



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
ÁREA CLÍNICA

“La Dimensión Simbólica de la Accesibilidad a la Atención en Salud de los Adolescentes de San Juan del Río, Querétaro. México”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de Licenciado en
Psicología Área Clínica

PRESENTAN

Fernanda Marcela Garduño Fernández

Jessica Alejandra Verde Ortiz

DIRIGIDO POR:

Dra. Pamela Garbus



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
ÁREA CLÍNICA

"La Dimensión Simbólica de la Accesibilidad a la Atención en Salud de los Adolescentes de San Juan del Río, Querétaro, México"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de Licenciado en Psicología Área Clínica

PRESENTAN

Fernanda Marcela Garduño Fernandez

Jessica Alejandra Verde Ortiz

DIRIGIDO POR:

Dra. Pamela Garbus

SINODALES

Dra. Pamela Garbus

Firma

Dra. Maria Cristina Ortega Martinez

Firma

Mtra. Fabiola García Martínez

Firma

Mtra. Elsa Renata González Estrada

Firma

Lic. Juan Felipe Alamilla López

Firma

Dr. Luis Enrique Puente Garnica
Director de la Facultad

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
San Juan del Río, Julio 2015
México

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo, describir y analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes del municipio de San Juan del Río, Querétaro, México. Se trata de un estudio de diseño cualitativo del tipo exploratorio-descriptivo de corte transversal; que busca conocer la perspectiva de los actores involucrados sobre el fenómeno estudiado. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas a informantes clave, entrevistas semidirigidas, observación participativa, análisis documental, encuestas y diario de campo. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes y la autorización de las instituciones de salud pública. Se realizaron 24 entrevistas semidirigidas y 345 encuestas a adolescentes de 12 a 19 años de edad, entre otras herramientas de construcción de datos. Para el análisis de datos de entrevistas se construyeron 23 categorías, indicadores de la accesibilidad simbólica que los usuarios tienen de los servicios de salud pública, así como los factores subjetivos que determinan su acercamiento a los mismos. Desde la mirada de los usuarios existen dificultades en la toma de decisiones en relación al acceso de la atención en salud, vinculadas a su propia reestructuración del proceso adolescente y conjugado con el cuidado de sí en relación a las normas de convivencia familiar.

PALABRAS CLAVE: Accesibilidad Simbólica, Adolescencia, Salud, Atención, Servicios Públicos.

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to describe and analyze the symbolic dimension of the accessibility to adolescents's healthcare in the municipality of San Juan del Río, Querétaro, México. This is a qualitative study; exploratory-descriptive in a transversal line; it is aims is to understand the perspective of the actors involved on the phenomenon being studied. The data was obtained through interviews with key informants, semi-directed interviews, participative observation, recorded analysis, polls and journals. The authorization given by public health institutions and the consent given by the participants were taken into consideration .24 adolescents participated in the interviews, and 345 adolescents completed the survey. Their age was from 12 to 19 years old. For the analysis of data from interviews were built 23 categories, indicators of symbolic accessibility to users of public health services, as well as the subjective factors that determine your approach to them. From the user`s perspective there are difficulties in making decisions about access to health care, linked to its own restructuring process adolescent conjugated care of themselves in relation to the norms of family life

KEY WORDS: Key words: Symbolic accessibility, Adolescents, Health, Attention, Public health.

DEDICATORIAS

Fernanda Marcela Garduño Fernandez

A Dios, por enseñarme que su amor es todo lo que basta.

A mis padres Juan y Lupita Garduño, porque no podían comprender porque elegí hacer una tesis, pero aprendimos a ser pacientes. Este éxito también es de ustedes.

A mi hermana Karla, porque siempre me hizo reír.

A mis generaciones, porque este logro representa para ustedes la heredad y el cumplimiento del pacto que Dios ha decretado, desde ahora y para siempre en nuestra simiente (Salmo 25:12-14).

Jessica Alejandra Verde Ortiz.

A mis padres Reyna e Ignacio, a mis hermanos Salvador y Oscar este logro también es de ustedes, gracias por todo.

A Tania, Saaid, Juan Diego, Mis tías: Guadalupe y Guillermina y a mi abuelita Cruz por apoyarme en todas las decisiones que he tomado en este recorrido.

A Fernanda L. (+) Por su amistad, apoyo, comprensión y porque con ella descubrí que las verdaderas amistades si existen.

A Miguel A. Por haberme apoyado en todo a lo largo este trayecto y ser parte de mi vida a pesar de la distancia.

Pero sobre todo a mi pequeña hermana Paloma, porque a su manera me enseñó que en la vida siempre hay obstáculos y aun así hay motivos para sonreír todos los días.

A todos ustedes por ser mi motor de vida. GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Querétaro por el apoyo del Fondo de Fortalecimiento para la investigación (FoFi), que invirtió en el trabajo de campo y el otorgamiento de becas.

A todos los docentes y personal académico en la Facultad de Psicología campus San Juan del Río, gracias por compartir su experiencia y su conocimiento y por su apoyo durante nuestra etapa de formación profesional.

A la Dra. Pamela Garbus y a la Mtra. Elsa Renata González Estrada, por darnos la oportunidad de adentrarnos en el mundo de la investigación y por confiar en nosotras. Nos ayudaron a crecer en el ámbito académico, profesional y personal.

A Senen C., Andrea M., Emilio G., Abraham L., Sughey G., Abraham C., por haber sido parte importante del desarrollo en el Trabajo de Investigación, por su compañerismo, amistad y por ayudarnos a crecer en el trabajo de equipo.

Fernanda Marcela Garduño Fernandez:

A Dios, porque cada sueño, meta y proyecto fueron inspirados por medio de él y para él. Y esto no habría sido posible sin haber aprendido que para hallar gracia y buena opinión, nunca se deberán apartar de mi vida la misericordia y la verdad. Así que las he atado a mi cuello, y las he escrito en la tabla de mi corazón.

A mi familia, por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida. Por escucharme hablar teorías y conceptos raros aunque no tuvieran la más mínima idea de lo que decía, por su tiempo, sus oraciones y su amor por mí.

A la Dra. Pamela Garbus, por infundir en mí la pasión por la investigación, por compartir sus conocimientos, por su tiempo y paciencia, por confiar en mí. Me ayudo a crecer mucho de manera académica, profesional y personal.

A la Dra. Sonia Sujell Velez Baez, por confiar en mí, por su tiempo, por sus consejos y sugerencias, por escucharme (cosa nada fácil pero muy valiosa). Me ayudo a crecer mucho de manera académica, profesional y personal.

A Alejandra V. Por compartir largas horas de arduo trabajo, por su amistad y compañerismo.

Jessica Alejandra Verde Ortiz:

A mi familia por su apoyo incondicional, por tener fe en mí y por apoyarme en cada momento de mi vida y en todas las decisiones tomadas.

A la Dra. Pamela Garbus por haberme apoyado en todo, compartir conocimientos, experiencias y momentos vividos a lo largo de esta etapa, por brindarme su tiempo, dedicación, esfuerzo y paciencia. Además de confiar en mí para este trabajo. Me ayudo a crecer mucho de manera académica, profesional y personal.

A mis maestros; Fernando L., Izel L., Felipe A., Cristina O., Agustín O., y al Dr. Gustavo S. Por compartir sus conocimientos y experiencia. Su participación a lo largo de mi vida estudiantil me dejó grandes aprendizajes y momentos excepcionales.

A Fernanda G. por su amistad y compañerismo, y por ser cómplice en esta larga travesía de licenciatura y titulación.

A mis amigos de licenciatura y amigos de vida por su amistad y por su apoyo incondicional a lo largo de esta travesía.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
DEDICATORIAS.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	XI
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ENMARCACIONES GENERALES DEL ESTUDIO DE LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LOS ADOLESCENTES	1
1.1 Introducción.....	2
1.2 Sobre el Problema de Investigación.....	5
1.3 Antecedentes	7
1.4 Justificación.....	15
1.5 Metas y Objetivos.....	18
Objetivo general	18
i. Objetivos específicos en el Nivel Macrocontextual	18
iii. Objetivos específicos en el Nivel de Procesos Básicos	19
1.6 Supuestos	19
CAPÍTULO 2. SOBRE EL ESCENARIO DE ESTUDIO.....	20

2.1.	¿Por qué San Juan del Río, Qro.?	21
2.2.	Escenario de los Servicios de Salud y Población de Estudio	21
	• Descripción Demográfica	21
	• Indicadores	22
2.3.	Servicios de Salud Ofrecidos en la Localidad	23
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO; UN DILEMA CONCEPTUAL		26
3.1.	Noción de salud según los estatutos internacionales	27
3.2.	Noción de accesibilidad a la salud	28
3.3.	Sobre la dimensión simbólica de la salud	31
3.4.	Caracterización de la adolescencia	34
3.5.	Adolescencia y su relación con los derechos	39
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA; UNA VISUALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO		42
4.1.	Estrategia Metodológica	43
4.2.	Técnicas de Construcción de datos	44
	4.2.1. Observación participativa. Mapeo de servicios de salud	44
	4.2.2. Entrevistas	45
	4.2.3. Encuestas	45
	4.2.4. Análisis Documental	46
4.3.	Técnicas de Análisis de Datos	48
	4.3.1. Softwares utilizados para el procesamiento de datos	48
	4.3.2. Triangulación de datos	49
CAPÍTULO 5. RESULTADOS		50
5.1.	Resultados: atención en salud, accesibilidad simbólica, y adolescentes	51
	5.1.1. Observación participativa. Mapeo de servicios de salud	51
	5.1.1.1. Consideraciones generales sobre el mapeo de servicios de salud	51
	5.1.2. Entrevistas	58
	5.1.3. Encuestas	94
	5.1.4. Relevamiento documental	113

a) Estatutos Internacionales	113
a) Estatutos Nacionales	116
b) Estatutos Estatales.....	120
5.2. Triangulando datos	126
5.2.1. Consideraciones generales sobre la triangulación de datos	140
 CAPITULO 6. POR FIN EL FIN. DISCUSIÓN.....	142
 CAPÍTULO 7. Y PARA TERMINAR... ¿ACCESO ADOLESCENTE O ADOLESCENTES ACCESIBLES? CONCLUSIONES.....	152
 REFERENCIAS.....	157
• Bibliográficas	157
• Electrónicas	163
 ANEXOS	166
A) CONSENTIMIENTO INFORMADO A JURISDICCIÓN SANITARIA.....	166
B) GUÍA A INFORMANTE CLAVE.....	168
C) GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL DISEÑO DE ENCUESTAS	171
D) CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES	178
E) GUÍA DE ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS.....	183
F) ENCUESTA	190
G) DOCUMENTOS SOBRE LEYES	195

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Ubicación Geográfica Del Municipio De San Juan Del Río En El Estado De Querétaro.</i>	22
---	-----------

Figura 2. Ubicación De Servicios De Salud En San Juan Del Río.	24
Figura 3. Mapeo De Servicios De Salud Pública En San Juan Del Río, Querétaro.	25
Figura 4. Tratados Internaciones	28
Figura 5. Dimensiones Del Acceso (Penchanski Y Thomas, 1987; Giovanella Y Fleury, 1995)	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticas De Población Adolescente. En San Juan Del Río, Querétaro	23
Tabla 2. Información Sobre Las Instituciones De Salud Pública.	54
Tabla 3. Cuadro De Categorización	93
Tabla 4. ¿En Dónde Se Tomó La Encuesta?	95
Tabla 5. ¿Actualmente Trabajas?	96
Tabla 6. ¿Asistes A Algún Servicio De Salud Destinado Específicamente A Adolescentes?	103
Tabla 7. Cuando Tienes Algún Malestar Físico O Mental Generalmente Acudes	104
Tabla 8. ¿Cómo Llegas Generalmente Al Centro De Salud Donde Te Atiendes?	105
Tabla 9. ¿A Cuánto Tiempo Estás Del Centro O Institución De Salud Al Que Asistes Regularmente?	106
Tabla 10. ¿Te Ha Ocurrido Que No Te Explicaron Que Tenías O En Qué Consistía El Tratamiento Que Te Indicaron?	107
Tabla 11. Te Ha Ocurrido Que: No Tomaron En Cuenta Lo Que Pensabas Sobre Tu Situación De Salud O Sobre El Tratamiento Indicado Por El Médico.	108

Tabla 12. ¿Quién Es La Persona Con La Que Más Pláticas Sobre Temas Relacionados A Tu Salud?.....110

Tabla 13. ¿Regularmente, Sientes Que Tu Opinión Es Tenida En Cuenta Durante El Proceso De Atención En Salud?111

Tabla 14. Ante Una Situación Que Registres Desconocida Y Te Preocupe En Tu Cuerpo, ¿A Quién Acudes?112

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1. Distribución De La Población Por Sexo 94

Grafica 2. Situación Geopolítica 97

Grafica 3. ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas A Tu Salud Gastas Tu Dinero?..... 98

Grafica 3.1. ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas A Tu Salud Gastas Tu Dinero?..... 99

Grafica 3.2. ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas A Tu Salud Gastas Tu Dinero?..... 99

Grafica 3.3. ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas A Tu Salud Gastas Tu Dinero?..... 100

Grafica 4. ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas Con Tu Salud Gastan Dinero Tus Padres? 101

Grafica 4.1 ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas Con Tu Salud Gastan Dinero Tus Padres? 101

Grafica 4.2 ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas Con Tu Salud Gastan Dinero Tus Padres? 102

Grafica 4.3 ¿En Qué Tipo De Cosas Relacionadas Con Tu Salud Gastan Dinero Tus Padres? 102

**Gráfica 5. Cuando Asistes A Consulta Médica Y Te Indican Algún Tratamiento Médico
¿Quién Firma? 109**

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ENMARCAACIONES GENERALES DEL ESTUDIO DE LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LOS ADOLESCENTES

1.1 Introducción

“Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo”

Ramón Carrillo

La investigación enmarca una posibilidad no solo de la adquisición de nuevo conocimiento, sino de la transformación de paradigmas y preceptos científicos. Esto permite no solo avances tecnológicos y científicos sino que también posibilita la transformación de la realidad del fenómeno que se aborda, posibilitando –siempre que el investigador así se lo proponga - aprehenderlo en su mayor complejidad posible.

La psicología, en especial la clínica y social, a diferencia de las ciencias exactas y de las ciencias naturales se enmarca en campos disciplinarios que favorecen un acercamiento a la realidad desde la perspectiva de los sujetos que participan de la misma. Podemos investigar desde esta perspectiva, porque tenemos la capacidad de reflexionar sobre nosotros mismos, sobre nuestras prácticas, nuestras concepciones y más aún sobre los efectos que tienen las mismas en la vida de las personas.

Este trabajo buscó estudiar la “dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud” de adolescentes, considerando a la misma como un analizador que echa luz sobre categorías tales como procesos de adquisición de autonomía en los adolescentes, políticas de salud, derecho a la salud, prácticas en salud y subjetividad (Garbus, 2012).

Hablar acerca de la noción que se tiene de la salud lleva consigo una serie de implicaciones subjetivas, ya sea por la edad, el país, la cultura, el ser hombre o el ser mujer, las costumbres, entre otros. Esto nos obliga a tener como investigadores la necesidad de un acercamiento reflexivo, analítico pero sobre todo humano y ético, que rescate y respete la subjetividad de las personas que forman parte de nuestros estudios. Cornelius Castoriadis en su libro *La institución imaginaria de la sociedad* en 1989, al hablar de la subjetividad "...se refiere a aquellos procesos de creación de sentido instituidos y sostenidos por formaciones colectivas", es decir, las formas de pensar, ser o relacionarse son atravesadas por las construcciones simbólicas que no pueden definirse ni como puramente colectivas ni puramente individuales. Estas tienen efectos tanto en el sujeto, como en las prácticas y relaciones que el mismo desarrolla en su entorno. Esto significa que la dimensión subjetiva hace a la dimensión simbólica.

Este estudio tomó para el análisis la relación que los adolescentes establecen con los servicios de salud. Prácticas de atención, autonomía, construcciones simbólicas del acceso a la atención en salud, barreras de acceso a dicha atención, son algunas de las nociones que atraviesa este estudio, que abonan al análisis la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud.

Para dar respuesta a esto, se desarrollará a lo largo de las siguientes páginas un análisis de la categoría de accesibilidad a la atención en salud, especialmente la dimensión simbólica de la misma, enmarcada en el desarrollo teórico-metodológico de Alicia Stolkiner y Pamela Garbus en la tesis doctoral que lleva por título "Servicios de Salud, Procesos de Estigmatización y Subjetividad.

Estudio de caso: Accesibilidad a la Atención en Salud de personas externadas de instituciones manicomiales bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio de Tres Arroyos.”

A continuación se dará a conocer de manera general el contenido de la tesis por capítulos.

Capítulo 1. Planea el problema de investigación. Describe las enmarcaciones generales del estudio de la dimensión Simbólica de la Accesibilidad a la Atención en Salud de los Adolescentes: los antecedentes, justificación, metas y objetivos.

Capítulo 2. Escenario de los Servicios de Salud. Se explicita en estas páginas cada una de las miradas que conformaron el escenario de investigación de San Juan del Río, las cuales permitieron la lectura del problema objeto que este estudio abordó, así como los servicios de salud de la localidad.

Capítulo 3. Marco Teórico; Un Dilema Conceptual. Se hallarán las diferentes nociones teóricas sobre Accesibilidad y Salud, Dimensión Simbólica, Adolescencia y su relación con los derechos.

Capítulo 4. Metodología; Una visualización del trabajo de campo. Se organiza la estrategia metodológica utilizada y se describe cada una de las herramientas de construcción de datos elegidas.

Capítulo 5. Discusión y Resultados. Se presentan los resultados obtenidos acerca de la Atención en Salud, Accesibilidad Simbólica y Adolescencia; haciendo un análisis mediante la triangulación de datos sobre la atención en salud.

Capítulo 6. Conclusiones. Se realiza un cierre en términos generales sobre las principales consideraciones que tuvo el presente trabajo.

1.2 Sobre el Problema de Investigación

El estudio de la *“La dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes*, incorpora el contexto social, cultural, histórico, geográfico e incluso político de la misma y propicia, por ende, un acercamiento a la compleja realidad que vivencian los adolescentes.

Estudios llevados a cabo por expertos en la temática sostienen que la mayoría de los adolescentes busca información sobre temáticas vinculadas al cuidado de la salud, en diferentes ámbitos que los sanitarios. Ante problemáticas vinculadas con su salud, los adolescentes en general no recurren a la escuela ni a las instituciones sanitarias para conseguir ayuda, sino a sus amigos y en algunos casos a familiares. Consultan con sus pares cuando se encuentran con problemáticas vinculadas a la sexualidad, o relaciones familiares (Cejas, Olaviaga & Stechina, 2008).

Los adolescentes tienen derecho al acceso y atención de la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la salud general, pese a las implicaciones

familiares y/o personales e incluso económicas, políticas o religiosas que puede tener el ejercicio de dicho derecho.

La OMS considera que son *servicios amigables* para adolescentes aquellos “servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el equipo de salud, y por la calidad de sus intervenciones” (2009, pp.12). Estos, se piensa, son servicios que permiten el pleno acceso a la atención en salud.

Para favorecer el desarrollo adolescente es preciso abogar por “el acceso a una educación de calidad, a servicios de salud amigables, a información veraz, a la recreación, a una justicia apropiada al respeto de sus derechos y a un entorno seguro, protector y estimulante” (UNICEF, 2013).

Una de las situaciones más alarmantes en relación a las prácticas de salud con adolescentes, es que frecuentemente al llegar a una edad de 10/12 años aproximadamente, las familias dan por finalizada la necesidad de efectuar un “control del niño sano” por parte del pediatra, y quedan sin médico de cabecera ni servicios de salud de referencia. En general, los adolescentes no perciben los recursos de salud como accesibles, por la presencia de barreras de acceso a los servicios existentes ocasionadas tanto por el sistema como por las construcciones culturales propias de este grupo (PNSIA/CEPA; 2012).

Es por ello que en el proceso de vinculación creado entre los propios adolescentes, puede leerse, tal como sostiene Rodolfo, que “en <<nosotros>> no

funciona una especie de pérdida de la diferencia, sino un reconocimiento de la diferencia en el encuentro con el otro como tal” (Rodulfo, 1989, p. 122).

Para el caso de San Juan del Río, Querétaro, los adolescentes se han transformado en un sector de la población considerablemente importante pero el contexto donde se produce parece soportarlos, como si fueran algo que soportar. En donde se limita al adolescente a tan solo una fase del desarrollo, a una etapa más por la que el ser humano deberá cursar, pero se trata de algo mucho más complejo y porque no, hasta sofisticado, ya que la singularidad de cada sujeto es una complejidad única (Garduño, 2014).

1.3 Antecedentes

En diversos países y especialmente en México, se encuentran ante la panorama donde la población adolescente se duplicó en números absolutos en los últimos 30 años. En 1970 esta población representaba el 11.4% de la población nacional mientras que hoy representa el 21.3%. Se calcula que en México entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años (OMS/OPS, 2005).

Diversos autores consideran que la adolescencia es una etapa en la cual se producen fuertes cambios tanto físicos como psicológicos. Algunos de los problemas de salud que padecen los adolescentes suelen afectarles durante la propia adolescencia, como la muerte ocasionada por suicidio, por violencia interpersonal, por accidentes viales y lesiones.

La particularidad que transcurre en el momento adolescente vuelve pertinente el estudio de la accesibilidad a la atención en salud de estos desde una perspectiva relacional que tenga en consideración especialmente la dimensión simbólica y subjetiva de dicha accesibilidad (Garbus, 2012).

La consideración de que los mismos delinquen-consumen y no hacen nada productivo es uno de los factores determinantes de las barreras de acceso que tienen estos a la salud, educación trabajo e incluso aun, a la naturalización que recae sobre las mismas.

Expertos en el tema consideran que para el análisis de las barreras de acceso a la atención en salud es preciso considerar (PNSIA/CEPA; 2012):

- Las características propias de los adolescentes: desinformación sobre su estado de salud o enfermedad, omnipotencia, temor a ser visto por algún conocido, sobre todo al consultar sobre salud sexual y reproductiva;
- Los factores económicos: falta de dinero para transporte, compra de medicamentos.
- El desconocimiento acerca de dónde acudir para recibir atención;
- La existencia de Horarios no apropiados y/o insuficientes.
- Capacitación inadecuada de los profesionistas que trabajan con adolescentes.
- Desconocimiento de los derechos de los adolescentes, falta de garantía para el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la confidencialidad.
- La existencia de ámbitos de atención.

Esta tesis se centra en la indagación de la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en un espacio determinado, el Municipio de San Juan del Río, Qro. Considerando a la misma como un analizador (Garbus, 2012) que permitirá una primera aproximación a las condiciones de vida de los adolescentes en ese espacio específico.

Las reformas económicas que fueron fuertemente implementadas en la década de los 90' en México y muchos países de la región, provocaron un gran aumento de la pobreza, empeoramiento en la distribución del ingreso y un incremento de las brechas entre pobres y ricos, produciendo un fuerte impacto en salud (Garbus, 2012). Estas reformas incrementaron las necesidades en salud - como consecuencia del deterioro de las condiciones sociales, laborales y de vida de la población – y de este modo los servicios de salud fueron adoptando las características impuestas por el neoliberalismo: descentralización de servicios pero no de presupuestos, y se impuso una lógica del mercado y de no de los derechos sociales. Es que la llamada “Reforma del Estado”, conllevó una mercantilización (Laurell, 1994) del sistema de salud, vaciándolo de los valores de la solidaridad y la responsabilidad estatal, considerando a la salud como un gasto público a reducir más que como un derecho a garantizar (Iriart, Leone, & Testa, 1995; Laurell, 1994).

En este marco global, al inicio del nuevo milenio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe de Salud en el Mundo estimulaba la investigaciones que favorezcan la comprensión de los “efectos de distintos tipos de decisiones en las políticas sobre el acceso, la equidad y los resultados del tratamiento, tanto en

general como en los grupos más desfavorecidos” (Organización Mundial de la Salud, 2001, pp. 105)

Así, en el año 2002 la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desarrollaron la propuesta de “Extensión de la Protección Social en Salud” (EPSS) cuyo propósito principal era combatir la exclusión en Salud, entendiendo por protección social a la garantía de un derecho que debe ofrecer el Estado. La EPSS se define como

1. “La garantía que la sociedad aporta para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas en Salud, mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo (OPS/OMS citado en Garbus, 2012)

La EPSS propicia tanto estrategias para incluir a los excluidos, como aquellas destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención en Salud. Se considera que para que la EPSS pueda funcionar en la práctica como garantía, se deben dar tres condiciones:

1. Acceso a los servicios.
2. Seguridad financiera.
3. Dignidad en la Atención.

La exclusión en salud se desprende de la ausencia de alguna de estas”

Así, es que se sostiene la relevancia social que tiene este estudio.

Algunas de las preguntas que atraviesan la investigación son: ¿Cuáles son las características de la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud de los adolescentes? ¿Cuáles de las características del sistema de salud funcionan de facilitadoras y cuáles de obstáculos para el adolescente? Modelos de atención, prácticas en salud, instituciones y subjetividad, políticas en salud, son algunas de las categorías con las que se trabajará para dar respuesta al problema planteado.

Esta investigación se enmarca en la línea de trabajo que rescata la dimensión socio-histórica de los procesos de salud/enfermedad/atención (Garbus, 2012; Almeida & Silva, 1999; Samaja, 2004; Menéndez, 2009) y subraya fuertemente el enfoque de derechos (OMS, 2005) en el abordaje de problemáticas tan complejas como lo son las prácticas de atención en salud a adolescentes.

Se incorporó para el diseño del plan de investigación, una estrategia metodológica basada en la articulación de diferentes niveles de análisis (Stolkiner, 1994; García, 1986; 1989; 1994 en Garbus 2012). La elaboración de los objetivos de la investigación, siguió esta lógica. Se incorpora para el estudio la dimensión subjetiva de las problemáticas en salud, la cual propicia la interrogación sobre la definición del objeto de las disciplinas que históricamente las han abordado (Galende, 2006)

Al hablar de subjetividad se toma como referencia aquellos autores que rescatan las condiciones culturales de la vida psíquica y que consideran que la separación sujeto social y sujeto del inconsciente responde más a límites

disciplinarios que a características de los objetos que dichas disciplinas pretenden abordar (Cufre, 2010 en Garbus 2012). Esto significa que la forma en la que se accede a la atención en los servicios de salud está moldeada por un cúmulo de constructos sociales y no solo individuales. Conociendo la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes, se espera lograr una aproximación a los códigos acumulados creadores de configuraciones subjetivas para determinadas situaciones de la vida cotidiana, como lo son las prácticas de atención en salud.

Para el desarrollo de esta investigación se ha de rescatar "... el conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población; para analizar la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud" (Comes, 2004; 2006; Comes & Stolkiner, 2004, Garbus, 2010; 2012).

La categoría Accesibilidad a la atención en salud es leída en este trabajo desde las coordenadas de Bourdieu, considerando que las ciencias sociales son ciencias relacionales (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Se parte de considerar que son los sujetos – Trabajadores de Salud y Usuarios - los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.

Diferentes corrientes teóricas han tomado en consideración la relación entre usuarios y servicios para el estudio de la accesibilidad a la atención en salud (Andersen, 1998; Giovanella & Fleury, 1995; Penchanski & Thomas, 1981; Donabedian, 1973; Frenk, 1985). Incluso muchas han llamado la atención sobre la

necesidad de incluir la dimensión de las representaciones, imaginarios y percepciones de los usuarios sobre el proceso de salud-enfermedad-atención (Garbus, 2012).

Al tomar para el análisis de la accesibilidad la relación entre usuarios y servicios se considera que ambos contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Los servicios - al igual que los usuarios - son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización (Garbus, 2012).

Esta investigación se centra en el análisis de lo que se produce en la dimensión simbólica, entre usuarios adolescentes y servicios de salud. "...Se considera que el abordar el encuentro que se produce entre los usuarios y los servicios, incorpora una dimensión que obliga a pensar esta problemática desde otra perspectiva. En este estudio se indagó dicho encuentro, desde la mirada de los adolescentes.

Los trabajos de Giovanella & Fleury (1995) fueron tomados en consideración para este estudio para la operacionalización de la categoría de accesibilidad, ubicando cuatro dimensiones las cuales fueron redefinidas para este estudio de esta manera (Garbus, 2012):

La dimensión económica, referente a los costos económicos asociados al acceso a la atención (bono consulta, medicamentos, transporte, estudios).

La dimensión técnica: relativa a la organización de la red de servicios de salud, el otorgamiento de turnos, la distribución de efectores, el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

La dimensión política: relativa a las políticas de salud; la participación que tienen en las mismas los usuarios; las prácticas de salud que dichas políticas moldean.

La dimensión simbólica: relativa a la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención, desde la perspectiva de los usuarios, como de los trabajadores de salud.

Se considera que la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud, es nodal para lograr el mismo.

Generalmente los estudios de accesibilidad se han centrado exclusivamente en un solo nivel, ya sea el de las políticas de salud (Macro), el de la organización de los servicios de salud (Meso) o bien, cuando toman para el análisis de la accesibilidad la relación entre usuarios y servicios, la abordan como si se tratara únicamente de un vínculo lineal entre personas, en donde las políticas y la organización de los servicios, hicieran meramente de contexto (Garbus, 2012).

El objeto de estudio de esta investigación – la dimensión simbólica de la relación de los adolescentes con los servicios de salud - como toda relación, está atrapada en una red de relaciones que caracteriza sus propiedades. Es en esta

red de relaciones, en donde debe leerse la accesibilidad (Bourdieu & Wacquant, 1995, en Garbus, 2012).

1.4 Justificación

Actualmente el mundo enfrenta la generación más numerosa de adolescentes registrada en la historia, más de 1.200 millones (PNSIA/CEPA; 2012). En el año 2009, México contaba con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad de los cuales 6.3 eran mujeres y 6.5 hombres. El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida (UNICEF, 2013).

En el Estado de Querétaro, en el año 2010, el 30% de la población tenía entre 0 a 14 años de edad, y el 28% de 15 a 29. En el mismo año, San Juan del Río, tenía el 27.8% de la población de 15 a 29 años de edad (INEGI, 2013).

Según UNICEF en México 16,000 adolescentes, en su gran mayoría niñas, son víctimas del delito de explotación sexual. Según los datos oficiales recuperados por UNICEF, los accidentes de tránsito, homicidios y suicidios son las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad en México.

En el 2007, morían diariamente tres adolescentes por accidentes de tránsito; cada semana eran asesinados ocho jóvenes y ocho cometían suicidio (UNICEF, 2013). Existe también un alto número de embarazos prematuros. Casi medio

millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz en el año 2005. En 2005 hubo 144,670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años que no han concluido su educación de tipo básico. La paternidad y la maternidad tempranas conducen a las niñas, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos. El embarazo prematuro además conlleva un alto riesgo para la vida y la salud de la madre y del bebé.

Otras de las problemáticas más frecuentes entre adolescentes están vinculadas al abuso de sustancias tales como el alcohol, tabaco y estupefacientes, lo que constituye un grave problema que es cada vez mayor en México. En el año 2009, el 44% de los adolescentes y jóvenes en México convivía en el hogar con fumadores; 7% fumó por primera vez a los diez años o menos; el 45% inicia el consumo entre once y 14 años, y el 48% entre 15 y 17 años. En el mismo año el 20% de los estudiantes de secundaria eran fumadores activos. De los 14 millones de fumadores que había en México en 2008, 10 millones comenzaron a fumar antes de los 14 años (UNICEF, 2013).

De esta forma, el hábito de fumar, el abuso de alcohol (con la inclusión de sus efectos sobre los accidentes de tránsito), los embarazos no esperados de adolescentes, el VIH, el sobrepeso, la obesidad y el aumento de las complicaciones asociadas a la malnutrición, entre otras problemáticas, plantean desafíos para las políticas y prácticas de atención en salud sobre la juventud (Banco Mundial; 2008). El estudio de la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud, suma a la mejora del acceso a dichas prácticas, así como el

desarrollo de políticas sociales que consideren la perspectiva de los propios adolescentes en dichas problemáticas.

Para citar un ejemplo de la relevancia del tema de la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud de adolescentes, en el año 1998 se llevó a cabo un estudio en nueve países que encuestó a varones los cuales expresaron la necesidad de contar con servicios de calidad, con espacios dedicados específicamente para ellos, que les garanticen confidencialidad, privacidad y que no sean condescendientes (Bloom & Williamson, 1998)

Una de las situaciones más frecuentes es que los adolescentes consultan a los servicios de salud – cuándo lo hacen - una vez instalada cualquiera de las problemáticas recién planteadas. En líneas generales se puede decir que existe una frecuente desatención por parte de los servicios de salud a las necesidades específicas de la población adolescente. Sus horarios de atención, la forma en la que se organizan sus prácticas, sus programas de prevención, suelen no tener en consideración la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud. Conocer las percepciones, representaciones, temores, ideas, etc. que tienen estos adolescentes sobre las prácticas de atención en salud, propicia un acercamiento a dicha dimensión (Garbus, 2012).

La Convención Internacional por los derechos del niño, considera que es un derecho primordial el tener pleno acceso a la atención en salud, para lograr un favorable desarrollo. Sin embargo las cifras muestran que a medida que crecen en

edad, los niños dejan de contar con controles periódicos en materia de salud en distintos países de la región (UNICEF, 2013).

El desarrollo de este estudio permitirá conocer las principales problemáticas asociadas a la atención en salud de los adolescentes de San Juan del Río así como los recurrentes obstáculos que afectan a su resolución. Esta información resultará un importante insumo para la identificación, asignación de prioridades y formulación de políticas públicas en salud de los adolescentes del área de estudio.

1.5 Metas y Objetivos

La meta de esta tesis fue aportar una mirada a la realidad de la atención en salud de los adolescentes, considerando especialmente para el análisis de la dimensión simbólica de dicho acceso con el propósito de sumar conocimiento para lograr una transformación al acceso de los servicios de salud dirigidos a los adolescentes.

Objetivo general

Describir y analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes del municipio de San Juan del Río, Querétaro.

i. Objetivos específicos en el Nivel Macrocontextual

- a) Describir y analizar el escenario de los Servicios de Salud del área en estudio.

- b) Describir y analizar las leyes, normativas y programas vigentes en salud durante el período en estudio en el nivel local y nacional para esta población específica.

iii. Objetivos específicos en el Nivel de Procesos Básicos

- a) Describir y analizar las necesidades en salud no resueltas que consideran tener los adolescentes de San Juan del Río.
- b) Indagar las barreras de acceso a la atención en salud de la población de estudio y su relación con la dimensión simbólica de la accesibilidad.
- c) Indagar las dimensiones simbólico/subjetivas de la accesibilidad a los servicios de salud de los adolescentes del área de estudio.

1.6 Supuestos

La presente tesis se basa en dos supuestos fundamentales. El primero indica que los adolescentes de San Juan del Río tienen barreras de acceso a la atención en salud relacionadas con la dimensión simbólica.

El segundo indica que los adolescentes no perciben los recursos de salud como accesibles porque las familias dan por finalizada la necesidad de efectuar un control de los adolescentes a partir de los 16 a los 19 años.

CAPÍTULO 2

SOBRE EL ESCENARIO DE ESTUDIO

2.1. ¿Por qué San Juan del Río, Qro.?

San Juan del Río a causa de su reciente y explosivo desarrollo en términos de población, requiere de investigaciones que aporten a conocer sobre las condiciones de desarrollo de la población. Se considera “necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización” (Stolkiner y Otros en Garbus, 2012).

Este trabajo se enmarca en un estudio que buscó conocer la realidad de la atención en salud de la población adolescente del escenario en el cual la institución financiadora, la Universidad Autónoma de Querétaro, Campus San Juan del Río, se sitúa.

2.2. Escenario de los Servicios de Salud y Población de Estudio

- **Descripción Demográfica**

San Juan del Río es un municipio perteneciente al Estado de Querétaro. Se localiza al Sureste de la entidad en las coordenadas 20°12" y 20°34" de latitud Norte y de 99°49" y 100° 12" de longitud Oeste, con una altitud sobre el nivel del mar de 1920 metros y a una distancia de 51 kilómetros de la Capital del estado. Está delimitado geopolíticamente por los Estados de México e Hidalgo en el Este; por el municipio de Amealco de Bonfil al Sur; por los municipios de Pedro

Escobedo y Amealco de Bonfil al Oeste y por los municipios de Pedro Escobedo y Tequisquiapan al Norte (Figura 1).

San Juan del Río ocupa una superficie de 799.9 km² que representa el 6.6% del total de la entidad; ocupando el sexto lugar en extensión territorial.



Figura 1. Ubicación geográfica del municipio de San Juan del Río en el Estado de Querétaro.

Nota.

Fuente:

<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM22queretaro/municipios/22016a.html>

- **Indicadores**

El municipio cuenta con una población total de 241 699 personas. La tabla 1, divide a la población de acuerdo a las edades que conciernen a los adolescentes que habitan en San Juan del Río.

Tabla 1. Estadísticas de Población Adolescente. En San Juan del Río, Querétaro

SAN JUAN DEL RÍO, QRO.			
EDAD	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRE	MUJER
12 Años	4799	2485	2314
13 años	4702	2435	2267
14 años	4691	2317	2373
15 años	5130	2587	2543
16 años	4705	2356	2349
17 años	5044	2542	2502
18 años	5034	2581	2453
19 años	4524	2239	2285

Nota. Fuente: INEGI. Censo de Población y vivienda 2011: Tabulados del Cuestionario Básico

2.3. Servicios de Salud Ofrecidos en la Localidad

En San Juan del Río existen 12 centros de salud que cuentan con un servicio de 24 horas. Dichas instituciones se encuentran localizadas en diversos puntos estratégicos del municipio, por ejemplo en las localidades más grandes y/o alejadas de lo que se denomina el centro del municipio. Las localidades son: La Estancia, La Valla, La Llave, Paso de Mata, La floresta, El Centro, ISSSTE, etc. (Figura 2).



Figura 2. Ubicación de Servicios de Salud en San Juan del Río.

Nota. Fuente. Elaboración Propia a partir de la información proporcionada por la entrevista a Informante clave.

Es importante mencionar que las instituciones de salud se dividen de acuerdo a la atención que brinda, es decir, una atención primaria (prevención – centros de salud), secundaria (internación – Hospital General de San Juan del Río - hospital IMSS) o terciaria (Hospitales de especialización – Oncología, cardiología, etc).

Así mismo el municipio cuenta con 2 Hospitales de segundo nivel, como lo son El Hospital del IMSS y el Hospital General del niño y la mujer. Los cuales ofrecen servicios de lunes a viernes en consulta externa con un horario de 7 a 5

pm y urgencias las 24 horas los 7 días a la semana durante todo el año. Sin embargo dicha localidad no cuenta con ningún hospital de tercer nivel (Figura 3).

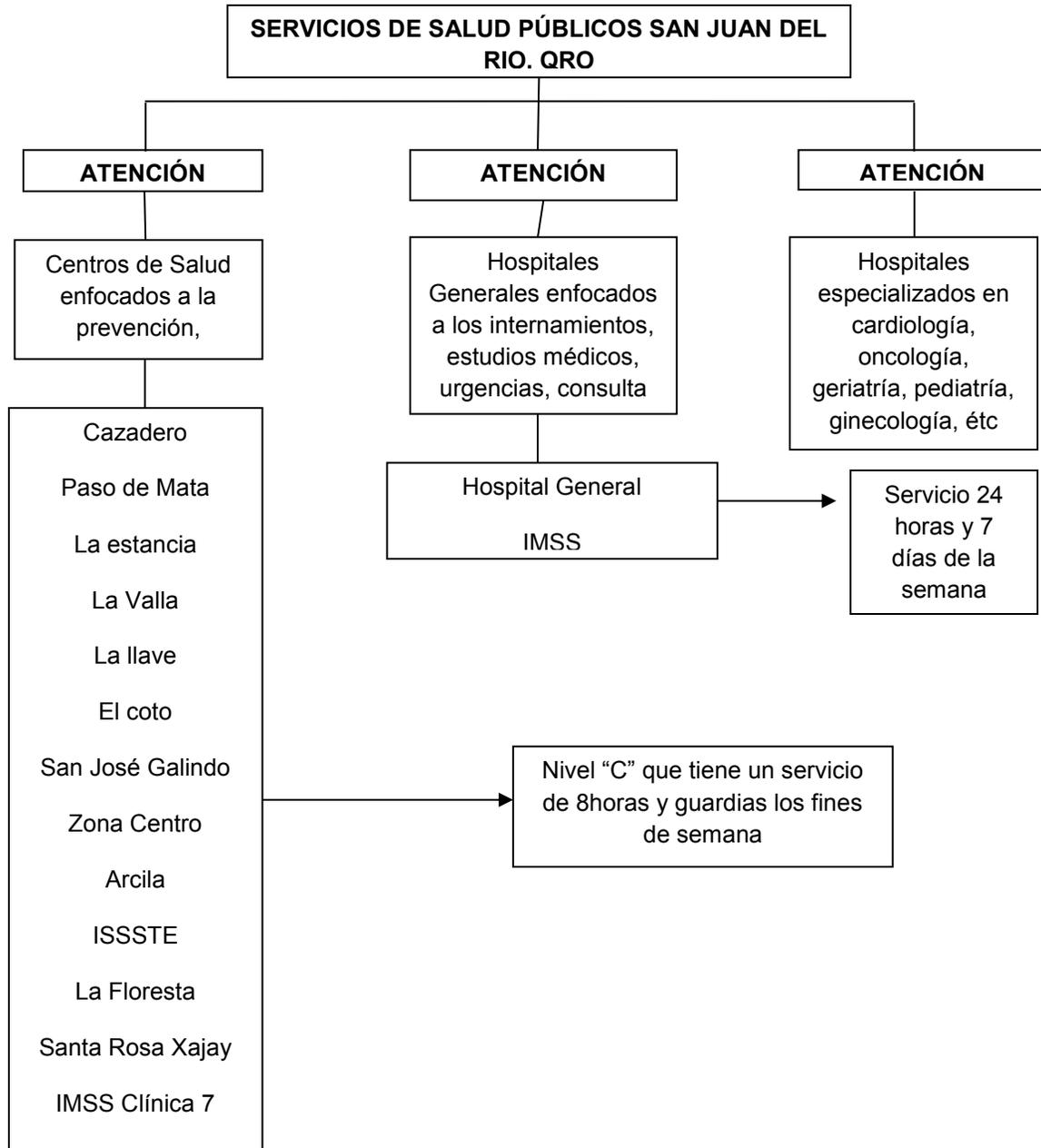


Figura 3. Mapeo de Servicios de Salud Pública en San Juan del Río, Querétaro.

Nota. Fuente: Elaboración Propia a partir de la entrevista realizada a la Directora de Jurisdicción Sanitaria No. 2

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO; UN DILEMA CONCEPTUAL

3.1. Noción de salud según los estatutos internacionales

Este estudio se centra en el análisis sobre la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud de los adolescentes de san Juan del Río, Querétaro. México. Para ello es necesario recuperar las nociones que se han establecido por las instituciones internacionales, para considerar el contraste y su relación con las leyes internacionales, nacionales y estatales.

Es así que para comprender la perspectiva que tienen los adolescentes respecto a la atención que reciben en salud, se retomarán las definiciones que actualmente están presentes en la sociedad y en las que se enmarca el país de México.

En primer lugar se encuentra la noción de salud que establece la OMS la cual dice que “estado de bienestar físico, biológico y social, tanto del individuo como de la colectividad” (Organización Mundial de la Salud, 1991, pág. 23). Lo que significa que el acercamiento de la atención en salud es en función de un estado de cambio en sus cuerpos a diferentes niveles; edades, estratos sociales, económicos, etc. Y que de acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos enmarcado en el Artículo 25, el cual dice:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...

Los adolescentes no están exentos de esto, siendo de esta manera como la noción de salud que se sostiene es la mencionada con anterioridad, ya que organismos como la ONU y UNICEF mantienen vigente la noción que maneja la OMS desde el año de 1948 (Figura 4). Y la cual se puede ver manifestada en artículos internaciones de la propia humanidad.

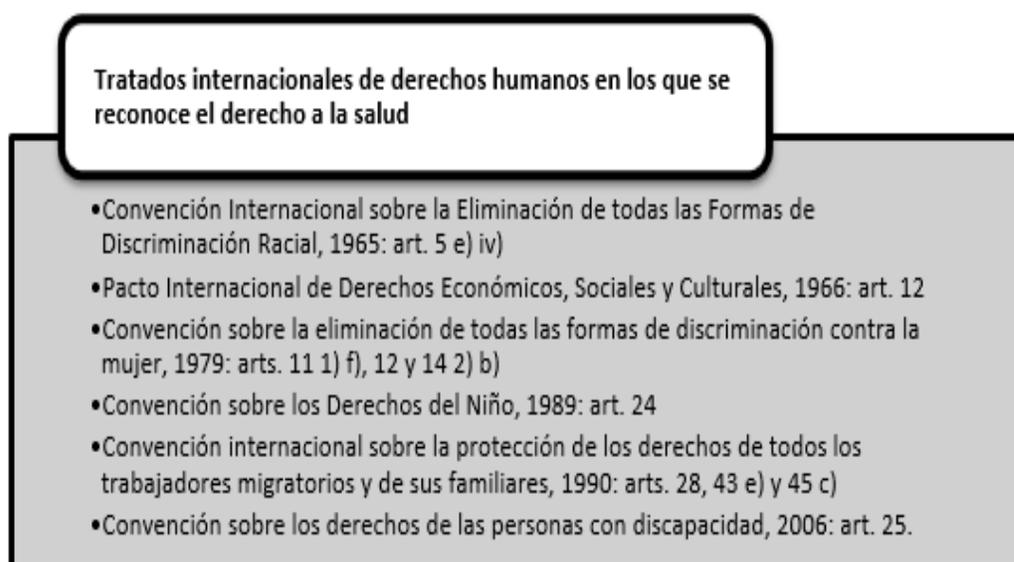


Figura 4. *Tratados internaciones.*

Nota. Fuente: Garbus, P. (2012). Tesis Doctoral: Servicios de Salud, procesos de estigmatización y subjetividad. Estudio de caso: Accesibilidad a la salud de personas externadas de instituciones manicomiales bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio de Tres Arroyos. UNLA: Argentina

Es así como esto nos otorga la claridad de lo que hoy día se entiende a nivel internacional lo que es salud.

3.2. Noción de accesibilidad a la salud

El acceso que tiene un grupo social determinado a los servicios de salud es determinado no solo por su ubicación geográfica, su situación política, económica,

administrativa sino también por el conocimiento de sus derechos y - sobre todo - por la posibilidad de ejercerlos.

El presente trabajo se enfocó en la relación que existe entre usuarios y servicios de salud cuyo intercambio discursivo permite la construcción de una perspectiva propia al adolescente. Se trata de un caudal de “representaciones, discursos y prácticas de la población (...) necesariamente considerados en toda estrategia implementada para estudiar el acceso” (Garbus, 2012). Lo que sucede es que no solo los adolescentes son productores de un discurso que permite el acceso a representaciones y prácticas, sino que implica un intercambio dialéctico con los servicios de salud, del que forman parte enfermeras, médicos, administrativos, etc.

El acceso a la atención en salud del adolescente conlleva el ejercicio de diferentes niveles de autonomía o bien, de la voluntad y perspectiva de los padres, tutores e incluso otras instituciones. De acuerdo a la Convención de los Derechos del niño, que México firmó el 26 de enero de 1990 y entra en vigor el 21 octubre 1990, en su Artículo 3 dice:

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los

derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada."

La "accesibilidad a la atención en salud como analizador echa luz sobre categorías tales como adolescencia, procesos de estigmatización, políticas de salud, derecho a la salud, prácticas en salud y subjetividad" (Garbus, 2010). El acceso que tienen los adolescentes a la atención en salud, se encuentra vinculado con las nociones sociales y culturales que se hacen manifiestas de acuerdo a la época, la sociedad y su cultura.

He aquí que la accesibilidad no depende de un solo miembro de dicho intercambio, sino que se trata de la dialéctica entre los participantes así como de las dimensiones que caracterizan dicho acceso:

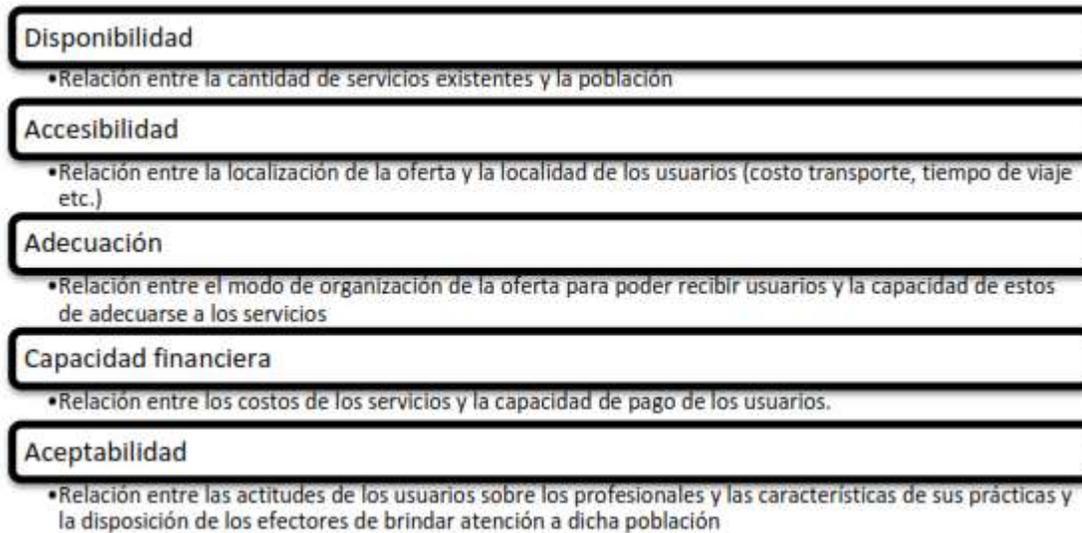


Figura 5. Dimensiones del Acceso (Penchanski y Thomas, 1987; Giovanella y Fleury, 1995)

Nota. Fuente: Garbus, P. (2012). "Tesis Doctoral: Servicios de Salud, Procesos de Estigmatización y Subjetividad. Estudio de Caso: Accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio de Tres Arroyos". UBA: Argentina.

La dimensión simbólica, objeto de estudio de ésta tesis, reorganiza las otras dimensiones y permite el entendimiento de las posibles barreras de acceso. La disponibilidad, la accesibilidad, la adecuación, la capacidad financiera y la aceptabilidad dependen del entretreído que se da entre los discursos de los usuarios y los servicios públicos de salud.

3.3. Sobre la dimensión simbólica de la salud

Resulta difícil el abordaje de la noción de la accesibilidad a la atención que reciben los adolescentes en materia de salud sin el entendimiento del entretreído discursivo que se juega entre usuarios y servicios de salud. Para entender esto, se retoman las conceptualizaciones propuestas por Castoriadis, Stolkiner y Garbus.

Dicha dimensión se constituye a partir del “conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población...” (Comes, 2004; 2006; Comes & Stolkiner, 2004; Comes, y otros, 2008; Garbus, 2010; Garbus, 2012). Se trata de la mirada que capta, en su mayor complejidad, la posibilidad de acceder o no a los servicios de salud. Dicha complejidad se evidencia toda vez que se incorporan elementos tales como, los discursos, representaciones, concepciones, experiencias y saberes tanto de usuarios como de servidores de salud pública.

Para considerar la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud, se incorpora la noción lenguaje de Castoriadis, considerando que este “...no puede ser otra cosa que la creación espontánea de un colectivo humano” (1997, p. 3). La dimensión simbólica es un caudal de representaciones colectivas vueltas “lenguaje”, que se entraman y entretajan en la relación entre usuarios (adolescentes) y servidores de salud pública (médicos, enfermeros, recepcionistas, farmacéuticos, laboratoristas, etc.).

La forma en la que usuarios y servidores de salud pública se relacionan se sostiene en las representaciones subjetivas que portan cada uno de los involucrados, las cuales se constituyen siempre en un espacio social y relacional. Al decir de Castoriadis, “...cada manifestación del pensamiento es esencialmente histórico, cada manifestación del pensamiento es un momento en un encadenamiento histórico y es también – si bien no exclusivamente - su expresión” (1997, p. 3).

El análisis de la dimensión simbólica permite un acercamiento a las perspectivas del proceso de atención en salud entre usuarios y servicios de salud. Se trata de la relación subjetiva que se entreteje en el paso por cada una de las instancias de los servicios de salud, por parte de los adolescentes para llevar a cabo dicho proceso; determinado así la resolución de la demanda de atención en salud.

Diferentes corrientes teóricas han tomado en consideración la relación entre usuarios y servicios para el estudio de la accesibilidad a la atención en salud (Andersen, 1998; Giovanella & Fleury, 1995; Penchanski & Thomas, 1981; Donabedian, 1973; Frenk, 1985). Incluso otras han llamado la atención sobre la necesidad de incluir la dimensión de las representaciones, imaginarios y percepciones de los usuarios sobre el proceso de salud-enfermedad-atención (Aday & Andersen, 1977; Barrenechea, Trujillo & Chorny, 1990; Giovanella & Fleury, 1995; Abreu de Jesús & Araújo Assis, 2010). La directora de esta tesis ha formado parte de un equipo de trabajo el cual desde hace más de una década ha rescatado y ampliado la importancia de la dimensión llamada por otras corrientes “cultural” considerando para su análisis el conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población, y ha denominado como simbólica a esta dimensión que rescata la posibilidad de que el imaginario social y la representaciones pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios (Comes, 2004; 2006; Comes & Stolkiner, 2004; Comes, y otros, 2008; Garbus, 2010; 2012).

Al tomar para el análisis de la accesibilidad la relación entre usuarios y servicios se considera que ambos contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Los servicios - al igual que los usuarios - son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización (Barcala & Stolkiner; 2001; Comes, 2004; 2006; Comes, y otros, 2008; Garbus, 2010).

Se considera que el abordar el encuentro que se produce entre los usuarios y los servicios, incorpora una dimensión que obliga a pensar esta problemática desde otra perspectiva. Representaciones, discursos y prácticas de la población han de ser necesariamente considerados en toda estrategia implementada para estudiar el acceso (Garbus, 2012)

3.4. Caracterización de la adolescencia

Se busca conocer la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud de adolescentes de San Juan del Río, Querétaro. México. Para lograr dicho propósito, es preciso explicitar la forma en la que se caracteriza la adolescencia para este estudio. Esta caracterización permitirá situar las coordenadas de los elementos simbólicos del acceso a la atención en salud de esta población.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años y se dividen en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. (SESEQ, 2011).

Desde la mirada psicoanalítica propuesta por Dolto, Rodolfo, Sigmund Freud, Anna Freud y Ernest Jones, se puede decir que el ser adolescente implica una separación con sus padres, tal que favorezca la posterior construcción de su identidad.

Adolescencia y pubertad son categorías diferentes.

La pubertad marca el momento de la maduración sexual y la potencialidad de procreación. Se trata del proceso de cambios físicos en el cual el cuerpo del niño, desarrolla los caracteres sexuales y se encuentra con los primeros encuentros para el ejercicio de la sexualidad plena y la reproducción.

La adolescencia es un proceso de transición psicológica y social, de asimilación del cuerpo psíquico y la re-creación de la identidad. Es una etapa de transformación, de apertura a lo social, existiendo múltiples definiciones que deben realizar los sujetos para su entrada a la adultez (Henríquez, 2010, p.9)

El Comité de los Derechos del Niño, se refiere a la adolescencia como "(...) un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva, la adquisición gradual de asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos" (Comité de Derechos del Niño, 21 de julio de 2003).

Las definiciones en torno a la adolescencia han tenido una serie de modificaciones de acuerdo a la época. Uno de los primeros en definir el concepto

de adolescencia fue Jean-Jacques Rousseau, en su libro Emilio, donde lo describe como un segundo nacimiento; “Nacemos, por así decirlo, en dos veces: una para existir y la otra para vivir. Una para la especie, y la otra, para el sexo.” (Dolto, 1991 p.36)

En el campo psicoanalítico, la noción comenzó a circular por primera vez en 1905 por Sigmund Freud en sus “Tres ensayos de teoría sexual”. En este trabajo Freud no habla como tal acerca de adolescencia, sino de pubertad. Señalando que lo esencial de este período es el crecimiento de los genitales externos hasta el punto de ofrecer o recibir productos genésicos para la creación de un ser.

Ernest Jones, seguidor de Freud, quien ocupó el concepto de adolescencia en “Some problems of adolescence” reafirmando la teoría de Freud. Explicaba en su texto que el individuo recapitula y amplía en la segunda década el desarrollo que experimentó durante sus cinco primeros años de vida. Proponía que la forma en que una persona atravesará la etapa de la adolescencia está determinada en gran parte por su desarrollo infantil.

Anna Freud mencionaba una gran importancia de la adolescencia para la formación del carácter. Explicaba que la tregua de las pulsiones, lograda en el periodo de latencia, se desarma al llegar la pubertad, provocándose un enfrentamiento entre el yo y el ello, que genera una modificación cualitativa y cuantitativa de las pulsiones y altera la distribución de fuerzas dentro del individuo. Y que esto es, para la autora, lo que da inicio a la adolescencia.

Otra mirada de la adolescencia desde el psicoanálisis es la que presenta la escuela francesa. Los conceptos desde el estructuralismo de Lacan fueron tomados por diferentes autores para dar cuenta de la adolescencia. "...es importante la rica tensión diferencial y conflictiva entre el tiempo cronológico y lógico de la estructura, en lugar de reducir o aplastar uno con el otro" (Rodulfo, 2008 p. 80).

Francoise Dolto, pediatra y psicoanalista, reformuló la teoría de Lacan con un énfasis en el desarrollo. Planteó la idea de que existen cortes en el desarrollo que hacen crecer al sujeto, el destete, la castración anal, el control de esfínter, el complejo de Edipo.

La adolescencia también sería un corte, una fase de mutación "el hecho trascendental que marca la ruptura con el estado de infancia es la posibilidad de disociar la vida imaginaria de la realidad; el sueño de las relaciones reales" (1991, p. 17). Dolto pone énfasis en la ruptura en la relación con las figuras paterna y materna y la búsqueda de nuevos referentes para la vida psíquica y sexual. Tal como se podrá demostrar, esta idea es central para el estudio de la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud de los adolescentes.

En la infancia, también descrita como la primera vida imaginaria, los padres son el objeto de amor fantaseado del niño, sin embargo la frustración de la satisfacción en ese periodo y el equilibrio que produce la etapa de latencia, provocarán que el adolescente comience a realizar un apartamiento de los padres. En la segunda arremetida de la libido el adolescente realizará una búsqueda de

relaciones no incestuosas, logrando una apertura a lo grupal, a la influencia de los pares y la posibilidad del encuentro con una pareja. “La adolescencia se vive como un exilio y como una iniciación, al término de este exilio” (Dolto, 1991, P. 43).

Cualquier noción, definición o categórica de adolescencia que se haya realizado, su gran variante se verá determinada indudablemente por la época y los acontecimientos sociales vividos en el momento, ya que no es lo mismo hablar de la adolescencia o pubertad en la época de Freud o Jones, que hablar de esta misma en la época actual. El espacio en el que se desarrolla la adolescencia que alude a un lugar, lugar tanto simbólico como fáctico, es central para el estudio de la misma, ya que en éste deberán desarrollar el proceso de constitución de su subjetividad.

Estos trabajos psíquicos requieren de un tiempo y un lugar para que acontezcan. Implican tanto ocupar un lugar en el psiquismo, como en la cadena generacional, como así también en la realidad. Es por ello que durante esta etapa, los adolescentes buscan reunirse con otros adolescentes con los que se identifican y de esta manera mantienen vivos los recitales, grupos de Fans, tribus urbanas, entre otras.

Inventan códigos que los identifica pares y que resultan incomprensibles para los adultos. Ya que ellos suelen apropiarse de lugares que los adultos ya no frecuentan. Y para cuando estos lo hacen, ya han cambiado. La incomprensión del adolescente por parte de los adultos, es en parte constitutiva de la adolescencia, siempre que se considere a dicha incomprensión, a la falta de conocimiento sobre

la significación que los adolescentes que le dan a sus espacios, lazos, cuerpo, etc. Esto de ningún modo implica desconocer que tiene una particular significación, y que en el trabajo con ellos, se debe más bien rescatarla y sostenerla en la especificidad de cada adolescente.

Esto resulta de gran importancia para este estudio, pues de alguna manera lo que se busca es conocer dichas significaciones que arman la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud.

Lo que contrapone totalmente la teoría de Arnold Gesell, la cual menciona que para la maduración del adolescente tiene su prioridad en una base biológica y no en lo que él llama “<<aculturación>>” al proceso ulterior a la maduración en el que los factores ambientales, como la familia, la escuela entre otros, conforman la conducta individual o colectiva aunque la <<la aculturación>> nunca puede prevalecer sobre la maduración...” (Gesell. 1943. P. 41 en Aguirre. A) de los adolescentes.

3.5. Adolescencia y su relación con los derechos

El tema del derecho a la salud desde la dimensión del derecho, conlleva el desafío de analizar documentos que muchas veces no explicitan la forma en la que recortan sus objetos de intervención. Carbonell (2004) sostiene que el derecho a la salud es complejo en tanto su análisis se “despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado”.

En general el derecho a la atención en salud se encuentra establecido y regulado. La protección, entendida como la obligación del Estado a realizar acciones positivas tendientes a proteger la salud o repararla. Se considera que el derecho a la salud tiene un carácter prestacional, puesto que conlleva una serie de obligaciones positivas por parte del Estado, así es que corresponde al mismo asegurar el “derecho a la atención o asistencia sanitaria” (Carbonell, 2004). Este estudio sobre la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud, sostiene esta idea.

La Convención sobre los Derechos del Niño transformó la conceptualización del niño y adolescente dejando de lado el paradigma de la tutela y dando lugar a la conceptualización de sujetos de derechos, capaces de decidir sobre su vida. Así, los adolescentes, son considerados sujetos sociales, éticos y jurídicos en sí mismos, y no meras extensiones de sus padres o del Estado cuando estos están ausentes (Moraes, 2007).

La recientemente publicada Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (02 de Abril de 2014), tiene por objeto reconocer a niños y adolescentes como titulares de derechos y garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos, a diferencia de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que busca garantizar la tutela y el respeto de los derechos fundamentales. Lo que significa que los adolescentes tienen el derecho de ejercer su salud.

Se considera que los adolescentes son objetos de intervenciones del Estado, desconociendo el grado de autonomía que estos deben tener para el ejercicio de dichos derechos. Los sujetos de los derechos se han ido especificando en función de las particularidades que presenta cada grupo social en relación al grado de vulnerabilidad (Carbonell, 2013).

Existen tres documentos que regulan o mencionan específicamente los derechos de la población adolescente, la Convención sobre los Derechos de los Niños, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Reglamento Interior de la Secretaría de la Juventud, además de la reciente Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

La salud adolescente está garantizada, desde el marco normativo. Los países incorporados a la ONU “tienen la exigencia de proveer condiciones necesarias para que, dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos”. El que el derecho a la atención en salud está bien normado y reglamentado, debiera dar lugar al ejercicio de este derecho a través de los programas del Estado y el Sistema Nacional (Morales & Cabello, 2015)

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA; UNA VISUALIZACIÓN DEL

TRABAJO DE CAMPO

4.1. Estrategia Metodológica

Se trata de un estudio que sigue un diseño cualitativo que busca conocer la perspectiva de los actores involucrados sobre el fenómeno estudiado. Desde el punto de vista de los alcances de la investigación. Es un estudio exploratorio (en tanto busca conocer sobre un tema de investigación poco estudiado y es a la vez descriptivo, puesto que busca especificar las propiedades del fenómeno, en este caso, la dimensión simbólica del acceso a la atención en salud de adolescentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

Se utilizaron tanto instrumentos de construcción de datos cualitativos como cuantitativos. Son muchos y muy reconocidos los autores que sostienen la posibilidad de utilizar técnicas intensivas y extensivas (Breilh, 1994) de construcción de datos, siempre que la planificación de la investigación sea consecuente con las mismas (de Souza Minayo & Sanches, 1993; Samaja, 2002; Breilh, 1994; de Souza Minayo, 1995) y que conciben a la investigación como un proceso permanente dentro del cual se definen y redefinen decisiones metodológicas (de Souza Minayo, 1995; González Rey, 2007; Samaja, 2002; 2004; Magalhães Bosi & Mercado, 2007).

Se trabaja con la estrategia de diseño emergente (Valles, 1999).

Se incorpora la conceptualización del proceso de salud/enfermedad/atención como un objeto construido social, histórica y culturalmente, lo que conlleva la utilización de técnicas adecuadas para el abordaje del mismo. Tanto la elección metodológica, como la de técnicas de construcción de datos, son coherentes con

la idea de que existen múltiples realidades las cuales siempre son producto de la forma en la que las personas “perciben, interpretan y actúan en el mundo” (Magalhães Bosi & Mercado, 2007, pág. 38 en Garbus, 2012).

Se adhiere a aquellas líneas teórico metodológicas que sostienen que la investigación, en especial la llamada cualitativa, no es solo un modo de hacer ciencia, sino que la misma “conlleva una serie de implicaciones sociales, políticas ideológicas y éticas” (Magalhães Bosi & Mercado, 2007, pág. 39). Darle la palabra a los adolescentes para conocer desde su perspectiva el modo de acceso a la atención en salud que estos mismos tienen, es consecuencia de esa posición teórico-metodológica.

Para el análisis de los datos, contruidos a partir de técnicas intensivas y extensivas, se utilizará la estrategia de triangulación (Breilh, 1994; de Souza, Simone, & Ramos de Souza, 2005).

4.2. Técnicas de Construcción de datos

4.2.1. Observación participativa. Mapeo de servicios de salud

A lo largo de esta investigación una de las principales herramientas fue la observación participativa, la cual tiene la función de recolectar la información, a través de la observación y la interacción con las personas o el contexto con el que se trabaja. En especial se utilizó para el mapeo de servicios. Se realizaron visitas a diversas instituciones de salud pública y sus alrededores, con la finalidad de encontrar observables que aproximen al fenómeno de estudio.

4.2.2. Entrevistas

Se consultaron a las instituciones de salud para realizar un mapeo de las mismas, también se solicitó al personal una breve entrevista, comentarios, acercamientos o casos que tomaran de relevancia para el tema.

Después de ello se realizaron diversas entrevistas, las cuales se consideran fueron semi-dirigidas, con la finalidad de conocer la postura de los adolescentes hacia los servicios de salud y lo que ellos consideran como accesibles para sí. La intención fue que se posibilitara la construcción de significados (...) nodales para la construcción de datos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Se realizaron 24 entrevistas a adolescentes (ver anexo página 183) y 7 a personal de los servicios de salud pública (ver anexo página 171), incluyendo a un informante clave del sistema de salud (ver anexo página 168). Todo esto con la previa autorización de los participantes a través del consentimiento informado, uno diseñado para informantes clave del sistema de salud (ver anexo página 166), y otro para los adolescentes (ver anexo página 178). Con la finalidad de que a través del análisis de las mismas, se puedan observar las diferentes perspectivas de una misma problemática

4.2.3. Encuestas

Hubo dos objetivos para la recolección de datos por medio de encuestas: el primero de ellos fue conseguir la entrada al escenario de estudio. El segundo

objetivo, más específicamente, fue conocer las diferentes dimensiones; simbólica, técnica, económica y política de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en San Juan del Rio, Qro.

Para la aplicación de la encuesta se llevó a cabo en primer lugar un piloteo, a partir del cual se rediseñó el instrumento.

De esta forma el instrumento aplicado consistió en un cuestionario de 74 preguntas cerradas de opción múltiple y 2 abiertas, estas se presentaron en cuatro apartados: salud general, lineamientos normativos, derechos, salud mental y salud sexual y reproductiva (ver anexo página 190).

La muestra fue de 345 encuestas a adolescentes hombres y mujeres de 12 a 19 años de las diferentes comunidades tanto urbanas como rurales del municipio de San Juan del Rio. La aplicación se realizó en escuelas secundarias y preparatorias, calles, lugares públicos, entre otros.

Posteriormente se hizo el vaciado de los datos obtenidos en la encuesta mediante el programa SPSS. Al final la aplicación y el análisis de las encuestas, aportó conocimientos para el diseño de guías específicas para las entrevistas a semidirigidas realizadas a adolescentes y servidores de salud.

4.2.4. Análisis Documental

Es a partir del análisis documental que se rastrearon los documentos que permiten entender mejor el fenómeno de investigación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, p. 433). Se analizaron los documentos normativos en materia de

Salud que conformaron el escenario político y discursivo de programas y servicios de salud (ver anexo en la página 195). Además se realizó el rastreo de los siguientes documentos:

- **Estatutos y normativas internacionales**

- ❖ Carta de las Naciones Unidas (26 de Junio de 1945).
- ❖ Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de Diciembre de 1948).
- ❖ Convención sobre los derechos del niño (México firma la Convención el 26 de enero de 1990 y entra en vigor el 21 octubre 1990).
- ❖ Pacto Internacional de los derechos Económicos, Sociales y Culturales (16 de diciembre de 1966).
- ❖ Declaración Sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (11 de diciembre de 1969).
- ❖ Constitución de la Organización Mundial de la Salud (22 de Julio de 1946).

- **Estatutos y normativas nacionales**

- ❖ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917 20º ed. marzo 2014").
- ❖ Ley Federal del trabajo (01 de abril de 1970).
- ❖ Ley General de Salud (1984 Últimas Reformas DOF 08-04-2013).
- ❖ Ley General para el Control del Trabajo (30 de mayo de 2008).

- ❖ Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General (Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre de 2009).
 - ❖ Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (29 de mayo de 2000 Última reforma publicada DOF 02-04-2014).
 - ❖ Ley general para el control del tabaco (8 de mayo de 2008).
 - ❖ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Diciembre de 2014).
 - ❖ Ley general para el control del tabaco (8 de mayo de 2008).
- **Estatutos y normativas estatales**
 - ❖ Constitución Política del Estado de Querétaro (Ref. P. O. No. 47, 27-IX-13)
 - ❖ Ley de Salud del Estado de Querétaro (Ref. P. O. 19-IX-12)
 - ❖ Reglamento Interior de la Secretaría de la Juventud (14 DE JUNIO DE 2013)
 - ❖ Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Querétaro (30 de agosto del 2012).

4.3. Técnicas de Análisis de Datos

4.3.1. Softwares utilizados para el procesamiento de datos

Las entrevistas semidirigidas a los adolescentes se procesaron con el uso del software Atlas.ti que sirve para segmentar unidades de significado; codificar

datos y construir teoría (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 470). Para el análisis se construyeron categorías que agrupan fragmentos discursivos significativos (Glasser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002).

Para las encuestas se hizo uso del software SPSS, diseñado para el análisis estadístico de datos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 470).

4.3.2. Triangulación de datos

Para el análisis de los datos, que fueron contruidos a partir de técnicas intensivas y extensivas, se utilizó la *estrategia de triangulación* (Breilh, 1994; de Souza Minayo, Simone, & Ramos de Souza, 2005)

La triangulación de datos consiste en el uso de los datos obtenidos de manera cuantitativa y/o cualitativa, proveniente de las distintas fuentes utilizadas para su obtención. Para el presente trabajo se usaron entrevistas, encuestas, observación participativa, análisis documental, mapeo, diario de campo entre otros datos de relevancia.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1. Resultados: atención en salud, accesibilidad simbólica, y adolescentes

5.1.1. Observación participativa. Mapeo de servicios de salud

El objetivo general de este mapeo consiste en indagar los servicios que ofrecen en los distintos centros de salud de San Juan del Río. El objetivo específico es saber si se ofrecen servicios especializados para adolescentes, desde la prevención hasta la atención médica, y cuáles son las condiciones que se requieren para acceder a dichos servicios, así como describir la oferta de servicios de salud destinados a adolescentes. Para ello se realizaron entrevistas a informantes clave y observación en diferentes instituciones donde se encontraron los siguientes datos.

5.1.1.1. Consideraciones generales sobre el mapeo de servicios de salud

- En líneas generales se puede decir que existe poca información sobre la relación entre los adolescentes y jóvenes y los hospitales y centros de salud del municipio. En palabras de los actores entrevistados, sería muy escaso el número de adolescentes que visitan los centros de salud.
- No existe información suficiente en los centros de salud visitados, sobre programas para los adolescentes y jóvenes que buscan una orientación en cuanto a su sexualidad.
- Las pláticas de información sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos, drogadicción y enfermedades de transmisión sexual se dan

cuando los encargados de los centros van a las escuelas. Consideran que es entonces cuanto tienen más oportunidad de acercarse a ellos.

- Cada vez más se reducen las pláticas hechas por los promotores por falta de personal, según argumentan los informantes claves entrevistados.
- Quienes se acercan con mayor frecuencia a pedir información de algún tipo, son las mujeres adolescentes. Sin embargo, al decir de los trabajadores de salud, dicho acercamiento es tardío, en tanto se concreta cuando ya están embarazadas. La edad de éstas adolescentes sería entre 14 y 17 años aproximadamente.
- Existe un programa destinado para los derechohabientes del IMSS para esta población, llamado JuvenIMSS el cual se divide por sectores según la zona geográfica.
- En todos los centros de salud, los adolescentes pueden encontrar acceso a los métodos anticonceptivos, siendo ésta la causa por lo que se acercan. Sin embargo, al decir de los entrevistados solo los piden y no preguntan acerca de su uso ni sobre información más específica sobre planificación familiar u otra cuestión vinculada a su sexualidad.
- El programa Oportunidades, oferta pláticas que son obligatorias para ellos para aquellos chicos que son parte del programa y reciben beca. La asistencia a las pláticas es condicionante de la continuidad de la beca. Las mismas se imparten en las escuelas.
- No hay folletos disponibilidad de trípticos o información que se puedan llevar a la mano

- Por último en casi en todos los centros de salud y hospitales informaron que los adolescentes no asisten por pena y desinterés y que son muy reacios a los métodos de planificación

Los resultados relevantes de este mapeo son: de 17 centros de salud de San Juan del Río 2 ofrecen atención de segundo nivel 365 días al año. Los 15 restantes ofrecen atención de primer nivel, 14 de ellos con atención de lunes a viernes y uno con atención de lunes a sábado. De los 13 centros de salud visitados se encontró que la asistencia a uno de los programas dirigidos a adolescentes (Oportunidades) parece estar condicionada por la beca económica que les otorgan, sin embargo, también existen programas como Servicios Amigables y JuvenIMSS. Los informantes refieren que de los embarazos atendidos muchos son adolescentes. A partir del análisis de datos se puede decir que las prácticas de atención a adolescentes están más condicionadas por las concepciones de *salud adolescente* del personal que por las normativas que regulan dichos servicios. La gran mayoría de adolescentes que acuden a los servicios de salud buscan obtener métodos anticonceptivos de manera gratuita. (Tabla 2).

Tabla 2. Información sobre las Instituciones de Salud Pública.

Institución/ Localidad	Localización	Nivel** Y Tipo De Plaza*	Horas De Servicio	Personal	Tipo De Población Que Atiende	Servicios Que Ofrecen	Programa Oportunidades, Juvenimss O Servicios Amigables Para Adolescentes	Atención A Adolescentes	Atención Psicológica	Anticonceptivo Más Solicitado
Hospital Imss	Av. Central S.N	Segundo Nivel	Funciona Todo El Año, Las 24 Horas, Los 7 Días A La Semana De La Siguiete Forma: De Lunes A Viernes Se Brinda Consultas Externas En Turno Vespertino Y Turno Matutino En Horario De 7 Am A 2 Pm Y De 2pm A 7 Pm Respectivamente. Los Fines De Semana Solo Consta De Visitas A Los Pacientes Internados, Además De Que Se Realizan Guardias Por Parte De La Enfermeras Y Doctores De Manera Turnada. Cuentan Con Servicio De Urgencias Las 24 Horas.	Cuentan Con Doctores Generales, Con Especialidad, Internistas, Enfermeras, Trabajo Social, Practicantes, Psicólogos.	Atiende A La Población Que Cuenta Con Un Trabajo O Se Encuentra Estudiando Desde Neonatos Hasta La Edad De Adultos Mayores Siendo Afiliados Mientras Cuenten Con Dichas Características	Es Un Hospital Que Se Encarga De Internamientos, Consultas Externas De Especialidad, Hospitalizaciones, Urgencias Y Es Un Hospital Escuela.				
Hospital General Sjr	Av. Colosio N. 442 El Sagrado Corazon	Primer Y Segundo Nivel	Funciona De Lunes A Viernes En Consulta Externa Con Un Horario De 7 Am A 5 Pm Y Urgencias Las 24 Horas Los 7 Días A La Semana Todo El Año.	Cuenta Con Practicantes, Internos, Medicos Residentes, Especialistas, Etc. Cuenta Con Psicólogos, Trabajadores Sociales, Personal	Atiende A La Población En General, Tanto Afiliados Al Seguro Popular Que Es El Programa Que Actualmente Se Maneja Como ¿Aquellos Quienes No Cuentan Con Este Programa?	Cuenta Con Consulta Consultorios Externos Con ¿Atención Más Especializada?, Atiende Urgencias Y Con Previa Cita, Es Un Hospital Escuela, Cuenta Con Hospitalizaciones Y Cirugías.	Si			

Administrativo, Etc.

Santa Rosa Xajay	Calle 12 De Diciembre S/N	Primer Nivel,C	Funciona De Lunes A Viernes De 7 Am A 4 Pm Como Consulta Externa Y Después De Las Cuatro Se Realizan Guardias Turnadas	Cuentan Solamente Con Una Enfermera Un Médico Pasante	Atiende A La Población En General En Tanto Se Encuentren Afiliados Al Seguro Popular Y Al Programa De Oportunidades. Quienes Deseen Consulta Sin Ser Afiliados Tiene Un Costo De \$70	Cuentan Con Consultas Generales Y Enfermerías, Así Como Programas De Apoyo Para Adolescentes Y Madres Embarazadas Que Consiste En Pláticas Y Talleres. Las Especialidades Son Remitidas Al Hospital General De Sjr		No Existe
Clínica 6	Zona Oriente Avenida Lomas De San Juan 165, Lomas De San Juan		Funciona De Lunes A Viernes Las 24 Horas En Servicio De Urgencias Y De Lunes A Viernes En Turno Matutino Y Vespertino En Horario De 7 Am A 2 Pm Y De 2pm A 7 Pm Respectivamente.	Cuentan Con Doctores Generales, Enfermeras, Dentistas, Trabajadores Sociales, Psicólogo Y Personal Administrativo En General	Atiende A La Población Que Cuenta Con Un Trabajo O Se Encuentra Estudiando Desde Neonatos Hasta La Edad De Adultos Mayores Siendo Afiliados Mientras Cuenten Con Dichas Características	Cuentan Con Consultas Generales Y Enfermerías, Así Como Programas De Apoyo Para Adolescentes Y Madres Embarazadas Que Consiste En Pláticas Y Talleres. Las Especialidades Son Remitidas Al Hospital General Del Imss De Sjr	Si	No Existe
Clínica 7	Boulevard Miguel Hidalgo Y Gonzalez Camarena, Centro	Primer Nivel,C		Cuentan Con Doctores Generales, Enfermeras, Dentistas, Trabajadores Sociales Y Personal Administrativo En General			Si	No Existe
	Avenida Benito		Funciona De Lunes A Viernes Las 24 Horas En Servicio De Urgencias Y De Lunes A Viernes En Turno Matutino Y Vespertino En Horario De 7 Am A	Cuentan Con Doctores Generales, Enfermeras, Dentistas, Trabajadores Sociales, Psicólogo Y Personal Administrativo En	Atiende A La Población Que Cuenta Con Un Trabajo O Se Encuentra Estudiando Desde Neonatos Hasta La Edad De Adultos Mayores Siendo	Cuentan Con Consultas Generales Y Enfermerías, Así Como Programas De Apoyo Para Adolescentes Y Madres Embarazadas Que Consiste En Pláticas	Si	Atiende De Lunes A Viernes Con Previa Cita

	Juárez Poniente 101	Primer Nivel,C	2 Pm Y De 2pm A 7 Pm Respectivamente.	General	Afiliados Mientras Cuenten Con Dichas Características	Y Talleres. Las Especialidades Son Remitidas Al Hospital General De Sjr		
Centro De Salud Urbano								
San José Galindo	Calle Constitución S/N, San José Galindo	Primer Nivel,C		Cuenta Con Un Doctor Y Enfermeras	Atienden A La Población En General, Y Tienen Un Programa Llamado Oportunidades O Seguro Popular A Quienes No Se Les Cobra Por El Servicio	Consulta Médica General Promoción Y Prevención De La Salud. Orientación En Planificación Familiar. Remisión A Médico Especialista. Servicio De Ambulancia		No Existe
Paso De Mata	Avenida Miguel Hidalgo Y Costilla S/N	Primer Nivel, C		Cuenta Con Un Doctor Y Enfermeras	Atienden A La Población En General, Y Tienen Un Programa Llamado Oportunidades O Seguro Popular A Quienes No Se Les Cobra Por El Servicio	Consulta Médica General Promoción Y Prevención De La Salud. Orientación En Planificación Familiar. Remisión A Médico Especialista. Servicio De Ambulancia	Sin Adulto	No Existe
		Primer Nivel, C.	Funciona De Lunes A Viernes Lunes A Viernes De 7	Enfermeras, Médicos Y En Ocasiones Practicantes.	Toda La Población, Aunque Sean Derechohabiente A Otros Servicios De			Condomes, Pastillas Del Día Siguiente, Una Vez Al

La Valla			Am A 3 Pm		Salud.	Consulta Externa	Si	Con Adulto	Mes	Inyecciones.
La Estancia	Calle Corregidora S/N	Primer Nivel, C.	Funciona De Lunes A Domingo. Lunes A Viernes De 7 Am A 3 Pm. Fines De Semana Con Guardia Y Se Maneja Por Urgencias Las 24 Horas.	Enfermeras, Médicos Y En Ocasiones Practicantes.	Toda La Población, Aunque Sean Derechohabiente A Otros Servicios De Salud.	Consulta Externa	Si			
La Llave	Calle Hacienda Temixco 1	Primer Nivel, C.	Funciona De Lunes A Viernes Lunes A Viernes De 7 Am A 3 Pm	Enfermeras, Médicos Y En Ocasiones Practicantes.	Toda La Población, Aunque Sean Derechohabiente A Otros Servicios De Salud.	Consulta Externa	Si	Sin Adulto		Inyecciones Mensuales Y Bimestrales
Arcila	Calle Fernando Montes De Oca S/N	Primer Nivel, C.	Funciona De Lunes A Viernes Lunes A Viernes De 7 Am A 3 Pm	Enfermeras, Médicos Y En Ocasiones Practicantes.	Toda La Población, Aunque Sean Derechohabiente A Otros Servicios De Salud.	Consulta Externa	Si	Sin Adulto	Una Vez Al Mes	Condomes
Issste	Pino Suarez S.N, Colonia Centro.	Primer Nivel	Funciona De Lunes A Viernes En Consulta Externa Con Un Horario De 7 Am A 3 Pm Y Urgencias Las 24 Horas.	Personal Medico, Enfermeras, Practicantes, Administrativo, Seguridad, Limpieza.	Atienden Únicamente A Derechohabientes, Solo Atienden Urgencias A Población En Gral. Con Un Costo	Cuenta Con Consultorio Externo, Puesto Que Es Atención De Primer Nivel		Con Adulto		

Nota. Fuente: Elaboración Propia a partir de la observación participativa del mapeo de servicios de salud en San Juan del Río.

***TIPOS DE PLAZA**

La plaza A da atención 4 horas.

La plaza B de 6 a 8 horas.

La plaza C da servicio de 8am a 6pm de lunes a viernes y cuenta con guardia durante las noches.

****NIVEL**

1er nivel de atención. Se refiere a acción preventiva, atención médica sin especialidad.

2ª nivel se requiere a especialidad.

3er nivel es mucho más especializado.

El primer nivel es el que tiene mayor cantidad de personas por atender. Hay dos acciones básicas: Atención médica, Medicina preventiva. Detección de enfermedades, diagnóstico a tiempo, factor de riesgo (por ejemplo si los padres son diabéticos), nutricional, vacunación (que se ha ido ampliando, personas de la tercera edad, etc), manejo de patología en específico. Diabetes, cáncer, etc. Tratamiento y seguimiento.

5.1.2. Entrevistas

Para el análisis de los datos cualitativos se realizaron 24 entrevistas semidirigidas con adolescentes. Para el análisis de los datos, fueron construidos a partir de técnicas intensivas y extensivas, se utilizó la *estrategia de triangulación* (Breilh, 1994; de Souza Minayo, Simone, & Ramos de Souza, 2005)12 a 19 años del municipio de San Juan del Rio, Querétaro. México. Para su análisis se construyeron categorías que agrupan fragmentos discursivos (Tabla 3).

Mayoría y minoría de edad: Se busca conocer quiénes son los que delegan a los adolescentes la capacidad de tomar decisiones acerca del cuidado y prevención de su salud tomando en consideración su edad, lo que incluye consultas, gastos, uso de medicamentos y acceso a la información.

Se puede constatar que los adolescentes consideran una edad apropiada al uso de su cuerpo de acuerdo a las necesidades que se hacen presentes además de la influencia de sus costumbres, saberes o creencias.

- *Yo digo que si eres un menor de edad, debes ir acompañada con alguien, porque si te dan por ejemplo tratamiento, saber a qué horas tomarlo y en qué ocasiones (Paulina, 12 años).*
- *¿Edad específica para recibir atención en salud sexual y reproductiva y ejercer su vida sexual?: No, yo creo que no hay una edad específica a lo mejor sería como una etapa, sería como un rango de edad pero sería más o menos, como desde los once, diez años yo creo en adelante (Andrea, 18 años).*

- *Mmmmpues... bueno ahí sí sería como que dependiendo también de como que el contexto del lugar, porque hay lugares en donde se lleva acabo eso incluso como un tipo ritual o así ya tradición de edades como de nueve, diez, once años o sea dependiendo también el lugar pero de si yo me dijeran a mi pues, no en la adolescencia ninguna edad(Andrea, 18 años).*

Los adolescentes encuentran una dificultad en el acceso a la atención en salud cuando son menores de edad, pues los servicios de salud los consideran sin la capacidad de responsabilizarse o comprender acerca de sus propias decisiones, encontrando en esto una barrera para el acceso a la atención en salud.

- *Y me fui corriendo así al hospital, porque no sabía a dónde ir y me fui al hospital general y llevé mi cartilla y todo y... y entonces cuando llegué me dijeron “tiene que venir con un mayor de edad” y yo muriéndome así, porque hasta se me estaba cerrando la garganta... (Juan, 18 años).*

La edad se presenta como una dificultad para el acceso a los servicios de salud cuando estos son menores de edad debido a que deben asistir acompañados por un adulto, mientras que los que han cumplido la mayoría de edad acceden a los servicios de salud sin dificultades.

- *... de la intoxicación, yo me estaba sintiendo mal, y ya y dijo tenemos que tener un mayor de edad que te firme, y ya y le dije*

este... no pero es que no hay nadie en mi casa y pues ¿Cómo le hago? Y hasta una señora de atrás me dijo “no, yo le firmo” ya le dijeron, “si le pasa algo está en su consentimiento” y ya la señora se echó para atrás y ya no (Juan 18 años).

- *Por lo regular, bueno la última vez que fui eeeeh... mi mamá me acompaña, pero ya los doctores le dicen que se quede afuera, que se espere. Así que yo soy el que tiene que, pues absorber la información que me dice el doctor. (Andrés, 19 años).*

Toma de decisiones: Nos permite conocer si los adolescentes se sienten tomados en cuenta o no, ante la toma de decisiones respecto a su salud, y, cuando esto ocurre, y en qué casos son considerados dentro del proceso de toma de decisiones respecto de su salud.

- *...¿Eso lo decides tu o alguien más? (ir o no al doctor).*

- Pues, yo lo decido y.... bueno o sea, no..... no cambia la decisión mucho a cuando eeeeh..... Lo que mis papas me digan porque yo sé que cuando me siento verdaderamente mal, pues yo sé que tengo que ir, y voy.

Tampoco me pongo resistente (Andrea, 18 años).

Algunos adolescentes dan cuenta como a partir del estado en el que se encuentren deciden que alguien apoye la toman de decisión acerca de su salud.

- *A bueno pues, quien puede tomar alguna decisión serian mis padres, o, incluso el médico debe informarles, o a mí, lo que tenga que ver con el*

procedimiento porque él es quien me pudiese operar o, depende de lo que suceda (Norma, 18 años).

En otras ocasiones los adolescentes expresan la necesidad de apoyarse en sus padres para tomar decisiones que conllevan medidas más delicadas acerca de su salud y emociones e incluso del respeto por sus derechos.

- *Mmmm, no, pero si hay alguna situación en cuestión de salud y alguien, y es que estoy segura que ellos me informarían también antes de tomar una decisión, pero si hay cuestiones, no sé de la ley que tengan ellos que firmar, o sea que solo en esa parte, pero yo siento que ellos sí me informarían sobre el porque van a firmar, y en cierta forma pues siento que serían los responsables legalmente, pero sí siento que me informarían antes de firmar algo (Norma, 18 años).*

Responsabilidad Compartida: Con esta categoría se han agrupado fragmentos que nos permitieron saber que los adolescentes comparten la responsabilidad acerca del cuidado y prevención de su salud con determinados adultos, y nos permite saber más sobre el por qué acuden a dichas instancias de manera prioritaria y no a otras.

Los adolescentes consideran necesario compartir la responsabilidad acerca del cuidado de su salud con sus padres, debido a que son quienes tienen el sustento económico, emocional y la confianza, así como el saber respecto de una emergencia o dificultad en la salud, debido a su experiencia.

– *Mm, pues primero con mi mamá, le comento sí, cuando es algo físico emmm, y pues lo que hace es como decirme qué puedo tomar, incluso hay veces que hay medicamentos en la casa, y cuando es algo emocional que no es muy muy personal pues también (Norma, 18 años).*

¿Por qué acudes primero con ellos y porque no vas al doctor directamente? Pues lo hago así porque les tengo confianza y porque pues ellos son los que me mantienen, o sea digo, o ellos me pueden llevar o sea, y me ayudan también, o sea, por eso, por eso lo hago (Andrea, 18 años).

Tienen noción de quién debiera ser el o los responsables sobre el cuidado de su salud y sin embargo no lo ejercen

– *Mmm... yo jaja....Pero también mi mamá bueno ya en cuestión de cuidarme (Patricia, 13 años).*

Pues me suena que el gobierno, pero quizá yo mismo no, si está la opción yo debo de darle uso a mis derechos, a mi salud (Alfredo, 18 años).

- *¿Quién consideras tú que es responsable sobre tu salud?*

- *Yo mismo Y, ¿Quién consideras tú que tiene que garantizar tu salud? Pues el seguro, el doctor (Pedro, 19 años).*

- *Pues yo creo que uno mismo ¿No? Porque pues nosotros somos nosotros, nos conocemos y nosotros también tenemos que cuidarnos, o sea, porque una cosa es compartir lo que nos pasa y la otra hacer algo por lo que nos pasa (Andrea, 18 años).*

Los adolescentes comparten su responsabilidad debido a que consideran el ejercicio de ésta al adquirir la mayoría de edad. Tal como se planteará en la discusión, la dimensión simbólica de la accesibilidad se enmarca en el conocimiento de los derechos y obligaciones ante la adquisición de la mayoría de edad. Pero el conocimiento del derecho, no implica necesariamente el ejercicio de los mismos.

- *...como a los dieciocho, cuando ya estén maduros que ya sea más responsabilidad para ellos (Ana, 15 años).*
- *Pues para mí sería a los dieciocho, veinte años, porque más o menos ya tienes el conocimiento y por eso van a las secundarias y preparatorias para que ya tenga razonamiento, porque en, sí estas más chico ya no piensas y no sabes que va a ocurrir y no te puedes proteger (Anónimo, 18 años).*

Autonomía: En categoría se agruparon fragmentos que dan cuenta de si los adolescentes asumen o no la capacidad de toma de decisiones acerca de su cuerpo, independientemente de la edad y de lo que las instituciones educativas, de salud o la familia consideren benéfico o no para ellos. Además de conocer de qué manera asumen dicha capacidad de decidir a partir de su propio criterio.

Se puede notar como los adolescentes entrevistados asumen la capacidad de toma de decisiones de acuerdo a los saberes, creencias e incluso leyes que se dan a conocer a través de la sociedad y las culturas.

- Si tú quieres tener un hijo siendo menor de edad ¿crees que tus padres pueden evitarlo, o decidir un aborto? *no* ¿Por qué?
 - *Porque son mis actos y mis decisiones*
- ¿Necesitas el permiso de tus padres o de otras personas para pedir métodos anticonceptivos?
 - *pues yo diría que sí, pero ya hoy en día nadie pide permiso*
(Anónimo, 19 años).
- Si una chava se embaraza, pero no desea ser madre ¿crees que tendría el derecho de interrumpir su embarazo? *Sí, estoy a favor del aborto totalmente, en Europa es bastante legal, o sea yo creo que uno tiene decisión, pues es que es su vida a final de cuentas, obviamente es delicado porque involucra la vida de alguien más, pero mientras sea seguro y todo lo demás, yo creo que los abortos salvan vidas al final ¿no?*
(Alfredo, 18 años).

Algunos otros adolescentes no identifican con precisión la razón por la que saben que tienen la autonomía para tomar sus propias decisiones, sin embargo lo hacen constar en el momento en el que deben decidir sobre su propio cuerpo.

- Si tú hipotéticamente quieres tener un hijo siendo menor de edad, ¿Crees que tus padres pueden evitarlo o decidir un aborto? No ¿Por qué? *porque la decisión es mía (Anónimo, 16 años).*

Otros adolescentes consideran que debido al conocimiento de sus derechos son capaces de decidir de acuerdo a su propio criterio.

- ¿Crees que tienes derecho a decir qué no quieres, ya sea a lo que te está proponiendo el doctor o a lo que te quieren hacer? Si. ¿Por qué? *Pues porque es mi cuerpo y tengo derecho a lo que yo quiera que me hagan*
(Anónimo, 17 años).

Algunos adolescentes consideran que nadie debería tomar decisiones acerca de su cuerpo, sino ellos mismos de acuerdo a sus necesidades y las circunstancias.

Servicios especializados para adolescentes: Agrupamos fragmentos que nos dan cuenta del conocimiento que dicen tener los adolescentes de los servicios diseñados para ellos, cómo pueden tener acceso a dichos servicios como: consultas, folletos, pláticas y si saben a dónde acudir a solicitarlos..

- *No, eeeeeeh... Bueno aquí en San Juan del Río, no. No conozco que haya algo así.*(Andrea, 18 años).
- *No, así directo no* (Alfredo, 18 años).
- *Ni idea, la verdad no se me ocurre ninguno.*(Pedro, 19 años).
- *No, definitivamente no, no tengo conciencia de eso, no lo sabía”.*(Miguel, 18 años).
- *Pues debe de haber pero no creo que aquí, no sé... en Querétaro o allá en México* (Anónimo, 14 años).

Los adolescentes expresan el desconocimiento acerca de la existencia de los servicios de atención especializada para ellos, lo que indica una posible barrea de acceso a dichos servicios.

A pesar del conocimiento brindado a partir de las pláticas, talleres y folletos brindados en las instituciones educativas, dicha información parece no garantizar el acceso a la atención en los servicios de salud.

- *Pues la verdad casi... si hay unas cosas que si he leído, porque también en las escuelas pegan así como anuncios tipo propaganda, en los mismos hospitales ahí cuando espero pues también hay muchos, muchos carteles que te informan, pues yo digo que si esta, pues de lo que he leído. No está bien explicado al total, pero si te explican lo básico (Andrés, 19 años).*

De lo único que los adolescentes tienen conocimiento es acerca de los lugares donde pueden atender una emergencia o una consulta en servicios públicos y/o privados, pero desconocen módulos de atención para atender y/o prevenir otros ámbitos de la salud.

- *Pues el, IMSS (Anónimo, 16 años).*
- *Pues... con el Dr. de allá abajo, con el de la farmacia de la entrada... ahí me llevan, y pues. Ya el me da pastillas o jarabes o así... (Ángela, 16 años).*
- *Nunca voy al IMSS, casi siempre es con otros doctores de las farmacias para que me den la... receta (Alonso, 16 años).*

Calidad del servicio de salud: Agrupamos los fragmentos que dan cuenta de la percepción que tienen los adolescentes acerca de la atención brindada por el

personal de los servicios de salud, lo que nos permite aproximarnos a conocer si esto determina, o no, su acceso a los servicios de salud.

- Si calificaras el tipo de atención que tú recibes, buena, mala o excelente ¿Qué dirías? *Buena* (Andrea, 18 años).
- *Pues es, buena, son doctores muy buenos que por algo llegaron a ese puesto* (Ángela, 16 años).
- *Pues del médico bien, nos recibe amablemente pues ya tenemos bastante con el atendiéndonos por varias cosas y en el hospital a pesar de que, yo creo que varía, dependiendo del personal, hay personal muy amable, muy atento, pero hay otro que no, no lo es, es como, que te pone mala cara, mala, como si le hicieras un favor, o si te hicieran un favor por atenderte más que si fuera su labor* (Norma, 18 años).
- ¿Cómo consideras la atención que se te dio? *Pues bien, estuvo muy bien* (Anónimo, 16 años).

Algunos adolescentes hablan de una relación que les inspira desconfianza.

- ¿Consideras que los del IMSS no son de la calidad necesaria? *Pues sí o son más dudosos ¿no? de dudosa procedencia* (Andrés, 18 años).

Noción de Bienestar y/o Malestar: Los adolescentes han dado cuenta de sostener distintas concepciones sobre su estado físico, mental y emocional; el cual está determinado por el contexto que les rodea en su familia y/o escuela. Algunos

fragmentos nos permiten aproximarnos a la comprensión de si estas concepciones determinan o no la toma de decisión acerca de asistir a un servicio de salud.

Los adolescentes consideran que encontrarse sano o enfermo se trata de un estado de bienestar o malestar físico y/o emocional, que depende de la nutrición, alimentación, entre otras cosas.

- *¿Qué entiendes de acuerdo a la salud en general? Pues es también no de nutrición ¿Cuándo sientes que no lo estás? Cuando tengo así como dificultades o algún padecimiento donde este mal (Anónimo, 19 años).*
- *Pues así, mmm, cuando te sientes mal, te sientes con ausencia, triste, no sé cosas así (Anónimo, 19 años).*
 - *Estar bien, así como que no te duele nada, no te aflige nada (Anónimo, 16 años).*
- *Nada más como cuando te cuidas, comes bien, comes a tus horas, haces ejercicio, este, no te, que no te malpases porque luego te salen chichotes, las cositas blancas que te salen. (Paloma, 15 años).*
- *Tengo que alimentarme bien, hacer ejercicio y pues acudir al doctor a revisarme seguido (Sandra, 18 años).*
- *Una persona que no tiene, que no tiene vicios, que come saludable y que hace ejercicio y que es feliz (Ana 18 años).*

La forma en la que perciben su estado de salud determina su acercamiento a los servicios de salud, no solo cuando se encuentran enfermos sino también

cuando desean realizarse una revisión general sobre su estado de salud. Aunque hay quienes desconocen esta posibilidad de cuidado y prevención.

- *¿Sabes qué clase de estudios debes realizarte para mantenerte al tanto? de tu salud Mmm no (Anónimo, 12 años).*
- *Mmm... porque eh... pues el seguro no es tanto así que te hagan estudios si tú lo solicitas o así, sino que siento que es más como si tienes algo o alguna enfermedad pues vas y si no pues no te hacen chequeos o así (Anónimo, 13 años).*
- *Pue, estudios de sangre.... para saber....(Andrea, 18 años).*

Proceso de atención: se agrupan categorías que dan cuenta del conocimiento de cómo y dónde obtener atención en salud así como del proceso que deben llevar a cabo para lograr resolver la problemática en salud: esto es tanto lo que motiva la consulta como las prácticas que ponen en marcha para resolver el problema de salud (consulta, emergencias, asistencia a pláticas, folletos, métodos anticonceptivos, etc)

- *Pues cuando yo me enfermo lo primero que hago es, bueno primero pasa un día o dos para ver si así se me puede quitar con medicamento que tengo en mi casa y si no se me quita recurro al hospital, al seguro (Pedro, 19 años).*
- *Bueno, primero pues como te digo vas a dejar el carnet, ya llegas a tu cita ¿no?, ahí esperas hasta que te toque, eeee....ya cuando entras si recuerdo bien emmm, lo primero pues te*

preguntan que qué tienes o qué, pues que pasa contigo y ya después te empiezan a checar... pero... te hacen un chequeo general y te empiezan a preguntar pues que has comido, no sé si te duele mal... si te duele el estómago pues eso, siiiii... teeee... pues te enfermas de la gripa pues te revisan con el ese, el palito (Andrés, 19 años).

– Bueno pues primero llego al lugar, eeh..... Digo sí... sí es, este... pues de urgencia llego directamente a la zona de urgencias y ahí están normalmente alguien que atiende que es quien recibe el carnet y ya pues me espero. Si no, es... este... si es por... por cita, normalmente también está otra persona; igual recibe el carnet y ahí va registrando los que llegan y pues ya el lugar que te toque, pues ya pasas (Andrea, 18 años).

En general los adolescentes tienen conocimiento acerca de cómo acceder a la obtención de una consulta, medicamentos o emergencias, a pesar de que en algunos casos son los padres quienes llevan a cabo este proceso.

– Yo digo que también otra persona puede, pues... por ejemplo si uno está ocupado, está en la escuela o no sé trabajando, pues otra persona también se puede, puede ir a checar o dar como te digo el carnet y ahí dejarlo en el hospital (Angela, 16 años).

Muchos de los adolescentes con mayoría de edad tienen un conocimiento más amplio sobre el proceso de atención, mientras que en general los menores de edad desconocen dicho proceso.

- ¿Sabes en qué consiste el proceso de atención en la salud? *No*

(Anónimo, 12 años).

Acompañamiento al médico: Con esta categoría se busca dar cuenta de si los adolescentes demandan la compañía de un familiar, tutor, adulto o no, así como el por qué toman tal decisión.

Los adolescentes demandan la compañía de un adulto con el fin de que les puedan brindar apoyo, confianza y hasta cierto alcance del conocimiento empírico de los padres. Algunos otros adolescentes prefieren asistir solos o al menos ser atendidos de manera individual sin la compañía de sus padres, pues conocen la necesidad que estos tienen.

- *Los papás igual pueden llevar y acompañar, aunque a los... bueno a muchos chavos les da pena platicar con sus papas (Anónimo, 13 años).*
- *Pueessss, yo lo decido y.... bueno o sea, no..... no cambia la decisión mucho a cuando eeeeh..... lo que mis papas me digan porque yo sé que cuando me siento verdaderamente mal, pues yo sé que tengo que ir, y voy. Tampoco me pongo resistente (Andrea, 18 años).*
- *Pues sola, a estas alturas sola pero te digo una vez me estuve tratando con una doctora y pues mi mamá me acompañó, este pero, aun así ella me esperó, bueno ella tuvo que entrar conmigo en la primera parte de la*

consulta y después ella se salió y ya para yo preguntar otras dudas que tenía y pues sí, no hubo problema y ya (Norma, 18 años).

- *Otras veces, ya iba solo, o mis papás no me podían acompañar, luego da más confianza ir solo (Anónimo, 18 años).*
- *Si todavía voy (...) Por lo regular, bueno la última vez que fui eeeeh... mi mamá me acompaña, pero ya los doctores le dicen que se quede afuera, que se espere. Así que yo soy el que tiene que, pues absorber la información que me dice el doctor, dije mmmm pues ya ni modo. A ver y ya ahorita pues....a ver qué pasa... (Andrés, 19 años).*

Esto permite pensar a la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención para su discusión, desde la idea de que la decisión que los adolescentes toman acerca de asistir acompañados o no a los servicios de salud pueda representar una barrera de acceso, pues la toma de decisión implica categorías como autonomía, responsabilidad compartida y toma de decisiones que engloban el acceso de los adolescentes a los servicios de salud.

Confidencialidad: se agrupan fragmentos que permiten saber si adolescentes conocen sus derechos acerca de la información brindada a los médicos, amigos y padres, además de cómo la ejercen.

Se notó que en general estos expresan de manera empírica haber obtenido conocimiento acerca de sus derechos, sin embargo desconocen de dónde proviene la adquisición de dichos saberes, pues no citan algún tipo de ley, reglamento o normativa en curso o algún conocimiento escolar.

- *Tengo derecho de información (Anónimo, 16 años).*
- *Definitivamente derecho lo tienen los papás yo creo, y ellos están en su derecho de saber las condiciones de sus hijos, o sea que ya no es algo que me involucre a mí sino a ellos directamente (Anónimo, 18 años).*

Consideran los entrevistados que sí en algún momento la información proporcionada es dada a conocer será con algún motivo benéfico para su salud.

- *Pues que si lo hacen es por mi bien, y pues si estoy enferma de algo para eso se lo comentan (Anónimo, 12 años).*

Para otros resulta incómodo que sus padres compartan información personal acerca de su salud, lo que los lleva a considerar que sus derechos no son respetados.

- *¿Qué pensarías tú o que sentirías si el médico a quien tú le cuentas ciertas cosas muy personales le cuenta a tus papas también? Pues si me molestaría porque son cosas muy personales (Norma, 18 años).*
- *¿Te incomoda que el médico comparta la información que le das, a tus papás? A veces sí (Sandra, 18 años).*

La manera en que los adolescentes consideran la forma de ejercer la confidencialidad, es con apoyo de sus pares o incluso de sí mismos y en ocasiones sus padres, con el fin de poder expresar sus necesidades en salud.

- *Pues que tengan confianza, que no lo vean como una cuestión de humillación, que no vean que... o sea que eso que les puede pasar a todos para que no sientan como exclusivo de ellos para que no se sientan raros ¿no?, como seres raros, es tener confianza y seguridad en ti mismo, de ahí deriva todo*
(Anónimo, 18 años).
- *Pues dependiendo el problema ja.... si es como, o sea si fuera un problema eeeeh.... solamente como de una pequeña discusión en la escuela o algo así pues igual a lo mejor no lo platico o no le doy importancia. Pero pues todo así con mis papas o mis amigos.... y así* (Andrea, 18 años).
- *¿Y con quién platicas cosas muy personales cuando tienes algún problema? Pues principalmente con mis amigos* (Memo, 12 años).

Automedicación: Se trata ésta de una práctica muy frecuente aquí buscamos dar cuenta de en qué ocasiones los adolescentes consideran el consumo de medicamentos sin indicación o recomendación médica y por qué consideran adecuado o pertinente el mismo.

Consideran el consumo de medicamentos ante algún malestar físico, sin embargo no son ellos quienes deciden que medicamento consumir sino que acuden en primera instancia a sus padres para saber que medicamentos ingerir.

- *Mi mamá dice que si me siento muy mal, que me da una pastilla o algo... y ya le digo si quiero una pastilla o no... pero si esta mi papa siempre le dice que me dé algo. (Ángela, 16 años).*
- *Y ¿Tomas algún medicamento? Si, tomaba pastillas pero no recuerdo cuales eran, y jarabe ¿cómo tuviste tú el acercamiento a ellas? Porque mi mamá me dijo ¿Tú mamá te las dio? Si mi mamá me las dio (Ana, 18 años).*
- *Primero con mi mamá, le comentó si, cuando es algo físico emm, y pues lo que hace es como decirme que puedo tomar, incluso hay veces que hay medicamentos en la casa, y cuando es algo emocional que no es muy muy personal pues también (Norma, 18 años).*

Son los padres quienes de acuerdo a su experiencia y conocimiento determinan qué hacer ante el malestar del adolescente y cuando la situación se encuentra fuera de su control acuden a servicios especializados de salud.

- *La de next o pastillas así, o cuando tengo fiebre o algo así mi mamá me da neomelubrina o algo así, y así, ya cuando es como de infección del estómago, o que me duele mucho ya ahora si acudo a la clínica y hago mi cita (Ángela, 16 años).*
- *Pues ya cuando es como, algo que no se me quita, me ha durado, que tiene mucho tiempo que lo tengo, como hace un par de meses, una gripa, ya hasta que no se me quitaba pues ya fui al doctor y me dio inyecciones (Norma, 18 años).*

Este estudio se centra en conocer el modo de acceso a los servicios de la población de estudio, así como las barreras que encuentran a los mismos. No obstante, se pudo conocer qué prácticas ponen en marcha ante el anociamiento de la pérdida de salud, tanto ellos como sus padres. Se puede decir que en general el acceso a los servicios de salud, es secundario al intento de dar solución en los márgenes familiares.

Educación en Salud: Se dará cuenta aquí de la forma en la que valoran la información que han obtenido de las instituciones de salud y/o educativas y si consideran que la misma ha sido suficiente para poder acceder a cualquier tipo de atención en salud, ya sea detección o prevención.

Consideran en general que la información que se les brinda en las instituciones educativas o de salud, son importantes y en algunos casos consideran que obtienen la suficiente información.

- *Los chavos no sabemos que es lo importante, y la escuela está ahí para resolver eso y ellos nos dicen qué es... cuáles son los datos importantes del mundo, o sea que está en su manos realmente, no está en la familia necesariamente, no está en los papás, están en las academias, en los colegios (Juan, 19 años).*
- *La escuela y el.....mismo centro de salud u hospital porque.... bueno o sea, los dos van como ligados. En la escuela es como el conocimiento de.... de las cosas, pero el centro de salud es como más especializado y más.... preciso (Andrea, 18 años).*

Sin embargo hay adolescentes que consideran que no es suficiente o bien no es llamativa o correcta para ellos.

- *Nos hablan... de la familia... y mmm ... de eso del sexo.... Y de cómo debemos comer bien y así... mm es aburrido... (Ángela, 16 años).*
- *Que se vean así mismos como los responsables de llevar la información a... la información correcta, porque hay tanta información... a todos, a todos sus estudiantes o a toda la sociedad en general ¿no? (Anónimo, 19 años).*

El ofrecimiento de información sobre la salud, no garantiza el acceso a la información.

- *¿Has recibido pláticas de salud sexual y reproductiva? Ash.... Si...en la secundaria.... Siempre nos hablaban de eso... porque una chica se embarazo cuando íbamos... mmm íbamos en segundo... y la maestra siempre nos decía... de eso.... Y es que es cuando vamos al centro de salud...Y ¿Tú crees que es importante? mm aja... pero ya.es aburrido... (Ángela, 16 años).*

Costumbres familiares: Las creencias y saberes familiares influyen en la toma de decisiones, acerca del cuidado y prevención del cuerpo de los adolescentes y si esto determina o no el acceso a los servicios de salud. Los siguientes fragmentos indican como estos llegan a tomar decisiones acerca de su salud en relación a las costumbres establecidas en sus familias.

- *Sobre la salud sexual y reproductiva: Pues sí es diferente, sí es diferente porque una cosa es nada más como enterarse, saber, estar consciente y la otra... pues que te lo autoricen. Porque igual depende la familia, las costumbres y esas cuestiones de entre cada personal ¿Costumbres como de qué tipo? Sí, o sea la gente que es muy como liberal y pues no les importa eso o los que puedan ser muy conservadores y esas cuestiones (Andrea, 18 años).*
- *No sé, es que ahorita, bueno algunos familiares están en la salud del herbaria y cosas así, y ya hoy en día te obligan a consumir el producto, pero ya siento como ya en lo personal tú decides que comer y que no comer, o como estar, pues si tu salud (Anónimo, 16 años).*

Los adolescentes mencionan la variada gama de posibilidades con las que se cuenta en la sociedad sobre lugares para resolver problemas de salud, no solo a los servicios sino en otras instancias de tipo espiritual, herbolario, entre otros. Pese a que algunos adolescentes consideran que no son efectivos.

- *Ejercicio de la vida sexual: Bueno ahí sí sería como que dependiendo también de como que el contexto del lugar, porque hay lugares en donde se lleva acabo eso incluso como un tipo ritual o así ya tradición de edades como de nueve, diez, once años (Andrea, 18 años).*

- *Puedes ir con un curandero, pero, de nada sirve que gastes pues dinero porque sabemos que los curanderos no hacen nada (Mayra, 16 años).*

De esta manera si hablamos del acceso a los servicios de salud, podríamos decir que para los adolescentes, las costumbres familiares no representan per se una barrera de acceso a estos servicios, sino que las costumbres familiares son vista como opciones para lograr el cuidado de su salud.

Costos económicos: Se busca saber que conocimiento tienen los adolescentes sobre las implicaciones económicas que tiene la atención de los servicios de salud, desde la consulta, los medicamentos, la afiliación médica y el transporte. Y si saben cómo solventarlo además de quiénes lo hacen.

Los adolescentes manifiestan tener una noción acerca de los gastos que se realizan para la atención en salud que reciben de parte de los servicios públicos.

- Si tus papas no te pueden llevar a los servicios de salud ¿Qué haces? *Pues sino me pueden llevar, sino tienen dinero me dan algún medicamento (Anónimo, 12 años).*
- ¿Les cobran la consulta o cómo es? *lo único que nos cobraron, fueron unas medicinas que no cubría el seguro popular (Andrés, 19 años).*

De tal forma que deciden acerca del tipo de servicio al que desean acceder, es decir, servicios de salud públicos o privados. Pues la solicitud de atención

médica lleva consigo la posibilidad de decidir entre esperar o no por una consulta, medicamentos u otros servicios, que impliquen un gasto económico extra a pesar de la calidad del servicio brindado. Influyendo en el acceso a la atención en salud.

- ¿Consideras que los costos son accesibles? No (Abraham, 19 años).
- *Si saliera de la escuela y ya dejará de tener (seguro médico), pues yo pienso que podría ir... al hospital general y pues ahí pedir atención. Y si no pues entrar a una, un tipo de fábrica, un trabajo así donde sea más seguro que te aseguren, o sea, sería esa como mi segunda opción, pero si no iría así y si no pues tendría que pagar un servicio particular (Andrea, 18 años).*

Empleo de tiempos: Se pretende conocer si los adolescentes determinan su acceso a la atención en función de los tiempos de espera para obtener una consulta médica.

Los adolescentes consideran que a menos que sea una urgencia entonces acuden de manera inmediata a los servicios de salud pública, a pesar de las implicaciones que la espera o no conlleva para poder ser atendido, provocando incomodidad y desesperación ante la tardanza en la atención.

- *Tenía 39° de temperatura y llego ahí con la señora, esa que estaba ahí en urgencias en el IMSS precisamente. Ya pues era un domingo de hecho, o sea ni si quiera eran para días de citas, puras urgencias y pues había mucha gente ¿no? Y también yo*

veía que había gente así muy mal, gentes así, muchachas embarazadas, así viejitos que estaban así muy mal. Y no, no, la señora así bien déspota no les hacía caso, así como, parecía que le estabas haciendo un favor a la señora o no sé. Pero: "a si espérate, ahorita te atendemos", y fueron como dos horas que estuve ahí con mi papá ahí esperando (Andrés, 19 años).

- *La verdad es que es mucho para tantas personas que están esperando y esperando, es pues la verdad está mal que nada más haya un doctor y una recepcionista que nada más está atendiendo y de mal humor, de mala gana para el colmo (Andrés, 18 años).*

Los adolescentes consideran que no es importante acceder a los servicios de salud cuando no se sienten sumamente enfermos, pues esto implica una pérdida de tiempo. Esto es un indicador de las cosas que los adolescente priorizan como necesidad o preferencia ante el cuidado de su salud, por ejemplo el trabajo o la escuela.

- *A veces dan las citas muy tarde, o si llego tengo que llegar temprano y por ocupaciones o cualquier cosa no podía temprano, entonces, cuando tengo que formar, ¿mi kardex? O algo así, mi cartilla o algo así, o tarda mucho en, o hay gente que llega antes y ya no alcanzo algún lugar, por ejemplo (Norma, 18 años).*

- *¿Acudiste al médico? No Porque es algo común que le da a cualquier persona y ya pues con el paso del tiempo con medicina que tengo en mi casa se me pudo quitar (Pedro, 19 años).*

El empleo de los tiempos se hace manifiesto de parte de los adolescentes como una barrera poco significativa para su acceso, pero que en ocasiones se hace presente en ellos de manera importante, pues dificulta su atención en salud.

Derecho a la Salud: Considera aquellos fragmentos discursivos donde los adolescentes explican sobre el conocimiento que tienen acerca de sus derechos en salud, dónde los han adquirido, además cómo es que estos los han o no ejercido y por qué razón lo han hecho.

Los adolescentes refieren que mantienen conocimiento acerca de tener derechos a la salud, sin embargo, estos no son claros para ellos, o no han mantenido interés por informarse de los mismos

- *Pues, bueno creo que se cuáles son, pero como tal interesada en eso no. ¿Entonces cómo tienes la certeza de que estas siendo bien atendida? Pues los conozco, sé que tengo el derecho de que me respondan mis dudas, de que me traten bien, de que me den..... Medicamentos y esas cuestiones eee..... Que me sean proporcionados (Andrea, 18 años).*

Aun cuando mantienen presente el hecho de que alguien debe otorgarles sus derechos en salud, por el hecho de ser adolescentes se han apropiado la idea de

que los derechos se les deben de brindar, como si ellos no tuvieran la capacidad de adquirirlos y ejercerlos,

- *¿Quién otorga ese derecho? Pues yo creo que los hospitales...Pues todos los centros de salud (Ana 18 años).*

Mientras que otros adolescentes refieren, simplemente no tener conocimiento de estos

- *Sobre el derecho a la salud ¿Tienes como alguna información?*
No (Alfredo, 18 años).

Es así como se puede analizar los diferentes discursos que los adolescentes manifiestan acerca de la información o la falta de la misma, en relación a los derechos que estos poseen.

Prácticas en Salud: Se busca conocer cómo los adolescentes han apropiado el conocimiento acerca del cuidado de sí mismo y una vez adquirido cómo lo ejercen ante la obtención de una consulta, la asistencia a las instalaciones de los servicios de salud, el consumo de medicamentos o métodos anticonceptivos, así como el costo económico que todo esto implica.

Los adolescentes manifiestan haberse apropiado de ciertas formas de ejercer el cuidado y la prevención de si, dentro del contexto en el que se han desarrollado.

- Y qué crees que se debería de tomar en cuenta al tomar esa decisión (de comenzar una vida sexual activa)? *Pues que conozca uno sobre los riesgos, sobre los métodos que se pueden utilizar, que haya también esta comunicación con quien se valla a realizar la relación sexual (Norma, 18 años).*

Los adolescentes a través del tiempo van adquiriendo nuevas creencias, y saberes que mantendrán dentro de su cotidianidad en relación a la salud, ya sea para hablarlo y/o actuarlo.

- *Pues primero tener conocimientos sobre lo que es y cómo se hace, y pues conocerte a ti mismo, no sé, yo creo que... quizás haber pasado por la masturbación antes o cosas así (Anónimo, 18 años).*
- ¿Qué sería conveniente para tomar en cuenta la decisión de a qué edad comenzar la relación sexual? *Puede ser que a los 18, 19... Bueno, es que eso si ya es algo muy personal, depende de lo que... ¿cómo podría decirlo? de la mentalidad de cada persona. Hay gente que puede sentirse lista antes de esa edad, pero, simplemente pues ni su cuerpo ni su mente están maduros, hay gente que espere, puede esperar mucho tiempo, entonces no sé. Sería algo muy personal de cada gente (Alonso, 16 años).*

Las actividades que se realizan de manera continua van tomando sentido y forma en base a las asimilaciones y constantes repeticiones de dichos actos y o discursos.

Ofertas de los servicios de salud: Se busca conocer cómo es que los adolescentes perciben el acercamiento de los servicios de salud a ellos y si estos le son suficientes para saber sobre el cuidado de sí mismos.

En los siguientes fragmentos se observan como los adolescentes se percatan de las diferentes asistencias que se les proporcionan por diversos medios y de diversas fuentes de salud como lo son las instituciones de salud pública.

- ¿Sabes en dónde te pueden dar atención sobre salud sexual y reproductiva? *En la misma preparatoria han ido, así como, clínicos ... y nos han dado datos y cosas así, y ahí hay un centro que se llama de joven a joven y ahí tengo su número y su whatsapp. (Anónimo, 19 años).*

Existen diversos servicios que se ofertan no solo en sus instalaciones como se pudo observar en el fragmento anterior, sino que acuden a instalaciones o lugares en donde los adolescentes se encuentran aglomerados, además de considerar nuevas aperturas para la comunicación con ellos, como lo es el uso de la tecnología. Sin embargo la percepción que los adolescentes mantienen de la asistencia a instalaciones no es una opción viable para ellos.

- *Sí, depende. Por ejemplo yo no recomendaría, de que fueran al... IMSS y esas cosas, pero pues si por ejemplo no tiene dinero o por "x" razón, no les permite ir a un particular, pues yo preferiría mejor ir a un hospital que no esté tan..... mmmm.... tan lleno, por así decirlo porque luego mientras más gente allá, menos caso te hacen. (Andrés, 19 años).*

Esto significa la existencia de la delimitación como parte de la aprobación, y asistencia de los adolescentes, aun con la apertura de nuevas vías de comunicación.

Cuidado de sí mismo: Se consideran aquellos fragmentos discursivos donde los adolescentes explican sobre qué es el cuidado de sí mismos y cómo es que los llevan a cabo.

Los adolescentes perciben como cuidado de si, el hecho de tomar medidas preventivas que no afecten o pongan en riesgo la integridad de su salud.

- *¿Qué haces cuando te enfermas? Pues por ejemplo si es del estómago trato de no comer mucho y este ya cuando es de gripe pues cuidarme de no tomar cosas frías o así. (Ana, 18 años).*
- *Y ¿sabes si cuando tuvieron su primera relación sexual se cuidaron? Este...sí...o sea tomé pastillas después (Ana, 18 años).*

Es así como los adolescentes dan a conocer la manera en la que ellos son los que procuran el cuidado de su salud ante situaciones que pueden perjudicarlas o agravarlas.

Autorización Simbólica: Esta categoría considera la percepción que los adolescentes tienen sobre el momento que son autorizados para decidir sobre el cuidado de sí mismos y el uso de su cuerpo, en relación a los discursos familiares, sociales y educativos en torno a los que giran.

Los adolescentes, mantienen sus propias consideraciones acerca de las situaciones en las que ellos ya pueden decidir sobre su salud sin importar su edad o su capacidad económica, sino más bien importan sus necesidades.

- *Si tú quieres por ejemplo tener un hijo siendo menor de edad ¿Crees que tus padres u otras personas pueden evitarlo o decidir un aborto? Mm no ¿Por qué crees que no? Porque pues yo decido sobre mi cuerpo y ellos no deben de porque, de porque obligarme a hacer algo que yo no quiero (Anónimo, 12 años).*
- *¿Tú crees que si un chavo, tuviera dinero porque trabaja, a pesar de que vive con sus papas y no importando su edad, el pudiera decidir sobre.... sobre su salud? Yo creo que sí (Anónimo, 16 años).*
- *Porque, es como te digo que, que solo yo sé lo que hago con mi cuerpo aunque todavía no sea mayor de edad (Andrés, 19 años).*

Para los adolescentes, la autorización para opinar acerca de lo que es mejor va ligado a ciertos factores como lo son el económico, pues si ellos son capaces de solventar gastos de esa magnitud son aptos para tomar esas decisiones; o la consideración de que aun cuando no sean mayores de edad, tienen la capacidad de tomar decisiones respecto al cuidado de sí, pues depende de factores morales y/o espirituales.

- ¿Tú crees que una chava debería de tener el derecho de irrumpir su embarazo si no desea tener un hijo? *No porque bueno, estás hablando del aborto, es una vida, no puedes atentar contra ella, no puede defenderse es un bebe (Anónimo, 16 años).*
- Si una adolescente decidiera tener un hijo siendo menor de edad, ¿Crees que sus padres podrían decidir que no lo tuviera? *Pues... a lo mejor sí, porque como es menor de edad, pues los padres lo pueden obligar (Paulina, 12 años).*

Propuestas para tener una mejor atención en salud: Esta categoría expresa aquellas opiniones que los adolescentes tienen acerca de cómo consideran que podría ser mejor la atención en salud.

- *Yo propondría [que] el director o jefe no sé, hablará con los, recepcionistas más que nada, porque ellos son los que tratan a la gente, los administrativos. Deberían...decirles...que lean el reglamento y que es un hospital, aquí todos son bienvenidos y si*

ven a una persona enferma hay que atenderla y pues más aún si es en urgencias, pues porque dejarlos ahí muriéndose, no tiene.... o sea porque meter a una persona que se ve que está bien mientras hay una persona de la tercera edad que la verdad anda ahí luchando (Andrés, 19 años).

- *Que en la clínica ellos reciban una atención que les de confianza, porque por ejemplo, hay personas que son como bien buena onda y como que si su misma actitud, no dan ganas de preguntar o así (Anónimo, 19 años).*

Los adolescentes en base a sus experiencias expresan la necesidad de sentirse tomados en cuenta, independientemente de su condición de salud más que de raza o religión. Se trata de que el acceso a la atención en salud genere confianza y ganas de participar, así como de conocer más acerca de los servicios de salud.

- *Que alguien que les tenga confianza y que les pueda orientar para, porque luego muchos tienen así como pena, así más que nada salud sexual o algo y les da pena o algo así y no tienen el valor o no sé de ir así, a como que tienen un tabo o así yo pienso (Ana, 18 años).*

Servicios de salud privados: Se realiza una comparación entre los servicios de salud privados y el público en relación a sus costos, calidad del

servicio así como el proceso de atención. Todo esto a partir de la perspectiva de los adolescentes.

- ¿Ese es privado o...?- Ajá -¿Y ahí si te atendieron? –Ajá-¿Tú por qué crees que te hayan atendido en el privado y en el centro de salud no? *Porque me... pues sólo fue una consulta lo que me dio en el privado, pero... pues quién sabe, la verdad no me pregunté nunca eso (Juan, 18 años).*
- *Nosotros somos más de ir a así a clínica, privadas y a hospitales así privados porque, pues sabemos que la verdad en los lugares así públicos, está así muy.... Bueno a nosotros no nos gusta por lo mismo de que es mucha pérdida de tiempo, por lo mismo que se tardan mucho en atenderte (Andrés, 19 años).*
- *Servicio particular: Porque... es como que para más rápido (Paulina, 12 años).*

Los adolescentes determinan que el empleo de tiempos y costos económicos son parte importante para determinar la selección del servicio de salud del que desean atención. A lo que deciden asistir a los servicios de salud privados ya que economizan tiempos y costos, resultando en una mejor calidad del servicio de salud. En comparación de los servicios de salud públicos que debido al número de afiliados excede la demanda de atención, minorizando su calidad y tiempo de espera entre otros factores.

Experiencia de la atención en salud de los adolescentes: Con esta categoría se busca conocer qué tipo de experiencias han tenido los adolescentes al recibir o solicitar atención en salud ya sea en consulta o módulos de atención. Y cómo han respondido a tales experiencias.

Los aprendizajes adquiridos de manera empírica, para los adolescentes determinan la adquisición de un lugar o posicionamiento ante estos hechos, lo que modifica o crea un criterio acerca de la atención que se les brinda en relación a su salud.

– En urgencias....una vez, si se tardaron mucho tiempo en atender. Tenía 39° de temperatura y ya llego ahí con la señora, esa que estaba ahí en urgencias en el IMSS precisamente. Ya pues era un domingo de hecho, ni si quiera eran para días de citas, puras urgencias y pues había mucha gente. Y también yo veía que había gente así muy mal,... muchachas embarazadas, así viejitos que estaban... muy mal. Y no, no, la señora así bien déspota no les hacía caso, así como, parecía que le estabas haciendo un favor a la señora o no sé. Pero: "a si espérate, ahorita te atendemos", y fueron como dos horas que estuve ahí con mi papá ahí esperando (Andrés, 18 años).

Los adolescentes piensan que los servicios de salud pública generan: incomodidad, pérdida de tiempo, poca o nula calidad en el servicio, además de considerar que no realizan una priorización del estado de salud de las personas,

creando en ellos, barreras de acceso en relación a cualquier servicio de salud público.

– Bueno una vez tenía 17 y mi mamá en... creo que fue a Querétaro con mi papá y no tenía quien me acompañara, pero me dio alergia y me empecé a hinchar así súper feo...- ¡Órale! - Y me fui corriendo así al hospital, porque no sabía a dónde ir y me fui al hospital general y llevé mi cartilla y todo y... y entonces cuando llegué me dijeron “tiene que venir con un mayor de edad” y yo muriéndome... (Juan, 18 años).

Lo que significa que los adolescentes prioricen otras alternativas como: el uso de la automedicación, la asistencia a servicios particulares, etc. Antes que presentarse en una institución pública de salud, dado que en estos lugares sus necesidades no son resueltas.

Tabla 3. Cuadro de categorización

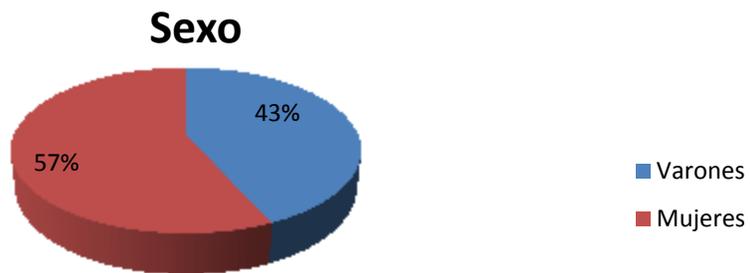
REPRESENTACIONES SORE LA ATENCIÓN EN SALUD	AUTORIDAD SOBRE EL CUERPO ADOLESCENTE	EJERCICIO DEL DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD ADOLESCENTE	INSTANCIAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN
Experiencia en atención en salud de los adolescentes.	Autonomía	Prácticas en salud	Toma de decisiones
Ofertas de los servicios de salud	Mayoría y minoría de edad	Cuidado de sí	Servicios especializados para adolescentes
Propuestas para tener una mejor atención en salud	Toma de decisiones	Educación en salud	Educación en salud
Prácticas en salud	Responsabilidad compartida	Costumbres familiares	Autonomía
Nociones de bienestar y/o malestar	Derecho en salud	Proceso de atención	Autorización simbólica
Calidad del servicio	Acompañamiento al medico	Automedicación	Proceso de atención
Costumbres familiares	Autorización simbólica	Empleo de tiempos	Servicios de salud privados
Servicio de salud privados	Cuidado de sí	Costos económicos	Empleo de tiempos
	Costumbres familiares	Derecho en salud.	Costos económicos
	Prácticas en salud		Responsabilidad compartida
	Educación en la salud		

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de las entrevistas semidirigidas

5.1.3. Encuestas

A continuación se presentan los resultados de la encuesta realizada en el mes de febrero del 2015 destinada a Adolescentes de San Juan del Rio, Qro. México. En un rango de edad de 12 a 19. La encuesta fue administrada en el mes de Febrero del año 2015; el objetivo general fue: el conocer las condiciones socio demográficas y socio económicas, la dimensión simbólica a la atención en salud de dicha población. Con un universo total de 345 Adolescentes, de los cuales el 43% eran varones y el 57% mujeres (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de la Población por Sexo



Nota. Fuente: Elaboración Propia.

Las cuales fueron realizados en diversos lugares, como: escuela, calle o lugar público u otro (casa, negocio, etc). El lugar en donde hubo una mayor administración fue la escuela, con un 51.3 % de encuestas aplicadas (Tabla 4)

Tabla 4. ¿En dónde se tomó la encuesta?

	Frecuencia	Porcentaje
Escuela	177	51,3 %
Calle / lugar público	102	29,6 %
Otro	63	18,3 %
NS/NC	3	,9 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto a la población adolescente encontramos que de los 345 como población total. En primer lugar 187 tienen Secundaria Incompleta y No Trabajan; en segundo lugar 65 tienen Primaria Incompleta y No Trabajan; por último tenemos a 22 que tienen Secundaria Incompleta y Sí Trabajan. Siendo los de Secundaria Incompleta la población más vulnerable al acceso a los Servicios de Salud (Tabla 5).

Tabla 5. ¿Actualmente trabajas?

		Sí	No	NS/NC	Total
Máxima escolaridad alcanzada encuestado	Primaria Incompleta	0	4	0	4
	Primaria Completa	2	0	0	2
	Secundaria Incompleta	22	187	0	209
	Secundaria Completa	8	13	0	21
	Preparatoria Incompleta	20	65	0	85
	Preparatoria Completa	6	3	1	10
	Licenciatura o Carrera Técnica Incompleta	3	9	1	13
	Licenciatura o Carrera Técnica Completa	0	1	0	1
Total		61	282	2	345

Nota. Fuente: Elaboración propia

➤ Caracterización Sobre la Accesibilidad

a) Dimensión Geopolítica

La población encuestada considero a San Juan del Río, Qro. México junto con sus comunidades aledañas. Es así, como un 27% de la población es perteneciente a una zona rural y el 67.5% a una zona urbana. Como se puede visualizar en la gráfica2 mostrada a continuación.

Grafica 2. Situación Geopolítica



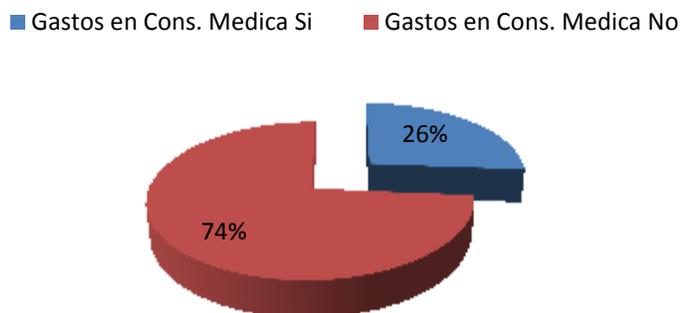
Nota. Fuente: Elaboración Propia.

b) Dimensión socioeconómica

A dicha población se le realizó la pregunta de ¿En qué cosas relacionadas con tu salud gastas tu dinero? Respecto a ello se les pregunto directamente si esos gastos iban dirigidos a Medicamentos, Consultas médicas, Análisis y la compra de Anticonceptivos. A lo que el universo de estudio que en cuestión respondió que en relación a Consultas médicas el 25.5 % Sí gasta su dinero en ello y 71.6% NO lo hacen; en cuestión a medicamentos el 30.1% afirman gastar en

ello y el 67.8% no lo hacen; referente a los Análisis el 7.8% dicen realizar un gasto y el 91% no lo hacen; y por ultimo solo el 11.6% afirma gastar dinero en anticonceptivos y el 87.2% no lo hacen (Gráfica 3, 3.1, 3.2, 3.3)

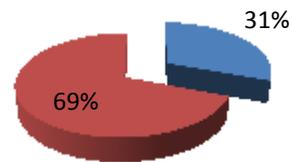
Gráfica 3. ¿En qué tipo de cosas relacionadas a tu salud gastas tu dinero?



Nota. Fuente: Elaboración Propia.

Grafica 3.1. ¿En qué tipo de cosas relacionadas a tu salud gastas tu dinero?

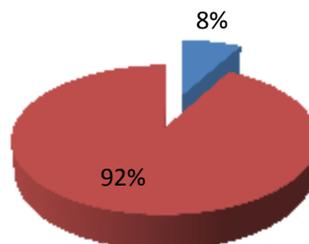
■ Gastos en Medicamentos si ■ Gastos en Medicamentos no



Nota. Fuente: Elaboración Propia.

Grafica 3.2. ¿En qué tipo de cosas relacionadas a tu salud gastas tu dinero?

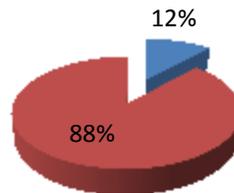
■ Gastos en Analisis si ■ Gastos en Analisis no



Nota. Fuente: Elaboración Propia.

Grafica 3.3. ¿En qué tipo de cosas relacionadas a tu salud gastas tu dinero?

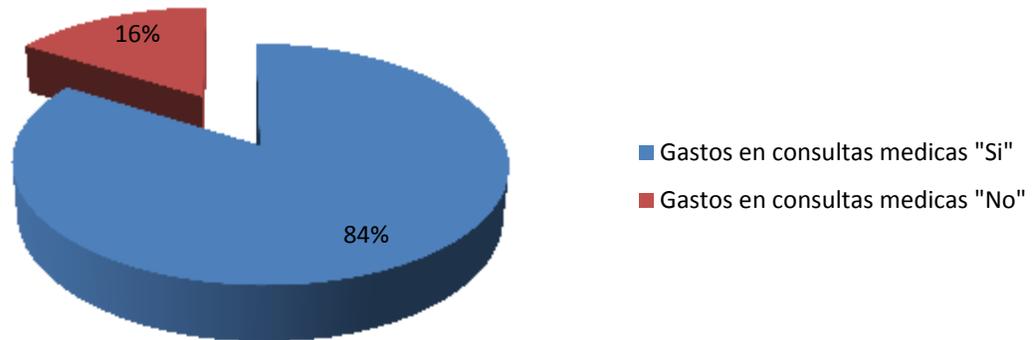
■ Gastos en Anticonceptivos si ■ Gastos en Anticonceptivos no



Nota. Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto a lo que la población adolescente menciona en cuanto a ¿en qué tipo de cosas relacionadas con tu salud gastan dinero tus padres? Ellos respondieron que el 83.5% gasta en consultas médicas mientras que el 15.9 respondieron que no generan un gasto en ello, el 89.3% gasta en medicamentos mientras que el 9.9% respondieron que no realizan gastos en ello, el 66.1% en análisis mientras que el 33% niega realizar pagos de análisis y 12.8% gastan en anticonceptivos mientras que el 84.9% niegan realizar gastos en la compra de los mismo (Gráfica 4, 4.1, 4.2, 4.3)

Grafica 4. ¿En qué tipo de cosas relacionadas con tu salud gastan dinero tus padres?



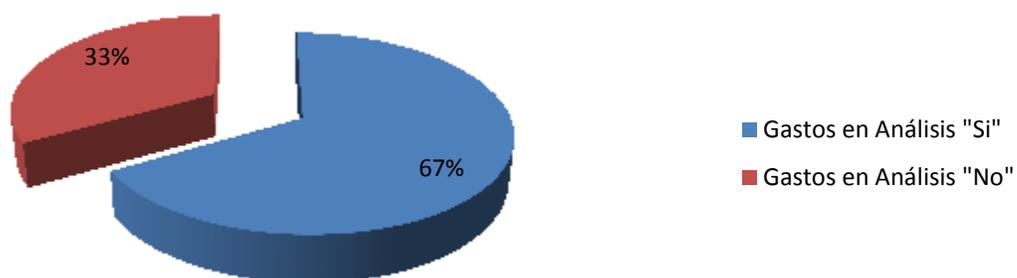
Nota. Fuente: Elaboración propia

Grafica 4.1 ¿En qué tipo de cosas relacionadas con tu salud gastan dinero tus padres?



Nota. Fuente: Elaboración propia

Grafica 4.2 ¿En qué tipo de cosas relacionadas con tu salud gastan dinero tus padres?



Nota. Fuente: Elaboración propia

Grafica 4.3 ¿En qué tipo de cosas relacionadas con tu salud gastan dinero tus padres?



Nota. Fuente: Elaboración propia

c) Dimensión Técnica

De un total de 345 encuestados, el 93.9% responde NO haber asistido a algún servicio de salud destinado específicamente a adolescentes y un 3.8% respondió que Sí (Tabla 6).

Tabla 6. ¿Asistes a algún servicio de salud destinado específicamente a adolescentes?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	3,8 %
No	324	93,9 %
NS/NC	8	2,3 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración Propia

A esto se le pregunto a los adolescentes “Cuando tienes algún malestar físico o mental generalmente acudes a...”, respondieron en primer lugar el 42.9% de ellos prefiere ir con alguno de sus padres, en segundo lugar el 35.7% asiste con algún médico o psicólogo, siendo el internet a quien menos acuden, pues el 1.2% lo consultan, cuando tienen alguna preocupación referida a su salud (Tabla 7).

Tabla 7. Cuando tienes algún malestar físico o mental generalmente acudes

	Frecuencia	Porcentaje
Médico/psicólogo	123	35,7 %
Curandero/a, medicina alternativa, etc.	5	1,4 %
Automedicación	26	7,5 %
Mi mamá/papá/abuela,etc.	148	42,9 %
Internet	4	1,2 %
No acudo a ningún lado	37	10,7 %
NS/NC	2	,6 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Continuando con estos datos, se puede observar que aun cuando ellos, acuden a otras instancias, conocen la manera en la que pueden obtener un turno o una cita para ser atendidos en algún servicio de salud. Ya que un 54.8% de los encuestados, afirman conocer la manera de obtener su turno para ser atendidos y sin embargo, el 84.4% dejan que la cita para la consulta médica sea solicitada por alguno de sus padres y/o tutores.

d) Dimensión Geográfica

Aun cuando la mayoría de los servicios de salud se encuentran en lo que se denominaría el centro del municipio, el 47% utiliza el auto propio y/o familiar para llegar a ese lugar, el 24.3% utiliza el transporte público como bus, siendo el 21.2% el que llega caminando a algún servicio (Tabla 8)

Tabla 8. ¿Cómo llegas generalmente al centro de salud donde te atiendes?

	Frecuencia	Frecuencia
Caminando	73	21,2 %
Camión	84	24,3 %
Taxi	23	6,7 %
De raite	1	,3 %
Auto propio o familiar	162	47,0 %
Otro	2	,6 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración propia

De los cuales el 41.2% se encuentra viviendo de 10 a 20 min. De distancia de dichas instituciones, así mismo el 25.8% se encuentra a menos de 10 min. Y por último 21.7% de los encuestados tarda de 20 a 40 min en trasladarse a algún servicio (Tabla 9).

Tabla 9. ¿A cuánto tiempo estás del centro o institución de salud al que asistes regularmente?

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 minutos	89	25,8 %
De 10 minutos a 20 minutos	142	41,2 %
De 20 minutos a 40 minutos	75	21,7 %
De 40 minutos a 1 hora	25	7,2 %
Más de 1 hora	13	3,8 %
NS/NC	1	,3 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración Propia

e) Dimensión Política

Prosiguiendo con estos datos, una de las preguntas realizadas a los encuestados fue si a ellos les explicaron en qué consistía su tratamiento y si es que la explicación se la dieron al adulto o persona que les acompañaba, a lo que el 70.1% de ellos respondió que NUNCA le ha ocurrido que no le explicaran que tenía o en qué consistía el tratamiento que le indicaron, el 7.5% afirma que SIEMPRE le ocurre el que no le expliquen lo referente a su tratamiento y el 21.4% dijo que ALGUNA VEZ le ocurrió el que no le explicaron el tratamiento (Tabla 10).

Tabla 10. ¿Te ha ocurrido que No te explicaron que tenías o en qué consistía el tratamiento que te indicaron?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	26	7,5 %
Alguna vez	74	21,4 %
Válidos Nunca	242	70,1 %
NS/NC	3	,9 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: elaboración propia

Se les preguntó a los adolescentes encuestados, si alguna vez les ocurrió el sentir que no haya sido tomado en cuenta lo que ellos pensaban sobre su situación de salud, el 68.4% respondió que NUNCA le había ocurrido eso. El 7.8 % dijo que SIEMPRE le ha ocurrido el que no tomen en cuenta su opinión y el 22.6% afirma que ALGUNA VEZ le ocurrió esto (Tabla 11).

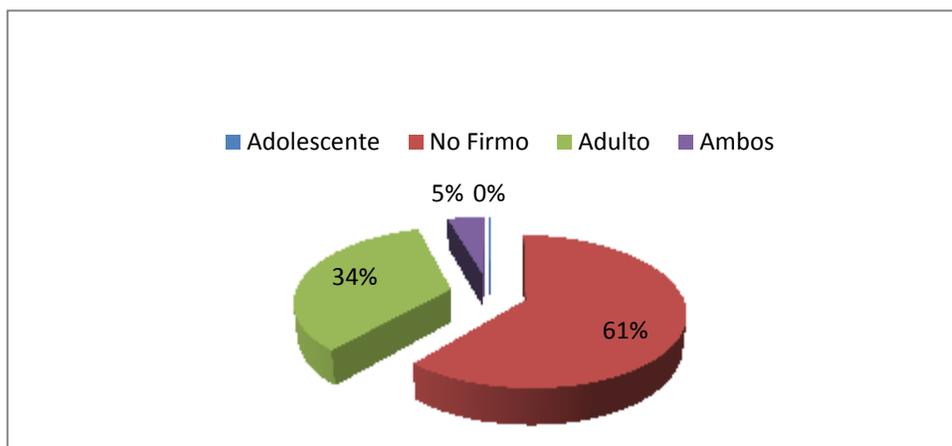
Tabla 11. Te ha ocurrido que: No tomaron en cuenta lo que pensabas sobre tu situación de salud o sobre el tratamiento indicado por el médico.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	27	7,8 %
Alguna vez	78	22,6 %
Nunca	236	68,4 %
NS/NC	4	1,2 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Acerca de ¿Quién firma? cuando asisten a consulta médica y se les es indicado algún tratamiento, el 58.6% indico que no les han hecho firmar a ellos o al adulto que los acompaña, una autorización que informe sobre las características del tratamiento que se les indica. Mientras que el 0.3% de los adolescentes aseguran haber firmado ellos mismos, alguna autorización, mientras que el 32.8% indico que firmo el adulto a cargo que les acompañaba y solo el 4.6% firmaron ambos como responsables dicha autorización (Gráfica 5).

Gráfica 5. Cuando asistes a consulta médica y te indican algún tratamiento médico ¿Quién firma?



Nota. Fuente: Elaboración Propia

➤ Caracterización sobre la Dimensión Simbólica

Los encuestados afirman que la persona a la que se acercan para conversar temas relacionados a su salud, para lo que el 82.9% dijo acercarse a sus padres, el 7.8% dijo que preferían acercarse a sus amigos, el 4.3% a cualquier otra persona y el 2.6% a la pareja, para que solo el 1.7% tenga un acercamiento a profesionales de la medicina, es decir, a los médicos (Tabla 12).

Tabla 12. ¿Quién es la persona con la que más pláticas sobre temas relacionados a tu salud?

	Frecuencia	Porcentaje
Padres	286	82,9 %
Amigos	27	7,8 %
Novia/o	9	2,6 %
Médico	6	1,7 %
Otro	15	4,3 %
NS/NC	2	,6 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración propia

Prosiguiendo con esta información el 82.3% dijo sentir que su opinión es tomada en cuenta en el proceso de atención a la salud, y el 11.6% dijo no sentirse así (Tabla13).

Tabla 13. ¿Regularmente, sientes que tu opinión es tomada en cuenta durante el proceso de atención en salud?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	284	82,3 %
No	40	11,6 %
NS/NC	21	6,1 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por lo que el 80.6% de los adolescentes dijo asistir primeramente a sus padres, cuando registran algo desconocido y les preocupa en su cuerpo, el 9% referirse a un médico, el 6.1% a nadie porque consideran que ellos conocen mejor su cuerpo que nadie y el 2.3% prefiere ir con alguna otra persona, pues el 1.7% prefiere acudir con algún amigo (Tabla 14).

Tabla 14. Ante una situación que registres desconocida y te preocupe en tu cuerpo, ¿A quién acudes?

	Frecuencia	Porcentaje
Padres	278	80,6 %
Amigos/Novia/o	6	1,7 %
A nadie, consideras que tú conoces tu cuerpo mejor que nadie	21	6,1 %
Médico	31	9,0 %
Otro	8	2,3 %
NS/NC	1	,3 %
Total	345	100,0 %

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En relación a la pregunta “Cuando tienes algún malestar físico o mental generalmente acudes a...”, respondieron en primer lugar el 42.9% de ellos prefieren ir con alguno de sus padres.

➤ **Consideraciones Finales**

El instrumento administrado tuvo como principal objetivo conocer el valor que tienen para los adolescentes los servicios de salud. En líneas generales se puede decir que la proporción entre hombres y mujeres es homogénea; un 43.2 % corresponde al sexo masculino y un 56.8 % al sexo femenino.

La media es de 15 años. En cuanto a la máxima escolaridad alcanzada, el 60.6% de los adolescentes encuestados tienen secundaria incompleta y un 39.4% secundaria completa. El 26.7% de las madres de estos encuestados, tiene secundaria completa y el 22% tiene secundaria completa.

Para finalizar los adolescentes consideran que la atención que reciben en los servicios de salud es Buena en un 51 %, Regular en un 22.6 %, Ni buena, ni mala en un 17.1 %, Excelente en un 7.8 % y Mala en un 1.4 %. Siendo considerado el servicio brindado como importante y trascendental para los adolescentes.

5.1.4. Relevamiento documental

El cumplimiento de las leyes, estatutos y derechos no solo lleva consigo su adquisición, sino que al momento de su apropiación y para su aplicación se debe considerar las obligaciones que esto implica. Ahora bien, pensando en términos de la noción de salud, las manifestaciones subjetivas se vinculan a la aplicación del derecho a la salud.

Es por ello que es importante realizar un breve recorrido desde los estatutos internacionales, pasando por los nacionales, hasta los estatales con el fin de vislumbrar los derechos y normas que se mantienen vigentes en relación a la salud y que regulan el acceso a la salud.

a) Estatutos Internacionales

- Carta de las Naciones Unidas (26 de Junio de 1945), en el artículo 1º establece que se debe:

- “Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión...”
- Con el fin de alcanzar los propósitos comunes.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de Diciembre de 1948), en el artículo 25 establece que:
 - “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- Convención Sobre los Derechos del Niño (México firma la Convención el 26 de enero de 1990 y entra en vigor el 21 octubre 1990), en el artículo 17 dice que:
 - “Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el

niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (16 de Diciembre de 1966), en el artículo 9 dice que:“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.
- Declaración Sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (11 de Diciembre de 1969), en el artículo 19 habla sobre:
 - “a) La adopción de medidas para proporcionar gratuitamente servicios sanitarios a toda la población y asegurar instalaciones y servicios preventivos y curativos adecuados y servicios médicos de bienestar social accesibles a todos...”
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud (22 de Junio de 1946), en el artículo 1 menciona que: “La finalidad de la Organización Mundial de la Salud (llamada de ahora en adelante la Organización) será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”.
- Unicef: (4 de mayo del 2015) Menciona que:
 - Aun cuando cada país se rige por su propia constitución, el caso de México no es una excepción. El marco jurídico de México está conformado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales

aprobados y ratificados por el país y las leyes federales y locales. Es así como el artículo 4°, que incorpora la noción de sujetos de derecho, reconociendo que los niños y niñas (aquellos menores de los 18 años) son titulares del derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo, y estableciendo que los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos, mientras el Estado es responsable de proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos y otorgar facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. (UNICEF, 2015)

a) Estatutos Nacionales

- Constitución política de los estados unidos mexicanos (1917 20° ed. marzo 2014), en el artículo 123 dice que:
 - Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.
 - Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.
- Ley federal del trabajo (1 de abril de 1970), menciona en el Artículo 174 que:

- Los mayores de catorce y menores de dieciséis años, independientemente de contar con la autorización de Ley para trabajar, deberán obtener un certificado médico que acredite su aptitud para el trabajo y someterse a los exámenes médicos que periódicamente ordenen las autoridades laborales correspondientes. Sin estos requisitos, ningún patrón podrá utilizar sus servicios.
- Ley general de salud(1984. Últimas Reformas DOF 08-04-2013), menciona en el Artículo 9º que:
 - Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud.
 - La Secretaría de Salud auxiliará, cuando lo soliciten los estados, en las acciones de descentralización a los municipios que aquellos lleven a cabo.
- Ley general para el control del tabaco (8 de mayo de 2008), menciona en el Artículo 10 que:

- Para efectos de lo anterior, la Secretaría establecerá los lineamientos para la ejecución y evaluación del Programa contra el Tabaquismo, que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:
 - I. La promoción de la salud;
 - II. El diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del tabaquismo y de los padecimientos originados por él;
 - III. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar al interior de los espacios libres de humo de tabaco que establezca esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables;
 - V. El diseño de programas, servicios de cesación y opciones terapéuticas que ayuden a dejar de fumar combinadas con consejería y otras intervenciones, y
- Reglamento interior del consejo de salubridad (Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre de 2009) en el Artículo 9 dice que:
 - El Consejo tendrá las siguientes funciones:
 - IV. Elaborar, publicar, mantener actualizado y difundir el Catálogo de medicamentos Genéricos;
 - VIII. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas;

- XIII. Proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios;
 - XV. Coadyuvar en la determinación de políticas y línea de acción para alcanzar la federalización efectiva de la salud y converger en acciones coordinadas con el Consejo Nacional de Salud (...)
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Diciembre de 2014), y se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil
 - En el cuál el Artículo 2. Para garantizar la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las autoridades realizarán las acciones y tomarán medidas, de conformidad con los principios establecidos en la presente Ley. Para tal efecto, deberán:
 - Garantizar un enfoque integral, transversal y con perspectiva de derechos humanos en el diseño y la instrumentación de políticas y programas de gobierno;

- Promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez

b) Estatutos Estatales

- Ley para la protección de derechos de las niñas, niños y adolescentes (29 de mayo de 2000 Última reforma publicada DOF 02-04-2014), En el Capítulo Octavo Del Derecho a la Salud, el Artículo 28 dice que:

Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

B. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.

D. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.

H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.

I. Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus

derechos.J. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.

- Constitución Política del Estado de Querétaro (Ref. P. O. No. 47, 27-IX-13)):

en el artículo 2º dice que:

Las autoridades estatales y las municipales promoverán la integración, el desarrollo y el fortalecimiento de la familia; sus fines de unidad, convivencia armónica, ayuda mutua y la preservación de los valores de la comunidad. La ley impondrá derechos y obligaciones recíprocos entre sus integrantes.

El Estado adoptará medidas que garanticen la no discriminación del individuo y propicien el desarrollo físico, emocional y mental de los menores, de los jóvenes y de todos aquellos que por circunstancias particulares lo requieran. Establecerá un sistema permanente de tutela, apoyo e integración social de los adultos mayores y de las personas discapacitadas que se encuentren en condiciones de desventaja física, mental, social o económica, para facilitarles una vida de mayor calidad, digna, decorosa y su pleno desarrollo.

- Ley de Salud del Estado de Querétaro (Ref. P. O. 19-IX-12) en su Artículo 65

menciona que:

La protección de la salud física y mental de los menores, es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, con las autoridades competentes y la sociedad en general.

Para tutelar la protección de la salud mental de los menores, las instituciones públicas y las personas físicas o morales que presten servicios de salud a personas con embarazos de alto riesgo o a menores que presenten daños neurológicos, deberán notificar de estos casos, desde el momento de su detección, a los centros oficiales de rehabilitación, para que puedan proporcionar a los padres o tutores la información necesaria para su oportuna atención.

- Reglamento Interior de la Secretaría de la Juventud (14 de junio de 2013), en el Artículo 12 menciona que:

Corresponde a la Unidad de Promoción de la Salud, el despacho de los siguientes asuntos:

I. Desarrollar estrategias y modelos de carácter interinstitucional e intersectorial con los tres órdenes de gobierno, para el desarrollo de la cultura de autocuidado de la salud;

II. Organizar y llevar a cabo pláticas de orientación en materia de salud y orientación en los procesos de toma de decisiones respecto de los proyectos de vida de los jóvenes;

III. Detectar las necesidades de capacitación para la formación de promotores en materia de salud;

IV. Diseñar campañas publicitarias promoviendo el cuidado de la salud de los jóvenes en Querétaro;

V. Organizar ferias y eventos para acercar a los jóvenes temas en materia de salud, valores sociales, cívicos y familiares.

VI. Desarrollar una política transversal para la legislación de estrategias que promuevan el no manejo de vehículos en estado de ebriedad;

VII. Diseñar y difundir estrategias para la identificación de los riesgos relacionados con el abuso del alcohol y los accidentes automovilísticos, así como las relaciones sexuales sin protección;

VIII. Organizar y coordinar las acciones y estrategias tendientes a fomentar y promover en la juventud una cultura de prevención, autocuidado y actitud responsable asertiva; IX. Desarrollo platicas talleres, planes y programas de atención psicológica y psico orientación a los jóvenes.

X. Implementar alternativas de comunicación, que permitan un acercamiento de información, asesoría, diálogo y reflexión, con los jóvenes;

XI. Establecer estrategias de vinculación institucional y colaboración con organismos públicos, privados e instituciones educativas para la ejecución y difusión de pláticas, talleres, planes y programas de la materia competente de la Secretaría.

XII. Las demás que le señale este reglamento, otras disposiciones y el Secretario.

- Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Querétaro (30 de agosto del 2012), en el artículo 3º dice que:

Para efectos de esta Ley, son niñas y niños las personas menores de 12 años y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y menos de 18 años.

Además de considerar que en el capítulo séptimo: Del derecho a la salud. Dice:

En el artículo 30:

Las niñas, niños y adolescentes, tienen derecho a la salud. Para ello, las autoridades estatales y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinadas entre sí y con la Federación, a fin de:

- I. Reducir la mortalidad y la morbilidad infantil;
- II. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de su salud;
- III. Promover la lactancia materna;
- IV. Combatir la desnutrición, mediante la promoción de una alimentación adecuada;
- V. Fomentar los programas de vacunación;

- vi. Ofrecer atención médica pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta Ley;
- vii. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas;
- viii. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos o no planeados;
- ix. Disponer lo necesario para que, cuando sufran alguna discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, para rehabilitarlos, mejorar su calidad de vida, reincorporarlos a la sociedad y equipararlos a las demás personas en el ejercicio de sus derechos;
- x. Establecer medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de niños y adolescentes víctimas o sujetos de violencia de género, familiar, infantil o juvenil; y
- xi. Desarrollar programas educativo-preventivos, que permitan el reconocimiento de las formas de violencia, sus consecuencias para la salud física y psicológica y las formas de prevenirla.

De esta manera se lee la poca afluencia de leyes que expresen los derechos y obligaciones en términos de salud exclusivamente para los adolescentes, entendidos estos como aquellos con una edad de 12 a 18 años. La mayor parte de

estas leyes son diseñadas para los adultos en una edad de 19 años en adelante, por lo que el ejercicio legal de las leyes en términos de salud, es llevada a cabo a partir de cumplir la mayoría de edad, establecida por el código civil de cada estado de la nación.

Sin embargo cabe aclarar que la existencia de los derechos a la salud por sí mismos de acuerdo a la ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes (Diciembre de 2014) en la primera sección del artículo 2 garantizan un enfoque integral, transversal y con la perspectiva de derechos humanos en el diseño y la instrumentación de políticas y programas de gobierno, aunque los servicios de atención a la salud pública no los plasman como tal.

5.2. Triangulando datos

A lo largo del presente trabajo se buscó analizar La Dimensión Simbólica de la Accesibilidad a la Atención en Salud de los Adolescentes, de San Juan del río, Querétaro. México. Para ello fue necesaria la utilización de diversos rubros que apoyaran a la construcción de la triangulación.

CONCEPCIONES SOBRE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las representaciones que los adolescentes crean sobre la atención en salud están determinadas por las experiencias que los mismos tienen acerca de las ofertas que los servicios de salud les brindan, creando en ellos una opinión acerca de la calidad del servicio, basados en los procesos de atención que recibieron.

El reglamento interior del consejo de salubridad publicado en el diario oficial de la federación el 11 de diciembre de 2009 en el artículo 9, en el apartado XIII dice que el consejo deberá proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios.

Los servicios de salud tienen la obligación de garantizar el acceso a la atención de los servicios mediante programas que permitan el conocimiento de cierto tipo de información, por ejemplo sobre su salud sexual y reproductiva. Sin embargo los programas diseñados por la secretaría de salud no consideran en su totalidad el contexto en el que viven los adolescentes y mucho menos su opinión acerca de sus necesidades, siendo éstas las más importantes para garantizar su acceso.

En relación a las encuestas se les pregunto a los adolescentes como consideraban la atención que reciben en los centros de salud a los que acuden, se encontró que el 51% de los encuestados considera que la atención que recibe es buena, 22.6% la considera regular, el 17.1% la considera ni buena ni mala, el 7.8% piensa que es excelente mientras que el 1.4% contesto que la atención que recibe es mala. Esto indica que los servicios de salud pública brindan atención a la población y en su mayoría considera que es buena, aunque no garantiza su acceso a la atención en salud.

Por otro lado un 5.2% indica que no conoce programas especializados para adolescentes como el programa de “oportunidades”, “JuvenIMSS” o “Servicios Amigables”; brindados a través de pláticas, folletos o talleres, entre otros. Sin embargo las experiencias de los adolescentes, expresan que por momentos los servicios ofrecidos no son óptimos

A partir del mapeo de servicios realizado, se puede decir que los centros de salud buscan priorizar el conocimiento a los adolescentes acerca de los programas y servicios que ofrece, principalmente sobre temas como la salud sexual y reproductiva. Aun cuando existen 17 centros de salud en San Juan Del Rio, 2 ofrecen atención de segundo nivel los 365 días al año. Los 15 restantes ofrecen atención de primer nivel, de los cuales 14 de ellos, brindan atención al público de lunes a viernes y uno con atención de lunes a sábado. La disponibilidad de los servicios para dar a conocer sus ofertas no representa para los adolescentes el acceso a los servicios de salud, pues su disponibilidad a asistir depende sus necesidades a resolver, así mismo de las creencias y saberes que estos poseen para la solución de los fenómenos que les acontecen.

A partir de las entrevistas realizadas los adolescentes diseñan sus propias prácticas de salud al no sentir la posibilidad de acceso a la atención en salud. Lo cual proviene de los saberes y creencias adquiridas de manera empírica, y que han sido otorgadas por las familias o las instituciones educativas con los que los adolescentes tienen un mayor acercamiento y de quienes consideran existe una mayor respuesta.

Los servicios promueven la información de programas de detección y prevención más no posibilitan la participación y la opinión de los adolescentes sobre cómo ser atendidos. Se menciona en la ley general de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Diciembre. 2014) que reforman diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil que buscan promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

A esto los adolescentes en las entrevistas, consideran más efectivo la automedicación, los métodos alternativos de salud o la asistencia a servicios de salud privada, ya que consideran que en estas instituciones su opinión, educación, y sentimientos afectivos entre otros son tomados en cuenta.

Aun cuando al preguntarles si estaban registrados en algún servicio público de salud para lo que el 73% de los adolescentes contó que sí, mientras que el 24.1% respondió de manera negativa, el 2.9% no supo o no contesto. De aquellos que cuentan con seguro público de salud 38% está afiliado en el IMSS, 24.3% es usuario de seguro popular, 4.9% ISSSTE, y 4.3% no sabe que seguro tiene, sin embargo afirma estar asegurado, también se presentó el caso de que algunos adolescentes encuestados que contaban con más de un seguro, es decir, que ellos saben a dónde pueden acudir, y sin embargo refieren ir a un servicio de salud privado dado que las experiencias que tuvieron en relación al trato con el

personal de estas instancias no fue el mejor y prefieren no frecuentarlas, sin contar que la afiliación única o múltiple no garantiza su acceso.

Por otro lado al considerar las nociones de bienestar y malestar que los adolescentes poseen se determinara la búsqueda de atención a los servicios de salud, es decir; si ellos consideran estar en condiciones buenas u optimas de salud, es decir; si ellos consideran estar en condiciones buenas u optimas de salud, no pretenderán asistir a los servicios de salud, sin embargo cuando consideran que su necesidad es una situación de emergencia, las aproximaciones que mantendrán hacia los servicios de salud será mayor.

Es por ello que proponen que los encargados de las instituciones de salud pública propicien un buen trato y vínculos de confianza hacia quienes reciben los servicios.

Las representaciones en salud que los adolescentes tienen indican mantienen el conocimiento, acerca de lo que son, donde se encuentran y como acudir, por ser un servicio público, al que todos deberían tener acceso, sin embargo, prefieren no hacerlo porque no están diseñados para la interacción con estos.

AUTORIDAD SOBRE EL CUERPO ADOLESCENTE

En este rubro se da a conocer cómo es que los adolescentes ejercen autoridad sobre su cuerpo y si se encuentran vinculadas al conocimiento que tienen acerca de sus derechos en salud, a partir de las normativas establecidas de

la mayoría y minoría de edad, la autonomía, la responsabilidad compartida, y la toma de decisiones que implican el cuidado de sí.

De acuerdo a la Ley de Salud del Estado de Querétaro (Ref. P. O. 19-IX-12) en su Artículo 65 menciona que: La protección de la salud física y mental de los menores, es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, con las autoridades competentes y la sociedad en general.

Los servicios de salud, las instancias competentes de educación, y padres comparten la responsabilidad del cuidado de los adolescentes, sin embargo las entrevistas a los adolescentes muestran el desinterés que ellos tienen acerca de las leyes y reformas que hacen validar el ejercicio de este derecho, sobre la decisión y autonomía respecto al cuidado de sí.

Aun cuando tienen la capacidad de ejercer una opinión o libre albedrío acerca de su salud, pareciera que la responsabilidad que se comparte tiene sus excepciones, ya que los adolescentes indican en las entrevistas la capacidad de ser libres de ejercer una vida sexual activa pero no lo son para asistir a una consulta médica sin la compañía de un adulto.

Un ejemplo de esto son las preguntas realizadas a los adolescentes en las encuestas acerca de cuándo asisten a consulta médica y se les es indicado algún tratamiento, el 58.6% indicó que no les han hecho firmar a ellos o al adulto que los acompaña, una autorización que informe sobre las características del tratamiento que se les indica. Mientras que el 0.3% de los adolescentes aseguran haber

firmado ellos mismos, alguna autorización, mientras que el 32.8% indico que firmo el adulto a cargo que les acompañaba y solo el 4.6% firmaron ambos como responsables dicha autorización. Lo que implica que más 30% de la población encuestada, comparte la responsabilidad con el adulto a cargo acerca del cuidado de sí del adolescente, cuando esto conlleva una toma de decisión que implica el ejercicio de su autonomía.

En las entrevistas los adolescentes indican compartir su responsabilidad ante la incapacidad económica que representa el cuidado de sí, o bien cuando requieren del apoyo emocional de sus padres, es por ello que los colocan como primer instancia a quien acudir. Las encuestas indican que el 80.6% asiste primeramente con sus padres cuando registran algo desconocido y les preocupa en su cuerpo, el 9% se refiere a un médico, el 6.1% a nadie porque considera que ellos conocen su cuerpo mejor que nadie y el 2.3% prefiere ir con alguna otra persona, pues el 1.7 % prefiere acudir con algún amigo.

Sin embargo, los documentos jurídicos analizados siguen en su mayoría sosteniendo la idea de que los adolescentes son objetos de intervenciones del Estado, desconociendo el grado de autonomía que estos deben tener para el ejercicio de dichos derechos, además de la toma de decisiones en sus prácticas de salud.

En relación a las encuestas se realizó la pregunta: ¿Regularmente sientes que tu opinión es tenida en cuenta durante el proceso de atención en salud?, que arroja datos que permiten el contraste con las leyes y normas establecidas para ejercer no solo su derecho a la salud, sino su derecho a la atención de la misma.

A esto los adolescentes refirieron que no se tomó en cuenta lo que pensaban sobre su situación en salud y que eran menores de edad, estos son los que indican el mayor índice de esta situación que siempre o alguna vez les ha ocurrido el que no les tomaran en cuenta su opinión acerca de su salud, siendo el 1.8% de los adolescentes que indicaron que siempre les sucedía el no tomárseles en cuenta, mientras que el 7.1% de ellos indico que alguna vez les sucedió dicho acto. Mientras que del total de los adolescentes, el 22.7% indico que alguna vez les sucedió y el 8% que siempre les pasaba.

En general, estos adolescentes, se sienten capaces de tomar decisiones sobre su persona y ejercer su derecho a la salud, a pesar de sentir o no que son tomados en cuenta. Esto de acuerdo al conocimiento que han adquirido de parte de las costumbres familiares y las instituciones educativas de quienes creen debe obtener la información no solo sobre el cuidado de sí, sino también de sus derechos. Sin embargo está poco informado sobre los mismos pues no existe el acercamiento a estos. El 7% de los adolescentes encuestados menciona que siempre se les niega la entrada a la consulta si no asisten con algún mayor, mientras que el 14.5% menciona que alguna vez les ocurrió este hecho, situación que vulnera su derecho a ser atendido aun cuando no asista con un adulto responsable. A esto se considera que tal como lo menciona Carbonell (2013) los sujetos de los derechos se han ido especificando en función de las particularidades que presenta cada grupo social en relación a su grado de vulnerabilidad.

Del análisis de las entrevistas realizadas se rescata el hecho de que los adolescentes son quienes demandan asistir acompañados al médico para ser atendidos, pues en ocasiones se sienten subestimados cuando los médicos explican el diagnóstico y tratamiento a quienes los acompañan pero no a ellos o les dan poca información o incompleta. En otras ocasiones consideran desconfianza para hablar de cosas personales.

La autoridad que tienen sobre sus cuerpos está a consideración de las necesidades que implique el cuidado de sí, ya que dependerá totalmente de la situación y lo que esté implicado en el momento de asistir a su consulta, toma de medicamentos, etc. Los adolescentes solicitan la aprobación de alguien más, pero si es para la ejercer una vida sexual activa, el consumo de sustancias como alcohol, cigarrillos, aborto o la ingesta de alguna droga, etc. Este permiso se vuelve innecesario.

En relación al mapeo de los servicios se considera que el ejercicio de la autoridad sobre su cuerpo es determinado, por un apoyo económico más que por un interés del cuidado de sí. El hecho de que estén condicionados y la falta de interés por el conocimiento de sus derechos generan en ellos una barrera de acceso por ser menores de edad. Eso significa que para el acceso a la atención de los servicios de salud los adolescentes crean para sí mismos una autorización simbólica que es determinada por la relación con los discursos familiares, sociales y educativos influyendo en su actitud moral para el desarrollo de las prácticas en salud.

La autoridad sobre el cuerpo adolescente que se conoce en este apartado indica que los adolescentes priorizan sus necesidades delegando aquellas de las que son incapaces de resolver y demandando sentirse tomados en cuenta compartiendo la responsabilidad de acuerdo a su propio criterio.

EJERCICIOS DEL DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD ADOLESCENTE

Los ejercicios de la salud que los adolescentes realizan se ven determinados por la educación en salud, las costumbres familiares, cuidado de si, las prácticas en salud, el empleo de tiempos y los costos que estos les generan.

El Reglamento Interior de la Secretaría de la Juventud (14 de junio de 2013), en el Artículo 12 menciona que se deben: Establecer estrategias de vinculación institucional y colaboración con organismos públicos, privados e instituciones educativas para la ejecución y difusión de pláticas, talleres, planes y programas de la materia competente de la Secretaría

A partir del rastreo realizado en el mapeo de los servicios de salud, se encontró que los encargados de los servicios diseñan estrategias para implementar de acuerdo a la zona geográfica en la que se ubican los servicios de salud pública. Para abastecer en acuerdo con las instituciones educativas, la inserción de programas, talleres y pláticas y dar a conocer dónde están ubicados los servicios de salud, cómo acceder a ellos e inclusive los beneficios que adquieren al tener dicha información.

A esto se considera que la atención dada a los adolescentes está condicionada por los saberes y creencias que tienen los servicios de salud respecto de los mismos adolescentes sobre su contexto social y cultural, más que por las normativas jurídicas que regulan dichos servicios de la salud pública.

En las entrevistas los adolescentes consideran que la principal fuente de información se encuentra en las escuelas y que son estas las que adquieren la responsabilidad de transmitirles cual es la información correcta que deben aprender. Sin embargo acuden en primera instancia a sus padres.

En relación a esto las encuestas indica que cuando lo adolescentes tienen algún malestar físico o mental generalmente acuden...”, en primer lugar con alguno de sus padres formando el 42.9% de ellos prefiere realizar esta acción, en segundo lugar el 35.7% asiste con algún médico o psicólogo, siendo el internet a quien menos acuden, pues el 1.2% lo consultan, cuando tienen alguna preocupación referida a su salud

El acceso a la atención en salud abarca dos posibilidades: “la que se ofrece desde los órganos públicos a través del sistema nacional de salud o bien la que se cubre por los médicos y hospitales privados”. (Carbonell, 2004, p. 823) En las encuestas realizadas se encontró que el 73% de los adolescentes son derechohabientes con algún servicio público de salud, lo que indica que el 27% restante se encuentra desprotegido en este sentido, por lo que tendrían que recurrir al pago de la prestación ya sea de servicios privados o en el servicio público.

A pesar de esto, los adolescentes prefieren emplear su tiempo en servicios que resuelvan de manera inmediata sus necesidades, mejorando calidad del servicio y atención, en lugar de esperar un servicio gratuito y lo que consideran poco eficiente.

También habrá que considerar que el hecho de que los adolescentes asistan a instituciones educativas o de salud no refiere que los conocimientos adquiridos sean puestos en práctica ya que las primeras instancias en las que comienzan a tomar decisiones del cuidado de sí es la familia. De ahí que los adolescentes decidan acudir a la automedicación o a las costumbres familiares para construir las propias prácticas de salud, a pesar de tener conocimiento de cómo ejercer por ejemplo su proceso de atención.

El ejercicio de la salud adolescente vislumbra la no existencia de barreras para el acceso a la información brindan los servicios de salud.

INSTANCIAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN

En este apartado se da a conocer cómo es que los adolescentes acceden a la atención en salud a través de diversas instancias y la influencia que tiene la educación en salud, los servicios especializados para adolescentes, la autorización simbólica y los procesos de atención.

Las entrevistas realizadas a los adolescentes, en un 3.8% indican que tienen conocimiento sobre la existencia de algunos de los servicios especializados para ellos, como JuvenIMSS, Oportunidades y Servicios Amigables. Por otro lado

un 93.9% desconoce tales servicios, lo que indica la existencia de una barrera de acceso, aunado a las pláticas o talleres en las instituciones educativas que han generado su desinterés por ellos, pues algunos de los adolescentes expresan que resulta aburrido escuchar sobre el mismo tema varias veces.

Uno de los objetivos establecidos por la Convención Sobre los Derechos del Niño (México firma la Convención el 26 de enero de 1990 y entra en vigor el 21 octubre 1990), en el artículo 17 dice que: Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”

El acceso a la atención en salud requiere de un proceso de atención, que permita al adolescente más que la adquisición de un conocimiento sobre cómo llevar a cabo dicho proceso, se trata de quién otorga al adolescente la capacidad de toma de decisiones y sentirse tomado en cuenta para así poder decidir acerca del cuidado de sí.

A partir de las encuestas aplicadas se puede observar que aun cuando los adolescentes acuden a otras instancias, conocen la manera en la que pueden obtener un turno o una cita para ser atendidos en algún servicio de salud. Ya que un 54.8% de los encuestados, afirman conocer la manera de obtener su turno para

ser atendidos y sin embargo, el 84.4% dejan que la cita para la consulta médica sea solicitada por alguno de sus padres y/o tutores.

Del mapeo de servicios realizado, se puede decir los adolescentes únicamente tienen apertura a un programa de atención en salud destinado exclusivamente para ellos en la localidad, el cual es JuvenIMSS. El cual se divide por sectores según la zona geográfica, es decir que para tener acceso a este servicio, los adolescentes tienen que ir a los servicios de salud que ofrece el IMSS. Y para recibir la atención se tienen que trasladar a las instalaciones de este servicio lo que les genera un gasto no solo económico, sino también una inversión de tiempo.

A diferencia de los servicios de salud privados a los que varios de los adolescentes asisten los cuales generan un gasto económico mayor, parece no ser una barrera de acceso. Los adolescentes sostienen en las entrevistas realizadas que reciben un mejor trato y una espera menor para ser atendidos en estos servicios.

Eso significa que ellos no asisten a las instituciones de salud pública entendidas estas como sistemas, sino que les es más importante o significativa la relación con las personas que imparten estos servicios a la atención en salud. Ya que las personas ayudan a la resolución de dificultades o dudas ,y las instituciones solo facilitan la información y a veces dificultan el proceso de atención ya que solo se apegan a las normas y procedimientos, con el fin de mantener el orden del funcionamiento de los servicios. Por lo cual prefieren la atención de médicos o personas dedicadas a la salud de mayor confianza.

Otro de los factores influyentes en el acceso a la salud y en relación a la dimensión simbólica, se da a partir de las implicaciones que los costos económicos generan en los adolescentes.

En las encuestas se percibió que 5 de los 42 adolescentes que plantearon tener problemas de salud no resultas sostuvieron que era por motivos económicos, tomando en cuenta que las encuestas arrojaron que el 81.7% de la población adolescente encuestada no trabaja, podemos deducir que su autonomía en relación al acceso a la salud, se encuentra atravesada desde un aspecto simbólico más allá de la dimensión económica pues tienen que pagar un servicio probablemente con el dinero de sus padres.

5.2.1. Consideraciones generales sobre la triangulación de datos

Es así como a lo largo de la triangulación se fueron encontrando diversos puntos de encuentro y desencuentro a partir de distintos acercamientos del análisis de un mismo fenómeno. Lo que permite hablar acerca de estas situaciones:

Los adolescentes mantienen la preferencia de asistir a una institución privada, ya que demandan una atención personalizada. Es decir, que demandan uno de los derechos que sin saberlo tienen. Tal como se marca en el reglamento interior de la secretaria de la juventud (14 de junio de 2013) en el artículo 12 sección X en donde dice que deben: Implementar alternativas de comunicación, que permitan un acercamiento de la información, asesoría, diálogo y reflexión con los jóvenes. Siendo de esta manera uno de los principales motivos por el que

acuden a un servicio particular de atención a la salud, pues ahí se les permite ser escuchado, y tomados en cuenta.

Como si por ser adolescentes y además menores de edad su toma de decisiones no tuviera ningún valor, y sus derechos les son limitados por los discursos sociales que les rodean, así mismo por su desinterés para conocer y asumir los mismo hasta cumplir la mayoría de edad (18 años). En donde son ciudadanos de la república los varones y mujeres que, teniendo la calidad de mexicanos (...) capítulo 4. Artículo 34. Adquieren su mayoría de edad y con ello sus derechos y obligaciones.

Es decir, que antes de cumplir dicha edad, la opinión de los adolescentes si bien no es tomada de manera irrelevante, tampoco es la prioridad de las instancias a las que acude, lo que provoca en ellos, una mayor negativa y desinterés hacia los servicios y ofertas de salud que se presentan. Asumiendo que la información que se les ha dado es suficiente es algo que va más allá de la adquisición de información, se trata del cuidado de sí mismo, abriendo espacios de expresión y reflexión para aprehender sobre los derechos en salud, porque ir al médico no solo implica pedir métodos anticonceptivos o condones, sino que también se relaciona a la necesidad de dar a conocer como adolescente lo que le acontece.

CAPITULO 6

POR FIN EL FIN. DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigó *“La Dimensión Simbólica de la Accesibilidad a la Atención en Salud de los Adolescentes de San Juan del Río, Querétaro, México”* de adolescentes entre 12 y 19 años.

Para ello se efectuó un análisis de adolescencia a través de diversas fuentes teóricas así mismo prácticas, a partir de una observación participativa del mapeo de servicios de salud pública dependientes de la SESEQ . En el área de estudio, se llevaron a cabo 345 encuestas y 24 entrevistas a profundidad las cuales se han analizado de manera cuantitativa y cualitativa respectivamente.

Finalmente con los datos obtenidos se realizó una triangulación que persiguió cumplir con el objetivo general de esta investigación, que es describir y analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes del municipio de San Juan del Río, Querétaro, México. Desde la subjetividad de los propios adolescentes.

Una de las grandes interrogantes que se presentaron fue si los adolescentes tenían el conocimiento de cuáles son los servicios especializados para adolescentes y en dónde los pueden encontrar. Las encuestas revelaron que solo el 3.8% conoce programas especializados para adolescentes con nombres como: Oportunidades, JuvenIMSS o Servicios Amigables; de donde el mapeo de servicios permitió conocer que estos son algunos de los servicios para adolescentes encargados de brindar pláticas, folletos o talleres, a estos.

Sin embargo, esta situación viene a ser contrastada en las entrevistas realizadas a los adolescentes pues, comentan que no tienen conocimiento acerca

de dichos servicio o de qué ofrecen, además de que no consideran que se puedan encontrar en San Juan del Rio, ya que de acuerdo a su situación socio-económica se considera un zona con prioridades en el desarrollo del ámbito industrial, dejando de lado el desarrollo humano, lo que indica la falta de análisis no solo en programas sino también en la manera de intervención realizada por parte de los servicios de atención a la salud.

Aun cuando al realizar el mapeo de los servicios en la zona delimitada, se pudo observar que existen, 17 centros de salud en San Juan Del Rio, Con una disponibilidad amplia, pues en su mayoría trabajan o se mantienen abiertos, cinco días a la semana. Se puede decir que los centros de salud buscan priorizar el acercamiento de la información a los adolescentes acerca de los programas y servicios que ofrecen, principalmente sobre temas como la salud sexual y reproductiva. Lo que ha llegado a crear una saturación de información del tema y por lo tanto en las entrevistas, mencionan tener una falta de interés y aburrimiento hacia los temas de sexualidad. Esto representa una dificultad para los adolescentes hacia el acceso de los servicios de salud, ya que representa un fastidio para ellos, pues pareciera que no se les invita a conocer más áreas del cuidado de sí mismo.

La situación actual que acontece con los adolescentes es que ellos carecen del interés total o parcial por la asistencia hacia los programas de salud, no solo porque no se les ha demandado la responsabilidad de su salud, sino que consideran que la principal fuente de información la encuentran en la escuela, al dotar a esta con la responsabilidad de proveerles tales datos. Ante dichas

circunstancias los adolescentes se encuentran frente a la necesidad de acudir a otras instancias para resolver problemas o salir de dudas respecto de algún tema, cediendo responsabilidades que ellos consideran estar fuera de su alcance o que no les provoca ningún interés, ya sea por desconfianza o por requerimiento de apoyo económico.

A partir de las encuestas aplicadas, se puede dar cuenta de que los adolescentes conocen instancias de salud a dónde acudir y conocen la manera en la que pueden obtener un turno o una cita para ser atendidos, dado que el 54.8% de los encuestados, afirman este hecho, el 84.4% dejan que la cita para la consulta médica sea solicitada por alguno de sus padres y/o tutores.

Es decir, los adolescentes prefieren compartir o delegar responsabilidades, pues indudablemente aún se encuentran en esta dialéctica entre el deseo de ya no ser tratados como niños, aunque tampoco desean asumir el status de adultos pero no significa que no sepan cómo acceder a la atención en salud. Rodolfo propone que “el adolescente contemporáneo (es) como una adquisición más bien tardía, expuesta además a todo tipo de fallos, desmayos, reapropiaciones y de extravíos (...)” (Rodolfo, 2008, p. 122). Esto significa que el adolescente es lo que necesita ser solo cuando requiere de satisfacer sus necesidades en el cuidado de sí, entendiendo estas en su relación con la salud, ya que prefieren tomar decisiones que no afecten la capacidad de ejercer su autonomía.

Por otro lado desde una mirada psicoanalítica se puede decir que el ser adolescente implica una separación con sus padres, tal que favorezca la posterior

construcción de su identidad, sin embargo resulta interesante visualizar como esta separación no ocurre con los padres, sino que en esta etapa el adolescente sigue acudiendo en un primer momento a ellos. Las encuestas nos indican que mientras el 7.8% prefieren acercarse a sus amigos, el 82.9% de los adolescentes busca a los padres. Contraponiendo la idea de que consultan con sus pares cuando se encuentran con problemáticas vinculadas a la sexualidad, o relaciones familiares (Cejas, Olaviaga & Stechina, 2008). Los adolescentes en San Juan del Río priorizan el conocimiento de sus padres antes del de sus amigos u otras personas.

Como se mencionó, los adolescentes delegan a otros la responsabilidad de salud, ya sea a padres, instituciones educativas o servicios de salud. Pero resulta interesante considerar que en las entrevistas realizadas a los adolescentes, ellos consideran que los prestadores de tales servicios, deben estar informados de las obligaciones que tienen al formar parte de los servicios de salud, y que estos no solo deben brindar pláticas o talleres informativos, sino una calidad del servicio que va desde la atención que brinda el médico en consulta, la enfermera en una curación, las secretarías, recepcionistas e inclusive personal administrativo que apoya la oferta de los servicios fomentando espacios de reflexión sobre la atención a la salud.

Todo comenzando con el proceso de atención, lo que pareciera indicar que la responsabilidad es compartida no solo con los padres sino en ocasiones con los servicios de salud, como si los adolescentes por momentos no quisieran tener conocimiento y responsabilidad sobre sus derechos y obligaciones el cuidado de sí. Obligación que adquieren a través del Reglamento Interior de la Secretaría de

la Juventud (14 de junio de 2013), en el Artículo 12 sección X que menciona que los programas de salud deben: Implementar alternativas de comunicación, que permitan un acercamiento de información, asesoría, diálogo y reflexión, con los adolescentes.

Por otra parte una barrera de acceso significativa es que al ser menores de edad pareciera que los discursos familiares educativos y de los servicios de salud, indican que estos no cuentan con derechos para garantizar su salud. Cuando estos han sido provistos de derechos que desconocen en su mayoría, por desinterés y que lleva a la relación simbólica que existe entre usuarios y servicios de salud a un mal empleo de estos derechos y obligaciones, convirtiéndolos en una barrera de acceso.

A esto los organismos internacionales que han definido a los adolescentes y las garantías que estos poseen, las normas y leyes jurídicas, contradicen este hecho, pues los adolescentes no puede acceder a los servicios ofertados sin la compañía de un adulto o a menos claro que hayan cumplido la mayoría de edad, es decir que sean ciudadanos de la república los varones y mujeres que, teniendo la calidad de mexicanos (...) capítulo 4. Artículo 34. Adquieren su mayoría de edad y con ello sus derechos y obligaciones, es decir, que hasta entonces son autónomos y responsables de sí.

Resulta interesante rescatar que los adolescentes, son considerados sujetos sociales, éticos y jurídicos en sí mismos, y no meras extensiones de sus padres o del Estado cuando estos están ausentes (Moraes, 2007). Sin embargo y aun

cuando la constitución a firma que a los 18 años adquieren su mayoría de edad y con ello sus derechos y obligaciones, los organismos internacionales mencionan que se les deben garantizar sus derechos referentes a la salud, por ser niñas, niños y adolescentes, pareciera que siguen sin hacerse efectivos.

La ONU dice que los servicios de salud tienen la exigencia de proveer condiciones necesarias para que, dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos. La situación de que el derecho a la atención en salud está bien normado y reglamentado, debiera dar lugar al ejercicio de este derecho a través de los programas del Estado y el Sistema Nacional ¿Pero qué hacer cuando son los propios adolescentes los que no muestran interés por el ejercicio de las leyes, normas y reformas que garantizan su derecho a la atención en salud? Y ¿Por qué sucede esto? ¿Qué es lo que ocurre?

Pues bien, lo que sucede es que de acuerdo al mapeo realizado a los servicios de salud, se pudo dar cuenta que los servicios se encuentran en una posición de contemplación, esperando que los programas, talleres y pláticas a partir de su propaganda surtan efecto; cuando pareciera que los adolescentes requieren de la propiciación de espacios de reflexión acerca del cuidado de sí y la importancia que esto conlleva. Norma jurídica establecida como ya se ha mencionado, pero de la que no se hace uso pleno.

Es importante pensar que existen momentos en los que los adolescentes buscan ser escuchados, mirados y tomados en cuenta. Motivo por el que en

ocasiones prefieren asistir a un servicio de salud privado, en donde estas demandas les son tomadas en cuenta. En las entrevistas ellos los consideran de esta manera cuando son tratados de buena manera y además no les hacen perder tiempo.

El acomodo y reacomodo que acontece en el adolescente a nivel psíquico y subjetivo, es una parte de lo que determina su relación con el mundo que le rodea, pues la otra parte corresponde a la construcción simbólica de los saberes, creencias y pensamientos que proviene del contexto social y cultural de la época. Ya lo decía Castoriadis “El pensamiento es esencialmente histórico, (...) cada manifestación del pensamiento es un momento en un encadenamiento histórico y es también –si bien no exclusivamente- su expresión” (1997, p. 3).

En las entrevistas había adolescentes que consideran importante pedir permiso a sus padres sobre asistir a solicitar métodos anticonceptivos, sin embargo hoy en día ya nadie lo hacía. De los adolescentes encuestados el 67.5% dijo haber obtenido la información más importante para ellos sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar en las instituciones educativas, mientras que el 12.2% con sus padres y el 8.4% en pláticas en los centros de salud.

Es indudable que los adolescentes no ejercen una autonomía como la establecida por las normas jurídicas, que indican en la Convención sobre los Derechos del Niño, quien transformó la conceptualización del niño y adolescente dejando de lado el paradigma de la tutela y dando lugar a la conceptualización de sujetos de derechos, capaces de decidir sobre su vida.

Los adolescentes, son considerados sujetos sociales, éticos y jurídicos en sí mismos, y no meras extensiones de sus padres o del Estado cuando estos están ausentes (Moraes, 2007). Lo que sucede es que los adolescentes aún son objetos de intervenciones del Estado, desconociendo el grado de autonomía que estos deben tener para el ejercicio de dichos derechos como menciona Carbonell (2013).

Existen diversos factores que los mantienen unidos a los padres como son los: económicos, las costumbres familiares, culturales y la falta de saberes y creencias sobre la responsabilidad del cuidado de sí, y las prácticas que se conllevan con esto. Al parecer los adolescentes no encuentran espacio o lugar donde sean autorizados de manera simbólica e independiente sobre su salud. Las entrevistas realizadas a los adolescentes dan cuenta de esto.

Por ejemplo, si los adolescentes llegasen a acudir a una institución de salud pública sin la compañía de un adulto o un responsable de ellos, no se les atiende. Sentirse tomados en cuenta es parte importante del ejercicio de su autonomía, no solo en la permisión de asistir solos o acompañados al médico, sino también en la orientación y trato dado en el proceso de salud. Mismo que se reflejará en el cuidado de sí.

En las entrevistas, ante la pregunta ¿crees que necesitas de alguien más, en este caso tus papás, para tomar decisiones sobre tu salud? Un adolescente respondió: “No para nada, eso sí ya no es como para mí, si me siento mal yo voy al doctor. “Mientras que en las encuestas casi el 79.7% de los adolescentes

refieren haber asistido a consulta sobre atención en salud sexual y reproductiva de manera acompañada.

Ahora podemos pensar que las necesidades en salud no resultas en los adolescentes proviene de barreras construidas tanto por los servicios de salud como de parte de los adolescentes, pues habrá que pensar que la dimensión simbólica de la accesibilidad se construye de manera dialéctica, la dificultad se halla en la inexistente propiciación de espacios de reflexión sobre los resultados obtenidos en los programas de salud establecidos.

Para evitar las prácticas objetivantes, entendidas estas como el apego a un sistema ordenado de normas y procedimientos que regulan el funcionamiento de las instituciones dedicadas a los servicios de salud, es preciso que los servicios de salud pública busquen comprender que los adolescentes incorporan las diferentes modalidades del acceso a la atención en salud a partir de su relación con las personas encargadas de brindar atención, más no con la institución de salud.

CAPÍTULO 7

**Y PARA TERMINAR... ¿ACCESO ADOLESCENTE O
ADOLESCENTES ACCESIBLES?**

CONCLUSIONES.

Los adolescentes tienen ideas y propuestas acerca de la atención que se debe recibir por parte de los servicios de salud pública hacia ellos, sin embargo la perspectiva que los servicios de salud tienen de los adolescentes, obliga a estos últimos a guardar sus opiniones para otros espacios, modos o forma de expresión.

Es aquí donde surge la riqueza del punto de encuentro que entreteje *la dimensión simbólica de la accesibilidad*, pues a partir de la construcción discursiva que se da en la sociedad y la cultura en la que habita el adolescente, hay que considerar que “...es importante la rica tensión diferencial y conflictiva entre el tiempo cronológico y lógico de la estructura” (Rodulfo, 2008 p. 80). Es decir, la estructuración psíquica de un sujeto no depende en todos los casos de la maduración biológica pues esta no siempre acontece a la par, cuyo contenido proviene del desarrollo discursivo de la época, contrapuesta a la idea de Arnold Gessell cuya teoría indica que la <<aculturación>> no prevalece sobre la maduración del adolescente.

Uno de estos ejemplos lo hemos vislumbrado en las prácticas de salud que los adolescentes han construido y transformado, de acuerdo a sus necesidades no solo de maduración biológica, sino de su estructuración psíquica. Tales factores determinan la relación con el mundo que le rodea, para este caso en particular nos enfocamos en la relación que establecieron con los servicios de salud pública.

A esto es que se pregunta acerca de la posibilidad de un ¿acceso adolescente? O de unos ¿adolescentes accesibles?, ya que pareciera que la

relación que se establece entre usuarios y servicios de salud no camina a la par de la constitución subjetiva del adolescente.

Para el caso del acceso adolescente en San Juan del Río, se encontró como los servicios de salud en la relación que los adolescentes establecieron con el personal de salud, más no con la institución; desde la perspectiva de los adolescentes no se muestran como accesibles. Por otro lado los adolescentes perciben a sus familias como facilitadoras no solo de información, sino también de resolución de dificultades en relación a su salud. No se pudo comprobar que estas, dan por finalizada la necesidad de efectuar un control de la salud de los adolescentes a partir de los 16 años de edad, ya que en las encuestas se dio a conocer que a esta edad y en su ingreso al nivel medio superior y superior se les brinda un seguro facultativo como parte de los beneficios de estudiar.

En relación a los adolescentes accesibles, se ha dado cuenta como los adolescentes de San Juan del Río, tienen barreras de acceso a la atención en salud relacionadas con la dimensión simbólica. En ocasiones el adolescente es accesible pues la decisión de asistir a un servicio público de salud ante cualquier necesidad, es dada sin ser solicitada a él por un adulto. En otras ocasiones el adolescente se encuentra inaccesible, no desea que nadie cuide de su cuerpo más que el mismo, a veces por pena, a veces por desconfianza y otras por falta de entendimiento por parte de los servicios de salud, así como de los padres sobre la estructuración psíquica y maduración biológica en la que se encuentra el adolescente.

A esto se ha concluido que no existe una relación lineal entre la oferta de información y la apropiación de manera significativa de dicha información por parte de los adolescentes. No obstante los adolescentes en general, consideran que es importante mantenerse informado. Es por ello que inventan códigos que los identifican, lo interesante es que no acontece en términos de salud con sus pares, sino con sus padres. Se apropian del cuidado de sí, basados en experiencias que los llevan a tomar decisiones compartiendo sus responsabilidades.

Se espera que los servicios de salud que abordan problemáticas adolescentes sean coherentes con los estándares actuales: los adolescentes demandan ser escuchados y atendidos. Es por ello que los programas especializados en la atención en salud para adolescentes, tienen en cuenta sus necesidades específicas en salud, entendiendo sus formas de vida y su modo de vincularse socialmente, y está libre de los obstáculos que los servicios tradicionales tienen en relación a sus sistemas de aplicación. Sin embargo, de acuerdo al análisis de datos realizados para este trabajo, las concepciones que los adolescentes tienen sobre las prácticas de atención en salud, y las formas de resolver dichas problemáticas, también son obstáculos para el acceso a dichos servicios. (Garduño & Verde, 2015).

Es así que se puede ver cómo la construcción de una barrera simbólica en la relación de los usuarios y los servicios de salud, provienen de las construcciones discursivas que atraviesan la subjetividad de los procesos sociales, culturales e históricos, además de sus cambios psíquicos en relación a la crisis de identidad

así como de la herencia de las prácticas en salud que se han adquirido para el cuidado de sí por parte de los adolescentes.

Cambios que no caminan a la par de las estructuraciones y reestructuraciones de los adolescentes en su paso por los servicios de salud, pues cuando los servicios de atención en salud han implementado programas y nuevas ofertas para el acercamiento a estos, los adolescentes ya han construido nuevas necesidades y formas de relación con la salud.

REFERENCIAS

- **Bibliográficas**

- Abreu de Jesús, W., & Araújo Assis, M. M. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 161-170.
- Aday, L., & Andersen, R. (1977). Fostering access to medical care. *Proceedings of the Academy of Political Science*. Health Services: The Local Perspective, 32 (3), 29-41.
- Almeida, C. (2000). Delimitación del campo de la investigación en sistemas y Servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. Texto base para discusión. En C. Almeida, *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, evaluación de actividades y desarrollo del futuro de la red.* (pp. 11-35). Rio de Janeiro: Multimeios/CICT/FIOCRUZ.
- Andersen, R. (1998). *The multiple and changing faces of access*. *Medical Care*, 36 (3), 252-253.
- Barcala A. Y Stolkiner A (2001). :“ *Accesibilidad a servicios de Salud de familias Con Necesidades Básicas Insatisfechas: Estudio de caso*” VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, Buenos Aires

Barrenechea J, Trujillo E, Chorny A. (1990). *Implicaciones para la planificación y Administración de los sistemas de salud*. Salud para todos en el año 2000. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Belmartino, S., Bloch, C., & Báscolo, E. (2002). La reforma de la atención Médica Argentina. Escenarios Provinciales. Buenos Aires: CEDES. Serie de Seminarios de Salud y Política Pública.

Bloom, D. & Williamson, J. (1998) Demographic transitions and economic Miracles in emerging Asia. Cambridge (MA): Harvard Institute for International Development, Universidad de Harvard.

Breilh, J. (1994). Nuevos Conceptos y Técnicas en Investigación. Ecuador:

CEAS.Cejas, C., Olaviaga, S. & Stechina, M. (2008). ¿Qué piensan los jóvenes sobre La Salud, las instituciones y sus derechos? Políticas Públicas/ Análisis N°59, CIPPEC.

Comes, Y. (2004). *La accesibilidad: una revisión conceptual*. Documento laboris Del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.

Comes, Y. (2006). *Ciudadanía y subjetividad*. Análisis de las representaciones Sobre el derecho a la atención de la salud en mujeres por debajo de la línea de pobreza del AMBA. Buenos Aires.

Comes, Y., & Stolkiner, A. (2004). "*Si pudiera pagaría*": estudio sobre la

Accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología.

Dolto, F. (1991). *La causa de los adolescentes*. Barcelona. (Eds) Seix Barral S.A. (Orig. 1988).

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Harvard University Press.

Frenk, J. (1985). *El concepto y la medición de accesibilidad*. Salud Pública de México , 27 (5), 438-453.

Freud, S. (1998). *La sexualidad infantil en Tres ensayos de teoría sexual*.(Trad. J, L. Etchererry En: *Obras Completas (Vol. VII)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en. 1905).

Freud, S. (2006). *La identificación en Más allá del principio de placer*, Psicología De las masas y análisis del yo y otras obras. (Tradu. J, L. Etchererry. En *Obras Completas (Vol. XVIII)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en. 1921).

Galende, E. (2006). *Consideración de la Subjetividad en Salud Mental*. Congreso Catalán de Salud Mental. Barcelona.

Garduño, F. (2014). *ADOLESCENCIA E IDENTIDAD “Juguemos a ser: yo era, Yo*

Soy, yo seré”. Proyecto presentado en la práctica de Desarrollo Psicosexual Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Garduño, F. y Verde, A. (2015, Febrero). La dimensión simbólica de la atención De Salud de adolescentes de San Juan del Rio, Querétaro, México. Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Psicología Facultad de estudios superiores Zaragoza campus UNAM.S.E. México, DF.

Garbus, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la Atención En salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. XVII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA. , XVII (I), 309-316.

Garbus, P. (2012). Servicios de Salud, Procesos de Estigmatización y Subjetividad. Estudio de caso: Accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio de Tres Arroyos. Tesis presentada para la obtención del título de doctora en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Arg.

Giovanella, L., & Fleury, S. (1995). *Universalidade da atenção à saúde: acesso como cateogria de análise*. En C. Eibenschutz, Política de Saúde: O público e o privado (págs. 177-198). Rio de Janeiro: Fiocruz Ed.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- Iriart, C., Leone, F., & Testa, M. (1995). Las políticas de salud en el marco del ajuste. Cuadernos Médico Sociales, 75.
- Laurell, A. C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. En A. C. Laurell, Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. (9-31). México (pp. 9-31). México: Fundación Friedrich Ebert/UAM.
- MagalhãesBosi, M. L., & Mercado, F. J. (2007). Investigación cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morales, A. & Cabello, L. S. (2015, Febrero). La dimensión del derecho a la atención en salud de adolescentes. Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Psicología Facultad de estudios superiores Zaragoza campus UNAM.S.E. México, DF.
- OMS. (2001). Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos Conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.
- OMS/OPS. (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: OMS/OPS.
- Organización de Naciones Unidas. Alto Comisionado para los Derechos Humanos;

Organización Mundial de la Salud. (2008). El derecho a la salud. Folleto Informativo N° 31. Geneva: United Nations.

Penchanski, R., & Thomas, J. (1981). *The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction*. *Mecial Care* , 19 (2), 127-140.

Rodolfo, R. (1989). El niño y el significante. Buenos Aires, Paidós. (a)

Rodolfo, M Y Rodolfo, R. (1992). Clínica psicoanalítica en niños y Adolescentes.

Una introducción. Buenos Aires: Lugar editorial S.A. (Orig. 1986).

Rodolfo, R. (2008). Futuro porvenir. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y adolescencia. Buenos Aires: Noveduc.

Stolkiner, A. (1994). Tiempos “posmodernos”: procesos de ajuste y salud Mental.

En O. Saidón, & P. Troianovsky, Políticas en Salud Mental (pp.25-53). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas Y

procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Contus. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Valles, M. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión

Metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis. World Health Organization (2009). Quality assesment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients.

- **Electrónicas**

Castoriadis, C. (1997). *“El imaginario social instituyente”*. Zona erógena. no. 35.

Recuperado de: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/castoriadis%20cornelius%20-%20el%20imaginario%20social%20instituyente.pdf>

UNICEF. Fondo de las naciones unidas para la infancia (04 de mayo de 2015).

Recuperado de: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

Gómez-Restrepo, C., Okuda, M. (2005). *“Métodos en investigación cualitativa:*

triangulación” revista colombiana de psiquiatría. vol. xxxiv. núm. 1. pp. 118-124. issn: 0034-7450. De: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>

INEGI. Instituto nacional de estadísticas y geografía. (22 de agosto de 2014).

Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>

Organización Mundial de la Salud. (el 04 de mayo de 2015).

Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud. (14 de marzo de 2015).

Recuperado de: <http://www.who.int/es/>

Organización de Naciones Unidas. (04 de mayo de 2015).

Recuperado de: <http://www.un.org/es/globalissues/health/>

Periódico am Querétaro. (22 de agosto de 2014).

Recuperado de: <https://amqueretaro.com/2013/09/registran-16-mil-embarazos-en-adolescentes/.html>

Secretaria De Gobernación. (04 de mayo de 2015.). Secretaria De Gobernación.

Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014

Seguro Popular. (22 de agosto de 2014).

Recuperado de: www.salud.gob.mx/.../infogralsp.pdf

Tasa de Natalidad de México. (22 de agosto de 2014).

Recuperado de: www.indexmundi.com/es/mexico/tasa_de_natalidad.html

Tasa de mortalidad de México. (22 de agosto del 2014)

Recuperada de: www.indexmundi.com/es/mexico/tasa_de_mortalidad.html

Unicef. (22 de agosto de 2014).

Recuperado de: www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm

ANEXOS

A) CONSENTIMIENTO INFORMADO A JURISDICCIÓN SANITARIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CAMPUS SAN JUAN DEL RÍO

Proyecto de Investigación

**ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES DE SAN JUAN DEL RÍO,
QUERÉTARO.**

COSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio está avalado y financiado por la Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Psicología. La persona responsable de la realización del mismo es la Dra. Pamela Garbus.

El propósito de este estudio es conocer el acceso que tienen los jóvenes de San Juan del Río a la atención en Salud. Interesa saber qué es lo que piensan los jóvenes sobre la atención que reciben y cuán accesibles resultan los servicios de salud para ellos. Por eso la participación de las personas que diseñan y ponen en práctica estrategias de atención, como usted, es muy importante para el desarrollo del estudio.

La meta de esta investigación es conocer más sobre las problemáticas en salud y los diferentes modos de atención que reciben los jóvenes en San Juan del Río, esperando que esto pueda orientar mejor la atención y las políticas en la materia.

Tal como se le ha informado en caso de que sienta alguna incomodidad al contestar alguna pregunta durante la entrevista, la misma puede interrumpirse con solo pedirlo incluso si luego de finalizada la entrevista se arrepiente de algo de lo que respondió, puede solicitar que no se utilice la información.

Se deja claro que la participación es completamente voluntaria y que cualquier persona puede decidir no participar de este estudio.

FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Firma del Investigador/a	Aclaración	Fecha
Firma del Entrevistado	Aclaración	Fecha

Nombre del Investigador responsable:		Teléfono:	
Correo electrónico:			

B) GUÍA A INFORMANTE CLAVE

GUÍA PARA DIRECTORA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 2

6. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ESTATAL

¿Cómo se organiza el sistema de salud del Estado?

¿Qué grado de autonomía tiene cada Jurisdicción Sanitaria?

¿Quiénes son los responsables de crear los programas, y en función de qué indicadores o rasgos los crean?

7. INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN

¿Sería posible obtener estadísticas de atención adolescente en SJR?

¿Existen sistemas de registro de atención a esta población?

¿Existen informes o investigaciones derivadas de los resultados obtenidos de los programas dirigidos a los adolescentes? ¿Podemos acceder a ellos?

CIRCUITO DE ATENCIÓN

¿Podría describirnos al circuito de atención que debe de hacer un adolescente para obtener atención en salud en SJR?

Si un adolescente solicita atención, ¿Se le solicita autorización de sus padres?

Si un adolescente solicita atención en salud sexual y reproductiva, ¿cree usted que puede obtener la atención sin necesidad de que se solicite autorización a sus padres?

¿Cómo es el sistema de otorgamiento de citas?

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿Existe algún material de tipo informativo dirigido a los adolescentes en términos de salud sexual, reproductiva? ¿Dónde se puede acceder a este material informativo?

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

¿Cuánto dinero diría usted que un adolescente debe destinar para obtener atención en salud en SJR?

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

¿Qué tiempo considera usted en promedio que hace un adolescente para llegar a obtener atención en salud en SJR?

¿Cree usted que la distancia geográfica, es un problema para para que los adolescentes obtengan atención en salud?

NECESIDADES DE SALUD DE POBLACIÓN ADOLESCENTE

¿Cuáles considera usted, son las necesidades locales de atención de los adolescentes de San Juan? ¿ Existe algún programa específico de atención en

salud para adolescentes?

¿Con cuántos programas activos en salud se cuenta actualmente en san juan del río?

¿Cuántos de ellos son dirigidos a adolescentes?

Cuántos de ellos son dirigidas a la salud mental adolescente?

NORMATIVAS EN SALUD

¿Qué reglamentos regulan a esta dependencia?

¿Desde su perspectiva, cree que las normativas vigentes regulan de manera inclusiva la salud adolescente, abogan por ella?

¿Cree que sería necesario reformar la legislación para dar lograr una mayor protección de la atención en salud adolescente?

¿Sería posible que nos aportara el marco normativo de los programas de salud y salud mental destinados a adolescentes?

INTERSECTORIALIDAD

¿En cuanto a las acciones intersectoriales, como considera la colaboración con instituciones sociales, privadas y públicas?

C) GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL DISEÑO DE ENCUESTAS

Datos generales

- Nombre:
- Datos para ubicar a los padre/tutores:
- Género:
- Edad:
- Colonia:
- Estudia:
- Tipo Institución del máximo grado alcanzado o actual:
- Trabaja:

¿Generalmente qué haces cuando tienes algún malestar o te enfermas?

DIMENSIONES

Simbólica

¿Qué servicios vinculados a la salud te gustaría que se brindaran a los jóvenes y adolescentes?

¿Crees tú que los adolescentes suelen acudir a los servicios de salud? ¿Por qué?

¿Qué crees tú que dificultaría el acudir a un servicio de salud a los chavos de tu edad?

¿Crees tú que es bueno para los adolescentes contar con servicios de salud dirigidos especialmente a Uds? ¿Por qué?

¿Te sientes acompañado cuando requieres de algún tipo de atención dirigida a tu salud? (Por ejemplo tus padres, tíos, abuelos, etc) ¿Por qué?

¿El médico que te atendió la última vez que te atendiste, fue respetuoso, te brindó su atención te pidió tu opinión?

¿Alguna vez te ha pasado o suele pasarte que cuándo te atienden interrumpen la consulta por algún motivo ajeno a ti?

¿Crees tú que, por ejemplo, la última vez que fuiste al médico, te brindaron la atención necesaria y/o la que solicitaste?

¿Crees tú que entonces, el médico te explicó los beneficios y/o perjuicios del tratamiento?

¿Crees que el médico resolvió tus dudas?

¿Cómo evalúas la atención que te brinda el médico y la enfermera (psicólogo, trabajador social, etc) de tu centro de salud?

¿A qué tipo de atención médica te acercas con más frecuencia?

¿Qué tan lejos te queda? ¿A cuánto tiempo?

¿El lugar donde te atiendes es agradable?

¿Consideras que el espacio es adecuado para que te brinde atención médica?

Economica

¿Tienes conocimiento de cómo obtener la atención cuando acudes a algún servicio médico? Por ejemplo costos de atención, medicamentos, etc... ¿Cuáles?

¿Te cobran cuando acudes a un centro de salud? ¿Cuánto? (preguntan o una o la otra)

Técnica

¿Qué crees que se puede hacer para mejorar el acceso a la información sobre los servicios que brindan los centros de salud para los adolescentes?

¿Eres derechohabiente a algún servicio de salud? ¿Conoces cuáles son tus derechos y obligaciones como afiliado?

¿Tienes conocimiento de los programas de salud dirigidos a los adolescentes?
¿Cuáles?

Política

¿Cómo se podrían mejorar los servicios de atención dirigidos a los adolescentes?

¿Tienes conocimiento de dónde se ubican los centros de salud a los que puedes acudir? ¿Por qué?

¿Cómo evalúas la forma en la que se presentan los programas de salud dirigidos a los adolescentes?

Conceptualizaciones de salud y enfermedad mental

¿Qué entiendes tú por sentirse sano? ¿Cuándo sientes que no lo estás?

¿Alguna vez sentiste que no estabas del todo sano, pero tu dolencia no era física sino, de tu estado de ánimo?

¿Qué sabes tú de los problemas mentales? ¿Crees que algún compañero o amigo tuyo tiene alguno?

¿Cuándo sientes algún malestar anímico, te sientes muy nervioso o ansioso, por ejemplo, o muy muy triste, o bien sientes alguna necesidad de tipo espiritual, a dónde piensas que podrías acudir?

¿Conoces alguna institución que ofrezca atención en situaciones relacionadas con problemas de éste tipo?

¿En qué caso le recomendarías a algún amigo que acuda con un psicólogo?

¿Conoces algún programa de salud dirigido a los adolescentes que atiendan situaciones de este tipo?

En la escuela (si asiste o cuando asistía) ¿Has tenido o tuviste algún acercamiento con un psicólogo? ¿Te ha sido grato este acercamiento?

Desde tu punto de vista, ¿Cuál crees que podría ser un motivo para que un adolescente visite al psicólogo?

Para ti, ¿Cuáles podrían ser los riesgos por los cuáles un chavo podría tener problemas de ese tipo?

¿Qué consideras que podría ser un motivo por el que el adolescente no quiera visitar a un profesionalista tipo psicólogo, psiquiatra, etc.?

¿Consideras que el uso de sustancias tóxicas (Drogas, Alcohol, Tabaco, etc) puede traer algún tipo de problemas?

¿Cómo te describirías en este momento en relación a tu salud física y mental?

Salud Sexual y Reproductiva

¿Sabes en dónde te pueden dar atención en salud sexual y reproductiva?

¿Conoces algunos tipos de métodos anticonceptivos y de qué manera obtenerlos?

¿Conoces los tipos de prevención de enfermedades como cáncer de mama, próstata y cérvico-uterino?

¿Conoces algunos tipos de enfermedades de transmisión sexual y/o cómo prevenirlas?

¿Has oído hablar sobre la planificación familiar y cómo llevarla a cabo?

¿Crees que un adolescente debería poder tener atención en SSyR sin la presencia de sus padres?

¿Crees que tú puedes disfrutar y ejercer tu vida sexual de la forma que tú quieras, a pesar de ser menor de edad?

¿Crees que tus padres u otras personas pueden tomar decisiones sobre tu vida privada o tienen derecho a investigar tus cosas personales, revisar tu celular, tu face, registrar tu cuarto etc.?

¿Si tú quieres tener un hijo siendo menor de edad, crees que tus padres u otras personas pueden evitarlo o decidir un aborto?

¿Necesitas permiso de tus padres u otras personas para usar y/o adquirir métodos anticonceptivos?

¿Crees que una persona mayor de edad (a qué persona se refieren?) tiene derecho sobre tu sexualidad o sobre tu cuerpo por ser tú menor de edad?

¿Qué edad consideras adecuada para poder decidir iniciar la vida sexual? ¿Qué crees que debería tomarse en cuenta para tomar esa decisión?

Política

¿Te han hablado sobre tus derechos? ¿quién?

¿Has oído hablar de los Derechos Humanos? ¿Sabes qué son?

¿Qué entiendes por derecho a la salud?

¿De quién crees que es obligación proporcionarte ese derecho?

¿Qué crees que tenga de diferente el derecho a la salud de los adolescentes al derecho a la salud de los adultos?

Autonomía

¿Has ido solo/a al doctor?

¿Quién te acompaña?

¿Has querido ir solo/a al doctor y no te dejan? ¿Qué piensas de eso?

¿Crees que necesitas de alguien más para tomar decisiones sobre tu salud?

Ser tomado en cuenta sobre el proceso de atención en salud

Cuando vas al médico ¿Te explica a ti sobre lo que te pasa?

¿Sientes que toman en cuenta tu opinión?

¿Crees que tienes posibilidad de elegir quien te atienda, sea hombre o mujer, adulto o joven?

¿Qué propondrías para que más adolescentes como tú adquieran un buen servicio de salud?

Privacidad

¿Crees que hay algún tema o situación que te incomodaría comentar con el doctor?

¿Crees que si estuvieras a solas con él, te sentirías más o menos cómodo?

¿Te incomoda que el médico comparta la información que le das con tus papás?

D) CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

Universidad Autónoma de Querétaro

**ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES DE SAN
JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO**

Financiado por FOFIUAQ

Responsable del proyecto: Dra. Pamela Garbus

TEXTO A LEER A LOS POSIBLES ENTREVISTADOS ANTES DE LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

“Mi nombre es (nombre del entrevistador), soy estudiante/profesora de la Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Psicología. En este momento estoy estudiando el acceso a la atención en salud que tienen los adolescentes en San Juan del Río, Querétaro, en el marco de un estudio que es financiado y avalado por la universidad.

Me interesa saber qué es lo que piensas tú sobre la atención que obtienes cuando te encuentras enfermo o requieres atención por algún motivo.

Si bien este estudio no resultaría directamente beneficioso para ti, tu participación favorece el conocimiento de las problemáticas de atención en salud que tienen los jóvenes en tu comunidad, lo que favorecerá la producción de información que permita diseñar desde los Servicios de Salud prácticas que consideren la información tu nos brindes.

Por eso estoy entrevistando a jóvenes de San Juan del Río y quería preguntarle si te interesa ser entrevistada/o para conocer por ejemplo: ¿A qué servicios de salud acudes a recibir atención? ¿Con quién vas? ¿En qué casos acudes? ¿Cómo crees que es atención que recibes? ¿Qué información te brindan a ti sobre tu salud?

A lo largo de todo el estudio participarán varios jóvenes como tú. Tu participación es necesaria para una sola ocasión, en la que se te entrevistará. La entrevista va a durar más o menos 20 minutos. Si tú estás de acuerdo, grabaría la entrevista para poder concentrarme en lo que estamos hablando y no distraerme en tomar nota a medida que hablamos.

Quiero aclararte que no tienes obligación alguna de responder preguntas que no quieras responder, ya sea porque te incomoden o porque simplemente no quieras compartir esa información conmigo.

Este estudio va a permitir conocer mejor la forma en la que los jóvenes como tú ven los servicios de salud y las prácticas de atención destinadas para ustedes, por eso considero muy valiosa su participación.

Quiero también que sepas que su participación es voluntaria, o sea que no estás obligado a responder si no quieres hacerlo. Incluso, si aceptas la entrevista, y mientras estamos platicando te arrepientes y no tiene ganas de continuar, puedes avisarme y suspendemos inmediatamente, así como si después de la entrevista te arrepientes y no quieres que use la información para este estudio, me puedes avisar por correo o llamar por teléfono y decírmelo que yo tengo obligación de tomar en cuenta tu pedido.

Al terminar la entrevista voy a dejarte una copia con mis datos laborales para que en caso que quieras puedas encontrarme.

Absolutamente todo lo que hablemos durante la entrevista es totalmente confidencial, eso quiere decir que queda entre nosotros/as y nadie por fuera del equipo en el que participo verá tus respuestas. Cada una de las personas que forma parte del equipo está también obligada a mantener la confidencialidad.

Los resultados del estudio podrán publicarse pero, en ese caso, de ninguna manera usaremos tu nombre y no se incluirá ningún dato mediante el cual tú pudieras resultar identificado/a.

Como vamos a hablar de temas que podrían resultar movilizantes para ti quiero que sepas que existe el riesgo de que te conmuevas o emociones por platicar de estas cosas, te pido que me avises si quieres detener la entrevista.

Si tú estás de acuerdo en realizar esta entrevista, voy a pedirte que me contactes con un adulto responsable de ti, para que nos de autorización de tu participación en este estudio, a quién le leeremos este mismo texto. El hecho de que un adulto autorice tu participación no implica que compartiremos con él la información que tú nos brindes, la misma es confidencial”.

COSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio está avalado y financiado por la Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Psicología. La persona responsable de la realización del mismo es la Dra. Pamela Garbus.

El propósito de este estudio es conocer el acceso que tienen los jóvenes de San Juan del Río a la atención en Salud. Interesa saber qué es lo que piensan los jóvenes sobre la atención que reciben.

La entrevista durará aproximadamente 20 minutos e incluirá preguntas sobre diferentes aspectos relacionados a la atención en salud de los jóvenes en San Juan del Río.

La meta de esta investigación es conocer más sobre las problemáticas en salud y los diferentes modos de atención que reciben los jóvenes en San Juan del Río, esperando que esto pueda orientar mejor la atención y las políticas en la materia. Para proteger la confidencialidad, no se pedirá ninguna información que identifique a la persona.

Se ha informado a la persona entrevistada que en caso de que sienta alguna incomodidad al contestar alguna pregunta durante la entrevista, la misma puede interrumpirse con solo pedirlo, y que si luego de finalizada se arrepiente puede solicitar que no se utilice la información.

Se deja claro que la participación es completamente voluntaria y que cualquier persona puede decidir no participar de este estudio. De aceptar participar, puede declinar el responder alguna pregunta en particular, como también a toda la entrevista en cualquier momento.

Se entrega Copia de este Consentimiento, y de la nota introductoria leída a la persona

Entrevistada y el adulto responsable, en caso de ser menor de 18 años.

Se platicó sobre el contenido de esta hoja con la persona entrevistada y se verificó que hayan sido comprendidos todos los puntos de la misma.

FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Firma del Investigador/a	Aclaración	Fecha
Firma del Entrevistado	Aclaración	Fecha
Firma del adulto responsable	Aclaración	Fecha
Nombre del Investigador:		
Correo electrónico:		
Teléfono:		

E) GUÍA DE ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS

ADOLESCENTES (USUARIOS)

Datos generales

- Nombre:
- Datos para ubicar a los padre/tutores:
- Género:
- Edad:
- Colonia:
- Estudia:
- Grado actual de estudios:
- Trabaja:

Dimensión Simbólica

- ¿Qué entiendes por servicio especializado para adolescentes?
- ¿Sabes de la existencia de servicios especializados para adolescentes?
¿Has ido alguna vez a uno? ¿Dónde están?
- ¿Quién es la persona con la que más pláticas sobre temas relacionados a tu salud? ¿Por qué?

- ¿Regularmente, sientes que tu opinión es tenida en cuenta durante el proceso de atención en salud? ¿Por qué?
- Ante una situación que registres desconocida y te preocupe en tu cuerpo, ¿a quién acudes? ¿Por qué?
- ¿Sabes qué clase de estudios te debes realizar para mantenerte al tanto de tu salud? ¿Por qué no lo haces o por qué si lo haces?
- ¿Quién es responsable de tu salud? ¿Por qué?
- ¿Qué opinas acerca de que se les niegue la atención a los adolescentes que no van acompañados de un mayor de edad en caso de alguna emergencia?
- ¿Qué crees que ocurriría si en el servicio de salud al que asistes hubiera una ley en donde solo TÚ seas el responsable de tu propia salud?
- ¿Sabes que es la emancipación?
- ¿Crees que tú podrías, si quisieras emanciparte?
- ¿Qué cambios crees que habría en tu salud, vaya ahora quién sería el responsable de tu salud? ¿Por qué?
- Alguna vez ¿Te has interesado por tus derechos en salud?
- ¿Qué haces si tus papas no pueden llevarte a un servicio de salud?
- ¿Sabes en qué consiste el proceso de atención a la salud? ¿En qué?

- ¿Sabes cómo y en dónde te pueden atender?

Dimensión Política

- ¿Te han hablado sobre tus derechos? ¿quién?
- ¿Has oído hablar de los Derechos Humanos? ¿Sabes qué son?
- ¿Qué entiendes tú por derecho a la salud?
- ¿De quién crees que es obligación proporcionarte ese derecho?

Autonomía

- ¿Has ido solo/a al doctor?
- ¿Quién te acompaña?
- ¿Has querido ir solo/a al doctor y no te dejan? ¿Qué piensas de eso?
- ¿Crees que necesitas de alguien más para tomar decisiones sobre tu salud?

Ser tomado en cuenta sobre el proceso de atención en salud

- ¿Cuándo vas al médico te explica a ti sobre lo que te pasa?
- ¿Sientes que toman en cuenta tu opinión?
- ¿Crees que tienes posibilidad de elegir quien te atienda, sea hombre o mujer, adulto o joven?

- ¿Qué propondrías para que más adolescentes como tú adquirieran un buen servicio de salud?

Privacidad

- ¿Crees que hay algún tema o situación que te incomodaría comentar con el doctor?
- ¿Crees que si estuvieras a solas con él, te sentirías más o menos cómodo?
- ¿Te incomoda que el médico comparta la información que le das con tus papás?

Salud Sexual y Reproductiva

- ¿Sabes a dónde te pueden dar atención en salud sexual y reproductiva?
- ¿Sabes cuáles son los diferentes tipos de métodos anticonceptivos y dónde obtenerlos?
- ¿Conoces los tipos de prevención de enfermedades como cáncer de mama, próstata y cérvico-uterino?
- ¿Conoces algunos tipos de enfermedades de transmisión sexual y/o cómo prevenirlas?
- ¿Has oído hablar sobre la planificación familiar y cómo llevarla a cabo?
- ¿Crees que un adolescente debería poder tener atención en SSyR sin la presencia de un adulto?

- ¿Crees que tú puedes disfrutar y ejercer tu vida sexual de la forma que tú quieras, a pesar de ser menor de edad?
- ¿Crees que una persona homosexual debería poder demostrar sus afectos públicamente?
- ¿Crees que tus padres u otras personas pueden tomar decisiones sobre tu vida privada?
- ¿o tienen derecho a investigar tus cosas personales, revisar tu celular, tu face, registrar tu cuarto etc.?
- ¿Si tú quieres tener un hijo siendo menor de edad, crees que tus padres u otras personas pueden evitarlo o decidir un aborto?
- ¿Necesitas permiso de tus padres u otras personas para usar y/o adquirir métodos anticonceptivos?
- ¿Crees que una persona mayor de edad tiene derecho sobre tu sexualidad o sobre tu cuerpo por ser tú menor de edad?
- ¿Qué edad consideras adecuada para poder decidir iniciar la vida sexual?
¿Qué crees que debería tomarse en cuenta para tomar esa decisión?
- ¿Crees que los adolescentes usan condones y anticonceptivos regularmente cuando tienen relaciones? ¿Por qué crees que así sea?
- Si ya iniciaste a tener relaciones ¿A qué edad iniciaste? ¿Utilizaste algún tipo de protección?

- ¿Crees que una chava debería tener el derecho a interrumpir un embarazo si no desea tener un hijo? ¿Por qué?
- ¿Cuándo crees que un chavo debe iniciar a tener atención en SSyR?
- ¿A qué crees tú que se refiere “Atención en SSyR”?
- ¿Alguna vez has asistido a obtener atención en SSyR? ¿Por qué?

Salud Mental

- ¿Qué entiendes tú por sentirse sano? ¿Cuándo sientes que no lo estás?
- ¿Alguna vez sentiste que no estabas del todo sano, pero tu dolencia no era física sino, de tu estado de ánimo?
- ¿Qué sabes tú de los problemas mentales? ¿Crees que algún compañero o amigo tuyo tiene alguno?
- ¿Cuándo sientes algún malestar anímico, te sientes muy nervioso o ansioso, por ejemplo, o muy muy triste, o bien sientes alguna necesidad de tipo espiritual, a dónde piensas que podrías acudir?
- ¿Crees que sentirse así está relacionado con la salud?
- ¿Qué tipo de problemáticas crees tú o has visto que tienen generalmente los chavos de tu edad?
- ¿Conoces alguna institución que ofrezca atención en situaciones relacionadas con problemas de éste tipo?

- ¿En qué caso le recomendarías a algún amigo que acuda con un psicólogo?
- ¿Con quién platicas cosas muy personales, por ejemplo, cuando tienes algún problema con tu familia, con tu novio(a), en la escuela etc?
- ¿Conoces algún programa de salud dirigido a los adolescentes que atiendan situaciones de este tipo?
- ¿Has tenido o tuviste un acercamiento con un psicólogo alguna vez?
- Si, ¿A dónde acudiste? (Escuela, consultorio particular, otro)
- ¿Te ha sido grato este acercamiento?

F) ENCUESTA

ENCUESTA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES DE SJR

(Marque con X la respuesta) Encuestador: _____

1. Dónde se tomó la encuesta:

1. Escuela	2. Calle/lugar público	3. Iglesia/Act. Religiosa	98. Otro	99.NS/NC
------------	------------------------	---------------------------	----------	----------

2. Sexo

1. Masculino	2. Femenino
--------------	-------------

3. ¿Con quiénes vives?

1. Solo	2. Familia	3. Amigos/Comparte casa	98. Otro	99.NS/NC
---------	------------	-------------------------	----------	----------

Máxima escolaridad alcanzada											
4. Encuestado/a	1. Primaria Inc.	2. Primaria Comp.	3. Sec.Inc.	4. Sec.Comp.	5. Prepa Incomp.	6. Prepa Completa	7. Lic. o carrera téc. Incomp.	8. Lic. o carrera téc. completa	9. Est. de posgrado Inc.	10. Est. Pos grado. Comp.	99.NS /NC
5. Madre	1. Primaria Inc.	2. Primaria Comp.	3. Sec.Inc.	4. Sec.Comp.	5. Prepa Incomp.	6. Prepa Completa	7. Lic. o carrera téc. Incomp.	8. Lic. o carrera téc. completa	9. Est. de posgrado Inc.	10. Est. Pos grado. Comp.	99.NS /NC
6. Padre	1. Primaria Inc.	2. Primaria Comp.	3. Sec.Inc.	4. Sec.Comp.	5. Prepa Incomp.	6. Prepa Completa	7. Lic. o carrera téc. Incomp.	8. Lic. o carrera téc. completa	9. Est. de posgrado Inc.	10. Est. Pos grado. Comp.	99.NS /NC

7. ¿Actualmente trabajas?

8. ¿En tu trabajo te dan seguro de salud?

9. ¿Actualmente vas a la escuela?

10. ¿Estás registrado en algún seguro público de salud?

11. ¿Cuál? _____

SÍ	NO	NS/NC
1	2 (*)	99
1	2	99
1	2 (*)	99

(*) Pasa a la pregunta 9

(*) Pasa a la pregunta 12

Dimensión económica

12. ¿En qué tipo de cosas relacionadas con tu salud gastas tu dinero? No el de tus padres.

13. ¿En qué tipo de cosas relacionadas con tu salud gastan dinero tus padres?

12.1.Consultas médicas			12.2.Medicinas			12.3.Análisis			9.4.Anticonceptivos		
1.Sí	2.No	99. NS/NC	1.Sí	2.No	99. NS/NC	1.Sí	2.No	99. NS/NC	1.Sí	2.No	99. NS/NC
1.Sí	2.No	99. NS/NC	1.Sí	2.No	99. NS/NC	1.Sí	2.No	99. NS/NC	1.Sí	2.No	99. NS/NC

Dimensión técnica

14. ¿Asistes a algún servicio de salud destinado específicamente a adolescentes?

1. SÍ	2. NO	99. NS/NC
-------	-------	-----------

15. ¿Cuál es el tipo de servicio de salud que más utilizas?

1. IMSS	2. ISSSTE	3. Seguro Popular	4. Consultorio Médico Privado	5. Farmacias del Ahorro, etc.	98. Otro
---------	-----------	-------------------	-------------------------------	-------------------------------	----------

16. Cuando acudes a los servicios de salud, la atención que recibes es:

1. Mala	2. Regular	3. Ni buena ni mala	4. Buena	5. Excelente
---------	------------	---------------------	----------	--------------

17. ¿Sabes cómo obtener una cita o un turno para ser atendido en el servicio de salud que tú frecuentas?

1. SÍ	2. NO(*)	99. NS/NC
-------	----------	-----------

18. ¿Generalmente quién saca cita para que asistas a consulta médica?

1. Tú	2. Tu mamá/ papá/ familiar	3. Desde tu escuela	98. Otro	99. NS/NC
-------	----------------------------	---------------------	----------	-----------

19. ¿En el último año cuántas veces fuiste a recibir atención en salud?

1. Una	2. Dos	3. Tres	4. Más de tres	5. Ninguna	99. NS/NC
--------	--------	---------	----------------	------------	-----------

20. Cuando tienes algún malestar físico o mental generalmente acudes a (*) Pasa a la pregunta 22

1. Médico/psicólogo (*)	2. Curandero/a, medicina alternativa, etc. (*)	3. Automedicación (*)	4. Mi mamá/papá/abuela, etc. (*)	5. Internet (*)	6. No acudo a ningún lado	99. NS/NC (*)
-------------------------	--	-----------------------	----------------------------------	-----------------	---------------------------	---------------

21. ¿Por qué no acudes a ningún lado? Selecciona la opción más frecuente.

1. Por distancia	2. Por falta de dinero	3. Por falta de tiempo	4. Por pereza y/o desidia	5. Porque no confío en los médicos	6. Porque lo resolví de otro modo	99. NS/NC
------------------	------------------------	------------------------	---------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------

22. ¿Alguna vez te ha ocurrido que te manden estudios o algún tratamiento y que no hayas podido llevarlo a cabo?

1. Sí	2. NO (*)	99. NS/NC
-------	-----------	-----------

(*) Pasa a la pregunta 24

23. Elige el motivo por el cual no lo pudiste llevar a cabo dichos estudios o tratamientos?

1. Distancia	2. Falta de dinero	3. Falta de tiempo	4. Pereza y/o desidia	5. No confío en los médicos	6. Lo resolví de otro modo	98. Otro	99. NS/NC
--------------	--------------------	--------------------	-----------------------	-----------------------------	----------------------------	----------	-----------

Dimensión Política

Algunos adolescentes indicaron que les ha ocurrido alguna de estas situaciones, al igual que ellos alguna vez te ocurrió qué:

	Siempre	Alguna vez	Nunca	NS/NC
24. Te fuiste sin que hayan resuelto la situación	1	2	3	99
25. No te explicaron qué tenías o en qué consistía el tratamiento que te indicaron	1	2	3	99
26. No te dejaron ingresar a la consulta por no asistir con un mayor	1	2	3	99
27. Le explicaron lo que tenías a quien te acompañó pero no a ti	1	2	3	99
28. No tomaron en cuenta lo que pensabas sobre tu situación de salud o sobre el tratamiento indicado por el médico	1	2	3	99
29. Te negaron o retrasaron la asistencia por cuestiones de raza, religión, políticas, de género, económicas o zona geográfica?	1	2	3	99

30. Cuando asistes a consulta médica y te indican algún tratamiento, ¿te han hecho firmar a ti o al adulto que te acompañe una autorización que informe sobre las características del tratamiento indicado? (*) Pasa a la pregunta 32

1. Sí	2. NO (*)	99. NS/NC
-------	-----------	-----------

31. ¿Quién firmó?

1. Tú	2. Adulto a cargo	3. Ambos	99. NS/NC
-------	-------------------	----------	-----------

32. ¿Alguna vez quisiste hablar a solas con el médico y no te fue posible?

1. Sí	2. NO	99. NS/NC
-------	-------	-----------

Dimensión Simbólica

33. ¿Quién es la persona con la que más platicas sobre temas relacionados a tu salud?

1. Padres	2. Amigos	3. Maestros	4. Sacerdote	5. Novia/o	6. Médico	98. Otro	99. NS/NC
-----------	-----------	-------------	--------------	------------	-----------	----------	-----------

34. ¿Regularmente, sientes que tu opinión es tenida en cuenta durante el proceso de atención en salud?

1. Sí	2. NO	99. NS/NC
-------	-------	-----------

35. Ante una situación que registres desconocida y te preocupe en tu cuerpo, ¿a quién acudes?

1. Padres	2. Amigos/ Novia/o	3. A nadie, consideras que tú conoces tu cuerpo mejor que nadie	4. Sacerdote	5. Médico	98. Otro	99. NS/NC
-----------	--------------------	---	--------------	-----------	----------	-----------

Dimensión Geográfica

36. ¿Cómo llegas generalmente al centro de salud donde te atiendes?

1. Caminando	2. Camión	3. Taxi	4. De raite	5. Auto propio o familiar	98. Otro	99. NS/NC
--------------	-----------	---------	-------------	---------------------------	----------	-----------

37. ¿A cuánto tiempo estás del centro o institución de salud al que asistes regularmente?

1. Menos de 10 minutos	2. De 10 minutos a 20 minutos	3. De 20 minutos a 40 minutos	4. De 40 minutos a 1 hora	5. Más de 1 hora	99. NS/NC
------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------	-----------

Sanitario/epidemiológico:

Te has realizado alguna vez un estudio diagnóstico de:

		SÍ	NO	NS/NC
38	VIH	1	2	99
39	Hepatitis B	1	2	99
40	Diabetes	1	2	99
41	Embarazo	1	2	99
42	De la vista	1	2	99
43	Cardiológicos	1	2	99

Necesidades en salud no resueltas

44. ¿Actualmente tienes algún problema de salud que no has atendido?

1. Sí 2. NO (*) 99. NS/NC

(*)Pasa a la preg. 47

45. ¿De qué tipo?

1. Psicológico 2. Odontológico 3. Salud General 98. Otro 99. NS/NC

46. ¿Por qué motivo aún no has atendido ese problema?

1. Económico 2. Falta de Tiempo 3. No sé dónde ir 4. No me dieron cita pronto 98. Otro 99. NS/NC

Salud mental

47. ¿Alguna vez has recurrido a la atención de un psicólogo, ya sea porque lo pediste o porque te llevaron?

1. Sí 2. NO (*) 99. NS/NC

(*)Pasa a la preg. 49

48. ¿Por qué motivo acudiste?

1. Probl. Familiares 2. Probl. Escolares 3. Prob. Con sustancias adictivas 4. Probl. Alimenticios 5. Probl. Amorosos 98. Otro 99. NS/NC

49. ¿Consideras tú que sentirse triste, ansioso, nervioso, estresado o tener pensamientos negativos durante varios días, está relacionado con la salud?

1. Sí 2. NO 99. NS/NC

50. ¿Cuándo fue la última vez que te sentiste triste, nervioso, ansioso, estresado o has tenido pensamientos negativos durante varios días?

1. En el último mes 2. Hace más de un mes y menos de 3 meses 3. Hace más de 3 meses y menos de 6 meses 4. Más de 6 meses 5. Nunca 99. NS/NC

51. En general, cuando te sientes así, ¿qué haces?

1. Acudo con un especialista, psicólogo o psiquiatra	2. Acudo con alguno de mis padres	3. Acudo a platicar con la maestra o tutora en la escuela	4. Platico con un amigo	99. NS/NC
5. Trato de distraerme saliendo con amigos	6. Me expreso a través de las redes sociales	7. Acudo a alguna institución de ayuda mutua	8. Con el consejero tradicional (sacerdote, curandero, tarotista etc.)	9. distraerme solo/ quedarme solo

52. Si llegases a necesitar un psicólogo o psiquiatra, ¿a dónde irías?

1. Centro de salud 2. A la escuela 3. Consultorio Privado 4. Hospital 5. No sé dónde debería acudir 98. Otro 99. NS/NC

53. ¿Qué tipo de problemáticas crees que tienen hoy en general los chicos de tu edad?

53.1. Violencia en el noviazgo	53.2. Violencia en el hogar	53.3. Probl. con drogas	53.4. Abuso de alcohol	53.5. Cutting	53.6. Prob. de convivencia o comunicación con la familia	53.7. Falta de oportunidades laborales	53.8. Falta de espacios de expresión	53.9 Autoestima
1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC	1. Sí – 2. NO 99. NS/NC

Salud sexual y reproductiva

54. ¿A qué edad crees que los jóvenes están en condiciones de tener su primera relación sexual? _____

55. En caso de que ya hayas iniciado, ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

1. Edad: _____ 2. No comencé aún* 99. NS/NC

(*)Pase a p. 58

56. ¿Usaste condón en tu primera relación sexual?

1. Sí 2. NO 99. NS/NC

57. ¿Usaste algún anticonceptivo en tu primera relación sexual?

1. Sí 2. NO 99. NS/NC

58. ¿Qué anticonceptivos crees que sea más efectivo?

1 Condón 2. Pastillas anticonceptivas 3 Pastillas de emergencia 4 Diu 5 Abstinencia 6 Ritmo 98. Otro 99. NS/NC

59. ¿Cuál crees que sea la mejor forma de prevenir una ETS?

1. Condón	2. Abstinencia	3. Teniendo sólo una pareja sexual	4. Evitando el coito y teniendo otros juegos sexuales	5. Anticonceptivos	98. Otro	99. NS/NC
-----------	----------------	------------------------------------	---	--------------------	----------	-----------

60. ¿Cuál crees que es la mejor forma de obtener condones?

1. Farmacia 2. Centro de salud 3. En casa 4. Con amigos 5. Escuela 98. Otro 99. NS/NC

61. ¿Tú crees que con tener sexo una sola vez basta para contraer una ETS o embarazo?

1. Sí 2. NO 99. NS/NC

62. ¿Crees que los adolescentes usan anticonceptivos y/o condón regularmente cuando tienen relaciones?

1. Sí 2. NO 99. NS/NC

63. ¿Has recibido pláticas de SSyR por parte de programas como Oportunidades, Juveniss, Servicios Amigables, etc.?

1. SÍ	2. NO	99. NS/NC
-------	-------	-----------

64. ¿Tú crees que una chava debería tener derecho a interrumpir su embarazo si no desea tener un hijo?

1. SÍ	2. NO	99. NS/NC
-------	-------	-----------

65. ¿Has asistido a obtener atención en salud sexual y reproductiva alguna vez?

1. SÍ	2. NO(*)	99. NS/NC
-------	----------	-----------

(*) Pasa a la pregunta 68

66. ¿A dónde fuiste la última vez?

1. Centro de salud	2. Hospital	3. Enfermería de la escuela	4. Consultorio médico privado	98. Otro	99. NS/NC
--------------------	-------------	-----------------------------	-------------------------------	----------	-----------

67. ¿Quién te acompañó durante la consulta?

1. Nadie	2. Mi mamá/papá	3. Hermano/a	4. Un amigo/a	5. Mi novio/a	6. Mi pareja sexual	99. NS/NC
----------	-----------------	--------------	---------------	---------------	---------------------	-----------

68. Si no has asistido a recibir atención en salud sexual y/o reproductiva, ¿por qué no fuiste nunca?

1. Falta de lugares adecuados en donde den ese tipo de atención	2. Me da pena	3. Por falta de información, no sé a dónde acudir	4. Creo que los médicos no son amables	5. Mis padres no me dejan	6. Nunca se me ocurrió ir	98. Otro	99. NS/NC
---	---------------	---	--	---------------------------	---------------------------	----------	-----------

69. ¿Crees que necesitas asistir acompañado a obtener atención en salud sexual y reproductiva?

1. SÍ	2. NO	99. NS/NC
-------	-------	-----------

70. ¿Qué espacio considerastú es el más importante para hablar de tus dudas sobre salud sexual y reproductiva?

1. La escuela	2. Mi familia	3. Mis amigos	4. Redes sociales	5. Sacerdotes	6. Centros o instituciones de salud	7. No tengo espacios	98. Otro	99. NS/NC
---------------	---------------	---------------	-------------------	---------------	-------------------------------------	----------------------	----------	-----------

71. ¿Dónde obtuviste la información más importante para ti sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar?

1. Pláticas en la escuela	2. Internet	3. Amigos	4. Mis padres	5. Pláticas en los centros de salud	
6. Pláticas en las iglesias	7. En las jornadas de salud	8. No he obtenido información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar	9. Mis hermanos	98. Otro	99. NS/NC

72. ¿Qué consecuencias crees tú que puede tener el sexo sin condón? Di aquella que más te preocupa o es más grave para ti.

1. Embarazo no deseado	2. VIH SIDA	3. ETS Varias	5. Aborto	6. Infecciones	98. Otro	99. NS/NC
------------------------	-------------	---------------	-----------	----------------	----------	-----------

73. ¿Qué consecuencias puede tener una Enfermedad de Transmisión Sexual?

1. La muerte	2. No poder tener hijos	3. Repercusiones en mi salud en general	4. No lo sé	5. Discriminación/Bullying	98. Otro	99. NS/NC
--------------	-------------------------	---	-------------	----------------------------	----------	-----------

74. ¿Cuáles de los siguientes consideras una razón para tener necesidades no resueltas en salud sexual y reproductiva?

1. Falta de lugares adecuados en donde den ese tipo de atención	2. Pena	3. Falta de información	4. Falta de disposición por parte de los médicos	5. Mis padres no me dejan	6. No hay programas especializados para adolesc.	7. Se desconocen los derechos en salud sexual y rep.	98. Otro	99. NS/NC
---	---------	-------------------------	--	---------------------------	--	--	----------	-----------

75. ¿En qué colonia vives? _____

1. Rural	2. Urbana	99. NS/NC
----------	-----------	-----------

Notas de la encuesta (comentarios cualitativos)

Información para posible entrevista:

G) DOCUMENTOS SOBRE LEYES

INTERNACIONAL		
Nombre	Fecha	Contenido
CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS	26 de junio de 1945	<p>Artículo 1.- Los propósitos de las Naciones Unidas son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la paz y la seguridad internacionales, y con tal fin: tomar medidas colectivas eficaces para prevenir y eliminar amenazas a la paz, y para suprimir actos de agresión u otros quebrantamientos de la paz; y lograr por medios pacíficos, y de conformidad con los principios de la justicia y del derecho internacional, el ajuste o arreglo de controversias o situaciones internacionales susceptibles de conducir a quebrantamientos de la paz; 2. Fomentar entre las naciones relaciones de amistad basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, y tomar otras medidas adecuadas para fortalecer la paz universal; 3. Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión; y 4. Servir de centro que armonice los esfuerzos de las naciones por alcanzar estos propósitos comunes.
CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS		<p>Artículo 2.- Para la realización de los Propósitos consignados en el Artículo 1, la Organización y sus Miembros procederán de acuerdo con los siguientes Principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Organización está basada en el principio de la igualdad soberana de todos sus Miembros. 2. Los Miembros de la Organización, a fin de asegurarse los derechos y beneficios inherentes a su condición de tales, cumplirán de buena fe las obligaciones contraídas por ellos de conformidad con esta Carta. 3. Los Miembros de la Organización arreglarán sus controversias internacionales por medios pacíficos de tal manera que no se pongan en peligro ni la paz y la seguridad internacionales ni la justicia. 4. Los Miembros de la Organización, en sus relaciones internacionales, se abstendrán de recurrir a la amenaza o al uso de la fuerza contra la integridad territorial o la independencia política de cualquier Estado, o en cualquier otra forma incompatible con los Propósitos de las Naciones Unidas. 5. Los Miembros de la Organización prestarán a ésta toda clase de ayuda en cualquier acción que ejerza de conformidad con esta Carta, y se abstendrán de dar ayuda a Estado alguno contra el cual la Organización estuviere ejerciendo acción preventiva o coercitiva. 6. La Organización hará que los Estados que no son Miembros de las Naciones Unidas se conduzcan de acuerdo con estos Principios en la medida que sea necesaria para mantener la paz y la seguridad internacionales. 7. Ninguna disposición de esta Carta autorizará a las Naciones Unidas a intervenir en los asuntos que son esencialmente de la jurisdicción interna de los Estados, ni obligará; a los Miembros a someter dichos asuntos a procedimientos de arreglo conforme a la presente Carta; pero este principio no se opone a la aplicación de las medidas coercitivas prescritas en el Capítulo VII.
CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS		<p>Artículo 13.- La Asamblea General promoverá estudios y hará recomendaciones para los fines siguientes: a. fomentar la cooperación internacional en el campo político e impulsar el desarrollo progresivo del derecho internacional y su codificación; fomentar la cooperación internacional en materias de carácter económico, social, cultural, educativo y sanitario y ayudar a hacer efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión.</p> <p>2.- Los demás poderes, responsabilidades y funciones de la Asamblea General con relación a los asuntos que se mencionan en el inciso b del párrafo 1 precedente quedan enumerados en los Capítulos IX y X.</p>

CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS		<p>Artículo 55.- Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá:</p> <p>a. Niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social;</p> <p>b. La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y</p> <p>c. El respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades.</p>
CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS		<p>Artículo 62.-</p> <p>1. El Consejo Económico y Social podrá hacer o iniciar estudios e informes con respecto a asuntos internacionales de carácter económico, social, cultural, educativo y sanitario, y otros asuntos conexos, y hacer recomendaciones sobre tales asuntos a la Asamblea General, a los Miembros de las Naciones Unidas y a los organismos especializados interesados.</p> <p>2. El Consejo Económico y Social podrá hacer recomendaciones con el objeto de promover el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, y la efectividad de tales derechos y libertades.</p> <p>3. El Consejo Económico y Social podrá formular proyectos de convención con respecto a cuestiones de su competencia para someterlos a la Asamblea General.</p> <p>4. El Consejo Económico y Social podrá convocar, conforme a las reglas que prescriba la Organización, conferencias internacionales sobre asuntos de su competencia.</p>
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	10 de diciembre de 1948	<p>Artículo 1.- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.</p>
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		<p>Artículo 2.- Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.</p>
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		<p>Artículo 6.- Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.</p>
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		<p>Artículo 8.- Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.</p>
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		<p>Artículo 16.- Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.</p>
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		<p>Artículo 22.- Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.</p>

<p>DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS</p>		<p>Artículo 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</p>
<p>Convención sobre los Derechos del Niño</p>	<p>México firma la Convención el 26 de enero de 1990 y entra en vigor el 21 octubre 1990</p>	<p>Artículo 2 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales. 2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.</p>
<p>Convención sobre los Derechos del Niño</p>		<p>Artículo 3 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. 2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas. 3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.</p>
<p>Convención sobre los Derechos del Niño</p>		<p>Artículo 13 1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.</p>
<p>Convención sobre los Derechos del Niño</p>		<p>Artículo 17 Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes: a) Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29; b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales; c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños; d) Alentarán a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena; e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.</p>
<p>Convención sobre los Derechos del Niño</p>		<p>Artículo 18 1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño. 2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños. 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de</p>

		guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.
Convención sobre los Derechos del Niño		<p>Artículo 24</p> <p>1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.</p> <p>2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:</p> <p>a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;</p> <p>b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;</p> <p>c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;</p> <p>d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;</p> <p>e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;</p> <p>f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.</p> <p>3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.</p> <p>4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.</p>
Convención sobre los Derechos del Niño		<p>Artículo 33</p> <p>Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.</p>
Convención sobre los Derechos del Niño		<p>Artículo 39</p> <p>Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.</p>
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	16 de diciembre de 1966	<p>Artículo 1.-</p> <p>1. Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen asimismo a su desarrollo económico, social y cultural.</p> <p>2. Para el logro de sus fines, todos los pueblos pueden disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales, sin perjuicio de las obligaciones que derivan de la cooperación económica internacional basada en el principio de beneficio recíproco, así como del derecho internacional. En ningún caso podrá privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia.</p> <p>3. Los Estados Partes en el presente Pacto, incluso los que tienen la responsabilidad de administrar territorios no autónomos y territorios en fideicomiso, promoverán el ejercicio del derecho de libre determinación, y respetarán este derecho de conformidad con las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas.</p>
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS		<p>Artículo 3.- Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto.</p>

ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES		
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES		Artículo 9.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES		Artículo 10.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que: 1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges. 2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social. 3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES		Artículo 12.- 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL	11 de diciembre de 1969	Artículo 1.- Todos los pueblos y todos los seres humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, nacionalidad, origen étnico, situación familiar o social o convicciones políticas o de otra índole, tienen derecho a vivir con dignidad y a gozar libremente de los frutos del progreso social y, por su parte, deben contribuir a él.
DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL		Artículo 2.- El progreso social y el desarrollo en lo social se fundan en el respeto de la dignidad y el valor de la persona humana y deben asegurar la promoción de los derechos humanos y la justicia social, lo que requiere: a) La eliminación inmediata y definitiva de todas las formas de desigualdad y de explotación de pueblos e individuos, de colonialismo, de racismo, incluso el nazismo y el apartheid, y de toda otra política e ideología contrarias a los principios y propósitos de las Naciones Unidas; b) El reconocimiento y la aplicación efectiva de los derechos civiles y políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales sin discriminación alguna.

<p>DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL</p>		<p>Artículo 3.- Se considera que constituyen condiciones primordiales del progreso y el desarrollo en lo social:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La independencia nacional, basada en el derecho de los pueblos a la libre determinación; b) El principio de la no injerencia en los asuntos internos de los Estados; c) El respeto a la soberanía e integridad territorial de los Estados; d) La soberanía permanente de cada nación sobre sus riquezas y recursos naturales; e) El derecho y la responsabilidad de cada Estado y, en lo que les concierne, de cada nación y cada pueblo, de determinar libremente sus propios objetivos de desarrollo social, fijar sus propias prioridades y escoger, conforme a los principios de la Carta de las Naciones Unidas, los medios y métodos para lograrlos, sin ninguna injerencia exterior; f) La coexistencia pacífica, la paz, las relaciones de amistad y la cooperación entre los Estados, cualesquiera que sean las diferencias existentes entre sus sistemas sociales, económicos o políticos.
<p>DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL</p>		<p>Artículo 4.- La familia, como unidad básica de la sociedad y medio natural para el desenvolvimiento y bienestar de todos sus miembros, especialmente los niños y los jóvenes, debe ser ayudada y protegida para que pueda asumir plenamente sus responsabilidades en la comunidad. Los padres tienen el derecho exclusivo a determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.</p>
<p>DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL</p>		<p>Artículo 5.- El progreso y el desarrollo en lo social exigen el pleno aprovechamiento de los recursos humanos, lo que entraña en particular:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El estímulo de las iniciativas creadoras en una opinión pública ilustrada; b) La difusión de informaciones de carácter nacional e internacional, con objeto de crear en los individuos la conciencia de los cambios que se producen en la sociedad en general; c) La participación activa de todos los elementos de la sociedad, individualmente o por medio de asociaciones, en la definición y la realización de los objetivos comunes del desarrollo dentro del pleno respeto por las libertades fundamentales consagradas por la Declaración Universal de Derechos Humanos; d) La garantía a los sectores menos favorecidos o marginales de la población de iguales oportunidades para su avance social y económico a fin de lograr una sociedad efectivamente integrada.
<p>DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL</p>		<p>Artículo 8.- Cada gobierno tiene el papel primordial y la responsabilidad final de asegurar el progreso social y el bienestar de su población, planificar medidas de desarrollo social como parte de los planes generales de desarrollo, de estimular, coordinar o integrar todos los esfuerzos nacionales hacia ese fin, e introducir los cambios necesarios en la estructura social. En la planificación de las medidas de desarrollo social debe tenerse debidamente en cuenta la diversidad de las necesidades de las zonas de desarrollo y las zonas desarrolladas, así como de las zonas urbanas y las zonas rurales, dentro de cada país.</p>
<p>DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL</p>		<p>Artículo 18.-</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La adopción de medidas pertinentes, legislativas, administrativas o de otra índole, que garanticen a todos no sólo los derechos políticos y civiles, sino también la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales sin discriminación alguna; b) La promoción de reformas sociales e institucionales de bases democráticas y la motivación de un cambio, fundamental para la eliminación de todas las formas de discriminación y explotación y que dé por resultado tasas elevadas de desarrollo económico y social, incluso la reforma agraria en la que se hará que la propiedad y uso de la tierra sirvan mejor a los objetivos de la justicia social y del desarrollo económico; c) La adopción de medidas para fomentar y diversificar la producción agrícola, especialmente mediante la aplicación de reformas agrarias democráticas, para asegurar el suministro adecuado y equilibrado de alimentos, la distribución equitativa de los mismos a toda la población y la elevación de los niveles de nutrición; d) La adopción de medidas a fin de establecer, con la participación del gobierno, programas de construcción de viviendas de bajo costo, tanto en las zonas rurales como en las urbanas; e) El desarrollo y expansión del sistema de transportes y comunicaciones, especialmente en los países en desarrollo.

<p>DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL</p>		<p>Artículo 19.- a) La adopción de medidas para proporcionar gratuitamente servicios sanitarios a toda la población y asegurar instalaciones y servicios preventivos y curativos adecuados y servicios médicos de bienestar social accesibles a todos; b) El establecimiento y la promulgación de medidas legislativas y reglamentarias encaminadas a poner en práctica un amplio sistema de planes de seguridad social y servicios de asistencia social, y a mejorar y coordinar los servicios existentes; c) La adopción de medidas y la prestación de servicios de bienestar social a los trabajadores migrantes y a sus familias, de conformidad con lo dispuesto en el Convenio núm. 97 de la Organización Internacional del Trabajo y en otros instrumentos internacionales relativos a los trabajadores migrantes; d) La institución de medidas apropiadas para la rehabilitación de las personas mental o físicamente impedidas, especialmente los niños y los jóvenes, a fin de permitirles en la mayor medida posible, ser miembros útiles de la sociedad -- entre estas medidas deben figurar la provisión de tratamiento y prótesis y otros aparatos técnicos, los servicios de educación, orientación profesional y social, formación y colocación selectiva y la demás ayuda necesaria -- y la creación de condiciones sociales en las que los impedidos no sean objeto de discriminación debida a sus incapacidades.</p>
<p>CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD</p>	<p>22 de Julio de 1946</p>	<p><i>Artículo 1.-</i> La finalidad de la Organización Mundial de la Salud (llamada de ahora en adelante la Organización) será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.</p>
<p>CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD</p>		<p>Artículo 2.- Para alcanzar esta finalidad, las funciones de la Organización serán: a) actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional; b) establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes; c) ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad; d) proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten; e) proveer o ayudar a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicometidos; f) establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística; g) estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras; h) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, la prevención de accidentes; i) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio; j) promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud; k) proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad; l) promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente; m) fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres; n) promover y realizar investigaciones en el campo de la salud; o) promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines; p) estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos especializados, cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social; q) suministrar información, consejo y ayuda en el campo de la salud; r) contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud; s) establecer y revisar, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de las causas de muerte y de las prácticas de salubridad pública; t) establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario; u) desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares; v) en general, tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización.</p>

CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD		<p>Artículo 21.- La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar reglamentos referentes a:</p> <p>a) requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades;</p> <p>b) nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salubridad pública;</p> <p>c) normas uniformes sobre procedimientos de diagnóstico de uso internacional;</p> <p>d) normas uniformes sobre la seguridad, pureza y potencia de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional;</p> <p>e) propaganda y rotulación de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional.</p>
FEDERAL		
Nombre	Fecha	Contenido
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	1917 20° ed. marzo 2014	<p>En Artículo 1º. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.</p>
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		<p>En Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p>
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		<p>En Artículo 73º. El Congreso tiene facultad:</p> <p>XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.</p> <p>1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.</p> <p>2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.</p> <p>a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.</p> <p>4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan;</p>
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		<p>En Artículo 123º. Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.</p> <p>El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:</p> <p>A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo:</p> <p>XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:</p> <p>a) Cubrir los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.</p> <p>b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.</p> <p>c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.</p> <p>d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.</p>

<p>LEY FEDERAL DEL TRABAJO</p>	<p>01 de abril de 1970</p>	<p>Artículo 2°. Las normas del trabajo tienden a conseguir el equilibrio entre los factores de la producción y la justicia social, así como propiciar el trabajo digno o decente en todas las relaciones laborales. Se entiende por trabajo digno o decente aquél en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales o estado civil; se tiene acceso a la seguridad social y se percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo.</p> <p>El trabajo digno o decente también incluye el respeto irrestricto a los derechos colectivos de los trabajadores, tales como la libertad de asociación, autonomía, el derecho de huelga y de contratación colectiva. Se tutela la igualdad sustantiva o de hecho de trabajadores y trabajadoras frente al patrón.</p> <p>La igualdad sustantiva es la que se logra eliminando la discriminación contra las mujeres que menoscaba o anula el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y las libertades fundamentales en el ámbito laboral. Supone el acceso a las mismas oportunidades, considerando las diferencias biológicas, sociales y culturales de mujeres y hombres.</p>
<p>LEY FEDERAL DEL TRABAJO</p>		<p>Artículo 132. Son obligaciones de los patrones: XVII. Cumplir el reglamento y las normas oficiales mexicanas en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, así como disponer en todo tiempo de los medicamentos y materiales de curación indispensables para prestar oportuna y eficazmente los primeros auxilios; XVIII. Fijar visiblemente y difundir en los lugares donde se preste el trabajo, las disposiciones conducentes de los reglamentos y las normas oficiales mexicanas en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, así como el texto íntegro del o los contratos colectivos de trabajo que rijan en la empresa; asimismo, se deberá difundir a los trabajadores la información sobre los riesgos y peligros a los que están expuestos; XIX. Proporcionar a sus trabajadores los medicamentos profilácticos que determine la autoridad sanitaria en los lugares donde existan enfermedades tropicales o endémicas, o cuando exista peligro de epidemia; XIX Bis. Cumplir con las disposiciones que en caso de emergencia sanitaria fije la autoridad competente, así como proporcionar a sus trabajadores los elementos que señale dicha autoridad, para prevenir enfermedades en caso de declaratoria de contingencia sanitaria.</p>
<p>LEY FEDERAL DEL TRABAJO</p>		<p>Artículo 174.- Los mayores de catorce y menores de dieciséis años, independientemente de contar con la autorización de Ley para trabajar, deberán obtener un certificado médico que acredite su aptitud para el trabajo y someterse a los exámenes médicos que periódicamente ordenen las autoridades laborales correspondientes. Sin estos requisitos, ningún patrón podrá utilizar sus servicios.</p>

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Artículo 176. Para los efectos del artículo 175, además de lo que dispongan las Leyes, reglamentos y normas aplicables, se considerarán como labores peligrosas o insalubres, las siguientes:

A. Tratándose de menores de catorce a dieciséis años de edad, aquellos que impliquen:

I. Exposición a:

1. Ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes y no ionizantes infrarrojas o ultravioletas, condiciones térmicas elevadas o abatidas o presiones ambientales anormales.
2. Agentes químicos contaminantes del ambiente laboral.
3. Residuos peligrosos, agentes biológicos o enfermedades infecto contagiosas.
4. Fauna peligrosa o flora nociva.

II. Labores:

1. De rescate, salvamento y brigadas contra siniestros.
 2. En altura o espacios confinados.
 3. En las cuales se operen equipos y procesos críticos donde se manejen sustancias químicas peligrosas que puedan ocasionar accidentes mayores.
 4. De soldadura y corte.
 5. En condiciones climáticas extremas en campo abierto, que los expongan a deshidratación, golpe de calor, hipotermia o congelación.
 6. En vialidades con amplio volumen de tránsito vehicular (vías primarias).
 7. Agrícolas, forestales, de aserrado, silvícolas, de caza y pesca.
 8. Productivas de las industrias gasera, del cemento, minera, del hierro y el acero, petrolera y nuclear.
 9. Productivas de las industrias ladrillera, vidriera, cerámica y cerera.
 10. Productivas de la industria tabacalera.
 11. Relacionadas con la generación, transmisión y distribución de electricidad y el mantenimiento de instalaciones eléctricas.
 12. En obras de construcción.
 13. Que tengan responsabilidad directa sobre el cuidado de personas o la custodia de bienes y valores.
 14. Con alto grado de dificultad; en apremio de tiempo; que demandan alta responsabilidad, o que requieren de concentración y atención sostenidas.
 15. Relativas a la operación, revisión, mantenimiento y pruebas de recipientes sujetos a presión, recipientes criogénicos y generadores de vapor o calderas.
 16. En buques.
 17. Submarinas y subterráneas.
 18. Trabajos ambulantes, salvo autorización especial de la Inspección de Trabajo.
- III. Esfuerzo físico moderado y pesado; cargas superiores a los siete kilogramos; posturas forzadas, o con movimientos repetitivos por períodos prolongados, que alteren su sistema músculo-esquelético.
- IV. Manejo, transporte, almacenamiento o despacho de sustancias químicas peligrosas.
- V. Manejo, operación y mantenimiento de maquinaria, equipo o herramientas mecánicas, eléctricas, neumáticas o motorizadas, que puedan generar amputaciones, fracturas o lesiones graves.
- VI. Manejo de vehículos motorizados, incluido su mantenimiento mecánico y eléctrico.
- VII. Uso de herramientas manuales punzo cortantes.

B. Tratándose de menores de dieciocho años de edad, aquellos que impliquen:

I. Trabajos nocturnos industriales.

II. Exposición a:

- a. Fauna peligrosa o flora nociva.
- b. Radiaciones ionizantes.

III. Actividades en calidad de pañoleros y fogoneros en buques.

IV. Manejo, transporte, almacenamiento o despacho de sustancias químicas peligrosas.

V. Trabajos en minas.

LEY GENERAL DE SALUD	1984 Últimas Reformas DOF 08-04-2013	Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.
LEY GENERAL DE SALUD		Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.
LEY GENERAL DE SALUD		CAPITULO VI Servicios de Planificación Familiar Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes . Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.
LEY GENERAL DE SALUD		Artículo 72.- La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental. Para los efectos de esta Ley, se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.
LEY GENERAL DE SALUD		CAPITULO VII Salud Mental Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán: I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad. II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental, así como el conocimiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento; III. La realización de programas para la prevención y control del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia; IV. Las acciones y campañas de promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como de sensibilización para reducir el estigma y la discriminación, a fin de favorecer el acceso oportuno de la atención; V. La implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud, que permita abatir la brecha de atención; VI. La investigación multidisciplinaria en materia de salud mental; VII. La participación de observadores externos para vigilar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, que son atendidas en los establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud, y VIII. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan a la prevención, atención y fomento de la salud mental de la población.

<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Artículo 77.- Los padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento, serán responsables de la guardia o custodia. Las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con las personas con trastornos mentales y del comportamiento, procurarán la oportuna y debida atención de los mismos. A estos efectos, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento. En caso de que el diagnóstico confirme la existencia de un trastorno mental y del comportamiento, y que se requiera el internamiento del menor, deberá respetarse lo dispuesto por el artículo 75 de esta Ley y dicho internamiento deberá efectuarse en un establecimiento o área específicamente destinada a la atención de menores. De igual manera, se deberán tomar las medidas necesarias a fin de proteger los derechos que consigna la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>De la Protección Social en Salud Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. Artículo 77 bis 4.- La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta Ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras: I. Por los cónyuges; II. Por la concubina y el concubinario; III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y IV. Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar. Se considerarán integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan <u>hasta veinticinco años, solteros</u>, que prueben ser <u>estudiantes</u>, o bien, <u>discapacitados</u> dependientes. A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar. El núcleo familiar será representado para los efectos de este Título por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III de este artículo.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Capítulo IX Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios Artículo 77 bis 36.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Artículo 77 bis 37.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes: I. Recibir servicios integrales de salud; II. Acceso igualitario a la atención; III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad; IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud; V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud; VII. Contar con su expediente clínico; VIII. Decidir libremente sobre su atención; IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos; X. Ser tratado con confidencialidad; XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión; XII. Recibir atención médica en urgencias; XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica; XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban; XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.</p>

<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Artículo 77 bis 38.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:</p> <p>I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;</p> <p>II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;</p> <p>III. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;</p> <p>IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;</p> <p>V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;</p> <p>VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;</p> <p>VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;</p> <p>VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;</p> <p>IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;</p> <p>X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y</p> <p>XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>TITULO SEPTIMO Promoción de la Salud CAPITULO I Disposiciones Comunes</p> <p>Artículo 110.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.</p> <p>Artículo 111. La promoción de la salud comprende:</p> <p>I. Educación para la salud;</p> <p>II. Nutrición;</p> <p>III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, adoptando medidas y promoviendo estrategias de mitigación y de adaptación a los efectos del cambio climático;</p> <p>IV. Salud ocupacional, y</p> <p>V. Fomento Sanitario</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:</p> <p>I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;</p> <p>II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y</p> <p>III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, <u>salud mental</u>, salud bucal, <u>educación sexual</u>, <u>planificación familiar</u>, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, <u>uso adecuado de los servicios de salud</u>, prevención de accidentes, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Artículo 157 Bis.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la promoción del uso del condón, priorizando a las <u>poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo</u> de contraer la infección del VIH/SIDA.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>TITULO DECIMO PRIMERO Programas Contra las Adicciones CAPITULO I Consejo Nacional Contra las Adicciones</p> <p>Artículo 184 Bis.- Se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las Adicciones que regula el presente Título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los Artículos 185, 188 y 191 de esta Ley. Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud. El Secretario de Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.</p> <p>La organización y funcionamiento del Consejo se regirán por las disposiciones que expida el Ejecutivo Federal.</p>

<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>CAPITULO II Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas Artículo 185.- La Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones: I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos; II. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, <u>adolescentes</u>, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva, y III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo. Artículo 186.- Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se realizarán actividades de investigación en los siguientes aspectos: I. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas. II. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas; III. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población y IV. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo. Artículo 187.- En el marco del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordinará las acciones que se desarrollen contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. La coordinación en la adopción de medidas, en los ámbitos federal y local, se llevará a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>CAPITULO IV Programa Contra la Farmacodependencia Artículo 191.- La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de las siguientes acciones: I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes; II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y; III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento. La información que reciba la población deberá estar basada en estudios científicos y alertar de manera clara sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Artículo 192.- La Secretaría de Salud elaborará un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas. Este programa establecerá los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y será de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones y la farmacodependencia. Las campañas de información y sensibilización que reciba la población deberán estar basadas en estudios científicos y alertar de manera adecuada sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos. De conformidad con los términos establecidos por el programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, los gobiernos de las entidades federativas serán responsables de: I. Promover y llevar a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de estupefacientes y psicotrópicos; y II. Proporcionar información y brindar la atención médica y los tratamientos que se requieran a las personas que consuman estupefacientes y psicotrópicos.</p>

<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>TITULO DECIMO TERCERO Publicidad CAPITULO UNICO Artículo 300. Con el fin de proteger la salud pública, es competencia de la Secretaría de Salud la autorización de la publicidad que se refiera a la salud, al tratamiento de las enfermedades, a la rehabilitación de las personas con discapacidad, al ejercicio de las disciplinas para la salud y a los productos y servicios a que se refiere esta Ley. Esta facultad se ejercerá sin perjuicio de las atribuciones que en esta materia confieran las leyes a las Secretarías de Gobernación, Educación Pública, Economía, Comunicaciones y Transportes y otras dependencias del Ejecutivo Federal. Artículo 306.- La publicidad a que se refiere esta Ley se sujetará a los siguientes requisitos: I. La información contenida en el mensaje sobre calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficios de empleo deberá ser comprobable; II. El mensaje deberá tener contenido orientador y educativo; III. Los elementos que compongan el mensaje, en su caso, deberán corresponder a las características de la autorización sanitaria respectiva, IV. El mensaje no deberá inducir a conductas, prácticas o hábitos nocivos para la salud física o mental que impliquen riesgo o atenten contra la seguridad o integridad física o dignidad de las personas, en particular de la mujer; V. El mensaje no deberá desvirtuar ni contravenir los principios, disposiciones y ordenamientos que en materia de prevención, tratamiento de enfermedades o rehabilitación, establezca la Secretaría de Salud, y VI. El mensaje publicitario deberá estar elaborado conforme a las disposiciones legales aplicables.</p>
<p>LEY GENERAL DE SALUD</p>		<p>Artículo 9o.- Los gobiernos de las entidades federativas coadyugarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Salud auxiliará, cuando lo soliciten los estados, en las acciones de descentralización a los municipios que aquéllos lleven a cabo.</p>
<p>LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO</p>	<p>30 de mayo de 2008</p>	<p>Artículo 9. La Secretaría coordinará las acciones que se desarrollen contra el tabaquismo, promoverá y organizará los servicios de detección temprana, orientación y atención a fumadores que deseen abandonar el consumo, investigará sus causas y consecuencias, fomentará la salud considerando la promoción de actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad; y desarrollará acciones permanentes para disuadir y evitar el consumo de productos del tabaco principalmente por parte de niños, adolescentes y grupos vulnerables.</p>
<p>LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO</p>		<p>Artículo 10. Para efectos de lo anterior, la Secretaría establecerá los lineamientos para la ejecución y evaluación del Programa contra el Tabaquismo, que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones: I. La promoción de la salud; II. El diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del tabaquismo y de los padecimientos originados por él; III. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar al interior de los espacios libres de humo de tabaco que establezca esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables; IV. La elaboración periódica de un programa de seguimiento y evaluación de metas y logros del Programa contra el Tabaquismo que incluya al menos las conductas relacionadas al tabaco y su impacto en la salud; V. El diseño de programas, servicios de cesación y opciones terapéuticas que ayuden a dejar de fumar combinadas con consejería y otras intervenciones, y VI. El diseño de campañas de publicidad que promuevan la cesación y disminuyan las probabilidades de iniciarse en el consumo de los productos del tabaco.</p>
<p>LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO</p>		<p>Artículo 17. Se prohíben las siguientes actividades: I. El comercio, distribución, donación, regalo, venta y suministro de productos del tabaco a menores de edad; II. El comercio, distribución, donación, regalo, venta y suministro de productos del tabaco en instituciones educativas públicas y privadas de educación básica y media superior, y III. Emplear a menores de edad en actividades de comercio, producción, distribución, suministro y venta de estos productos.</p>

<p>REGLAMENTO Interior del Consejo de Salubridad General</p>	<p>Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre de 2009</p>	<p>Artículo 9. El Consejo tendrá las siguientes funciones:I. Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan;II. Aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia;III. Elaborar junto con la Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Presidente de la República, el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles, así como actualizarlos y difundirlos;IV. Elaborar, publicar, mantener actualizado y difundir el Catálogo de medicamentos Genéricos;V. Rendir opiniones y formular sugerencias al Presidente de la República tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud;VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;VII. Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distingan por sus méritos a favor de la salud;VIII. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas;IX. Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga;X. Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud;XI. Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud;XII. Determinar las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica;XIII. Proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios;XIV. Concentrar, analizar y emitir opinión sobre las diferentes evaluaciones que se realicen al sector salud;XV. Coadyuvar en la determinación de políticas y línea de acción para alcanzar la federalización efectiva de la salud y converger en acciones coordinadas con el Consejo Nacional de Salud;XVI. Definir aquellos tratamientos y medicamentos asociados a gastos catastróficos, conforme lo establece el Artículo 77 Bis 29 de la Ley General de Salud;XVII. Aprobar y publicar en el Diario Oficial de la Federación la declaratoria en los casos de enfermedades graves que sean causa de emergencia o atenten contra la seguridad nacional, por iniciativa propia o a solicitud por escrito de instituciones nacionales especializadas en la enfermedad, que sean acreditadas por el Consejo, en la que se justifique la necesidad de atención prioritaria;XVIII. Opinar sobre la concesión de licencias de utilidad pública, que le sea requerido por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial;XIX. Operar y resguardar la base de datos relativa a la información sobre precursores químicos y productos químicos esenciales;XX. Cotejar el padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;XXI. Crear comisiones y comités que coadyuven al desarrollo de los trabajos del Consejo;XXII. Aprobar los reglamentos interiores de las comisiones del Consejo;XXIII. Aprobar su Código de Ética, yXXIV. Las demás que le señalen otras disposiciones aplicables.</p>
<p>LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</p>	<p>29 de mayo de 2000 Última reforma publicada DOF 02-04-2014</p>	<p>Artículo 2. Para los efectos de esta ley, son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos, y <u>adolescentes</u> los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.</p>

<p>LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</p>		<p>Artículo 11. Son obligaciones de madres, padres y de todas las personas que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes:</p> <p>A. Proporcionarles una vida digna, garantizarles la satisfacción de alimentación, así como el pleno y armónico desarrollo de su personalidad en el seno de la familia, la escuela, la sociedad y las instituciones, de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo.</p> <p>Para los efectos de este precepto, la alimentación comprende esencialmente la satisfacción de las necesidades de comida, habitación, educación, vestido, asistencia en caso de enfermedad y recreación.</p> <p>B. Protegerlos contra toda forma de maltrato, prejuicio, daño, agresión, abuso, trata y explotación. Lo anterior implica que la facultad que tienen quienes ejercen la patria potestad o la custodia de niñas, niños y adolescentes no podrán al ejercerla atentar contra su integridad física o mental ni actuar en menoscabo de su desarrollo.</p>
<p>LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</p>		<p>Capítulo Cuarto De los Derechos a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psicofísico</p> <p>Artículo 19. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, moral y social.</p> <p>Artículo 20. Las madres tienen derecho, mientras están embarazadas o lactando, a recibir la atención médica y nutricional necesaria, de conformidad con el derecho a la salud integral de la mujer.</p>
<p>LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</p>		<p>Capítulo Octavo Del Derecho a la Salud</p> <p>Artículo 28. Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:</p> <p><i>Párrafo reformado DOF 02-04-2014</i></p> <p>A. Reducir la mortalidad infantil.</p> <p>B. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.</p> <p>C. Capacitar y fomentar la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.</p> <p><i>Inciso reformado DOF 02-04-2014</i></p> <p>D. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.</p> <p>E. Fomentar los programas de vacunación.</p> <p>F. Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.</p> <p>G. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.</p> <p>H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.</p> <p>I. Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.</p> <p>J. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.</p>
<p>LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</p>		<p>Capítulo Décimo Tercero Del Derecho a Participar</p> <p>Artículo 38. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la libertad de expresión; la cual incluye sus opiniones y a ser informado. Dichas libertades se ejercerán sin más límite que lo previsto por la Constitución.</p> <p>Artículo 39. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ejercer sus capacidades de opinión, análisis, crítica y de presentar propuestas en <u>todos los ámbitos en los que viven</u>, trátase de familia, escuela, sociedad o cualquier otro, sin más limitaciones que las que establezca la Constitución y dicte el respeto de los derechos de terceros.</p> <p>Artículo 40. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la información. En cumplimiento de este derecho se establecerán normas y se diseñarán políticas, a fin de que estén orientados en el ejercicio del derecho a que se refiere el artículo anterior. Asimismo, se pondrá especial énfasis en medidas que los protejan de peligros que puedan afectar su vida, su salud o su desarrollo.</p> <p>Artículo 41. El derecho a expresar opinión implica que se les tome su parecer respecto de:</p> <p>A. Los asuntos que los afecten y el contenido de las resoluciones que les conciernen.</p> <p>B. Que se escuchen y tomen en cuenta sus opiniones y propuestas respecto a los asuntos de su familia o comunidad.</p> <p>Artículo 42. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho de reunirse y asociarse. Las leyes deben disponer lo necesario para que puedan ejercerlo sin más límites que los que establece la Constitución.</p>

ESTATAL

<p>CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>	<p>(Ref. P. O. No. 47, 27-IX-13)</p>	<p>ARTÍCULO 1. Son ley suprema en la entidad, las disposiciones que establezcan la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales.</p>
<p>CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>ARTÍCULO 3. Las autoridades estatales y las municipales promoverán la integración, el desarrollo y el fortalecimiento de la familia; sus fines de unidad, convivencia armónica, ayuda mutua y la preservación de los valores de la comunidad. La ley impondrá derechos y obligaciones recíprocos entre sus integrantes. El Estado adoptará medidas que garanticen la no discriminación del individuo y propicien el desarrollo físico, emocional y mental de los menores, de los <u>jóvenes</u> y de todos aquellos que por circunstancias particulares lo requieran. Establecerá un sistema permanente de tutela, apoyo e integración social de los adultos mayores y de las personas discapacitadas que se encuentren en condiciones de desventaja física, mental, social o económica, para facilitarles una vida de mayor calidad, digna, decorosa y su pleno desarrollo. Toda persona tiene derecho a una alimentación suficiente, nutricionalmente adecuada, inocua y culturalmente aceptable para llevar una vida activa y saludable. A fin de evitar las enfermedades de origen alimentario, el Estado deberá implementar las medidas que propicien la adquisición de buenos hábitos alimenticios entre la población, fomentará la producción y el consumo de alimentos con alto valor nutricional y apoyará en esta materia a los sectores más vulnerables de la población. (Adición P. O. No. 56, 21-X-11)</p>
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>	<p>Ref. P. O. 19-IX-12</p>	<p>Artículo 19. Es competencia de la Secretaría de Salud del Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Establecer y conducir la política estatal en materia de salud, en los términos de esta Ley, de conformidad con las políticas del Sistema de Salud del Estado de Querétaro y con lo dispuesto por el Poder Ejecutivo Federal; II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades del Poder Ejecutivo del Estado; III. Impulsar los programas y servicios de salud, en los términos de los convenios celebrados con las dependencias y entidades de la administración pública estatal; IV. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Gobernador del Estado; VI. Impulsar la actualización permanente de las disposiciones legales en materia de salud; VII. Apoyar la coordinación de los programas y servicios de salud de toda dependencia o entidad pública, en los términos de la legislación aplicable y de los acuerdos de coordinación que en su caso se celebren; IX. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades de salud del Estado y de aquellas cuyas acciones repercutan en la salud de la población, con sujeción a las disposiciones legales aplicables; XI. Implementar programas en materia de nutrición, tendientes a disminuir los índices de malnutrición en la población y en particular a los <u>menores de edad y adolescentes</u> en el Estado de Querétaro; (Ref. P. O. No. 54, 19-IX-12)
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Título Tercero De la prestación de los servicios de salud Capítulo Primero Disposiciones generales Artículo 27. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. De atención médica; II. De salud pública; y III. De asistencia social.

<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 30. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;IV. La atención materno-infantil;V. La planeación familiar;VI. La salud mental;VII. La prevención y el control de las enfermedades buco dentales;VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición atendiendo a los problemas demalnutrición; (Ref. P. O. No. 64, 26-XI-10)X. La asistencia social a grupos vulnerables; yXI. Las demás que establezca la presente Ley y otras disposiciones legales aplicables.</p>
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 45. Los trabajadores de los establecimientos estatales de salud, podrán participar en la gestión de los mismos, de conformidad con las disposiciones generales aplicables y podrán opinar y emitir sugerencias tendientes al mejoramiento de los servicios de salud. Los usuarios tendrán derecho, previo consentimiento libre e informado, a obtener <u>prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.</u> Si el usuario exigiera de los prestadores de servicios de salud, un procedimiento que por razones de conciencia o convicción clínica éstos juzguen inaceptable, quedarán dispensados de actuar siempre y cuando no sea caso de urgencia o se deteriore la salud del mismo, debiendo informarlo sin demora al usuario y, en su caso, a la institución otorgante del servicio.</p>
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 50. La población tiene derecho a la atención médica apropiada, independientemente de su condición económica, cultural, identidad étnica y género. Los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a: I. Ser atendidos por un médico;Ser tratados con respeto; III. Recibir un tratamiento conforme a los principios médicos científicamente aceptados; IV. Recibir, con calidad y continuidad, la atención médica que requieran, independientemente del tipo o unidad médica donde reciba el servicio; y V. Cuando esté en riesgo la vida del paciente, recibir los servicios de urgencias por parte de las instituciones públicas y privadas de manera gratuita, desde el momento en que ingresa hasta que su salud sea estable y estén en condiciones de ser trasladados a otra institución, si así lo desean el usuario o sus familiares.</p>
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 51. El usuario tendrá derecho a: I. Ser tratado con respeto a su dignidad, vida privada, cultura y valores; II. Recibir atención terminal humanitaria; III. Tener información apropiada sobre su historia médica y condiciones de salud; IV. Obtener confidencialidad y protección de los informes sobre su estado de salud; V. Recibir la prescripción médica con una redacción comprensible y legible, identificando los medicamentos de forma genérica. Excepcionalmente, se le negará información cuando exista el pleno conocimiento que dicha información representa un peligro para su vida o su salud; VI. Solicitar cambio del médico tratante, si considera que éste, no procede de manera profesional y eficiente durante su tratamiento, fundándose en su derecho a tomar decisiones libremente con relación a su persona; y VII. Negar su consentimiento para participar en la investigación o enseñanza de la medicina.</p>
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 54. La Secretaría de Salud establecerá los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios de salud pública de la población general y a los servicios sociales y privados en el Estado. Artículo 55. Las autoridades sanitarias del Estado y las instituciones de salud, establecerán los procedimientos de orientación y asesoría para los usuarios, sobre el uso de los servicios que requieran, así como los mecanismos para la presentación de quejas, reclamaciones y sugerencias respeto de la prestación de los servicios de salud y de</p>

		falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.
LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO		<p>Artículo 63. La atención materno infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;</p> <p>II. La atención del niño, previo y durante su nacimiento, así como la vigilancia de su crecimiento, nutrición adecuada y desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna; (Ref. P. O. No. 64, 26-XI-10)</p> <p>III. La protección de la integración y del bienestar familiar;</p> <p>IV. La detección temprana de la pérdida de audición y enfermedades visuales, y su tratamiento en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento; y</p> <p>V. El diagnóstico oportuno para resolver los problemas de salud visual y auditiva de los niños, en escuelas públicas y privadas.</p> <p>VI. Atención directa de profesionales de la salud física y mental a los <u>menores que cursen la educación básica</u>, para prevenir, detectar y atender fenómenos de violencia física o emocional. (Adición P. O. No. 15, 9-III-12)</p>
LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO		<p>Artículo 65. La <u>protección de la salud física y mental de los menores</u>, es una <u>responsabilidad</u> que comparten los <u>padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad</u> sobre ellos, con las <u>autoridades competentes y la sociedad en general</u>.</p> <p>Para tutelar la <u>protección de la salud mental de los menores</u>, las instituciones públicas y las personas físicas o morales que presten servicios de salud a personas con embarazos de alto riesgo o a menores que presenten daños neurológicos, deberán notificar de estos casos, desde el momento de su detección, a los centros oficiales de rehabilitación, para que puedan proporcionar a los padres o tutores la información necesaria para su oportuna atención.</p>
LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO		<p>Artículo 67. Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:</p> <p>I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno infantil;</p> <p>II. Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales, destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;</p> <p>III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas; y</p> <p>IV. La vigilancia de los alimentos que se expendan en las cooperativas, así como en espacios comerciales donde se tenga a la venta o consuman alimentos en las instituciones de nivel básico, a efecto de que los mismos cumplan con alto contenido nutricional y evitar problemas de malnutrición de menores de edad y adolescentes; y (Adición P. O. No. 64, 26-XI-10)</p> <p>V. Programas para prevenir y atender las manifestaciones de violencia contra los educandos, preservando la salud mental y física de los mismos; y (Adición P. O. No. 15, 9-III-12)</p> <p>VI. Las demás acciones que coadyuvan a la protección de la salud materna infantil. (Ref. P. O. No. 15, 9-III-12)</p>

<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 69. La salud reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia, constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.</p> <p>Artículo 70. Los servicios de salud reproductiva comprenden:</p> <p>I. La promoción y difusión de programas en materia de servicios de planificación familiar, salud reproductiva, educación sexual y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población; (Ref. P. O. No. 40, 22-VII-11)</p> <p>II. La atención de los solicitantes de servicios de salud reproductiva;</p> <p>III. La asesoría para la prestación de servicios de salud reproductiva a cargo de los sectores público, social y privado, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población, supervisando y evaluando su ejecución;</p> <p>IV. El apoyo y fomento a la investigación en materia de infertilidad humana, salud reproductiva familiar y biología de la reproducción humana;</p> <p>V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de salud reproductiva, con preferencia a la población adolescente; y</p> <p>VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.</p> <p>Artículo 71. Los comités de salud a que se refiere esta Ley, promoverán que en las poblaciones y comunidades semiurbanas y rurales se impartan pláticas de orientación en materia de planificación familiar. Las instituciones de salud y educativas, brindarán al efecto el apoyo necesario.</p> <p>Artículo 72. El Poder Ejecutivo del Estado coadyuvará con la Secretaría de Salud Federal en las acciones del Programa Nacional de Salud Reproductiva que formule tanto el Consejo Nacional de Población como el Sector Salud; cuidará que se incorporen en los programas estatales de salud y proveerá los medios técnicos para hacer llegar a la población los métodos anticonceptivos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos en la políticas nacionales de población.</p>
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 74. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario y urgente. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control, y demás aspectos relacionados. (Ref. P. O. No. 4, 20-I-12)</p> <p>Artículo 78. Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que supongan la existencia de enfermedades mentales. A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.</p>
<p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO</p>		<p>Artículo 119. Los integrantes del Sistema de Salud del Estado de Querétaro, darán atención preferente e inmediata a menores, adolescentes y adultos mayores sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental, así como a quienes hayan sido sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra su integridad física o mental o su normal desarrollo psicosomático. (Ref. P. O. No. 15, 9-III-12)</p> <p>En estos casos, las instituciones de salud del Estado podrán tomar las medidas inmediatas que sean necesarias para la protección de la salud de los menores, adolescentes y adultos mayores, sin perjuicio de dar intervención a las autoridades competentes. (Ref. P. O. No. 15, 9-III- 12)</p> <p>Las autoridades educativas estarán atentas a los fenómenos de violencia escolar de los educandos y en coordinación con las autoridades de salud, realizarán las medidas tendientes al tratamiento psicológico y médico de los mismos. (Ref. P. O. No. 15, 9-III-12)</p>
<p>REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE LA JUVENTUD</p>	<p>14 DE JUNIO DE 2013</p>	<p>Artículo 1.- El presente reglamento tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de la Secretaría de la Juventud, en lo sucesivo la Secretaría, y es de observancia obligatoria para los servidores públicos que la integran, de acuerdo a los asuntos y atribuciones que prescribe la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y demás ordenamientos jurídicos aplicables.</p>
<p>REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE LA JUVENTUD</p>		<p>Artículo 2.- La Secretaría es la dependencia encargada de dirigir íntegramente la política de desarrollo e impulso de la juventud en el Estado de Querétaro.</p>

<p>REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE LA JUVENTUD</p>	<p>Artículo4.- Para el estudio, planeación, desempeño y despacho de los asuntos de su competencia, la Secretaría contará con las siguientes unidades administrativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. La Unidad de Desarrollo Social y Humano; II. La Unidad de Promoción de la Salud; III. La Unidad de Desarrollo Profesional y Laboral, y IV. La Unidad de Apoyo Administrativo <p>I. La Unidad de Desarrollo Social y Humano;</p> <ul style="list-style-type: none"> II. La Unidad de Promoción de la Salud; III. La Unidad de Desarrollo Profesional y Laboral, y IV. La Unidad de Apoyo Administrativo
<p>REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE LA JUVENTUD</p>	<p>Artículo 12.- Corresponde a la Unidad de Promoción de la Salud, el despacho de los siguientes asuntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Desarrollar estrategias y modelos de carácter interinstitucional e intersectorial con los tres órdenes de gobierno, para el desarrollo de la cultura de autocuidado de la salud; II. Organizar y llevar a cabo pláticas de orientación en materia de salud y orientación en los procesos de toma de decisiones respecto de los proyectos de vida de los jóvenes; III. Detectar las necesidades de capacitación para la formación de promotores en materia de salud; IV. Diseñar campañas publicitarias promoviendo el cuidado de la salud de los jóvenes en Querétaro; V. Organizar ferias y eventos para acercar a los jóvenes temas en materia de salud, valores sociales, cívicos y familiares; VI. Desarrollar una política transversal para la legislación de estrategias que promuevan el no manejo de vehículos en estado de ebriedad; VII. Diseñar y difundir estrategias para la identificación de los riesgos relacionados con el abuso del alcohol y los accidentes automovilísticos, así como las relaciones sexuales sin protección; VIII. Organizar y coordinar las acciones y estrategias tendientes a fomentar y promover en la juventud una cultura de prevención, autocuidado y actitud responsable asertiva; IX. Desarrollo platicas talleres, planes y programas de atención psicológica y psicoorientación a los jóvenes. X. Implementar alternativas de comunicación, que permitan un acercamiento de información, asesoría, diálogo y reflexión, con los jóvenes; XI. Establecer estrategias de vinculación institucional y colaboración con organismos públicos, privados e instituciones educativas para la ejecución y difusión de pláticas, talleres, planes y programas de la materia competente de la Secretaría, y XII. Las demás que le señale este reglamento, otras disposiciones y el Secretario.

