosa, prejuiciosa, burlona y regañona fueron mayores entre aquellas con embarazo antes de los 20 años. Por lo que toca a las opiniones de los padres sobre las relaciones sexuales prematrimoniales, sobresale el hecho de que no se hablaba de “eso” en casa (45.4%), mientras que, en el caso de la madre, las principales razones se distribuyen entre: no se hablaba de “eso” (25.2%), que se cuidara (19.6%) y que es importante llegar virgen al matrimonio (11.8%).
- Las mujeres con embarazo en la adolescencia estuvieron más expuestas a episodios de violencia intrafamiliar y/o de pareja. De manera particular, la violencia psicológica fue ejercida principalmente por el padre; la física, por la madre; la económica, por el tío/a; la patrimonial, por la madre, y la sexual, por el tío/a y primo/a, pero también por el padrastro o el hermano.

Factores con relación a su pareja y paternidad en la adolescencia

- El 37.4% de las mujeres mexicanas de 20 a 24 años tuvo su primera unión conyugal en la adolescencia; la mitad de ellas se unió o casó en la adolescencia tardía (49.9%) y 84.3% del total de ellas se embarazó en esta etapa de la vida.
- Casi el 60% de las mujeres que se unieron en la adolescencia temprana lo hicieron con una persona de 20 y hasta 45 años; la mayoría de las que se unieron en la adolescencia media realizaron esta transición con un adolescente, y aquellas que se unieron en la

adolescencia tardía lo hicieron, en su mayoría, con una persona cercana a su edad. Sobresalen, en las mujeres que se embarazaron antes de los 15 años, los casos de embarazo con un amigo, familiar, desconocido, amante o exnovio (26.6%).

Factores educativos y trabajo doméstico

- El 71.0% de las mujeres que se embarazaron en la adolescencia no se encontraban estudiando cuando ocurrió su embarazo. En general, estas mujeres declararon un menor nivel educativo al momento de la encuesta en comparación con aquellas sin embarazo en la adolescencia. La mitad de ellas salió por primera vez de la escuela a los 16.2 años, principalmente por cuestiones económicas (23.7%). Este grupo de mujeres recibió menor información sobre sexualidad en la escuela.
- La mayoría de las mujeres con un evento obstétrico en la adolescencia se encontraba fuera de la escuela debido a que habían abandonado los estudios (77.3%). Independientemente de la experiencia reproductiva, 11.9% de las mujeres de 20 a 24 años suspendió temporalmente los estudios en algún momento de su vida, para luego regresar.
- La interrupción escolar de las adolescentes embarazadas ocurrió en promedio a los 15.2 años, en los niveles educativos de media superior o menos; los principales motivos se debieron a que no quiso seguir estudiando o no le gustó estudiar (24.2%) o por un embarazo (19.2%). Estas mujeres tardaron, en promedio, 22 meses en regresar a la escuela y la principal razón para retornar a ella se debió a que recibieron apoyo por parte de sus padres (30.8%).
- Cerca de una de cada diez mujeres de 20 a 24 años se ha llegado a desempeñar como empleada doméstica en su primer empleo; su edad mediana se situó en 16.4 años. Prácticamente todas recibieron una paga, pero casi ninguna contó con derecho a servicios médicos (96.6%). Asimismo, 91.0% y 36.4% de las mujeres mexicanas realizaron actividades domésticas y de cuidados de familiares cuando ellas tenían 15 años.

Es notable que en torno al embarazo adolescente no sólo a nivel familiar y personal las adolescentes carecen de las condiciones para evitarlo, sino que los servicios de salud que deberían proporcionar información y atención de calidad escasamente responden a las necesidades de este grupo poblacional. Este hecho al parecer ocurre en todos los contextos, sin embargo, son las adolescentes más empobrecidas las que padecen con mayor énfasis las

consecuencias de un embarazo a temprana edad. De allí que resulta indispensable evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva dirigido a las adolescentes a fin de identificar las áreas de oportunidad y la fortaleza de los servicios con miras a disminuir la incidencia del embarazo y a procurar la salud y el desarrollo ideal de las jóvenes.

Por todo lo anterior, el sistema de salud es un sector clave que contribuye a la disminución de embarazos e incide en las condiciones que garanticen los DH y derechos reproductivos de las y los adolescentes. Aunque existen servicios de SSyR con el distintivo de servicios amigables distan mucho de ofrecer verdaderos servicios de calidad, pues se reconocen deficiencias en cuanto a su estructura, procesos y resultados con poco impacto.

México cuenta con un Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y de ella deriva la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2017), que está inserta en el marco de los DH, el de las niñas, niños y adolescentes, los derechos a la SSR y a una vida libre de violencia, así como el derecho a participar en el proceso de desarrollo, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas.

De la misma manera, se plantean diversos modelos que buscan encaminar los objetivos y estrategias en pro de la SSyR de las adolescentes embarazadas. El MAISSRA, el cual se alinea a los compromisos del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 y la ENAPEA.

Sin embargo, en un primer análisis coordinado por el Colegio de México (COLMEX) sobre la implementación ENAPEA, se encontraron las siguientes áreas de oportunidad: 1) capacidades burocráticas insuficientes, los recursos financieros, de infraestructura y de personal necesarios para implementar la estrategia son insuficientes y dispersos y que no necesariamente corresponden al enfoque de derechos sexuales y reproductivos. 2. Fallas en la coordinación Intersectorial e intergubernamental que persisten en la implementación de la ENAPEA, los objetivos no son claros entre los distintos sectores y órdenes de gobierno, y en algunos casos difieren del objetivo plasmado por ENAPEA. Destacan que la participación de grupos de adolescentes, comunidad y sociedad civil son muy bajos o nulos por la poca o falta de convocatorias y bajos recursos económicos; y cuando sucede, sólo lo hacen en la parte de la ejecución y no en el diseño. Las desigualdades territoriales y socioeconómicas, la migración, así como los usos y costumbres en el plano local son también factores que impiden el logro de la ENAPEA (Arvizu Reynaga, del Cid, Flamand , & Olmeda, 2022).

Por lo anterior, resulta de suma importancia contribuir a ampliar el panorama sobre el impacto real, los beneficios o la pertinencia del modelo implementado en los servicios de salud, tomando en cuenta el contexto sociocultural y económico, es decir, hasta qué punto la calidad que describen estos programas amigables responde o está relacionada con la percepción y las necesidades del adolescente. Se plantea abordar el problema desde un enfoque de investigación de corte cuantitativo, al evaluar los servicios de salud se logrará una apreciación más completa de la manera en que se están prestando esos servicios y cuáles están siendo sus resultados.

Derivado de lo anterior, la presente investigación pretendió conocer hasta qué punto se garantizan y se protege la SSyR de las y los adolescentes como un derecho humano, tomando en cuenta la calidad de los servicios ofertados, sus características y condiciones, la percepción del personal médico y de las propias usuarias adolescentes. En síntesis, la pregunta central a la que hemos tratado de dar respuesta refiere:

¿Cuál es la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas en Pachuca de Soto, Hidalgo?

JUSTIFICACIÓN

Diversos estudios coinciden en que existe una falta de cumplimiento del derecho a la garantía y protección a la salud que establecen las políticas y programas gubernamentales, así como de asegurar y garantizar no sólo el acceso efectivo de los servicios de salud, sino que también sean de calidad. Se han analizado ciertos elementos y componentes de la calidad de los servicios de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva en las adolescentes embarazadas y que sustentan la necesidad de abordar este problema de salud pública.

Los objetivos de desarrollo sostenible, en el objetivo de salud bienestar, busca garantizar acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. En respuesta a los ODS 2030, se implementan programas que apoyan a la SSR pero que requieren ser evaluados para medir su impacto y pertinencia y así ampliar la visión integral y mejorar la calidad con que se brindan los servicios a las adolescentes embarazadas, sobre todo en contextos de vulnerabilidad y pobreza.

Es de suma importancia resaltar que la situación de las adolescentes embarazadas representa un problema de salud pública, puesto que las coloca en situaciones de vulnerabilidad, debido a las brechas de desigualdad, discriminación y violación a sus DH y reproductivos. Se trata de adolescentes con poco o nulo desarrollo humano debido a las bajas probabilidades de reintegrarse al ámbito educativo y, por lo tanto, con menos oportunidades laborales y menos remuneración, lo cual perpetua un ciclo de pobreza, marginación, exclusión, estigma y discriminación por la condición resultante.

En México, ese problema de salud pública en relación con las altas cifras de embarazos en adolescentes, lo posiciona en primer lugar dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021). Al interior del país, los estados con mayor porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes suceden en los lugares con menores índices de desarrollo humano, con más precariedad y marginación, donde se muestran cifras muy por arriba de la media nacional (14.8%), como Chiapas (17.4%), Chihuahua (18.2%), Guerrero (18%), Durango (17.6), Puebla (17.5%), Tlaxcala (17%), Veracruz (16.9%) y Coahuila (16.6%) (GIRE, 2022).

Este trabajo de investigación constituye entonces una vía para ampliar el panorama de la calidad de la atención de los SSyR que se ofrecen a las adolescentes embarazadas. La

investigación científica sobre la calidad de la atención en los SSyR SSyR desde la perspectiva de todos actores, principalmente el de las adolescentes, enriquece y genera información que permiten tomar decisiones específicas y oportunas en torno a la salud de este grupo poblacional.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la calidad de la atención en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes embarazadas en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población según las variables tiempo, lugar y persona.
2. Analizar los componentes de la calidad de la atención en los SSR desde la percepción de las adolescentes embarazadas, del personal de salud y a partir de la evaluación de la unidad de salud y sus procesos de atención.
3. Determinar la correlación de la calidad de la atención en los SSR entre la percepción de las adolescentes embarazadas, el personal de salud y la unidad de salud y sus procesos de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño del estudio

El estudio es de tipo cuantitativo, con diseño observacional, descriptivo de carácter transversal.

Lugar, población y muestra

El estudio se realizó en Pachuca Hidalgo durante el periodo del 2021 y 2022, en dos unidades de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria del Estado, que cuentan con servicios amigables de salud.

La población seleccionada es aquella que participa en el programa de salud sexual y reproductiva y está conformada por dos grupos:

- Adolescentes embarazadas o con embarazo previos de 10 a 19 años, en el periodo 2021-2022.
- Personal de salud responsable de la atención de los servicios amigables (médico, enfermeras, promotor de salud, trabajo social).

Criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión

- Adolescentes 10 a 19 años embarazadas o con embarazo previos durante el periodo 2021-2022.
- Adolescentes que se encuentren en el censo de la unidad de salud.
- Personal de salud que brinde atención en los servicios amigables.

Criterios de exclusión

- Adolescentes y personal de salud que no deseen participar.
- Adolescentes con afecciones de sus facultades mentales.
- Adolescentes que no obtengan consentimiento de los padres.

Criterios de eliminación

- Aquellas encuestas que resultaron incompletas al momento de capturar los datos.
- Adolescentes y personal de salud que aceptaron participar y se retiraron de manera voluntaria.

Técnica e Instrumentos

Se calculó una muestra no probabilística intencionada, se seleccionó el Centro de salud La Calera y Centro de salud La Providencia, unidades que cuentan con aproximadamente 30 adolescentes embarazadas registradas en el censo de la unidad y con 13 personal de salud que provee servicios amigables.

Se hizo un acercamiento a la jurisdicción donde se llevó a cabo el estudio. Se explicó el proyecto al personal de salud y a las adolescentes.

La técnica de recolección de los datos cuantitativos se realizó a través de encuestas al personal de salud, a las adolescentes, revisión de fuentes secundarias como los expedientes clínicos y observación del escenario. En estos últimos, se verificó las características de la unidad como parte del componente estructura y los expedientes clínicos de las adolescentes entrevistas como parte del componente proceso.

El instrumento de recolección de datos fue a través de encuestas con respuestas en escala de Likert, con un Alpha de Cronbach de 0.9% de fiabilidad. Con 34 ítems dirigida a adolescentes y 40 ítems en la encuesta dirigida al personal de salud. Los ítems estructurados de acuerdo con los componentes de la calidad de la atención con sus respectivos indicadores: del componente estructura con sus indicadores de accesibilidad, disponibilidad, adaptabilidad; del componente proceso con sus indicadores de seguridad, servicio centrado en el paciente, calidad y continuidad; y del componente resultado con sus indicadores de eficacia y efectividad.

Se utilizaron dos listas de cotejo con ítems de respuestas dicotómicas y espacio de observaciones de la entrevistadora, relacionadas con la infraestructura y equipos existentes de la unidad. La segunda lista de cotejo consta de ítems relacionadas con los expedientes clínicos adolescentes que se encuentren dentro del censo de la unidad de salud. Ambas listas de cotejo forman parte de la evaluación de la estructura, proceso y resultado de la calidad.

Cabe mencionar que la lista de cotejo del expediente clínico responde a la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (Secretaría de Salud, 2012).

Análisis

Los resultados obtenidos de ambos métodos fueron sometidos a análisis de estadística descriptiva e inferencial, con el programa SPSS20, y descritos acorde a los componentes y dimensiones de la calidad propuestos en el estudio de investigación.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El proceso de investigación en su conjunto contempló las condiciones éticas básicas.

Se comunicó previamente a los y las participantes de los propósitos del estudio y el uso estrictamente académico que se hizo de sus respuestas, opiniones y puntos de vista.

Para efectos de este trabajo de investigación se tomaron en cuenta los aspectos éticos establecidos en la Ley General de Salud (H Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 1984), en Materia de Investigación, primeramente, con base al artículo 17, este trabajo se categoriza sin riesgo.

Toma en cuenta:1) Respeto a la dignidad humana 2) Confidencialidad 3) Riesgo de la investigación 4) Abandono de la investigación por riesgo y 5) Consentimiento informado.

En este último, para garantizar la confiabilidad y transparencia en el uso de la información se diseñó, se aplicó una “carta de consentimiento informado”, y se entregó a las y las adolescentes y personal de salud que participó, ante un uso indebido de la información por parte de la investigadora.

RESULTADOS

Se describen los resultados desde la perspectiva del personal de salud y de la adolescente, según cada uno de los componentes de la calidad de la atención de los centros de salud con servicios amigables.

Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva del personal de salud

A continuación, se presentan los datos referentes al perfil del personal de salud; edad, sexo, años laborando, cargo y perfil, considerando que dichas características pueden ser determinantes en términos analíticos para el problema de investigación.

Tabla 2

Caracterización de la población. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Variable	Porcentaje
Sexo	8% Hombre
	92% Mujer
Edad	Mínima: 21 años
	Máxima: 54 años
	Media: 27 años
	Promedio de edad: 38 años
Años laborando	61% menos de 2 años
	8% 3 a 5 años
	31% más de cinco años
Cargo	92% Personal operativo
	8% Responsable de servicio
Perfil	39% pasantes de enfermería y medicina
	31% Lic. en Enfermería
	23% Lic. Médico Cirujano
	7% Otros profesionales de la salud
Población total: 13	

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Las mujeres son las que fundamentalmente se encuentran a cargo de la atención de los servicios amigables (92%). La edad media del personal que labora en la atención de los servicios amigables es de 27 años. Del total del personal, el 61% tiene menos de dos años laborando, el 8% de 3 a 5 años y el 31% más de cinco años. El 92% es personal operativo y 8% responsable de los servicios amigables. El 39% son pasantes de enfermería y medicina,

31% Lic. en Enfermería, 23% Lic. Médico cirujano y sólo un 7% cuenta con otro perfil (nutrióloga, psicóloga, administradores, etc.).

Tabla 3

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-accesibilidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Accesibilidad	Geográfica	39% Poco accesible
		61% Muy accesible
	Horario de atención	23% Poco accesible
		77% Muy accesible
	Señalética de los servicios amigables	100% Si
	Información sobre Servicios de SSyR	8% No
		92% Si
	Conocimiento sobre red de intervención especializada	15% No
		85% Si
	Atención multidisciplinaria	97% No
3% Si		
Servicios móviles	77% No	
	23% Si	
Costo del servicio	100% No	
Población total: 13		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En relación con el indicador accesibilidad del componente estructura, el 61% del personal de salud refiere que los servicios amigables para la atención en la adolescente embarazada son muy accesibles geográficamente y el 39% refiere poco accesible. El 77% menciona que el horario es accesible contrario al 23% que indica lo contrario. En torno a la señalética de los servicios, el 100% del personal respondió que si se cuenta con ellas. La mayor parte del personal de salud (92%), dice que informan a las adolescentes sobre los servicios de SSyR. El 85% tiene conocimiento sobre la red de atención especializada y el 100% afirma que los servicios de SSyR no tiene ningún costo. Sin embargo, el 77% señala que no cuentan con servicios móviles y el 23% que sí. De igual manera, el 97% indicó que no cuentan con suficiente personal de salud para brindar atención multidisciplinaria.

Tabla 4

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-disponibilidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje	
Disponibilidad	Existencia de equipos médicos	8% Nada	
		38% Poco	
		5% Mucho	
	Existencia de medicamentos	8% Nada	
		15% Poco	
		77% Mucho	
	Existencia de métodos anticonceptivos	23% Poco	
		77% Mucho	
	Existencia de material educativo	39% Poco	
		61% Mucho	
	Población total: 13		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En cuanto a la disponibilidad, de acuerdo con la suma del porcentaje de todos los indicadores entre la división de los mismos, el 67% del personal de salud refiere mucha disponibilidad de equipos médicos, medicamentos, métodos anticonceptivos y material educativo. Por su parte, el 29% menciona poca disponibilidad y el 4% con nada de disponibilidad.

Tabla 5

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-adaptabilidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Adaptabilidad	Consultorio exclusivo	77% No
		23% Si
	Adecuación del espacio (privacidad)	8% Nada adecuado
		61% Poco adecuado
		31% Muy adecuado
	La sala de espera es acogedora con materiales educativos sobre SSyR	8% Nada acogedor
		61% Poco acogedor
		31% Muy acogedor
	Población total: 13	

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Respecto al componente adaptabilidad, el 77% del personal de salud, menciona que los consultorios no son exclusivos. El 31% refiere que los espacios en cuanto a privacidad son muy adecuados, el 61% poco adecuado y el 8% nada adecuado. Sobre las características de

la sala de espera que debe ser acogedora con materiales educativos el 31% dice que es muy acogedora, el 61% poco acogedora y el 8% nada acogedora.

Tabla 6

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-seguridad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Seguridad	Existencia de diagnóstico situacional de salud de las AE	31% No
		69% Si
	Conocimiento del diagnóstico situacional de salud de las AE	69% No
		31% Si
	Conocimiento de la normativa para la atención en SSyR a las AE	15% Nada
		46% Poco
		39% Mucho
	Conocimientos competentes	31% Poco
69% Mucho		
Población total: 13		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En torno a la seguridad en los procesos de la atención, referente a la existencia y conocimiento de un diagnóstico situacional de salud de las AE, el 69% expresa que si existe un diagnóstico y el 31% que no. Sin embargo, el 69% no conoce el diagnóstico de salud de las AE, y el 31% refiere que sí. También, el 39% menciona que tiene mucho conocimiento de la normativa para la atención en SSyR a las AE, el 46% poco conocimiento y el 15% nada de conocimiento. Sobre los conocimientos competentes del personal de salud, el 69% considera ser muy competente el 31% poco competente.

Tabla 7

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-servicio centrado en el paciente. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Servicio centrado en el paciente	Colaboración de otros profesionales en la atención de la AE	54% A veces
		46% Siempre
	Participación AE en la elaboración del programa en SSyR	8% No sabe
		77% A veces
		15% Siempre
	Ideas y decisiones de las AE en los programas de SSyR	85% No
		15% Si
	Colaboración con representantes de las AE en actividades de SSyR	46 % Nunca
		39% A veces
		15 % Siempre
	Colaboración con otras instituciones para la atención de las AE en SSyR	46% Nunca
		46% A veces
		8% Siempre
	Colaboración con los padres de familia en actividades en SSyR para las AE	46% Nunca
		46% A veces
8% Siempre		
Participación en los encuentros de intercambios de experiencias de adolescentes	39% Nunca	
	46% A veces	
	15% Siempre	
Población total: 13		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En el indicador servicio centrado en el paciente del componente proceso, el 46% del personal de salud indica que colabora con otros profesionales en la atención de la AE, el 56% a veces. El 15% expresa que las adolescentes siempre participan en la elaboración del programa en SSyR, el 77% dice que a veces y el 8% no sabe si participan. Con relación a la colaboración con representantes de las AE y con los padres de familia en actividades de SSyR y con otras instituciones para la atención de las AE, según la suma del porcentaje de estos indicadores entre la división de los mismos, el 10% dice que siempre hay colaboración, el 44% expresa poca colaboración y el 46% del personal de salud dice que nunca. Y referente a la participación del personal de salud en los encuentros de intercambios de experiencias de adolescentes, el 15% dice participar siempre, el 46% a veces y el 39% nunca.

Tabla 8

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-calidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Calidad	Tiempo dedicado a la consulta	15% Nada suficiente
		77% Poco Suficiente
		8% Muy Suficiente
	Provisión de la gama de SSyR	15% Nada suficiente
		39% Poco suficiente
		46% Muy Suficiente
	Utilización de estrategias de IEC para promover la SSyR para la AE	69% A veces
		31% Siempre
	Utilización de recursos didácticos para promover la SSyR para la AE	77% A veces
		23% Siempre
	Utilización de estrategias y técnicas de IEC en AE indígenas, analfabetos, LGBTTTIQ	31% Nunca
		54% A veces
15% Siempre		
Población total: 13		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En el indicador calidad, el 8% del personal de salud considera muy suficiente el tiempo dedicado a la consulta, el 77% poco suficiente y el 15% nada suficiente. La provisión de servicios en SSyR el 46% expone que es muy suficiente, el 39% poco suficiente y el 15% nada suficiente. Sobre la utilización de estrategias y recursos de IEC para promover la SSyR para las AE, el 31% del personal de salud siempre las promueve y el 69% a veces. En cuanto al uso de los recursos didácticos para promover la SSyR para la AE, el 23% siempre las utiliza y el 23% a veces los utiliza. Y sobre la utilización de las estrategias y técnicas de IEC para adolescentes, analfabetos o con alguna orientación sexual, 15% siempre las usa, el 54% a veces y el 31% nunca las ha utilizado.

Tabla 9

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-continuidad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Continuidad	Continuidad en las consultas subsecuentes en las AE	46% A veces
		54% Siempre
	Asistencia a citas programadas de las AE	62% A veces
		38% Siempre
Población total: 13		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

El 46% del personal de salud indica que las adolescentes durante su embarazo a veces regresan a sus citas para dar continuidad al control de su embarazo, sin embargo, el 54% menciona que sí cumplen continúan con su control prenatal. El 62% comparte que las AE a veces asisten a sus citas programadas y el 38% siempre.

Tabla 10

Calidad de la atención en SSyR: componente resultado-eficacia y efectividad. Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Eficacia y efectividad	Conocimientos de herramientas de evaluación de la atención en SSyR a la AE	39% No
		61% Si
	Participación en evaluaciones sobre la calidad de la atención de los SSyR a las AE	23% Nunca
		54% A veces
		23% Siempre
	Resultados de impacto de desempeño en la atención en SSyR para la AE	77% No
		23% Si
	Resultados de impacto de actividades de IEC en SSyR para la adolescente embarazada	70% No
		30% Si
	Difusión de resultados de la calidad de la atención con las AE y comunidad	69% No
31% Si		
Participación de las AE en el monitoreo de la calidad de la atención de los servicios de SSR	39% No	
	61% Si	
Mecanismo de transparencia y confidencial de quejas para las AE	15% No	
	85% Si	
Población total: 13		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta al Personal de salud de los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

De acuerdo con el indicador de eficacia y efectividad, el 61% dice tener conocimientos de herramientas de evaluación de la atención en SSyR que brindan a la AE, contrario al 39% que no tiene conocimiento. El 23% del PS no participa en valuaciones, el 54% a veces y el 23% siempre. Sobre la existencia de resultados de evaluaciones del desempeño en la atención en SSyR que brindan a la AE, el 77% refiere no contar con ellos, y sobre el impacto de actividades de IEC en SSyR para la AE el 70% tampoco dispone de ello. En torno a la difusión de los resultados de la calidad de la atención con las AE y con la comunidad, el 69% no lo difunde y el 31% sí. Al preguntarles sobre la participación de las AE en el monitoreo de la calidad de los servicios en SSyR, el 39% dijeron no participar y el 61% sí. El 85% del PS afirma que si existe un mecanismo de transparencia y confidencial de quejas para las AE y el 15% que no.

Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de la adolescente

Se presentan los datos referentes al perfil de la adolescente, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación, composición familiar, escolaridad, unidad de salud, derechohabiencia, condición obstétrica, número de embarazo y edad del primer embarazo considerando que pueden ser determinantes en términos analíticos para el problema de investigación.

Tabla 11

Caracterización de la población. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Variables	Porcentaje		
Estado civil	20% Soltera		
	7% Casadas		
	73% Unión libre		
Nivel socioeconómico	77% nivel medio		
	23% nivel bajo		
Ocupación	63% Empleada doméstica		
	20% Empleo informal		
	17% Comerciante		
Composición familiar	50% Nuclear simple		
	17% Nuclear numerosa		
	3% Reconstruida binuclear		
	3% Monoparental		
	7% Monoparental extensa		
	20% Extensa		
Escolaridad	17% Primaria		
	60% Secundaria		
	23% Preparatoria		
Unidad de salud	77% C.S. La Calera		
	23% C.S. La providencia		
Derechohabiencia	74% INSABI/Seguro Popular		
	3% IMSS		
	23% Ninguno		
Condición obstétrica	100% Etapa reproductiva		
	93% Primípara		
	7% Multípara		
Número de embarazo	93% Primípara		
	7% Multípara		
Edad del primer embarazo	Promedio de edad: 16 años	3% 13 años	40% 18 años
	Moda: 18 años	13% 15 años	3% 19 años
	Mediana: 17 años	17% 16 años	
	Rango: Min: 13 años/ Max: 19 años	24% 17 años	
Población total: 30			

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Del total de las adolescentes, el 73% se encuentra en unión libre, el 20% soltera y el 7% casada. El 77% de ellas pertenece a un nivel socioeconómico medio y el 23% a un nivel bajo. El 63% es empleada doméstica, 20% se dedica al empleo informal y el 17% se dedica al comercio. El 50% de las adolescentes viene de una composición familiar nuclear simple, el 17% de una familia nuclear numerosa, el 3% de una familia Reconstruida binuclear, el 3% de las adolescentes pertenece a la familia monoparental, el 7% monoparental extensa y el 20% de una familia extensa. El 60% de ellas sólo cuenta con estudios de secundaria, 23% con preparatoria y 17% en nivel primaria. El 77% de las adolescentes pertenecen al Centro de Salud La Calera y el 23% al Centro de Salud La Providencia. En cuanto a la derechohabiencia, el 74% cuenta con INSABI/SP, 3% IMSS y el 23% sin ningún seguro de salud. Actualmente, todas las adolescentes se encuentran en etapa reproductiva. El 93% con antecedente de un embarazo y el 7% múltipara. El promedio de edad del primer embarazo de las adolescentes fue a los 16 años, la edad mínima a las 13 años y edad máxima a los 19 años. La mayoría de los embarazos se concentraron en la etapa tardía en un 67%.

Tabla 12

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-accesibilidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Accesibilidad	Geográfica	10% Nada accesible
		27% Poco accesible
		63% Muy accesible
	Horario de atención	13% Poco accesible
		87% Muy accesible
	Señalética de los servicios amigables	3% No sabe/NA/No respondió
		17% No
		80% Si
	Información sobre Servicios de SSyR	20% No
		80% Si
	Conocimiento sobre red de intervención especializada	17% No
		83% Si
	Atención multidisciplinaria	40% No
		60% Si
Servicios móviles	100% No	
Costo del servicio	97% No	
	3% Si	
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En los resultados obtenidos en el componente estructura en su indicador accesibilidad, desde la perspectiva de las adolescentes, el 69% de ellas refieren que los servicios amigables son

accesibles geográficamente, el 27% poco accesible y el 10% nada accesible. En cuanto al horario de atención, el 87% señala que es muy accesible y el 13% poco accesible. La accesibilidad a través de la señalética de los servicios amigables, el 80% de las AE dijeron que, si existía, el 17% que no y el 3% No sabía. Con relación a la accesibilidad a la información sobre los servicios de SSyR, el 80% dijeron tener acceso y el 17% que no. El 83% de ellas dijeron haber sido informada sobre la red de atención especializada y el 17% no estar informada sobre esa red. El 60% de las AE, expresó que sí recibió atención multidisciplinaria y el 40% que no lo recibió. El 100% de ellas aseguró que no sabía sobre la existencia de servicios móviles. Y finalmente, referente a los costos del servicio, el 97% dijeron que no y un 3% que sí.

Tabla 13

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-disponibilidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Disponibilidad	Existencia de equipos médicos	7% No sabe/NA/No respondió
		17% poco
		77% Mucho
	Existencia de medicamentos	7% No sabe/NA/No respondió
		20% Poco
		73% Mucho
	Existencia de métodos anticonceptivos	10% No sabe/NA/No respondió
		3% Nada
		87% Mucho
	Existencia de material educativo	7% No sabe/NA/No respondió
		10% Nada
		16% Poco
67% Mucho		
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Sobre la disponibilidad de equipos médicos, en los servicios amigables, el 77% de las adolescentes embarazadas expresaron que existe mucha disponibilidad, el 17% poco y el 7% dijeron que no tenían equipos médicos. El 73% mencionó que había mucha disponibilidad de medicamentos, el 20% poco y el 7% no sabía. Asimismo, el 87% dijeron que había mucha disponibilidad de métodos anticonceptivos y el 67% señaló que existía mucho material educativo, 16% poco material y el 10% dijeron que nada y el 7% no sabía.

Tabla 14

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-adaptabilidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Adaptabilidad	Consultorio exclusivo	77% No
		23% Si
	Adecuación del espacio (privacidad)	100% Muy adecuado
	La sala de espera es acogedora con materiales educativos sobre SSyR	3% Nada acogedor
		84% Poco acogedor
	13% Muy acogedor	
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En cuanto a la adaptabilidad, el 77% de las adolescentes hicieron mención que no son servicios amigables porque no existe un consultorio exclusivo, y el 23% dijeron que si son exclusivos. Por otro lado, dijeron que, aunque los consultorios no son exclusivos, el 100% de ellas dijeron que los espacios en donde las atendieron se aseguró la privacidad. El 84% de las AE señaló que las salas de esperan eran poco acogedoras porque no había materiales educativos en SSyR, el 3% nada acogedor y el 13% dijeron que muy acogedor.

Tabla 15

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-seguridad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Seguridad	Información sobre derechos a una atención garantizada, oportuna y segura	63% Si
		37% No
	Conocimientos competentes	93% Si
		7% No
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Las respuestas del 63% de las adolescentes expresó que el personal de salud si le informó sobre sus derechos a una atención garantizada, oportuna y segura y el 37% dijeron que no le informaron. El 93% de las adolescentes percibió conocimientos competentes por parte del personal de salud y el 7% dijeron que no eran competentes.

Tabla 16

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-servicio centrado en el paciente. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Servicio centrado en el paciente	Participación con ideas y decisiones en la elaboración del programa en SSyR	100% No
	Participación y/o colaboración como representante de las AE en actividades de SSyR	100% No
	Participación de los padres en actividades de SSyR para las AE	20% No sabe/NA/No respondió
		80% No
	Participación en los encuentros de adolescentes para exponer e intercambiar experiencias en torno a la SSyR	100% No
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Con relación a los servicios amigables centrados en la adolescente el 100% de las adolescentes dijeron no participar con ideas y decisiones en la elaboración del programa en SSyR, ni participar y/o colaborar como representante de las AE en actividades de SSyR y tampoco participar en los encuentros de adolescentes para exponer e intercambiar experiencias en torno a la SSyR. De igual manera, la mayoría de las AE, el 80% dijeron que sus padres nunca han participado en actividades de SSyR para las AE y el 20% dijeron no saber si sus padres han participado.

Tabla 17

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-calidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Calidad	Tiempo dedicado a la consulta	3% Nada suficiente
		14% Poco Suficiente
		83% Muy Suficiente
	Provisión de la gama de SSyR	33% Nada suficiente
		50% Poco suficiente
		17% Muy Suficiente
	Utilización de estrategias de IEC para promover la SSyR para la AE	24% Nunca
		53% A veces
		23% Siempre
	Utilización de recursos didácticos para promover la SSyR para la AE	13% Nunca
		40% A veces
		47% Siempre
Utilización de estrategias y técnicas de IEC en AE indígenas, analfabetos, LGBTTTIQ	17% No sabe	
	80% No	
	3% Si	
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En cuanto al tiempo dedicado a la consulta, la mayoría de las adolescentes, 83% dijeron que fue muy suficiente, el 14% poco suficiente y el 3% nada suficiente. Sobre la gama de servicio que debieron recibir, el 17% dijeron que fue muy suficiente, el 17% poco suficiente y el 33% nada suficiente. En cuanto a las estrategias de IEC sobre SSyR, el 23% mencionaron que siempre las informaron, educaron y comunicaron temas de SSyR, el 53% dijeron que a veces y el 24% que nunca recibieron información ni educación sobre SSyR. El 47% de ellas dijeron que, si utilizaban recursos didácticos para promover su SSyR, el 40% que a veces lo utilizaron y el 13% expresó que nunca utilizaron recursos didácticos. Sobre la utilización de estrategias y técnicas de IEC con AE indígenas, analfabetos, LGBTTTIQ, el 80% dijeron no ver esas estrategias, el 3% si y el 17% no sabe.

Tabla 18

Calidad de la atención en SSyR: componente proceso-continuidad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Continuidad	Continuidad en las consultas subsecuentes	4% Nunca
		27% A veces
		70% Siempre
	Asistencia a citas programadas	13% A veces
87% Siempre		
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En cuanto a la continuidad de las consultas, referente al seguimiento y vigilancia de su embarazo, el 70% señaló que siempre hubo continuidad en su control prenatal, el 27% a veces y el 4% nunca. El 87 dijeron que siempre asistió a sus consultas programadas, y el 13% a veces asistió a sus citas programadas.

Tabla 19

Calidad de la atención en SSyR: componente resultado-eficacia y efectividad. Adolescentes embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Eficacia y efectividad	Participación en evaluación de la atención en los SSyR	100% No
	Resultados de impacto de desempeño en la atención en SSyR	100% No
	Resultados de la calidad de la atención de la AE con la comunidad	27% No
		73% No sabe/NA/No respondió
	Cobertura de las necesidades en SSyR de la AE	33% Nunca
		67% A veces
	Satisfacción de la atención recibida en los SSyR	27% Poco satisfecho
		73% Muy satisfecho
	Mecanismo de transparencia y confidencial de quejas	26% No sabe/NA/No respondió
		27% No
47% Si		
Población total: 30		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos encuesta a las adolescentes embarazadas que recibieron servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Respecto al componente de resultados, específicamente sobre la participación de las adolescentes en las evaluaciones de la atención brindada a ellas en los SSyR, el 100% refirió no participar. El 100% dijeron no tener resultados de evaluación de la calidad de la atención que el personal de salud brinda a las adolescentes. De igual manera, el 27% refiere que no hubo difusión de resultado de la calidad de la atención con la comunidad por parte del PS y el

73% de las adolescentes dijeron no saber. En torno a la cobertura de las necesidades en SSyR, el 67% las adolescentes mencionaron que a veces hubo cobertura y un 33% dijeron que cubrieron sus necesidades. Sin embargo, el 73% expresó satisfacción con la atención que recibieron en los servicios amigables, no obstante, el 33% expresó poca satisfacción. Asimismo, el 47% de las adolescentes dijeron conocer la existencia de un mecanismo transparente y confidencial donde pueden hacer llegar sus quejas o comentarios sobre el servicio recibido, el 27% dijeron que no y el resto dijeron no saber sobre ese mecanismo de quejas.

Tabla 20

Calidad de la atención en SSyR: historia clínica. Expediente clínico de las Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Historia Clínica	Ficha de identificación	23% Completo
		77% Incompleto
	Antecedentes heredo familiares, personales no patológicos y patológicos	97% Incompleto
		3% No tiene
	Padecimiento actual	97% Si
		3% No
	Interrogatorio por aparatos y sistemas	90% Completo
		7% Incompleto
		3% No tiene
	Exploración física	97% Completo
		3% No tiene
	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros	67% Completo
		20% Incompleto
		13% No tiene
Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)	97% Si	
	3% No	
Total de expedientes: 30		

Fuente: Expediente clínico de las adolescentes embarazadas atendidas en los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

De acuerdo a los criterios de Norma Oficial Mexicana-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, se encontró en la revisión de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas encuestadas, en el apartado de Historia clínica que el 23% contaba con registro completo en la ficha de identificación y el 77% incompleto. El 97% de los expedientes con llenado incompleto de los antecedentes heredo familiares, personales no patológicos y patológicos y el 3% sin registro alguno. El 97% si tenía plasmado el padecimiento actual, el 3% no lo tenía. El 90% de los expedientes si tenía registro de interrogatorio por aparatos y sistemas, el 7%

incompleto y el 3% sin ningún registro. En el apartado de la exploración física, 97% si estaba completo, el 3% no lo tenía. Sobre resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros con un 67% completo, 20% incompleto, 13% no tiene y sobre la terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad) el 97% contaba con registro, el 3% de los expedientes sin terapéutica ni resultados obtenidos.

Tabla 21

Calidad de la atención en SSyR: notas médicas. Expediente clínico de las Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Notas médicas	Notas de evolución	93% Si
		7% No
	Motivo de la consulta	93% Si
		7% No
	Diagnóstico médico	97% Si
		3% No
	Plan de estudio y/o Tratamiento	93% Si
		7% No
	Cuidados y plan terapéutico durante el embarazo	93% Si
		7% No
	Cuidado y plan terapéutico del parto	3% Si
		30% No
67% No aplica		
Cuidado y plan terapéutico del postparto	17% Si	
	57% No	
	26% No aplica	
Total de expedientes: 30		

Fuente: Expediente clínico de las adolescentes embarazadas atendidas en los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En las notas médicas del expediente clínico, si se encontraron notas de evolución, motivo de consulta, plan de estudio y/o tratamiento, plan de cuidado y tratamiento prenatal en un 93% de los expedientes. El 97% de los expedientes si tenían diagnóstico médico. Sin embargo, en las notas de evaluación de notas médicas de cuidado y plan terapéutico del parto (67% N/A y 30% No) y postparto (26% N/A y 57% No) no aplicó la evaluación o no lo tenían puesto que las adolescentes en algunos casos fueron referidas o ellas optaron por trasladarse a otro nivel de atención en otra institución pública o privada.

Tabla 22

Calidad de la atención en SSyR: notas médicas. Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Notas médicas	Número de consultas	3.8% promedio de consulta
	Inicio de la consulta prenatal	50% 1er trimestre
		47% segundo trimestre
		3% tercer trimestre
	Inicio de ácido fólico	90% Si
		10% No
	Registro de riesgos reproductivos	80% Si
		20% No
	Registro de plan seguridad	100% No
	Registro de consejería sobre los derechos en SSyR	40% Si
		60% No
	Registro de educación y orientación y consejería	40% Si
		53% No
7% No tiene		
Nombre completo, firma y cédula profesional del médico	3% Si	
	93% No	
	4% No tiene	
Total de expedientes: 30		

Fuente: Expediente clínico de las adolescentes embarazadas atendidas en los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

De igual manera, en las notas médicas de los expedientes clínicos, se encontró que las adolescentes recibieron en promedio 3.8% de consultas prenatales, y de ellas el 50% de las adolescentes iniciaron su consulta en el primer trimestre del embarazo, el 47% en el segundo trimestre y el 3% en el tercer trimestre. El 90% de ellas si tomó ácido fólico y 10% no lo consumió. El 80% de las notas medicas cuenta con registro de riesgos reproductivos y el 20% no cuenta con ello. El 100% de los expedientes no cuenta con registro de un plan de seguridad en las notas médicas. El 40% de los expedientes tiene nota de consejería sobre los derechos en SSyR y el 60% no cuenta registro. Según las notas, el 40% de las adolescentes embarazadas sí recibió educación, orientación y consejería en torno a su SSyR, contrario al 53% que no recibió y un 7% que no tiene registro de esas acciones. Al final de las notas, sólo el 3% cuenta con nombre completo, firma y cédula profesional del médico que atendió a la adolescente embarazada, el 93% no tiene registro del médico tratante y el 4% no tiene registro del personal que brindó la atención médica.

Tabla 23

Calidad de la atención en SSyR: documentación. Expediente clínico de las Adolescentes Embarazadas, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Indicador	Ítems	Porcentaje
Documentación	Carné prenatal	33% Completo
		67% Incompleto
	Consentimiento informado	57% Completo
		37% Incompleto
		6% No tiene
	Consentimiento informado de métodos anticonceptivos	3% Completo
		7% Incompleto
		90% No tiene
	Hojas de referencia y contrarreferencia	47% Completo
		40% Incompleto
13% No tiene		
Total de expedientes: 30		

Fuente: Expediente clínico de las adolescentes embarazadas atendidas en los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

En cuanto a la documentación del expediente clínico, el 33% cuenta con carné prenatal con registro completo, el 67% incompleto. El 57% de los expedientes de las AE se identificó el consentimiento informado completo, el 37% incompleto y el 6% no tiene. En cuanto al consentimiento informado de métodos anticonceptivos, 90% no tiene, el 7% incompleto y el 3% de los expedientes sí lo tiene. Finalmente, el 47% de los expedientes si tiene hojas de referencia y contrarreferencia, el 40% de esta documentación se encuentra incompleta y el 13% de los expedientes no cuenta con ello.

Tabla 24

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-establecimiento (Unidad de salud). CS La Calera y CS Providencia, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Ítems	Cumplimiento	Observaciones
Atención multidisciplinaria	No	Licenciados en medicina y enfermería. Pasante de medicina, enfermería y nutrición. La encargada del programa es una pasante de licenciatura en enfermería (desde hace tres años es pasante) y una licenciada en psicología (es la unidad con mayor visibilidad de los servicios amigables). Cuando se requiere atención especializada, refieren a las AE al CS Jesús del Rosal.
Consultorio exclusivo	No	Sólo brindan orientación, y cuando se requiere exclusividad, utilizan la sala de juntas o sala de formación.

Señalética adecuada de los servicios amigables	No	Sólo existe en una unidad. Sólo se observó una señalética nombrada "servicios amigables".
Sala de espera con suficiente material educativos sobre SSyR	No	Se encontraban en la sala de espera general, unos cuantos pegados en la pared.
Sala de espera exclusiva para la AE	No	Aproximadamente 8 sillas en una unidad y 15 en a otra unidad.
Consultorio de información, promoción y orientación-consejería.	No	Sala de juntas o sala de formación. Esta sin material gráficos de salud de ningún tema.
Sala de espera cerca de los consultorios médicos y psicológicos.	Si	Están cerca unos de otros debido al tamaño reducido de la unidad de salud.
Consultorio exclusivo de atención psicológica	No	Sólo una unidad tiene consultorio de psicología y ahí se atienden a las adolescente y población en general.
Existencia de equipos médicos	Si	Se encuentran equipos básicos.
Existencia de insumos médicos	Si	Se encuentran insumos básicos.
Existencia de material educativo	Si	Se encuentran, pero no suficientes.

Fuente: Unidad de salud que brinda servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Tabla 25

Calidad de la atención en SSyR: componente estructura-establecimiento (Unidad de salud). CS La Calera y CS Providencia, Mineral de la Reforma, Hidalgo, 2022.

Ítems	Cumplimiento	Observaciones
Existencia de formatería de registros clínicos	Incompletos	No cuentan con todos los formatos requeridos
Servicios móviles	No	
Red de intervención especializada	Sí	Centro de Salud Jesús del Rosal, Hospital General, Hospital Obstétrico.
Manual de diagnóstico de salud	No	
Normativa para la atención en SSyR a las AE	No	
Existencia de medicamentos	Sí	Antibióticos, analgésicos y ácido fólico.
Existencia de métodos anticonceptivos	Sí	Preservativos femeninos y masculinos, inyección bimensual, trimestral y mensual, anticonceptivos orales, DIU, implantes, pastilla de emergencia.
Existencia de formatería de registros de actividades intersectoriales	No	Formatos pláticas educativas, consultas de servicios amigables, formatos de entrega de anticonceptivos.
Existencia de formatería de registros de actividades con las AE	No	Sólo registro de taller comunitario. Aún no se logra un vínculo con la iglesia.

Fuente: Unidad de salud que brinda servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

Análisis bivariado de la Calidad de la Atención en SSyR para las adolescentes embarazadas

Tabla 26

Análisis bivariado (correlación de Pearson) de la calidad de la atención en SSyR para las AE. Correlación entre las variables personal de salud.

Variable	Valor de p/ Valor de la Correlación	Relación Sí/No	Explicación
Colaboras con otros profesionales para la atención en SSyR de la embarazada/Que tan capacitado se siente de sus conocimientos para brindar atención a la AE	.617 .025	No	El nivel de capacitación del personal de salud influye en la colaboración con otros profesionales de salud.
Conocimiento de la Normatividad en torno a la atención en SSyR en AE/Asegura la privacidad y la confidencialidad de las AE	.663 0.13	No	Existe una correlación en que el personal tenga conocimientos de la normatividad aplicable a la atención en SSyR en AE para el aseguramiento de la privacidad y confidencialidad de las AE.
Que tan capacitados se siente de sus conocimientos para brindar atención a la AE/utilización de estrategias de IEC para promover la atención en SSyR de las AE	.843 .000	Sí	El nivel de capacitación de personal de salud permite y asegura la utilización estrategias de IEC para las adolescentes embarazadas.
Utiliza estrategias distintas de IEC para las adolescentes indígenas, analfabetas o con alguna orientación sexual/ Se plasman las ideas y decisiones la elaboración de los programas en SSyR	.661 .014	Sí	Permitir que se plasmen las ideas y decisiones de las adolescentes en la elaboración de los programas de SSyR permite identificar las estrategias de IEC para las adolescentes indígenas, analfabetos o con orientación sexual.
En qué medida la unidad cuenta con equipos médicos para a la atención de la AE/ Colaboración con otros profesionales de la salud para la a atención de la AE	0.732 0.004	Sí	A medida que la unidad cuente con los equipos médicos para la atención de la AE, permite la colaboración con otros profesionales de salud.

Fuente: Base de datos de embarazadas encuestadas que asistieron a los servicios amigables, Mineral de la Reforma, 2022.

DISCUSIÓN

A través de este trabajo fue posible documentar los resultados de la calidad de los servicios de SSyR para las adolescentes que cursaron un embarazo en esta etapa. Dichos resultados amplían el panorama y permiten visibilizar áreas de oportunidades en torno a la mejora en los servicios amigables existentes para la población adolescente. Los resultados derivan de las percepciones de tres actores: la adolescente embarazada que recibió el servicio, el personal de salud que brindó el servicio y la unidad de salud donde se otorgó el servicio. Para fines de mejor comprensión, la discusión se abordará desde la propuesta de evaluación de la calidad de los servicios de SSyR: *estructura, proceso y resultado*, con sus respectivos indicadores.

Las adolescentes atraviesan por una importante y determinante etapa de transición, en donde experimentan una serie de cambios fisiológicos, cognitivos, sexuales y morales, que se viven según el contexto cultural y social. Esos cambios se ven afectados por una serie de riesgos en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva, entre ellas, la exposición a embarazos no planeados, no deseados, o cuyo desarrollo ocurre en condiciones de riesgo.

Según la ENFADEA (2021), en sus datos sobre las condiciones físicas, psicológicas y sociales de adolescentes embarazadas en los contextos urbanos y rurales de México, indicó que en promedio las adolescentes se embarazaron a los 17 años. Al igual que las adolescentes encuestadas de nuestro estudio, la edad promedio ocurrió a los 16 años, también en la adolescencia media según la clasificación el UNFPA (2020).

La edad mínima de la adolescente con antecedente de embarazo ocurrió a los 13 años, dejando ver la persistencia de la vulnerabilidad al que están expuestas, y que es muy probable que sea resultado de algún tipo de violencia sexual, física y/o psicológica. La NOM 046 (2019), para la atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, establece los criterios de detección, prevención, atención médica y orientación, así como la notificación de los casos, en particular en población adolescente, esta como grupo vulnerable a situaciones de violencia de cualquier índole, sin embargo, en los resultados de los expedientes clínicos evaluados, no existe evidencia alguna de búsqueda de detección de violencia o registro de notificación de algún caso de posible violencia.

Las adolescentes encuestadas se mantienen en un nivel medio y bajo económico, concretando la pobreza al que seguramente se encontraba tal como lo plantea Claudio Stern (2004), que pobreza no es una consecuencia del embarazo, sino un factor determinante de los embarazos

en adolescentes. La mayoría de ellas, sin ingresos económicos puesto que más de la mitad de ellas (el 63%), se dedica a las labores domésticas, que en nuestro país no es remunerado. Un 20% de ellas insertadas en empleos informales y 17% de ellas dedicadas al comercio que no sabemos si de índole propio, formal, o informal. Lo cual podría ser resultado de que la mayoría de ellas sólo tenía el antes llamado INSABI, este seguro que es para población desempleada o con empleo informal, un 23 % de ellas sin seguro y un pequeño porcentaje con derechohabencia al IMSS.

En este estudio, no se observa relación en que el tipo de familia podría incidir en un aplazamiento o ningún embarazo en la adolescente, es decir, si viniera de una familia nuclear (esta como el ideal familiar: papá, mamá y uno a tres hijos o hijas), puesto que la mitad de las adolescentes con antecedente de embarazo pertenece a este tipo de familia. Un 20% a una familia extensa y en menor porcentaje a una familiar nuclear numerosa, reconstruida binuclear, monoparental o monoparental extensa. La mayoría de ellas se encontraba en unión libre y en un bajo porcentaje casada, lo cual, puede indicar que no necesariamente están en ese estado civil porque así lo hayan decidido.

En torno a la escolaridad, ellas se ven limitadas a reinsertarse a la escuela, más de la mitad (60%) de ellas sólo cuenta con secundaria, 23% con preparatoria y un 17% en nivel primaria. Por la ocupación en la que se encuentran, es claro que ellas ya no continúan estudiando.

De igual manera, es importante destacar, que todas las adolescentes encuestadas no se sabían embarazadas y por tanto se encontraban en etapa reproductiva, según sus expedientes clínicos evaluados, sin registro de uso de algún método anticonceptivo, lo cual las expone a más embarazos, posiblemente el 7% de ellas que cursó un embarazo más de una vez, pudo haber sido por esa falta de anticoncepción.

El anterior panorama, de acuerdo con la ENAPEA (2021), la OPS, UNFPA Y UNICEF (2018), son el resultado de una serie de determinantes que confluyen en cada etapa circunstancial de las adolescentes. Resaltan la falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes; de acceso y uso de métodos anticonceptivos; la maternidad como factor determinante de identidad de la mujer; el contexto de pobreza; falta de un proyecto de vida; violencia de género; carencia de políticas públicas de salud sexual y reproductiva; al matrimonio infantil; los estereotipos en torno a la salud sexual y reproductiva de diferentes sectores comunitarios (iglesia, escuela, familia); dinámicas familiares; deficiencias educativas; falta de información; consumo de sustancias tóxicas y la calidad de los servicios de salud.

En efecto, los servicios de salud constituyen un factor determinante dado que se constituye un espacio donde las adolescentes deben contar con herramientas de atención, consejería e información educativa, preventiva y curativa, que les permita tomar decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva que favorezcan la toma de decisiones adecuadas para su crecimiento y desarrollo. Según el Dr. Pedro (2015) estos espacios debieron ser accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, en el que debieron contar con los recursos disponibles para el alcance de la adhesión y satisfacción del usuario.

Las políticas de salud en México, como bien se mencionó, desplegó la ENAPEA (2017), así como la implantación de Modelos integrales en SSyR como el MAISRRA (2017), con distintivo de “servicios amigables”, que han buscado incidir en las condiciones de vida de las niñas y adolescentes a través de la reducción de los embarazos a temprana. Plasman en su estrategias y acciones que los servicios amigables deben ser atendidos un equipo de salud multidisciplinario compuesto por: médica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajadora/or social y promotora/or de salud. Cada uno de ellos o ellas deberá tener claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del grupo y todos deben compartir la responsabilidad de los resultados.

Sin embargo, entrando en la descripción del componente estructura, con relación al personal de salud, no sucede así en las unidades de salud evaluadas, pues la mayoría del PS tiene menos de dos años laborando en la unidad de salud y de estos sólo un 8% es responsable de los servicios de salud (una psicóloga y una pasante de enfermería), el resto participa en estos servicios, pero no de manera exclusiva. De igual forma, la mayoría del personal que brindó atención en los SSyR a las AE, eran pasantes de enfermería (39%) y medicina (31%), sólo el 23% eran Lic. en enfermería, 23% Lic. en médico cirujano y sólo un 7% con otro perfil (nutrióloga, psicóloga, administradores, etc.).

Asimismo, en ese mismo componente, de acuerdo con lo que establecen los modelos de atención en SSyR para las adolescentes y acorde a las respuestas del PS y la AE, no se cumplen al 100% con los atributos de **accesibilidad**. Para ambas partes, el horario y la ubicación de las unidades de salud son poco y muy accesibles. Habría que cuestionarnos el horario puesto que las unidades de salud encuestadas atienden un solo turno, y las adolescentes que asistieron no estudiaban o se dedicaban a actividades que sí les permitían acudir. En cuanto a los costos del servicio, se asegura el cumplimiento ya que los servicios

otorgados son gratuitos, tal y como lo establece Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2018).

En torno a la **señalética**, las respuestas de ambos actores y los registros derivados de los procesos de observación no existe coincidencia, en tanto que el 100% del personal aseguró la existencia de señalizaciones e información visibles sobre los servicios y las áreas, el 80% de las AE dijeron que no había. Sin embargo, en los recorridos realizados a las unidades únicamente pudo identificarse una señalética anunciando “Servicios amigables”, pero sin otras indicaciones sobre la localización de los consultorios, áreas de atención, etc.

La mayoría del PS dijo que sí contaban con equipo multidisciplinario para la atención de la adolescente, sin embargo, poco más de la mitad de las AE pudo darse cuenta de que no cuentan con ello. Constatamos en la lista de cotejo del establecimiento que, aunque existía personal multidisciplinario, ellos hacen la referencia de las adolescentes al Centro de Salud Jesús del Rosal cuando es necesario la intervención de atención especializada. Llama la atención el alto porcentaje de personal con carácter de pasante de medicina y enfermería ocupados para atender a la población adolescentes, cuando el modelo indica que debe ser personal capacitado. Esta situación puede indicar el tipo de valoración o importancia que tienen los servicios dirigidos a la población adolescente embarazada en las instituciones de salud pública e indica el poco grado de especialización y experiencia del personal de salud asignados a estas áreas de atención.

En cuanto a la **disponibilidad**, una gran proporción del PS y AE mencionó que existen suficientes equipos médicos, medicamento, métodos anticonceptivos y material educativo. No obstante, se observa disparidad en los resultados de las listas de cotejo evaluativos del expediente clínico y del establecimiento porque se reconoce la deficiente existencia de material educativo al identificarse que sólo existían unos pocos carteles informativos pegados en la sala de espera y otros cuantos en los consultorios en los que se realizaron las entrevistas al personal.

La existencia de métodos anticonceptivos que reportan también resulta contradictoria debido a que no existen registros de estos en los expedientes clínicos, de hecho, la ausencia de prescripción y registro representa una grave falta a los procesos esenciales de seguridad del paciente, en el caso de que sí se hayan ofertado, puesto que se requiere de seguimiento por los posibles efectos adversos que estos puedan ocasionar. La ENAPEA establece en sus componentes la necesidad de asegurar el acceso a los métodos anticonceptivos, sobre todo

los Reversibles de Acción Prolongada (Dispositivo Intrauterino e Implantes), con el fin de evitar un primer o subsecuente embarazo.

La normativa de los programas de SSyR insisten en que los servicios deben ser **adaptados** para este tipo de población. Los derechos sexuales y reproductivos: derecho a que se respete la privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente de la información personal y el derecho a servicios de SSyR, que sean amigables para adolescentes y jóvenes, confidenciales, de calidad, gratuitos, oportunos y con pertinencia cultural. Y Según los resultados, la mayoría de los encuestados expresó que no hay consultorio exclusivo, por lo que carecen de privacidad durante la atención médica. Así también, la sala de espera fue poco acogedora al no disponer de material educativo suficiente, ilustrativo y atractivo que las entretenga en tanto que son atendidas por el personal de salud. Según el MAISRRA (2017), a esta modalidad de servicio se le llama “servicios de modalidad horizontal”, puesto que no hay exclusividad en cuanto a espacios, en personal de salud ni en horarios.

La calidad en los **procesos** de atención son un componente fundamental, porque incluye un conjunto de acciones que van desde el conocimiento de la situación de salud de la población objetivo, en este caso el de las AE, desde el conocimiento y habilidades promoción y prevención, competencia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, los cuales son seguros cuando se llevan a cabo cuando cuentan con conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el fin de lograr el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos (Organización Mundial de la Salud, 2024). Sin embargo, las y los encuestados refirieron que saben de la existencia de un diagnóstico situacional de salud de las AE, pero que no tiene conocimiento de lo plasmado en ello, por lo que nos preguntamos ¿de dónde parten sus estrategias y acciones de SSyR para las adolescentes embarazadas?

De igual forma, los involucrados no conocen plenamente los derechos sexuales y reproductivos, tal desconocimiento impide garantizar su cumplimiento, lo cual constituye una carencia fundamental, situación que se refleja en los resultados de este estudio, en torno a la nula participación de las adolescentes en el diseño, implementación y evaluación de los programas en SSyR. Los adolescentes dijeron que el personal sí era competente, sin embargo, en los expedientes clínicos se evidencian debilidades en los servicios que debieron otorgar a las AE, como la falta de registros de intervenciones obligatorias para las embarazadas en las notas médicas, la falta de otorgamiento de métodos anticonceptivos, el bajo porcentaje de consultas prenatales, entre otras.

Referente a la atención **centrada en el paciente** del componente proceso, el MAISRRA (2017) señala que debe existir un plan de trabajo que derive de un diagnóstico situacional que permita identificar y priorizar las necesidades que requieren mayor atención, análisis y estrategia de atención, cuestión que no pudo identificarse en las unidades evaluadas. El mismo documento reconoce que es necesaria la colaboración con otros profesionales de la salud, así como la participación de las adolescentes, de los padres y madres, a fin de acercarnos a la necesidad real de las AE. En este estudio, aunque el PS reportó un bajo porcentaje participación de las jóvenes embarazadas, las adolescentes por su parte señalaron tener una nula participación en los procesos, tanto de ellas como el de sus padres.

Los resultados de evaluación de la ENAPEA (2021), destacan esta problemática en el que la participación de grupos de adolescentes, comunidad y sociedad civil son muy bajos o nulos y sólo son convocados en la parte de la ejecución y no en el diseño de los programas o estrategias (Arvizu Reynaga, del Cid, Flamand, & Olmeda, 2022). En ese sentido, el MAISSRA (2017) ilustra la escala de participación de los adolescentes en los programas de SSyR, donde se esperaría que las y los adolescentes desarrollen iniciativas para realizar acciones y compartan decisiones con las y los adultos respecto a la organización, planificación e implementación de diversas actividades. Sin embargo, en los resultados obtenidos, las adolescentes se encuentran consideradas sólo como población beneficiaria con una posición pasiva respecto a los modelos de intervención donde únicamente son destinatarias de las acciones institucionales, del personal de salud y de los adultos.

Lo anterior, tiene que ver con la construcción histórica respecto al significado de la adolescencia, quienes son considerados sujetos pasivos, sujetos que deben ser “domesticados” como señala Briognoni (2013). Pero que partir del reconocimiento de los DH en el siglo XIX, los estudios con este enfoque han visibilizado que las NNA, eran considerados seres absolutamente vulnerables y dependientes que le pertenecían a la familia; que requerían de una protección tutelar eximiéndoles así de contar con autonomía personal y de titularidad propia de derechos. Su concepción como sujetos impulsó una nueva concepción basada en un enfoque de protección integral que reconoce a NNA como sujetos activos que también contribuyen al tejido social, por lo que se les debe garantizar el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad y respeto (2017).

Referente a la **calidad** en los procesos en torno al seguimiento y vigilancia del embarazo y oferta de la gama de servicios como la búsqueda de riesgos sexuales y salud reproductiva,

consulta psicológica, violencia de género, abuso sexual, prevención de otro embarazo, control del embarazo, parto y posparto, prevención del cáncer de mama, los resultados de las partes encuestadas y evaluaciones del expediente clínico y unidad de salud fueron insuficientes. Cuando la NOM-007-SSA2-2016 (2015), para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, exige que las usuarias debieron recibir valoraciones intencionadas de riesgo reproductivo, síntomas y signos de alarma; particularmente en menores de 15 años y en menores de 14 años, búsqueda de violencia; así como continuidad de la atención perinatal que incluía por ejemplo la prescripción de ácido fólico y fumarato ferroso desde la primera consulta; seguimiento tanto de la adolescente como de su hija o hijo, por lo menos durante un año; seguimiento ginecológico y del método de anticoncepción elegido, así como la vacunación de la niña o niño, acciones que no se encontraron registradas según la Norma ya mencionada.

De acuerdo los expedientes clínicos revisados, se encontró que tanto la historia clínica, las notas médicas y la documentación en un alto porcentaje están incompletas o no lo tienen. Se pudo observar que las adolescentes recibieron en promedio 3.8% de consultas prenatales, cuando la NOM 007 (2015) establece mínimo cinco consultas. La mitad de las adolescentes iniciaron su consulta en el primer trimestre del embarazo, y el resto durante el segundo y tercer trimestre, perpetuando así la vulnerabilidad en cuanto a riesgos y complicaciones. Un factor que puede estar ocasionando este fenómeno es que las adolescentes que se embarazan y no acuden al cuidado prenatal o lo hacen tardíamente es debido a que intentan ocultar su embarazo para no ser estigmatizadas o discriminadas y también por el temor de enfrentarse a la actitud negativa del personal de salud (CNEGSR, 2017), (OPS/UNFPA y UNICEF, 2018), (Pastrana Sámano, y otros, 2020).

Una buena práctica que se pudo encontrar fue que el 90% de las adolescentes inició con la ingesta de ácido fólico y también se contaba con registros de riesgos reproductivo en el 80% de ellas. Lamentablemente el 100% de los expedientes no contaba con registro de un plan de seguridad, más de la mitad sin notas de consejería sobre los derechos en SSyR, ni educación y orientación y consejería en torno a su SSyR. Al final de las notas, sólo el 3% cuenta con nombre completo, firma y cédula profesional del médico que atendió a la adolescente embarazada, el 93% no tiene registro del médico tratante y el 4% no tiene registro.

La falta de cumplimiento de la Norma 004 del expediente clínico (2012), al encontrar documentación incompleta o sin ninguna documentación. Puesto que los resultados arrojaron

que el 33% sí contaba con carné prenatal con registro completo, el 67% incompleto; el 57% de los expedientes de las AE, contaba consentimiento informado completo, 37% incompleto y 6% no lo tenía; en cuanto al consentimiento informado de métodos anticonceptivos, 90% no lo contenía, el 7% estaba incompleto y el 3% de los expedientes lo tenía en orden. De la misma manera, las acciones de calidad en la SSyR deben estar diferenciadas para cada cierto tipo de población, sin embargo, el personal de salud no utiliza estrategias ni recursos para la población en general, pero tampoco para los grupos de AE indígenas, analfabetos, LGBTTTIQ.

En el indicador **continuidad** de la calidad de la atención, el PS refiere que pocas veces o nunca regresan a sus consultas de seguimiento post evento obstétrico, sin embargo, las AE refirieron que sí asisten. En la revisión del expediente clínico pudimos constatar que más de la mitad atienden su parto o cesárea en el segundo nivel de atención y no regresa a su seguimiento de puerperio y del recién nacido.

Finalmente, en el indicador de la eficacia y la efectividad, no existe registro de evaluaciones de desempeño e impacto del servicio que se otorga en los servicios amigables, el personal no se autoevalúa y no cuenta con evaluaciones de la población a quien atiende, por lo que no saben sus fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. No existe un monitoreo continuo de la calidad, para poder alcanzar y mantener un programa que responda de manera eficiente a las necesidades, demandas y expectativas de las y los adolescentes.

Las AE por su parte, confirman que nunca han participado en evaluaciones de los servicios y que sus aportes a esta investigación representan la primera vez que participan en un proceso de esta naturaleza. Aun cuando no todos los indicadores se cumplen, el 100% de ellas consideran que sí cubren sus expectativas en torno a la atención recibida en los servicios en SSyR, el 77% se siente satisfecha, aunque al mismo tiempo más de la mitad desconocen la existencia de un mecanismo de transparencia confidencial para exponer sus quejas.

El análisis bivariado mostró correlaciones, como resultados más sobresalientes, entre las variables: a) nivel de capacitación del personal y b) la utilización de estrategias de IEC para promover la atención en los SSyR de las adolescentes embarazadas. Análisis que indica que el nivel de capacitación del personal permite y asegura que estas estrategias de IEC sean utilizadas para beneficio de las adolescentes embarazadas. Otra correlación entre las variables: a) utilización de estrategias específicas las adolescentes indígenas, analfabetas o con alguna orientación sexual con la variable b) se plasman las ideas y decisiones la elaboración de los programas en SSyR, nos indica que permitir que se plasmen las ideas y

decisiones de las adolescentes en la elaboración de los programas de SSyR, conlleva a identificar estrategias específicas de IEC para las adolescentes indígenas, analfabetos o con orientación sexual.

Finalmente, la correlación entre las variables a) en qué medida la unidad cuenta con equipos médicos para la atención de adolescentes embarazadas y b) la colaboración con otros profesionales de la salud para la atención de las adolescentes embarazadas, podemos deducir que a medida que la unidad cuente con los equipos médicos para la atención de las adolescentes embarazadas se permitirá la colaboración con otros profesionales de salud volviéndose una atención multidisciplinaria y especializada, lo que a la vez favorecerá a las adolescentes embarazadas.

CONCLUSIONES

Tanto el personal de salud como las adolescentes y conforme a lo evaluado en los expedientes clínicos y el establecimiento, se observa un mediano y bajo porcentaje de cumplimiento de los atributos de la calidad. El desconocimiento de la situación de salud de las y los adolescentes, la falta de abordaje desde la perspectiva de género de DH e intercultural, el desconocimiento de estos programas y sus normativas, reducen la calidad en los servicios amigables.

Es evidente que las adolescentes siguen siendo expuestas a una serie de riesgos que las vulneran en su desarrollo individual y colectivo que van desde el poco o nulo ejercicio de sus derechos humanos y sus derechos sexuales y reproductivos. El sistema de salud, como uno de los factores determinantes, aun no logra incidir de manera positiva por la falta de implementación adecuada de las estrategias públicas, no se asegura la accesibilidad y disponibilidad, la seguridad, la adaptación y continuidad en los procesos y no se obtienen los resultados deseados. Por lo que es necesario generar programas desde las necesidades de las y los adolescentes y desde sus condiciones de vida, lo cual incluye tomar en cuenta el contexto social y cultural de procedencia de las usuarias.

Se necesita insistir en la participación de las adolescentes embarazadas porque que está demostrado que, al incluirlas, al tomar en cuenta sus ideas y decisiones, se estaría reconociendo su valor como sujetos de derecho, además de que los acerca más a su verdadera necesidad en torno a su SSyR. Además, transparenta las acciones, empodera a las usuarias al permitirles incidir sobre su salud y sus vidas, garantiza la pertinencia social y cultural de las intervenciones y reduce las experiencias negativas de las jóvenes embarazadas.

Es de reconocer que la calidad es un tema muy complejo, que tiene un trasfondo social y estructural, difícil de deconstruir y reordenar. La falta de recursos, la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención, la corrupción en el sistema de salud y la falta de participación de la sociedad en la mejora de la calidad de los servicios de salud son los retos y áreas de oportunidad para mejora de la calidad de la atención en los servicios de SSyR en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre Gas, H. G. (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Medigraphic*, 76(2), 187-196. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082o.pdf>
- Artaza Barrios, O. (2015). Calidad en el Sistema de Salud para el Acceso y la Cobertura Universal en Salud. En S. d. Salud, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Segunda edición* (págs. 223-243). México.
- Arvizu Reynaga, A., del Cid, J., Flamand, L., & Olmeda, J. C. (2022). *Embarazo temprano en México : un análisis de la implementación descentralizada de la ENAPEA*. Ciudad de México: El Colegio de México, Red de Estudios sobre Desigualdades. Obtenido de <https://desigualdades.colmex.mx/embarazo/embarazo-temprano-mexico-analisis-enapea.pdf>
- Brignoni, S. (2013). *Pensar las adolescencias*. Barcelona, España.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (10 de febrero de 2017). *Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA)*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/modelo-de-atencion-integral-a-la-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-maissra-135795>
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. (30 de abril de 2019). *Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud/censia/es/articulos/proyecto-de-norma-oficial-mexicana-proy-nom-047-ssa2-2014-para-la-atencion-a-la-salud-del-grupo-etario-de-10-a-19-anos-de-edad?idiom=es#:~:text=Esta%20Norma%20tiene%20por%20objeto,g%C3%A9nero%2C%20pertenencia%2>
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2016). *Embarazo en adolescentes y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de México. Situación de los derechos humanos de las mujeres*. D. F., México. Obtenido de https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/Informe_mujeres/2015_Informe_mujeres.pdf
- Consejo Nacional de Población . (07 de mayo de 2019). *Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/norma-oficial-mexicana-046-ssa2-2005-violencia-familiar-sexual-y-contra-las-mujeres-criterios-para-la-prevencion-y-atencion>
- Consejo Nacional de Población. (09 de mayo de 2017). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ENAPEA*. Obtenido de Gobierno de la República: <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea-106289>
- Consejo Nacional de Población. (01 de Junio de 2017). *Primera evaluación de la estrategia realizada por el INSP 2015 a 2016*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/2-evaluacion-de-la-estrategia>
- Consejo Nacional de Población. (09 de marzo de 2023). *Cartilla de los Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/cartilla-de-los-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes>
- Consejo Nacional de Población. (06 de junio de 2023). *Mis Derechos Sexuales y Reproductivos*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/mis-derechos-sexuales-y-reproductivos>
- De Castro, F., Barrientos, T., Hernández, M., & Cruz, L. (2015). *Embarazo adolescente*. (I. N. Pública, Ed.) Cuernavaca, Morelos, México.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). Obtenido de UNICEF Paraguay: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). *Guía para la implementación de la estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes en las entidades federativas*. México: Gobierno de México, ELIGE. Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C. REDLAC México. Obtenido de <https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Gui%CC%81a%20GEPEA%20Versio%CC%81n%20Final.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s.f.). *Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y jóvenes*. Obtenido de <https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes-y-j%C3%B3venes>
- Freyermuth Enciso, G., Argüello Avendaño, H. E., & Zarco Mera, Á. (2014). *Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas*. Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Unidad Sureste/Instituto Nacional de las Mujeres. Obtenido de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101242.pdf
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Garbus, P., Osornio Andrea, A., & Cabello, Á. (2017). Accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en San Juan del Río, Querétaro. *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología*, 22(3), 277-285. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775002>
- Gobierno de México. (06 de enero de 2017). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (PDF)*. Obtenido de Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres: <https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf>
- Gobierno de Mexico. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021-2024*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/703251/Segunda_fase_de_la_ENAPEA_2021-2024_ajuste_forros_030222_small.pdf
- Gobierno del Estado de Hidalgo. (2022). *Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo. Informe Ejecutivo del GEPEA Hidalgo, 2021*. México. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/718626/GEPEA_HIDALGO_Informe_2021.pdf
- González Almontes, E., & De Jesús Reyes, D. (2022). Acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes de Monterrey, Nuevo León, México. *Papeles de POBLACIÓN*, 28(112), 199-223. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v28n112/2448-7147-pp-28-112-199.pdf>
- González Medécigo, L. E., & Gallardo Díaz, E. G. (2012). CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA O LA MUERTE. *Revista Digital Universitaria, Volumen 13* (8), 1-15. Obtenido de <https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
- Gordis, L. (2015). *Epidemiología*. Barcelona, España: Elsevier.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2022). *Embarazo adolescente por entidad. Datos*. Obtenido de <https://gire.org.mx/plataforma/embarazo-adolescente-por-entidad/>
- H Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (07 de febrero de 1984). *Ley General de Salud*. Obtenido de Secretaría de Gobernación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
- Ibáñez Cuevas, M., Torres Pereda, P., Olvera García, M., Pastrana Sámano, R., & Heredia Pi, I. B. (2021). Calidad de la atención en los servicios de salud amigables para adolescentes en Morelos, México: Perspectiva de usuarios y prestadores. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 29(83), 1-18. Obtenido de <https://revistas.uaa.mx/index.php/investycien/article/view/3750/3122>
- Instituto Nacional de Desarrollo Social. (16 de junio de 2021). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/indesol/documentos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos-97187>

- Instituto Nacional de Desarrollo Social. (11 de enero de 2022). *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/indesol/documentos/ley-federal-para-prevenir-y-eliminar-la-discriminacion-58120>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES (DATOS NACIONALES)*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Embarazos21.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Estudio sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes desde las Masculinidades*. Instituto Nacional de Salud Pública. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227651/Estudio-ENAPEA_masculinidades.pdf
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (reformada 26 mayo 2023). (27 de junio de 2018). Obtenido de Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes : <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/ley-general-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-reformada-20-junio-2018>
- OMS. (2023 de Diciembre de 2023). *Derechos humanos*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OPS/OMS. (12 de Septiembre de 1978). *Declaración de Alma-Ata*. (Autor, Ed.) Recuperado el 01 de Septiembre de 2021, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- OPS/OMS. (26 de octubre de 2018). *Declaración de Astaná*. Recuperado el 02 de septiembre de 2021, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- Organización de las Naciones Unidas . (s.f.). *Infancia*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas : <https://www.un.org/es/global-issues/children#:~:text=En%201959%2C%20la%20Asamblea%20General,vivienda%20y%20la%20buena%20nutrici%C3%B3n>.
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Obtenido de https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_S_web.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (04 de mayo de 2006). *Contribución de la OMS a la aplicación de la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/24421/A59_14-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (08 de octubre de 2012). *DECLARACION DE ALMA-ATA*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de septiembre de 2022). *Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20la%20tasa%20de%20nacimientos%20en%20la%20adolescencia,cada%201000%20mujeres%20en%202021>.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Calidad de la atención*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE)* (Segunda edición ed.). Washington D.C.: Autor.

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2007). *Salud en las Américas 2007 Volúmen 1-Regional*. Washington, D.C. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3009/salud-americas-2007-vol-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., EE. UU. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reduccion%20del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf
- Pabón Lasso, H. (1985). *Evaluación de los servicios de salud. Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis, cuantitativo y cualitativo. MODELO-PRIDES*. Cali : Editorial Universidad del Valle.
- Pastrana Sámano, R., Heredia Pil , I. B., Olvera García, M., Ibáñez Cuevas, M., De Castro, F., Villalobos Hernández, A., & Torres Pereda, M. (2020). Servicios Amigables para Adolescentes: evaluación de la calidad con usuarios simulados. *Rev Saude Publica*. 2020;54:36., 54(36), 1-12. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQRSgLkzQ98Cbfjh7BQ7Ggg/?format=pdf&lang=es>
- Pérez Baleón, G., & Lugo Arellano, M. (2021). *Diagnóstico Nacional sobre el Embarazo Adolescente*. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social. doi:https://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/DIAGNOSTICO%20NACIONAL_EMBAZAZO_ADOLESCENTE_Ultima%20version_12_mayo2021.pdf
- Pérez, Í., Hernández, J., & Tapia, B. (2018). *CUAED/ENEO-UNAM*. Obtenido de <https://uapa.cuaieed.unam.mx/sites/default/files/minisite/static/6fef1630-15ad-48be-a37c-c1b6d6956505/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva%20en%20la%20Adolescencia/index.html>
- Robledo Galván, H., Fajardo Dolci, G., & García Saisó, S. (2015). Reflexiones en torno al Hexágono de Calidad de los Servicios de Salud. En S. d. Salud, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Segunda Edición* (págs. 47-85).
- Salinas Mulder, S., Castro Mantilla, M. D., & Fernández Ovando, C. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Plan Internacional y UNICEF. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Vivencias%20y%20relatos%20sobre%20el%20embarazo%20en%20adolescentes%20.pdf>
- Saturno Hernández, P. J. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Obtenido de https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/160506_Metodos_Herramientas_SS.pdf
- Secretaría de Salud. (2012). *NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. Obtenido de https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787#:~:text=Esta%20norma%2C%20establece%20los%20criterios,y%20confidencialidad%20del%20expediente%20cl%C3%ADnico
- Secretaría de Salud. (29 de septiembre de 2015). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud/documentos/norma-oficial-mexicana-nom-007-ssa2-1993-atencion-a-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-puerperio-y-del-recien-nacido#:~:text=del%20reci%C3%A9n%20nacido-,Norma%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D007%2DSSA2%2D1993%2C%20Atenci%C>
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10(39), 129-158. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203906>
- Subdirección de Prevención y Promoción a la Salud. (2019). Servicios Amigables de la Zona Norte de Quintana Roo. *Revista Salud Quintana Roo*, 12(42), 35-37. Obtenido de <https://cloud.salud.qroo.gob.mx/index.php/s/OaHSeFqfxnEAWOY#pdfviewer>

ANEXOS

Consentimientos Informados



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Medicina
Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
Master in Public Health

CONSENTIMIENTO INFORMADO Personal de salud

Fecha: _____

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar su autorización de participación en el proyecto de investigación el cual lleva por título: "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas, Pachuca de Soto, Hidalgo.", que tiene como objetivo analizar la atención en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes embarazadas en Pachuca de Soto, Hidalgo. El tiempo requerido será el estimado para contestar la encuesta. Dicha participación no tendrá compensación económica. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. La participación es estrictamente voluntaria. La o el participante tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias. Si desea participar, favor de llenar el documento de autorización y devolver al investigador.

AUTORIZACIÓN

Por la presente yo, _____, autorizo y acepto participar en el proyecto intitulado "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas Pachuca de Soto, Hidalgo" se me ha explicado el proyecto. He leído el procedimiento descrito arriba, estoy enterada y acepto que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal.

Firma Testigo 1

Firma testigo 2



Firma Investigadora principal

Contactos:

Coordinadora del posgrado:

M. en CS. María del Consuelo Cabrera Morales
Tel: 52 771 71 72000 ext. 2366
Correo: mrta.saludpublica@uaeh.edu.mx

Directora del trabajo de Investigación:

M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez
Correo: jreynoso@uaeh.edu.mx

Investigadora principal del proyecto de Investigación:

EEP. Sarai Martínez Ujergo
Correo: ma467884@uaeh.edu.mx





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Tutor o tutora

Fecha: _____

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar su autorización para que su hija participe en el proyecto de investigación el cual lleva por título: "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas Pachuca de Soto, Hidalgo.", que tiene como objetivo analizar la atención en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes embarazadas en Pachuca de Soto, Hidalgo. El tiempo requerido será el estimado para contestar la encuesta. Dicha participación no tendrá compensación económica. El nombre de su hija no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. La participación es estrictamente voluntaria. La participante tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias. Si desea que su hija participe, favor de llenar el documento de autorización y devolver al investigador.

AUTORIZACIÓN

Por la presente yo, _____, autorizo y acepto que mi hija participe en el proyecto intitulado "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas Pachuca de Soto, Hidalgo" se me ha explicado el proyecto. He leído el procedimiento descrito arriba, estoy enterada(o) y acepto que mi hija nunca será identificada y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad su identidad personal.

Firma Testigo 1

Firma testigo 2



Firma Investigadora principal

Contactos:

Coordinadora del posgrado:
 M. en CS. María del Consuelo Cabrera Morales
 Tel: 52 771 71 72000 ext. 2366
 Correo: maria.saludpublica@uaeh.edu.mx

Directora del trabajo de Investigación:
 M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez
 Correo: jreynoso@uaeh.edu.mx

Investigadora principal del proyecto de Investigación:
 EEP. Saral Martínez Uergo
 Correo: ma467884@uaeh.edu.mx





CONSENTIMIENTO INFORMADO
Adolescente

Fecha: _____

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar su autorización de participación en el proyecto de investigación el cual lleva por título: "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas, Pachuca de Soto, Hidalgo.", que tiene como objetivo analizar la atención en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes embarazadas en Pachuca de Soto, Hidalgo. El tiempo requerido será el estimado para contestar la encuesta. Dicha participación no tendrá compensación económica. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. La participación es estrictamente voluntaria. La participante tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias. Si desea participar, favor de llenar el documento de autorización y devolver al investigador.

AUTORIZACIÓN

Por la presente yo, _____, autorizo y acepto participar en el proyecto intitulado "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas Pachuca de Soto, Hidalgo" se me ha explicado el proyecto. He leído el procedimiento descrito arriba, estoy enterada y acepto que nunca será identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal.

Firma Testigo 1

Firma testigo 2

Firma Investigadora principal

Contactos:

Coordinadora del posgrado:
 M. en CS. María del Consuelo Cabrera Morales
 Tel: 52 771 71 72000 ext. 2366
 Correo: maria.saludpublica@uaeh.edu.mx

Directora del trabajo de Investigación:
 M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez
 Correo: jreynoso@uaeh.edu.mx

Investigadora principal del proyecto de Investigación:
 EEP. Saraí Martínez Liervo
 Correo: ma467884@uaeh.edu.mx



Dictamen del Comité de Ética e Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Coordinación de Investigación
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 04 de abril de 2022

Oficio Comiteei.icsa 014/2022

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Sarai Martínez Llergo
Investigador Principal

Correo electrónico sarai.hera11@gmail.com

PRESENTE

Título del Proyecto: CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES, EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión
APROBADO

Este protocolo tiene vigencia del 04 de abril del 2022 al 04 de abril del 2023.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola
Presidenta del Comité

Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: [C%rc_UqJPv
<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>



Jurisdicción Sanitaria No 1 Pachuca

Que una cinta no te mida penale al
sobrepeso y a la obesidad

Dependencia:	Secretaría de Salud de Hidalgo
U. ADMINISTRATIVA:	Jurisdicción Sanitaria No. 1
Área Operativa:	Pachuca
Área Operativa:	Operación Hospital
Nº. de Oficio:	COI144

ASUNTO: Aceptación Protocolo de Investigación:
Estancia Educativa

Pachuca de Soto, Hidalgo, a 13 de marzo del 2022.

M. EN C.S. MA DEL CONSUELO CARRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
PRESENTE

En respuesta a su solicitud para que la maestrante Seral Martínez-Liergo a partir de la fecha realice su Estancia Educativa en esta Jurisdicción Sanitaria le informo que ha sido aceptada para llevarla a cabo su proyecto terminal Calidad de la Atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas, Pachuca, Ego las unidades en donde se autoriza su participación son C.S. La Raza, CS. La Calera, C.S. Jesús del Rosal y C.S. La Providencia por lo que deberán ponerse en contacto con los responsables de la unidades para programar estas actividades. No omito comentarle la importancia de compartir el protocolo así como los resultados obtenidos al término del mismo.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE

Dra María Antonieta Muñoz Godínez
Subdirectora Jurídica - Pachuca



Carretera Mexicana 206, Col. Mexitas,
Pachuca de Soto, Hgo., C. P. 42340
Tel.: +52 (777) 713 5400 y 713 5470
www.hidalgo.gob.mx





Oficio No. C/SAAM/MSF/100/2023
 Asunto: Maestría educativa
 Pachuca de Soto, Hgo., 27 febrero 2023

MTRA. YEREA ROSA RIVISA FLORES
 COORDINADORA DE LA JURISDICCIÓN No. 1 PACHUCA
 PSE/MSF

La formación de profesionales de la salud competentes en el ámbito de la Salud Pública, ha representado una actividad sustantiva, principalmente debido a los diferentes desafíos que se están presentando en la actualidad. Tal es el caso de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, misma que cuenta con la certificación por CONACYT, lo que nos ha permitido garantizar la calidad educativa de nuestros egresados.

Como parte del posgrado, se requiere la realización de estudios de investigación que permitan ser el preámbulo en el desarrollo de estrategias y toma de decisiones en beneficio de la población hidalguense. Es así, como solicito su amable intervención para que sea tan amable de facilitar a la maestrante Sarah Martínez Uergo, alumna del 4º semestre del posgrado mencionado, así como a los alumnos colaboradores en la investigación Dulce Daniela Cordero Mendora, Tania Aguilar Gutiérrez, y Roberto Carlos Rivera Gómez, la realización de las siguientes actividades en el contexto de integración de su proyecto terminal denominado "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes embarazadas, Pachuca de Soto":

1. Encuestas dirigidas a personal de salud y adolescentes embarazadas o con antecedentes de embarazo que participan en el programa de Servicios integrados de salud sexual y reproductiva para adolescentes
2. Aplicación de listas de cotejo referentes a infraestructura de la unidad
3. Acceso a los expedientes clínicos de los adolescentes para su revisión

Para ello, se tienen considerados como puntos de estudio el C.S. La Paz, C.S. Jesús del Fuerte, C.S. La Colera y C.S. La Providencia, desde el mes en curso hasta abril del presente año.

Sin otro particular y en espera de verme favorecida con su petición, hago propicio la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"



M. en C.S. Dra. del Consuelo Cobrea Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

Carretera del Progreso, La Compañía s/n, Carretera
 Pachuca-Atoyac, San Agustín Tlaxiela, Hidalgo

Carretera del Progreso, La Compañía s/n, Carretera
 Pachuca-Atoyac, San Agustín Tlaxiela, Hidalgo
 México, C.F. 42900
 Teléfono: 022776 75 720 00 Ext. 4324, 4325, 4326, 4327
 www.usmh.edu.mx



www.usmh.edu.mx