

recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

DOI: 10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.265-277

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1951>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 265-277




Factores asociados a los servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados

Factors associated with differentiated care services in schooled adolescents

Factores associados a serviços de cuidados diferenciados para adolescentes na escola

Edith del Carmen Villamagua Jiménez¹

RECIBIDO: 10/01/2023 **ACEPTADO:** 26/02/2023 **PUBLICADO:** 21/03/2023

1. Diploma Superior en Educación Universitaria en Ciencias de la Salud; Especialista en Pediatría; Magíster en Salud del la Adolescente; Doctor en Medicina y Cirugía; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; edith_villamagua@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-7476-9575>

CORRESPONDENCIA

Edith del Carmen Villamagua Jiménez

edith_villamagua@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

© RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento, 2023

RESUMEN

La adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano y la salud adolescente refiere al estado de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad. La atención integral de salud es una provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. El estudio planteado es relevante por tratarse de un tema de actualidad que ocupa la agenda de organismos sanitarios nacionales e internacionales y que se inserta asimismo dentro de los Objetivos del Milenio y las políticas de salud del Ecuador, orientado a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Sobre el tema que convocó la presente investigación, se ha realizado importante acopio de diversos reportes tanto del ámbito internacional, nacional, regional y local, los mismos que debidamente analizados y sistematizados se han constituido en referentes importantes para dar sustento al estudio derivando en aportes originales. En la etapa de la adolescencia suceden cambios fisiológicos, psicológicos y físicos que por su naturaleza lo exponen a un intenso espectro de estímulos muy particulares que influyen sobre su salud de manera determinante. Esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo, que habrán de manifestarse durante la vida adulta como determinantes de la salud. Los adolescentes también inician su vida sexual activa y por ello se exponen a los embarazos a edades muy tempranas, a abortos, a infecciones por agentes de transmisión sexual. Se plantea pese a la existencia de los servicios y la accesibilidad de los mismos que muchos adolescentes enfrentan barreras que la incorporación casi exclusiva de mujeres a estos centros a diferencia de los varones en quienes se aprecia mayor renuencia por la demanda de servicios de atención diferenciada y es que al parecer las estrategias para promover la demanda de los adolescentes no son coherentes a sus necesidades.

Palabras clave: Adolescente, Servicios Preventivos de Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud.

ABSTRACT

Adolescence as the period of human growth and development and adolescent health refers to the state of physical, mental and social well-being, and not the mere absence of disease. Comprehensive health care is a continuous and quality provision of care oriented towards health promotion, prevention, recovery and rehabilitation for people, in the context of their family and community. The proposed study is relevant because it is a topical issue that occupies the agenda of national and international health organizations and that is also inserted within the Millennium Goals and the health policies of Ecuador, oriented to the defense of sexual rights and reproductive. On the subject that convened the present investigation, an important collection of various reports has been made, both international, national, regional and local, which, duly analyzed and systematized, have become important references to support the study, resulting in original contributions. . Physiological, psychological and physical changes occur during adolescence, which by their nature expose them to an intense spectrum of very particular stimuli that influence their health in a decisive way. This stage is essential to forge lifestyles and risk behaviors, which will manifest themselves during adult life as determinants of health. Adolescents also start their sexual life active and therefore are exposed to pregnancies at a very early age, abortions, infections by sexually transmitted agents. Despite the existence of the services and their accessibility, it is suggested that many adolescents face barriers that the almost exclusive incorporation of women into these centers, unlike men, in whom there is greater reluctance due to the demand for differentiated care services and it seems that the strategies to promote the demand of adolescents are not consistent with their needs.

Keywords: Adolescent, Health Preventive Services, Accessibility to Health Services.

RESUMO

A adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento humano e saúde adolescente refere-se ao estado de bem-estar físico, mental e social, e não à mera ausência de doença. Os cuidados de saúde abrangentes são uma prestação contínua e de qualidade orientada para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das pessoas, no contexto da sua família e comunidade. O estudo proposto é relevante porque é uma questão actual que ocupa a agenda das organizações de saúde nacionais e internacionais e que está também inserida nos Objectivos do Milénio e nas políticas de saúde do Equador, orientada para a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Sobre o tema que convocou a presente investigação, foi feita uma importante colecção de vários relatórios, tanto internacionais, nacionais, regionais e locais, os quais, devidamente analisados e sistematizados, se tornaram referências importantes para apoiar o estudo, resultando em contribuições originais. . Mudanças fisiológicas, psicológicas e físicas ocorrem durante a adolescência, que pela sua natureza os expõem a um espectro intenso de estímulos muito particulares que influenciam a sua saúde de uma forma decisiva. Esta fase é essencial para forjar estilos de vida e comportamentos de risco, que se manifestarão durante a vida adulta como determinantes da saúde. Os adolescentes também começam a sua vida sexual activa e, portanto, são expostos a gravidezes numa idade muito precoce, abortos, infecções por agentes sexualmente transmissíveis. Apesar da existência dos serviços e da sua acessibilidade, sugere-se que muitos adolescentes enfrentam barreiras que a incorporação quase exclusiva das mulheres nestes centros, ao contrário dos homens, nos quais existe uma maior relutância devido à procura de serviços de cuidados diferenciados e parece que as estratégias para promover a procura dos adolescentes não são consistentes com as suas necessidades.

Palavras-chave: Adolescente, Serviços Preventivos de Saúde, Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

Introducción

Cada profesión se caracteriza entre otras cosas por la manera en que regularmente los profesionales desarrollan su actividad. El promover el ejercicio consciente y desarrollador de la profesión lleva implícito el favorecer que el profesional se involucre responsablemente en la aplicación de estrategias que le permitan una actuación benéfica y creadora en los disímiles problemas que su profesión le imprime. Esto se logra precisamente a través del método de actuación profesional, el cual sintetiza la riqueza profesional pero expresada en una actuación convencida y eminentemente ética.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (OMS, 2023).

La salud adolescente refiere al estado de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad. La salud adolescente es el resultado de un proceso construido socialmente que depende de diversos factores: Biológicos (genéticos, sexo, edad). Ligados al entorno, vale decir, al medio ambiente físico como, por ejemplo, vivienda, no contaminación, espacios que posibiliten la recreación y al medio ambiente social. Vinculados a los estilos de vida (comportamientos, valores, creencias, roles y costumbres individuales y sociales, consumo, comunicación, y nivel educativo y de formación). Ligados a la organización de los servicios de salud (características de la atención de la salud). En definitiva, la salud adolescente es entendida aquí en su sentido más amplio, como el producto de decisiones tomadas en los planos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional (UNICEF, s.f.).

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, se establece que se garantiza el derecho a la salud como fundamental en el desarrollo. Reconoce entre otros aspectos esenciales el desarrollo de

las personas y la construcción de una ciudadanía basada en principios de dignidad, no discriminación, igualdad, gratuidad y universalidad de los servicios Arts. 10 y 11 (Ministerio de Salud Pública, 2014)

La atención integral de salud es una provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Para su implementación requiere del desarrollo de los componentes de: organización, provisión, gestión y financiamiento (Dirección de atención integral de Salud).

Un Servicio de Atención Diferenciado, por su parte, brinda atención integral a los/las adolescentes en ambientes exclusivos para dicho fin, o dicho de otra manera brinda atención a dedicación exclusiva, en un horario diferenciado y de acuerdo a las disposiciones normativas. Se deberá considerar como servicio diferenciado a los centros donde se ofrece atención integral al adolescente a través de: consejería, talleres formativos, animación sociocultural y atención clínica (Dirección de atención integral de Salud).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) se ha planteado como objetivos: fortalecer la implementación de la atención integral para adolescentes, con servicios diferenciados según sus necesidades y expectativas, garantizando la privacidad y confidencialidad de los servicios, con énfasis en la prevención y promoción de la salud y mejorar la cobertura de los servicios y el acceso de adolescentes a los mismos, eliminando las barreras de acceso socioeconómicas, culturales, institucionales, geográficas (Guijarro P., 2008)

El estudio planteado es relevante por tratarse de un tema de actualidad que ocupa la agenda de organismos sanitarios nacionales e Internacionales y que se inserta asimismo dentro de los Objetivos del Milenio y las políticas de salud del Ecuador, orientado a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos (2005), cuyos fundamentos estratégicos

son eliminar barreras: legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a la salud en general y a la salud sexual y salud reproductiva (Guijarro P., 2008).

Los directamente beneficiarios serán los adolescentes por ofrecer una base teórica que sustenta la necesidad del trabajo mancomunado para su conglomerado. Por otra parte, el abordaje metodológico permitirá contar con un valioso instrumento a quienes deseen continuar la línea de investigación proveyendo en esta oportunidad un marco teórico, cuyos antecedentes y teorías permiten derivar interpretaciones originales.

Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica cuya selección de información se basa en la relevancia de definición, discusión y estudio de datos acerca de la atención integral en materia de salud que debe ser direccionada a los adolescentes.

Se utiliza información oficial de entes, asociaciones y equipos especializados en el tema de salud en edades de la adolescencia, así como también aportes encontrados en libros, guías, actas de conferencias, artículos científicos e informes académicos.

Resultados

Desde inicios del siglo XX, se han realizado diversas investigaciones de las cuales se desprenden teorías, que debidamente analizadas se han constituido en los cimientos científicos y filosóficos para argumentar y analizar los resultados de la presente investigación.

En ese contexto se cuenta con la teoría fisiológica cuyos planteamientos sostienen que, con la maduración biológica pubescente, aparecen cambios biológicos y psicológicos de gran significación para la vida personal y social de los adolescentes. Cuyo entendimiento por parte de los adolescentes implica recurrir a su inteligencia abstracta o pensamiento formal.

La teoría psicoanalítica, tiene sus orígenes en los conceptos de Sigmund Freud sobre el desarrollo psicosexual, establece que la maduración sexual biológica en el púber revive y aumenta las múltiples y súbitas descargas de impulsos sexuales y eróticos, que a su vez son agresivos. De acuerdo con esta teoría, la única manera positiva de salir y superar este estadio es cuando el joven aprende a usar el pensamiento abstracto.

La teoría cognitiva de Piaget postula que el adolescente se caracteriza básicamente por una serie de cambios cualitativos que se dan en la manera de pensar del adolescente, pone en claro que estos cambios ocurren en áreas donde se enfocan los valores, la personalidad, la interacción social, la misión del mundo social y la vocación. El adolescente presenta cambios en sus conceptos, normas y manera de enfocar problemas personales cotidianos, como aquellos que ocurren en su entorno de manera circunstancial o voluntaria y que tiene que enfrentar.

La teoría del aprendizaje social que procede del conductivismo y propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social acepta que el ser y hacer de un adolescente se relaciona en gran parte con la conducta social de sus familiares, la escuela y el barrio donde pasó la infancia y transcurrió la adolescencia. La conducta final del adolescente en gran parte se vincula con los reforzadores conductuales sociales predominantes y elegidos en cada contexto (Dulanto, 2000)

A partir del análisis de las diferentes teorías se incluyeron elementos de la teoría del aprendizaje social para explicar el comportamiento de este importante grupo humano.

La teoría propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social sustentado en el principio de mutualidad (cada generación aprende de la otra). Si los adultos educan a los adolescentes con un enfoque biologicista, es decir centrados solo en la enfermedad ¿cómo se pretende que ellos acudan a los servicios de salud sin estar

enfermos aparte de que mantienen firmes sentimientos de invulnerabilidad que les hace adoptar conductas de riesgo?

Existen múltiples investigaciones, tanto nacionales como internacionales que confirman la relevancia de las conductas como determinantes de enfermedad y/o salud, de ahí deriva la importancia de conocer los elementos teóricos.

Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a la influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y, otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares).

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steinberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados “circuitos de recompensa” estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo, conociendo los riesgos y posibles consecuencias dañinas, se involucran igualmente en dichas conductas.

Se asume que, a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios (Corona & Peralta, 2013)

En relación a lo anterior es preciso señalar que los adolescentes tradicionalmente han sido considerados población saludable. Las tasas de mortalidad y morbilidad son relativamente bajas si se comparan con otros grupos de edad, no obstante, en la adolescencia se puede iniciar una amplia gama de conductas de riesgo que afecten la salud biopsicosocial, posibilidad que varía según la etapa de la adolescencia que estén cursando. Muchas veces estas conductas continuarán en la adultez, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad adulta precoz. Los profesionales de salud que trabajan con adolescentes pueden y deben ser agentes relevantes en la prevención y así disminuir las posibles consecuencias negativas para ellos (Corona & Peralta, 2013).

Respecto a lo anterior, la sexualidad adolescente es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida”. El reconocimiento y aceptación de la sexualidad adolescente es un tema que se ha evadido siempre, porque es incómodo de abordar en vista de la ampliación de la brecha generacional, y porque en definitiva no se reconoce a nivel social y se tiende a invisibilizar, como si la sexualidad adolescente por no reconocérsela no existiera (Arillo, 2008).

El no alcanzar un óptimo estado de salud sexual y reproductiva es un problema de salud pública tanto a nivel internacional como nacional y regional, situación que amerita mejorar la oferta de los servicios de salud, los mismos que deberían ser diferenciados, integrales e integrados y de calidad para los adolescentes, incrementando de esta manera la capacidad de respuesta del sector salud, con el fin de atender las necesidades de la población adolescente (Plan de acción 2012-2020).

En la misma dirección, proteger la salud es una garantía de la sociedad para que los adolescentes satisfagan sus necesidades y demandas de salud, utilizando el acceso adecuado a Puestos, Centros y Hospitales sin que su capacidad de pago se lo impida. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, 100 millones de personas no son atendidas por los sistemas de salud existentes (Adhanom Ghebreyesus, 2017)

Toda vez que uno de los aspectos que conlleva la atención en el contexto de la presente investigación está relacionada con la demanda de servicios de salud, es preciso destacar que se define como el deseo de la población de utilizar un determinado servicio de salud.

Miguel Madueño señala que la demanda (por servicios) de salud es como la “percepción de una necesidad de atención de salud” para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud. Dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura, y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. Este último, determinará la cantidad demandada de salud la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir. Los tipos de servicios que demandan los miembros del hogar son cualitativamente distintos, existe diferencia en la demanda por la atención de una enfermedad compleja y otra de capa simple, atención preventiva y curativa (Sanabria, 2002).

La atención curativa es la provisión de atención continuada para un amplio conjunto de problemas de salud que incluye el manejo de enfermedades. La atención preventiva por su parte se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La preven-

ción de la enfermedad en adolescentes, debe estar siempre acompañada de unos servicios que ofrezcan atención diferenciada (Ministerio de Salud del Perú)

La salud sexual y reproductiva abarca el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, que implica la existencia de un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a la salud y permitan atender adecuadamente las necesidades de las personas durante todo el ciclo de vida (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, s/f)

En coherencia con lo anterior, debe buscarse que el servicio se adapte a las necesidades de los y las adolescentes y no lo contrario. En tal sentido, los horarios de atención deben establecerse según la conveniencia de los y las adolescentes (Secretaría de Salud, 2013)

En muchas situaciones se debe limitar la gama de servicios prestados; por tanto, para determinar las prioridades de los servicios, es importante valorar cuidadosamente las necesidades de la población adolescente en cada localidad (CEPAL, s/f)

Senderowitz Judith, a partir de una investigación realizada con The Futures Group Internacional y la Universidad de Tolane en el año 1999, determinaron algunas barreras operacionales como en función de la atención hacia los adolescentes como horario inconveniente de atención, escasez de medios de transporte, altos costos del servicio, escasez de información. Otras barreras adicionales fueron el poco conocimiento sobre los servicios disponibles y su ubicación, sentimiento de incomodidad, creencia que los servicios no estaban dirigidos a ellos, preocupación por que el personal podría ser hostil y prejuicioso, miedo a los procedimientos médicos y métodos anticonceptivos, incluyendo los efectos colaterales, vergüenza por necesitar o desear servicios de salud, vergüenza, especialmente si la visita se da a consecuencia de coerción o abuso (Senderowitz, 1999)

En Brasil son escasos los estudios sobre la utilización de los servicios de atención primaria para adolescentes. No obstante, se reconoce en la literatura mundial, que los jóvenes casi no buscan estos servicios. Por otro lado, se verifica que raramente buscan los servicios asistenciales y cuando lo hacen suele ser principalmente en situaciones de emergencia existiendo por tanto poca oportunidad para acciones preventivas. Esto es preocupante, pues los varones suelen estar a menudo bajo riesgo de morbilidad y mortalidad, principalmente por lesiones, homicidios, suicidios, enfermedades sexualmente transmisibles y abuso de sustancias (Santos dos Palazzo, Béria, & Tomasi, 2003)

Alcántara y Ortiz en una investigación sobre la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva realizado en el Perú en el año 2002 encontraron que los usuarios evitaban buscar los servicios clínicos por las actitudes negativas del personal. Otro estudio, de un programa de mercadeo social de Botswana, reveló que las adolescentes temían la actitud de los proveedores al pedir condones en clínicas, farmacias y tiendas. Además, señalaron que había grupos poblacionales que eran mayormente discriminados en la prestación de servicios de salud sexual, entre ellos estaban los adolescentes y las mujeres rurales, especialmente los que pertenecían a algunos grupos étnicos que eran numerosos en los países andinos (Alcántara & Ortiz, 2002)

El UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) en el año 2003, en encuestas efectuadas a alumnos secundarios de Massachusetts, expresaron que un 25% no concurriría a los servicios de salud si no existiese confidencialidad (Maddaleno, 2003).

Madrid y Antona (2003), en un estudio "Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva" dirigido a 659 adolescentes de 14 a 19 años, en relación a las barreras existentes, visualizaron: el no ser atendido por

una persona concreta, demasiada burocracia, horarios no compatibles. Un segundo grupo de barreras tuvo que ver con el ambiente que rodea la atención prestada: la no existencia de materiales y espacios de espera y la necesaria formación del personal del programa en la relación con los adolescentes. Un tercer tipo de barreras apareció cuando no se gestionaban adecuadamente las demandas urgentes que realizaban el o la adolescente (Gesellschaft & Zusammenarbeit, 2008)

En una investigación realizada por Kornblit y et (2005), al sobre representaciones de participación en el campo de la salud, los/as usuarios/as adolescentes, no logran entablar una buena relación con los médicos, pero a pesar de ello consideran útiles los servicios de salud. A medida que crecen y en especial los varones, se va produciendo un distanciamiento del sistema de salud y se reemplaza el acceso planificado para control, por el uso del sistema solamente ante la urgencia. Se encontró que la mayoría de los adolescentes desconoce la existencia de los servicios especializados para adolescentes del sistema público de salud.

En general, los adolescentes no acceden espontáneamente a los servicios, sino que son derivados por otros programas o servicios, o también acceden por la preocupación de la madre frente a situaciones de los adolescentes de tipo orgánico. Son más frecuentes las consultas de las mujeres adolescentes que las de los varones, aunque siempre asisten acompañadas por su madre o responsable adulto (Comes, y otros, 2007).

Es importante que los adolescentes asistan a los servicios de salud pues a esa edad es más fácil atacar los riesgos y estilos de vida nocivos para su salud. Los adolescentes constituyen un grupo poblacional de especial interés para la salud pública por ser un blanco indispensable de los programas preventivos porque no acuden de manera regular a las unidades médicas y limitan el contacto con los servicios de salud y por-

que su perfil de salud se distingue del resto de la población por estar con frecuencia en condiciones de riesgo, relacionadas con su proceso de maduración (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2008)

Se debe tener en cuenta que la utilización de los servicios de salud por parte de los adolescentes se la realiza preferentemente ante situaciones emergentes en las cuales ellos y su red de apoyo amigos, familiares, maestros) no pueden resolver y solo solicitan los servicios de salud actuales por morbilidad física (Garbus, Morales Osornio, & Cabello Álvarez, 2017)

Uno de los factores que convierte en prioridad a los adolescentes es que sólo una baja proporción demanda de servicios de salud. En Medicina Familiar demanda 8 % del total de las consultas. En esencia se trata de un grupo poblacional sano y eso explica la baja demanda, pero también es un grupo que necesita cubrir sus necesidades de salud preventiva para evitar riesgos a futuro (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2008)

En el año 2009 Serrano efectuó una encuesta en las y los adolescentes latinoamericanos residentes en España llegando a las siguientes conclusiones respecto a los servicios sanitarios que acepten a los adolescentes como son, sin tratar de moralizar ni de desmoralizar, se use el lenguaje de los adolescentes, antes las preguntas sobre los servicios se respete sus opiniones, se les permita elegir, se les hiciera sentir bienvenidos y cómodos, no les juzguen, se les proporcione los servicios en su tiempo disponible (Serrano, 2008)

Según la UNICEF, en el año 2010 en Argentina las barreras que consideraron 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, y factores económicos: falta de dinero para transporte, compra de medicamentos (Goddard & Berner, 2011)

En una encuesta autoaplicada, anónima y confidencial en 368 adolescentes, en Santiago de Chile en el 2012, un escaso porcentaje de adolescentes escolares demandó atención de salud sexual y reproductiva. Los adolescentes que demandaron atención profesional para resolver necesidades de SSR fueron: mujeres, aquellos que estuvieron en relación de pareja y los que han recibido educación sexual en la familia (Luengo Charath, Millán Klüsse, Zepeda Ortega, & Tijero Méndez, 2012)

Un estudio realizado por Belmont, en tres ciudades bolivianas La Paz, El Alto y Santa Cruz, investigó las barreras y encontró: como la inexistencia del servicio en la comunidad, de servicios específicos para adolescentes y de personal entrenado para consejería. Barreras psicosociales como sentir ansiedad, temor y/o culpa frente a una experiencia sexual, miedo a ser ridiculizados por sus pares o penados por sus familiares (Alcántara & Ortiz, 2002)

En Bolivia el Proyecto CERCA (Cuidados de la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes) en el año 2012 realizó encuestas a 3.829 adolescentes de 14 a 18 años y encontró que el 63% de los adolescentes no conocía la ubicación de un centro de salud para consultar sobre temas de salud sexual y reproductiva (Rojas, 2012).

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010 del INEC Ecuador el 20,5% de la población es adolescente (2 958 879); el 10,6% son adolescentes tempranos de 10 a 14 años (1 539 342) y, el 9,8 son adolescentes tardíos entre 15 a 19 años (1 419 537) (Ministerio de Salud Pública, 2014)

La situación actual de las unidades de Atención Diferenciada para Adolescentes (ADAS) en el Ecuador reporta que existe un limitado nivel de acceso, especialmente por la escasa identificación del servicio y la insuficiente disponibilidad de ambientes propicios para la atención a adolescentes (Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, 2013)

En Cuenca un estudio realizado por el proyecto CERCA en 3200 adolescentes escolarizados reveló que solo el 5,5% acudió a un servicio de salud. Las principales causas por las que no asistieron incluyeron: 27,59% tiempo de espera prolongado; 22,49% falta de confianza con el personal, 15,1% no les pareció necesaria la atención y 14,67% manifestó que la causa era la falta de privacidad (Vega, Encalada, & Sarmiento, s/f)

Respecto al factor sexo en la mayoría de estudios el más alto porcentaje de adolescentes encuestados, que asisten a los centros de atención diferenciada, fueron mujeres (ANED consultores, 2007; Mejía, Montoya, Mesa, Moreno, & Pacheco, 2010; Afluentes SC., s/f). La explicación estaría dada por las necesidades específicas que las adolescentes del sexo femenino tienen en relación con el embarazo, su prevención y la necesidad de temas de salud sexual y reproductiva.

Palma y cols, a partir de un estudio realizado en 2008, dieron mayor sustento a lo anterior asegurando que la asistencia de las mujeres a los centros de salud se explica a través de la idea generalizada de que los centros de salud son espacios femeninos y que los hombres poco o nada tienen que hacer ahí (Afluentes SC., s/f).

En una estimación del impacto de los servicios amigables de salud reproductiva para las/os adolescentes, realizada en Honduras, encontró que la demanda de los servicios amigables es mayor en las mujeres en una razón de 2.4 por cada hombre atendido (ANED consultores, 2007)

La procedencia en zona urbana es un aspecto que se encuentra en casi todos los estudios que se realizan en poblaciones estudiantiles. En un estudio se encontró, a partir de un análisis estratificado, que el 69.9% de los adolescentes de 10 a 14 años reside en áreas urbanas y el 30.1% en rurales, y en el grupo de 15 a 19 años el 73.3% tiene domicilio urbano y el 23.7% rural (40). Los resultados de un estudio realizado en Panamá, dan cuenta que el 52.1% de las/

los adolescentes procedían del área urbana, mientras el 38.4% del área rural (Enfodatos, s/f)

Al respecto, el lugar de procedencia y residencia podría considerarse un factor asociado a la falta de oportunidad para acceder a un servicio diferenciado. Así lo consideran Alcántara y Ortiz (2002) quienes señalan en su estudio que hay grupos poblacionales que son muy discriminados en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y que entre ellos están los adolescentes y las mujeres rurales, especialmente los que pertenecen a algunos grupos étnicos que son numerosos en los países andinos

Respecto al estado civil se pudo observar que en las/os adolescentes tiene influencia en ciertas circunstancias como por ejemplo el embarazo y su control, que de un lado aumenta implícitamente la frecuencia de atención diferenciada y de otro explica el predominio femenino, donde el embarazo en la adolescencia se incrementa cada vez más. En cuanto al estado civil de las y los adolescentes, de la investigación realizada en Tegucigalpa en el año 2007 se evidenció que existen más adolescentes solteros (ANED consultores, 2007).

En estudios que se cumplen mediante entrevistas, la identificación según etnia y religión, sigue siendo una información de veracidad relativa.

El alcance de la propuesta, desde la perspectiva metodológica se ha orientado a identificar los factores asociados a la demanda y al hacerlo se inserta en un proceso transicional que permite visualizar los nuevos requisitos que deben tener los servicios de salud. En el pasado no se esperaba que personas jóvenes, casi siempre solteras, necesitaran servicios de salud reproductiva. Si la joven se embarazaba, no importa a qué edad, recibía igual servicio que la mujer mayor, y nadie asumía que la adolescente necesitara prevención contra el embarazo. Las sociedades de países en desarrollo esperaban que la mujer tuviera descendencia

después del matrimonio (Núñez, 2011). La historia de estos acontecimientos a la luz de los tiempos que nos toca vivir, muestra una sociedad diferente y que es necesario una especie de diagnóstico situacional para conducirla de forma apropiada.

A la luz del documento Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del MINSAL (Ministerio de Inclusión Económica y Social) del año 2008, señala se observa una caída general en la expresión de demanda por atención de salud a medida que aumenta la edad de adolescentes, francamente más alta que la necesidad de atención percibida, lo que se vincularía según la hipótesis ahí planteada, con dificultades de acceso a los servicios. Las demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva son el área de mayor necesidad de este grupo etario (Guijarro P., 2008)

La información referente a barreras para acceder a servicios diferenciados para adolescentes y particularmente en el área de salud sexual y reproductiva es escasa, según las publicaciones de investigadores chilenos. Así que sea, en sus reportes aseguran que desde el punto de vista biológico las/os adolescentes son el segmento poblacional más sano y la mayor parte de demandas de servicios es debida a los cambios psicosociales que caracterizan esta etapa de la vida (Sadler Spencer, Obach, Luengo, & Biggs, 2010)

En un estudio realizado por Moreno y Púa en Colombia en el año 2012, en relación a la accesibilidad institucional los adolescentes tenían que realizar una cadena de pasos hasta ver satisfecha su demanda que casi siempre era alta o muy rígida. Entre los rigores estaba el tener que llamar en una banda horaria estrecha, ser atendido por una persona concreta, realizar un "recorrido asistencial" con trámites o pasos innecesarios para la prestación del servicio, acudir a consulta en horarios no compatibles, etc (Moreno & Púa, 2012)

Encuestas realizadas por la Universidad de Cuenca, por el equipo del proyecto CERCA a 3200 adolescentes escolarizados de seis

colegios del cantón Cuenca revelaron que el únicamente 20% de ellos conoce un centro donde recibir información y atención en sexualidad, sólo el 5,5% acudió durante el último año pese a que el 16% de los adolescentes manifestó mantener una vida sexual activa (Vega, Encalada, & Sarmiento, s/f)

Para CERCA los principales motivos por los que las/os adolescentes no acuden a un centro de salud para buscar atención o información en salud sexual y reproductiva incluyó: tiempos de espera prolongados 27%, falta de confianza en el personal 22%, no les parece necesario 15%, el 14,67% afirma que el motivo es la falta de privacidad, pues no existen espacio diferenciados, 9% manifiesta que el personal no es amigable, 8% falta de dinero y al 2% su familia no les deja ir solos (Vega, Encalada, & Sarmiento, s/f)

En Colombia, los servicios de salud amigables y con más alto grado de accesibilidad geográfica han sido los de mayor demanda. En contraposición, el aspecto de bajo nivel de desarrollo, ha sido la accesibilidad institucional donde el personal no recibe la capacitación suficiente y específica para facilitar la atención y la participación juvenil, social y comunitaria (Moreno & Púa, 2012)

Sobre la preferencia de servicios públicos o privados en cuanto a atención diferenciada hay mucho para dilucidar el predominio de una de ellas y harán falta estudios especialmente con ese objetivo.

En un análisis situacional de la salud en el Azuay, realizado en el año 2011, se muestra que la cobertura de atención en la provincia, alcanzó un 62% para adolescentes entre 10 a 14 años y 33.71% entre 15 a 19 años en el 2008. De los adolescentes atendidos en los servicios de salud el 75% acudió por presentar alguna enfermedad y el 25% por salud preventiva, cifra que no concuerda con la presente investigación (Proyecto CERCA, 2011).

Las principales causas de morbilidad de los adolescentes fueron; faringitis, amigdalitis estreptocócica y rinofaringitis, agudas to-

das, pero la casuística no fue relevante. En el presente estudio las enfermedades respiratorias agudas, la gastritis y la parasitosis intestinal fueron predominantes en tanto que en Colombia las principales causas de morbilidad en la consulta fueron las afecciones dentales, infecciones respiratorias agudas y enteroparasitosis (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; Perfil epidemiológico de la juventud en Guatemala, 2013; Ministerio de Salud, 2012)

Conclusiones

Sobre el tema que convocó la presente investigación, se ha realizado importante acopio de diversos reportes tanto del ámbito internacional, nacional, regional y local, los mismos que debidamente analizados y sistematizados se han constituido en referentes importantes para dar sustento al estudio derivando en aportes originales. En el ámbito internacional en los países hispanoamericanos se cuenta con una serie de artículos científicos publicados por la revista Lancet en el año 2007 acerca de los servicios de atención primaria para adolescentes. En estas publicaciones se destacan las diversas barreras que enfrentan los y las adolescentes en todo el mundo para acceder a los servicios de atención primaria: falta de servicios cercanos, costos, servicios inconvenientes (horarios inconvenientes) y falta de conocimiento sobre la disponibilidad de los servicios.

En la etapa de la adolescencia suceden cambios fisiológicos, psicológicos y físicos que por su naturaleza lo exponen a un intenso espectro de estímulos muy particulares que influyen sobre su salud de manera determinante. Esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco y drogas), que habrán de manifestarse durante la vida adulta como determinantes de la salud. Los adolescentes también inician su vida sexual activa y por ello se exponen a los embarazos a edades muy tempranas, a abortos, a infecciones por agentes de transmisión sexual.

Se plantea pese a la existencia de los servicios y la accesibilidad de los mismos que muchos adolescentes enfrentan barreras como la vergüenza por acceder a los servicios (por miedo de revelar que se mantienen relaciones sexuales a temprana edad o por incomodidad de hablar sobre temas de sexualidad), la percepción de ser invulnerables (“a mí no me va a pasar”), el temor de ser reconocidas-os en la sala de espera, temor a que los proveedores les hagan preguntas difíciles, que los juzguen o maltraten por tener relaciones sexuales o que les hagan procedimientos poco agradables.

Los adolescentes de 10 a 14 años demandaron menos los servicios de salud en esta edad, se entiende que los problemas de salud reproductiva son menos frecuentes.

Se pudiera argumentar que la incorporación casi exclusiva de mujeres a estos centros a diferencia de los varones en quienes se aprecia mayor renuencia por la demanda de servicios de atención diferenciada y es que al parecer las estrategias para promover la demanda de los adolescentes no son coherentes a sus necesidades. Lo descrito se sustenta en la observación de lo que acontece en muchos centros de salud en los que la atención a varones adolescentes se traduce sólo en una mera distribución de preservativos. Al parecer, la mujer adolescente seguirá por largo tiempo predominando en el acceso a los servicios de atención diferenciada con respecto del varón salvo se adopten estrategias efectivas para promover la asistencia del varón.

Bibliografía

- Adhanom Ghebreyesus, T. (10 de diciembre de 2017). La salud es un derecho humano fundamental. Obtenido de Centro de prensa. OMS: <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html>
- Afluentes SC. (s/f). Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. México DF. Obtenido de <http://www.ssyrg.org.mx>

- Alcántara, E., & Ortiz, J. (2002). Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú. Lima: Centro de Investigación y Desarrollo. Obtenido de <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0582>
- ANED consultores. (2007). .Impacto de los Servicios Amigables de salud reproductiva para las y los adolescentes. Tegucigalpa. Obtenido de <http://www.minsa.gov.pe/portada/Especiales/2009/adolescentes/archivos/boletin02.pdf>
- Arillo, G. (2008). El inicio de vida sexual en adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR. Obtenido de <http://132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/Arillo/contenido.pdf>.
- CEPAL. (s/f). Consultoría para el Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México : Proyecto "Intervenciones estratégicas para el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescen.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., . . . Stolkiner, A. (2007). EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS. Anuario de Investigaciones, 201-209. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Corona, F., & Peralta, E. (2013). Prevención de conductas de riesgo. Obtenido de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/8_Dra_Corona-10.pdf
- Dirección de atención integral de Salud. (s.f.). Norma técnica de salud: criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes. Lima- Peru. Obtenido de <http://www.daisa.org.pe>
- Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud. (2013). Situación actual de las Unidades de Atención Diferenciada para Adolescentes (ADAS) en el Ecuador. Sistematización de Experiencias en 10 provincias . Obtenido de <http://www.dnnsns.gob.ec>.
- División Técnica de Información Estadística en Salud. (2008). El IMSS en Cifras. La salud de los adolescentes. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46(1), 91-100. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745519016.pdf>
- Dulanto, E. (2000). El Adolescente. Crecimiento y desarrollo en la pubertad. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Enfodatos. (s/f). estadísticos y situación actual en materia de salud integral de adolescentes en la República de Panamá. Ciudad de Panamá.
- (s/f). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Managua. Obtenido de [www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/Website/MINA Nicaragua](http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/Website/MINA%20Nicaragua)
- Garbus, P., Morales Osornio, A., & Cabello Álvarez, L. S. (2017). Accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en San Juan del Río, Querétaro. Enseñanza e Investigación en Psicología, 22(3), 277-285. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255775002.pdf>
- Gesellschaft, D., & Zusammenarbei, T. (2008). Un Manual para el Trabajo con la Juventud en Salud Sexual y Reproductiva. Manos a la Obra. Obtenido de <http://www.gtz.de/srh>
- Goddard, P., & Berner, E. (2011). Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. UNICEF. Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000890cnt-atencion-en-espacios-amigables.pdf>
- Guijarro P., S. (2008). Plan de prevención del embarazo en adolescentes. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de [http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20\(Ecuador\).pdf](http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20(Ecuador).pdf)
- Kornblit, A., Diz, A., Camarotti, A., Di Leo, P., & Adaszko, D. (2005). Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Luengo Charath, M. X., Millán Klüsse, T., Zepeda Ortega, A. J., & Tijero Méndez, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. Revista chilena de pediatría, 83(6), 540-551. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000600003>
- Maddaleno, M. (2003). Guía de Argumentos para la Promoción y Defensa de los Compromisos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. . Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Obtenido de <http://www.unfpa.org>
- Madrid, J., & Antona, A. (2003). Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. Estudio de Juventud, 63(3), 63-74. Obtenido de <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD12149.pdf>

- Mejía, M., Montoya, P. B., Mesa, M., Moreno, D., & Pacheco, C. (2010). Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento Regional. Bogotá: Innovar Soluciones Gráficas Ltda. Obtenido de <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud. (2012). Salud en la Etapa de Vida Adolescente . Perú: Republica del Perú. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2732.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (s.f.). Norma técnica de salud para la atención Integral de salud en la etapa de vida adolescente. Lima-Perú. Obtenido de <http://redsaludjauja.gob.pe/descargar.php/archivo/hdh17394587bdf2a>.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Salud de adolescentes Guía de supervisión. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/guia_adolescencia_final_mayo%202014.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales relevantes. Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo ASIS Colombia. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20Situación%20de%20Salud%20de%20Poblaciones%20Diferenciales%20relevantes.pdf>
- Moreno, D., & Púa, R. (2012). Servicios de Salud Amigables para Adolescentes.
- Núñez, F. (2011). Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- OMS. (2023). Salud del adolescente. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- (2013). Perfil epidemiológico de la juventud en Guatemala. Guatemala. Obtenido de Disponible en: http://www.ueprogramajuventud.org.gt/ftp/perfil_epidemiologico.pdf
- (s.f.). Plan de acción 2012-2020. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes. Ministerio de Salud. Obtenido de <http://www.minsal.gob.cl/portal/.../b7c3deca300d7890e040010>.
- Proyecto CERCA. (2011). Informe país.
- Rojas, M. (2012). Informe estadístico en Salud Sexual y Reproductiva: ESSA 2012. Proyecto CERCA. Revista Estadística. Obtenido de <http://www.proyectocerca.org>
- Sadler Spencer, M., Obach, A., Luengo, X., & Biggs, A. (2010). Estudio barreras de acceso a los servicios de Salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Santiago de Chile: LOM. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>
- Sanabria, C. (2002). Una aproximación teórica. La demanda por servicios de Salud. Revista de la facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM. Obtenido de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/1/a11.pdf>.
- Santos dos Palazzo, L., Béria, J., & Tomasi, E. (2003). Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? Cadernos de Saúde Pública, 19(6), 1655-1665. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600010>
- Secretaría de Salud. (2013). Género y Salud reproductiva. Programa de Acción específico. Estados Unidos Mexicanos . Obtenido de http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/paes/pae_adolescentes.pdf.
- Senderowitz, J. (1999). Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Managua: Ministeriod de Salud.
- Serrano, I. (2008). Servicios de salud sexual y reproductiva para la juventud inmigrante residente en España: Hechos y Esperanza. Revista Panorama. Guía Sex-Joven. Obtenido de <http://www.fpfe.org/guiasexjoven>
- UNICEF. (s.f.). Salud para adolescentes.
- Vega, B., Encalada, E., & Sarmiento, M. (s/f). Nudos Críticos para la atención en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. Obtenido de <http://www.proyectocerca.org/LinkClick.aspx?fileticket.tabid=86&mid>

CITAR ESTE ARTICULO:

Villamagua Jiménez, E. del C. (2023). Factores asociados a los servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados. RECIMUNDO, 7(1), 265-277. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.265-277](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.265-277)

