

SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

DOCUMENTOS DE TRABAJO



Programas de salud reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal estudio de dos servicios de atención

Claudio Stern y Diana Reartes

Con la asistencia de Erica Sandoval



PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO

301.42608
D637
no.5

PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
PARA ADOLESCENTES EN EL DISTRITO FEDERAL
ESTUDIO DE DOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

CLAUDIO STERN Y DIANA REARTES
CON LA ASISTENCIA DE ERICA SANDOVAL

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

EL COLEGIO DE MÉXICO

DOCUMENTOS DE TRABAJO No. 5 SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

Es una publicación del
Programa Salud Reproductiva
y Sociedad
México, D.F.,
2001

Comité directivo

Manuel Ordorica Mellado
Luz Elena Gutiérrez de Velasco
Gustavo Verduzco Igartúa

Investigadores del PSRS:

Carlos Echarri Cánovas
Juan Guillermo Figueroa
Soledad González Montes
Susana Lerner Sigal
Olga Lorena Rojas Martínez
Claudio Stern Feitler
Ivonne Szasz Pianta

Si desea recibir otros números,
solicítelos en el Programa
Salud Reproductiva y Sociedad,
Camino al Ajusco 20, Pedregal
de Santa Teresa, C.P. 10740,
Del. Tlalpan, México, D.F.

Investigadores
Claudio Stern y Diana Reartes

Asistente
Erica Sandoval

Este estudio se realizó con el apoyo financiero de The Policy Project, con fondos de USAID bajo contrato núm. CPP-C-00-95-0023-04. El punto de vista de este documento no refleja necesariamente el correspondiente a USAID.

ÍNDICE

Presentación	3
Agradecimientos	6
Índice de siglas	7
Introducción	9
1. Contexto socioeconómico, demográfico y epidemiológico de la población adolescente en el Distrito Federal	13
<i>Situación general: población, desigualdad y pobreza</i>	13
<i>Escolaridad, actividad económica y desempleo</i>	13
<i>Sexualidad, nupcialidad, fecundidad y anticoncepción</i>	15
<i>Perfil epidemiológico</i>	16
<i>Resumen</i>	21
2. El contexto de atención a la salud del adolescente	23
<i>El sistema de salud en México</i>	23
<i>Antecedentes de la atención a la salud reproductiva de los adolescentes</i>	24
<i>Programas seleccionados para el estudio</i>	25
<i>Análisis de los documentos de los programas seleccionados</i>	26
<i>Obstáculos y facilitadores en la formulación e implementación de los programas</i>	27
<i>La influencia de la Conferencia de El Cairo</i>	28
<i>Descripción del trabajo de campo</i>	29
3. Caracterización de los servicios	33
<i>En Buen Plan</i>	33
<i>Programa Educativo para Adolescentes (PREA)</i>	36
4. La salud del adolescente a partir de la perspectiva de los proveedores	39
<i>La perspectiva general de los proveedores de servicios</i>	39
<i>Autorización paterna</i>	39
<i>Anticoncepción</i>	40
<i>Embarazo</i>	42
<i>Sexualidad</i>	43
<i>Violencia</i>	43
<i>Drogas, alcoholismo y otras adicciones</i>	44
<i>Aborto</i>	44
5. La salud a partir de la perspectiva de las y los usuarias/os	47
<i>La vinculación con el servicio</i>	47
<i>Motivos de asistencia</i>	48
<i>Principales problemas de salud</i>	48
<i>Satisfacción con la consulta</i>	49
<i>Privacidad y confidencialidad</i>	50
<i>Actividades de información, educación y comunicación</i>	51
6. Consideraciones finales	53
<i>La influencia de la Conferencia de El Cairo</i>	53
<i>Comparación entre lo que se dice y lo que se hace</i>	53
<i>Recomendaciones</i>	55
Bibliografía	59
Anexo 1	63

PRESENTACIÓN

El Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Buenos Aires (Argentina) y el Núcleo de Estudios de Población (NEPO) de la Universidad de Campinas (Brasil), centros que apoyados por la Fundación Ford para el desarrollo de actividades en el campo de la salud reproductiva comenzaron, hace aproximadamente cuatro años, a planear un trabajo conjunto, conformando el Consorcio de Programas Latinoamericanos de Sexualidad y Salud Reproductiva.

Por otra parte, a principios de 1998 The Futures Group International abrió una convocatoria para apoyar las investigaciones del proyecto denominado The Policy Project, para que hicieran seguimiento a las recomendaciones derivadas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) (El Cairo, 1994) y de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), presentándose la oportunidad de realizar una propuesta de estudio comparativo para conocer las principales políticas y programas públicos en el campo de la atención a la salud reproductiva de las y los adolescentes en las tres ciudades más grandes de América Latina. Una revisión de la literatura reciente sobre el tema había mostrado que las políticas y los programas, desde el punto de vista del desarrollo de los programas y de las necesidades de los propios adolescentes, no habían sido foco de interés para la investigación.

La propuesta se aprobó a finales de 1998. Entre diciembre de 1998 y febrero de 2000 se desarrolló la investigación cuya coordinación quedó a cargo del CEDES. En cada uno de los países se propuso un coordinador e investigadores asociados. En el caso de México, se nombraron coordinador al doctor Claudio Stern, investigador del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México e investigadora asociada a la maestra Diana Reartes, estudiante del doctorado en antropología médica del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS),

con la colaboración como asistente de investigación de Erica Sandoval, pasante de la licenciatura en psicología y becaria del doctor Stern.

Los objetivos generales de la investigación fueron:

1. Describir y analizar algunos de los programas públicos de salud reproductiva para adolescentes en las ciudades de Buenos Aires, México DF y San Pablo.

2. Comparar algunos de los programas existentes en estas ciudades para atender a los(as) adolescentes y evaluar sus potencialidades y limitaciones, con el propósito de contribuir al desarrollo de las políticas y estrategias públicas dirigidas a la atención de la salud sexual y reproductiva de los(as) adolescentes.

3. Hacer recomendaciones con el fin de mejorar el diseño e implementación de los programas de salud reproductiva en función de los acuerdos internacionales, así como de las necesidades y expectativas de los proveedores de servicios y de los usuarios.

En los tres países se utilizó el mismo diseño e instrumentos de investigación con la intención de garantizar la comparación de los datos obtenidos. Distintas fuentes y metodologías fueron utilizadas para producir el conjunto de resultados: a) una apreciación de las estrategias de implementación de los programas, así como de las barreras, los facilitadores políticos e institucionales y de otra índole que han emergido en el curso de su implementación, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a planificadores y funcionarios; b) un análisis de los documentos de los programas, teniendo en cuenta su adecuación con los lineamientos de El Cairo y Beijing; c) una apreciación de las características de los servicios ofrecidos, a partir de entrevistas semiestructuradas a los prestadores de servicios, y d) una aproximación a las expectativas de las y los adolescentes usuarios vinculadas a las características de los servicios, a partir de entrevistas semiestructuradas a los beneficiarios de los programas seleccionados.

Para el caso del Distrito Federal, seleccionamos dos servicios de atención: un módulo del Programa de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes “En Buen Plan” de la Secretaría de Salud, para documentar los servicios que se ofrecen en el primer nivel de atención y el Programa Educativo para Adolescentes (Prea) de un hospital ginecostétrico dependiente de la Secretaría de Salud, para analizar las modalidades de atención en una institución hospitalaria, correspondiente al segundo nivel de atención.

Finalizado el trabajo de campo a mediados del mes de agosto, se inició la interpretación de la información obtenida, proceso que dio origen a un informe con resultados preliminares, presentado y discutido en el Seminario que se llevó a cabo en El Colegio de México el 9 de noviembre de 1999 y que contó con la presencia de encargados de las políticas y los programas tanto del sector público como de las ONG y de proveedores de servicios para adolescentes e investigadores interesados en el tema de estudio. Dicho encuentro tuvo como principal objetivo recibir sugerencias de los participantes tendientes a revisar, mejorar y enriquecer el informe preliminar. Esta presentación se estimó muy importante en tanto propició un ambiente de diálogo entre los diferentes sectores enfocados al estudio y la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, favoreciendo la retroalimentación y enriquecimiento en problemáticas comunes. Durante el mismo las perspectivas de los planeadores de programas, de los proveedores de servicios y de los propios investigadores tuvieron oportunidad de confrontarse positivamente, visualizándose puntos posibles para la acción en la atención de la salud reproductiva de este conjunto de la población.

El documento que aquí presentamos contiene los resultados del estudio correspondiente a la Ciudad de México y está compuesto por una introducción, seis capítulos y un anexo metodológico. En la introducción se exponen los acuerdos y recomendaciones emanadas de la CIPD y de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer con relación a los programas y servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, recomendaciones a partir de las cuales analizamos los programas y servicios elegidos.

El capítulo 1 ilustra el contexto socioeconómico, demográfico y epidemiológico de la población adoles-

cente del Distrito Federal. En el capítulo 2 se hace un breve recuento del sistema de salud en México y de los antecedentes de los actuales servicios de salud reproductiva para adolescentes. Asimismo, se explicitan los criterios de selección de los programas seleccionados para el estudio y se presentan sus principales ejes a partir de un análisis de los documentos programáticos. El tercer capítulo ofrece una caracterización de los servicios, pertenecientes al primer y segundo nivel de atención, donde se realizó el trabajo de campo, el cual incluye una descripción tanto del personal de salud como de la población asistida. En el cuarto capítulo abordamos la perspectiva de los proveedores de servicios respecto de los principales problemas de salud reproductiva de las y los adolescentes y en el quinto, el punto de vista de los propios adolescentes en relación con los servicios ofrecidos. Para concluir, en el capítulo 6 enunciamos los principales resultados derivados de la investigación así como un conjunto de recomendaciones que intentan aportar a la calidad de los servicios públicos de atención de la salud adolescente. Por último, el anexo 1 contiene las guías de entrevistas y los formularios de consentimiento informado.

Conviene advertir al lector que el hecho de que tomemos como punto de partida la definición de adolescencia que los programas analizados consideran, así como su propia perspectiva de lo que constituyen problemas de salud a los que hay que enfocar dichos programas no implica que personalmente compartamos totalmente esta visión.

Como numerosos trabajos han evidenciado, la adolescencia es un concepto histórica y socialmente construido surgido en la primera mitad del siglo XIX como producto de los cambios posteriores a la revolución industrial, que se fue generalizando en las sociedades occidentales desde finales del XIX y principios del XX. Si bien existe la tendencia a considerar como adolescentes a los individuos entre los 13 y 19 años, desde nuestro punto de vista la adolescencia, en términos socioculturales, es el periodo de transición entre la niñez y la adultez, el cual puede o no existir y cuyo significado y extensión son muy variables en diversos contextos sociales y culturales. En el caso de México, país pluriétnico y multicultural, donde las condiciones de vida son muy distintas entre los diferentes grupos sociales que lo componen, si tenemos en cuenta

el medio urbano y el rural, la población indígena, las diferencias socioeconómicas, culturales y regionales, es evidente que este periodo presenta una enorme variación y diversidad (Kett, 1993 y Nauhardt, s.f., citado por Stern y García, 1999).

En estrecha relación con una definición universal de adolescencia para todos los sectores sociales que componen nuestro país, gran parte de las políticas y programas sociales, de población, salud y educación enfocados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, comparte una valoración negativa del embarazo en este periodo de la vida. Aunque esta valoración está posiblemente aún imbuida por valores “tradicionales”, aún muy extendidos en la sociedad mexicana, que sancionan negativamente el ejercicio de la sexualidad premarital y, particularmente durante la adolescencia, en el sector salud puede atribuirse a la creencia, muy arraigada en dicho sector, de que los embarazos en esas edades conllevan graves riesgos para la salud de la madre y del niño, por lo cual debieran ser

evitados (“prevenidos”) y, dada su ocurrencia y los riesgos que conllevan, debieran ser atendidos de manera especial.¹

Desde nuestra perspectiva, sin embargo, el embarazo adolescente y sus consecuencias, implicaciones y significados que presenta para la joven, su pareja, su grupo familiar y comunitario, es muy distinto en los diversos contextos socioculturales y se presenta en magnitudes y con características diferentes en cada uno de éstos, por lo que se requeriría de políticas diversas que, sustentadas por investigaciones que den cuenta de la particularidad que asume en cada uno de los sectores, lo aborden adecuadamente respondiendo mejor a las características y necesidades de la población de cada uno de ellos.²

¹ Para una revisión crítica de los argumentos esgrimidos en la definición del embarazo adolescente como un problema público en México, véase Stern (1997).

² Sobre este argumento véase Stern (1995).

AGRADECIMIENTOS

Queremos dejar constancia y agradecer sinceramente la colaboración prestada por el doctor Gregorio Pérez Palacios, entonces titular de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud; por el licenciado Fernando Beltrán, subdirector de Atención en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes de la Secretaría de Salud; por la doctora Celia J. Pérez Fernández, coordinadora de Hospitales de la Secretaría de Salud y por la doctora Mirella Loustalot Laclette

San Román, directora general de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Las normas de anonimato que animan esta investigación no nos permiten identificar a otras autoridades y personal de salud, a los que agradecemos su constante y amable atención durante el periodo de trabajo de campo, así como también a las y los adolescentes que nos dieron su palabra y a otros informantes que nos brindaron su valioso testimonio.

México DF, junio de 2001.

ÍNDICE DE SIGLAS

AA	Alcohólicos Anónimos
AMGIJ	Asociación Mexicana de Ginecología Infanto-Juvenil
AMSA	Asociación Mexicana para la Salud de los Adolescentes
CAA	Clínica para la Atención del Adolescente
Cavi	Centro de Atención a la Violencia Familiar
CGPPFSEINP	Clínica de Ginecología Pediátrica, Planificación Familiar y Servicio de Endocrinología del Instituto Nacional de Pediatría
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
Conadic	Consejo Nacional contra las Adicciones
Conapo	Consejo Nacional de Población
Conasida	Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida
Cora	Centro de Orientación para Adolescentes
CSSSADF	Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal
DDF	Departamento del Distrito Federal
DF	Distrito Federal
DGPF	Dirección General de Planificación Familiar
DGPS	Dirección General de Promoción a la Salud
DGSR	Dirección General de Salud Reproductiva
DIA	Programa de Desarrollo Integral del Adolescente
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DSSPGDF	Dirección de Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal
GAAPP	Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población
GDF	Gobierno del Distrito Federal
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
GISR	Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva
HIM	Hospital Infantil de México
HMIJ	Hospital Materno Infantil Inguarán
IES	Institutos Estatales de Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mexfam	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
Pemex	Petróleos Mexicanos
PHANM	Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre
PNASRA	Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes
PNPAIMA	Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes

PNSRPF	Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar
PRD	Partido de la Revolución Democrática
Prea	Programa Educativo para Adolescentes
PRI	Partido Revolucionario Institucional
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIETS	Servicios Integrales de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual
SNM	Sanidad Naval y Militar
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSDF	Servicios de Salud del Distrito Federal
SSA	Secretaría de Salud

INTRODUCCIÓN¹

Para analizar los programas y las modalidades de la atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, nuestro marco de referencia recupera los consensos y las principales recomendaciones emanadas de la CIPD y de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en donde esta problemática fue objeto de discusión particular.

En la primera de estas conferencias, los países signatarios se comprometieron a desarrollar las acciones dirigidas a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y asegurar el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos. El Programa de Acción de la CIPD insta a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a desarrollar programas que aborden los aspectos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con el objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. En él se enfatiza la necesidad de que los países eliminen las barreras legales, normativas y sociales que restringen el acceso de los jóvenes a la información y a los servicios de salud reproductiva a la vez que define aspectos necesarios para poner al alcance de los jóvenes incluyendo:

- información y consejería sobre planificación familiar,
- servicios clínicos para adolescentes sexualmente activos,
- servicios para adolescentes embarazadas,
- consejería en aspectos como el género, la violencia, la conducta sexual responsable, las enfermedades de transmisión sexual, y
- prevención y tratamiento del abuso sexual y del incesto.

En el Programa se especifica que los servicios deberán salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento con base en una información correcta, respetando los valores culturales y las creencias religiosas; y, reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y de otras personas legalmente responsables de los adolescentes respecto de la orientación apropiada en cuestiones sexuales y reproductivas, señala que los países debieran asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de salud no limiten el acceso de los adolescentes a la información ni a los servicios que requieran.

Por su parte, la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer incluye similares referencias a la salud reproductiva y a los programas para adolescentes. Se parte de considerar que el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva para las adolescentes es aún inadecuado o incompleto y que los derechos de las mujeres jóvenes a la privacidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento informado frecuentemente no son considerados.

También enfatizó el hecho de que las adolescentes son biológica y psicológicamente más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia, la prostitución y las consecuencias de relaciones sexuales tempranas y no protegidas. La experiencia sexual temprana, unida a la falta de información y de servicios, incrementa el riesgo de embarazos no deseados o muy tempranos, infección por VIH y otras ETS, así como abortos no seguros. La maternidad temprana se constituye en un obstáculo para la elevación del estatus educativo, económico y social de las mujeres y de sus hijos en todas las partes del mundo, de ahí que los gobiernos, en cooperación con las ONG, los medios de comunicación, el sector privado y las organizaciones internacionales, deberán trabajar en programas y servicios preventivos tendientes a promover la salud de las mujeres jóvenes.

¹ Con apoyo en la introducción general de "Reproductive health programs for adolescents. The cases of Buenos Aires, México DF and Sao Paulo", escrita por Mónica Gogna del CEDES (en prensa).

Partiendo de un reconocimiento de las necesidades específicas de las adolescentes, estos programas y servicios deberán comprender:

- Información y educación sobre salud sexual y reproductiva, que incluya ETS y VIH/Sida.
- El reconocimiento de los derechos y responsabilidades de los adolescentes y de los derechos y deberes de los padres para hacerlos responsables de su sexualidad.
- La incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas.
- La eliminación de la discriminación en contra de las jóvenes en salud, educación y nutrición.

Los esfuerzos realizados hasta el momento en esta materia llevan a constatar que ha habido importantes progresos. Son cada vez más los países que están formulando políticas y programas de salud reproductiva que contemplan una constelación de servicios para las y los adolescentes. En algunas partes, los adolescentes están ya participando en el desarrollo y evaluación de los programas. Sin embargo, aún se mantiene el desafío de desarrollar programas eficaces enfocados a mejorar la salud reproductiva de este conjunto de la población.

Además de proporcionar información y servicios clínicos apropiados, los programas deben ayudar a los jóvenes a desarrollar capacidades importantes como el aprender a tomar decisiones; también es necesario que en los programas se tomen en cuenta los condicionantes contextuales que influyen en las elecciones de los adolescentes. Los programas enfocados a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes deben conocer y tomar en cuenta los diversos factores que influyen en la vida de los jóvenes, como el impacto de la pobreza, la desigualdad entre los géneros, las restricciones legales y las diferentes expectativas que operan en el contexto social y cultural de pertenencia. Es imprescindible que los programas se adecuen a las necesidades de los adolescentes; los planificadores deben identificar claramente a qué grupo de adolescentes se desea llegar para luego involucrarlos de manera significativa en el desarrollo del programa.

Además de tomar en cuenta las diferencias más notorias entre los jóvenes, tales como el sexo, la edad y el estado civil, se debe reconocer que entre los jóvenes hay diferencias en cuanto a su experiencia sexual: están aquellos que aún no han iniciado su vida sexual,

los que tienen una vida sexual activa y que no han experimentado ninguna consecuencia para su salud, como un embarazo no deseado o una ETS, y aquellos que mantienen una vida sexual activa y han experimentado alguna consecuencia adversa para su salud (Kilbourne-Brook, 1999).

La experiencia ha demostrado que los programas exitosos son los que proporcionan una consejería adecuada, servicios clínicos apropiados y ayudan a que los jóvenes desarrollen ciertas capacidades que les permitan hacer elecciones que redunden positivamente en su bienestar. En líneas generales, estos programas:

- se enfocan a disminuir las conductas que favorecen la infección por ETS/VIH y los embarazos no deseados,
- proporcionan información básica y precisa sobre los riesgos de una relación sexual sin protección,
- enseñan a los jóvenes a postergar las relaciones sexuales si así lo deciden y a usar los anticonceptivos,
- consideran las influencias sociales y culturales y de los medios de comunicación sobre la conducta sexual,
- desarrollan habilidades de comunicación,
- inculcan conductas que ayudan a las jóvenes a rehusarse a las relaciones sexuales no deseadas y fomentan una conducta sexual responsable (Kilbourne-Brook, *op.cit.*).

Un aspecto importante a considerar es el uso eficiente y coordinado de los recursos clínicos y comunitarios existentes. Muchos adolescentes tienden a acudir a los consultorios como último recurso, pero se beneficiarían de programas comunitarios donde se les entregue información, se les proporcione consejería y condones. En tanto, los servicios clínicos pueden destinarse a la atención de aquellas/os adolescentes que necesitan atención prenatal, de parto, detección y tratamiento de ETS, entre otros servicios de salud reproductiva. Los programas deben manifestar respeto por las necesidades y las inquietudes de los jóvenes, incorporándolos en el diseño y la puesta en marcha de las actividades. Así también, es imprescindible que trabajen con los padres, los grupos comunitarios y las organizaciones religiosas a fin de obtener su apoyo y participación. Por último, es recomendable que los nuevos programas se desarrollen con base en experiencias que hayan demostrado ser exitosas, así como es necesario

que los programas tengan seguimiento, sean evaluados y documentados con el fin de que puedan replicarse sus logros (Kilbourne-Brook, *op.cit.*).

A partir de estas recomendaciones internacionales se analizaron los programas seleccionados desde el punto de vista de su adecuación a las mismas. Este análisis fue dirigido a tres aspectos básicos que corresponden a su formulación, ejecución e impacto en los beneficiarios. En la formulación se trató de identificar cómo ha sido planteado el problema que ha dado origen al programa, cómo se conceptualiza el fenómeno objeto del programa —en nuestro caso la salud reproductiva de las y los adolescentes—, cuáles han sido

las fuentes de referencia y desde qué parámetros se construyó. Asimismo, se analizaron sus principales objetivos. En otras palabras, se trató de reconstruir el proceso mediante el cual se plasmó el programa. En la ejecución se estudió la concordancia entre los objetivos y las líneas de acción propuestas así como la identificación de aquellos elementos que posibilitaron u obstaculizaron la ejecución de las metas enunciadas. Por último, en el impacto se trató de recuperar el punto de vista de los usuarios en relación con los servicios recibidos y el grado en que éstos satisficieron sus demandas.

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO, DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL DISTRITO FEDERAL

Situación general: población, desigualdad y pobreza

El Distrito Federal, capital del país, tuvo en 1995 8.5 millones de habitantes, sin contar a otros 10 millones, aproximadamente, que vivieron en el área conurbada de la ciudad. El grupo de edad de 10 a 14 años representaba 9.2% de la población y el de 15 a 19 años, 10%. El índice de masculinidad de este último grupo fue de 93.8. (Conapo, 1996).

Desde el punto de vista de la situación general del país, el Distrito Federal es una entidad privilegiada en términos de su nivel socioeconómico, así como de las condiciones de escolaridad y de salud de la población. No obstante, subsisten rezagos importantes que afectan a la población adolescente y se incrementan una serie de riesgos que los afectan.

Las estadísticas disponibles ocultan los elevados índices de desigualdad y de pobreza que existen en la capital, los cuales se han incrementado en los últimos lustros. Un indicador de ello es que casi la mitad de la población ocupada que tuvo algún ingreso en 1996, obtuvo menos de dos salarios mínimos mensuales¹ (Gobierno de la Ciudad de México, 1999:16). La población adolescente y joven que vive en condiciones de alta y muy alta marginalidad en el Distrito Federal corresponde a más de 15% de la población total (Íbid.:61).

Escolaridad, actividad económica y desempleo

En términos del nivel educativo de los adolescentes, tomando como base el grupo de edad de 15 a 24 años,

¹ En los últimos 16 años, el salario mínimo ha perdido casi 70% de su poder adquisitivo, por lo que también ha perdido el sentido original que tenía como una medida standard de ingreso necesaria para sostener una familia promedio de cinco miembros por encima de la línea de pobreza. En la actualidad, se requiere más de cinco salarios mínimos para cumplir con este propósito.

5% no terminaron la escuela primaria, 11.8% sólo completaron la primaria y 81.6 continúa estudiando más allá de este nivel.

Sin embargo, a pesar de las mejoras continuas en los niveles de escolaridad, cuatro de cada diez adolescentes de 15 a 19 años de edad no asisten a la escuela y más de una tercera parte de estos últimos tampoco trabaja (Íbid.:21). La tasa de desempleo abierto² para este grupo de la población es de 15.6 por ciento (Íbid.:19).

En el Distrito Federal 2.8% de la población de 12 a 14 años informó ser económicamente activo y esto fue reportado por 19.4% del grupo de 15 a 19 años. Al comparar la información del Distrito Federal con los datos nacionales, se observa que la proporción de población activa en la Ciudad de México era mucho menor que la reportada a nivel nacional en los grupos de edad considerados (cuadro 1).

Datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) señalan que en 1990, el tipo de actividad reportado con mayor frecuencia para la población adolescente del país fue empleado u obrero, tanto para el grupo de 12 a 14 años (35.3%) como para el grupo de 15 a 19 (59.8%). Es importante señalar que una proporción considerable de ambos grupos se empleó en trabajos familiares sin recibir paga alguna (13.7 y 5.7% respectivamente). Poco menos de la cuarta parte de los hombres de 12 a 14 y de 15 a 19 años se empleó como jornalero o peón y 20.5% del primer grupo y el 16.1% del segundo trabajó por cuenta propia. En el caso de las mujeres, destacó para ambos grupos el trabajo como empleadas u obreras (cuadro 2).

De acuerdo con los datos del XI Censo General de Población y Vivienda, para el país en su conjunto

² El desempleo abierto es definido como la población que busca trabajo y que trabajó menos de una hora durante la semana previa al censo o encuesta.

Cuadro 1
Participación económica de los adolescentes. Datos nacionales, 1990

<i>Años y grupos de edad</i>	<i>Población total</i> %	<i>Hombres</i> %	<i>Mujeres</i> %
Nacional			
12 a 14 años	(n=5 949 400)	(n=2 966 811)	(n=2 982 589)
Activa	7.3	11.1	3.4
Inactiva	87.1	82.8	91.4
15 a 19 años	(n=9 220 432)	(n=4 489 886)	(n=4 730 546)
Activa	31.9	46.8	17.8
Inactiva	68.1	53.2	82.2
Distrito Federal			
12 a 14 años	(n=534 362)		
Activa	2.8		
15 a 19 años	(n=1 242 149)		
Activa	19.4		

Fuentes: INEGI, 1993a, *Los jóvenes en México*. _____. 1993b, *Los niños en México*. _____. 1991, *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*.

Cuadro 2
Tipo de actividad a nivel nacional, según sexo. Datos nacionales, 1990

<i>Grupos de edad</i>	<i>Población total</i> %	<i>Hombres</i> %	<i>Mujeres</i> %
12 a 14 años	(n=418 575)	(n=320 929)	(n=97 640)
Empleado u obrero	35.3	27.2	61.8
Jornalero o peón	23.7	26.3	15.1
Trabajador por su cuenta	17.9	20.8	8.3
Trabajador familiar no remunerado	13.7	16.6	3.9
No especificado	9.5	9	10.8
15 a 19 años	(n=2 943 011)	(n=2 101 723)	(n=841 288)
Empleado u obrero	59.8	50.3	83.6
Jornalero o peón	15.8	20.3	4.4
Trabajador por su cuenta	12.9	16.1	5.1
Patrón o empresario	0.4	0.4	0.3
Trabajador familiar no remunerado	5.7	7.4	1.5
No especificado	5.4	5.5	5.1

Fuentes: INEGI, 1993a, *Los jóvenes en México*. _____. 1993b, *Los niños en México*. _____. 1991, *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*.

38.9% de los adolescentes de 12 a 14 años percibía en 1990 menos de un salario mínimo mensual y 45% de los jóvenes de 15 a 19 años recibía de uno a dos salarios mínimos. En ambos grupos, muy pocos adolescentes reportaron tener un ingreso superior a los tres salarios mínimos, siendo esto más evidente entre los de menor edad. Aproximadamente cuatro hombres por

cada mujer en ambos grupos no recibían ingresos económicos; en las otras categorías se mantuvo una proporción similar entre ambos sexos, excepto en la categoría de percepción menor a un salario mínimo, en la cual el porcentaje de mujeres fue mayor al de hombres (cuadro 3).

Cuadro 3
Nivel salarial mensual en población de 12 a 14 y de 15 a 19 años. Datos nacionales, 1990

<i>Grupos de edad</i>	<i>Población total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
12 a 14 años	(n=418 575)	(n=320 929)	(n=97 640)
No recibe	24.2	29.4	7.5
Menos de 1	38.9	35	52
De 1 a 2	24.7	23.4	28.9
Más de 2 y menos de 3	2.8	2.9	2.2
De 3 a 5	0.8	0.8	0.7
Más de 5	1	1	1
15 a 19 años	(n=2 943 011)	(n=2 101 723)	(n=841 288)
No recibe	11.1	14.4	3
Menos de 1	27.3	24	35.6
De 1 a 2	44.9	43.3	48.8
Más de 2 y menos de 3	8.3	9.3	5.9
De 3 a 5	2.3	2.6	1.6
Más de 5	1.7	1.7	1.4

Fuentes: INEGI, 1993a, *Los jóvenes en México*. ____, 1993b, *Los niños en México*. ____, 1991, *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*.

Sexualidad, nupcialidad, fecundidad y anticoncepción

La edad mediana de las mujeres del Distrito Federal a la primera unión (24.6 años para la generación nacida entre 1967 y 1971) se ha ido incrementando (Conapo, 1996:4) y la fecundidad adolescente ha disminuido significativamente. Para el país en su conjunto, la fecundidad adolescente disminuyó 42.8% entre 1970 y 1995, de 126 por mil a 74 por mil (cuadro 4). No tenemos información comparable para el Distrito Federal, pero la fecundidad adolescente debe haber disminuido en la capital tanto o más que a nivel nacional en dicho periodo, ubicándose por abajo de 50 por mil en 1995 (Conapo, 1996). Sin embargo, los nacimientos que ocurren en mujeres menores de 20 años siguen siendo una proporción elevada (13.5%) del total y de un nivel de magnitud (23 mil anuales) que preocupa a las autoridades de salud (Conapo, 1996:3), a pesar de que una buena proporción de ellos ocurre entre mujeres unidas o casadas.

A nivel nacional, en 1990, el número de mujeres entre 12 y 14 años con hijos era de 12 720 lo que representaba 0.04% del total de mujeres de ese grupo de edad, mientras que en el grupo de 15 a 19, el número de mujeres con hijos era de 511 642, lo que representaba 10.43% del total (INEGI, 1993a).

En nuestro país, la proporción de mujeres que tuvieron su primera experiencia sexual a edades tempranas (antes de los 16 años) se redujo de 20.2% en la cohorte 1940-1949 a 10.9 en la cohorte de 1965-1969. Sin embargo, en las áreas rurales la fracción de mujeres cuya primera relación sexual aconteció antes de los 16 años es casi el doble que en las zonas urbanas y es casi cinco veces mayor en las mujeres sin instrucción respecto de las que concluyen la primaria (Conapo, 1996:13). Aunque no se cuenta con información sistemática para el Distrito Federal, parece que la edad de inicio sexual ha decrecido significativamente en los últimos quince años (véase la gráfica 1).³

Por otra parte, a nivel nacional la prevalencia en el uso de anticonceptivos entre los adolescentes es aún insuficiente, aunque se ha ido incrementando. Mientras que en 1992 el porcentaje de mujeres unidas de 15 a 19 años que usaba métodos anticonceptivos era de 36.4, en 1995 fue de 36.1 y en 1997 ascendió a 45

³ La información en que se basa esta afirmación descansa en la comparación de resultados de diferentes encuestas realizadas entre 1983 y 1998. Sin embargo, dichas encuestas no son estrictamente comparables, por lo que habría que realizar análisis con base en otras fuentes de datos que proporcionen información comparable, y así verificar la tendencia.

Cuadro 4
Tasas específicas de fecundidad*. Datos nacionales, 1974-1996

Grupo de edad	1974 (1)	1978 (2)	1982 (2)	1986 (3)	1991 (4)	1995 (5)	1996 (6)
15 a 19 años	130	132	105	84	82	75	74

* Niños nacidos por cada mil mujeres

Fuentes:

(1) Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976.

(2) Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

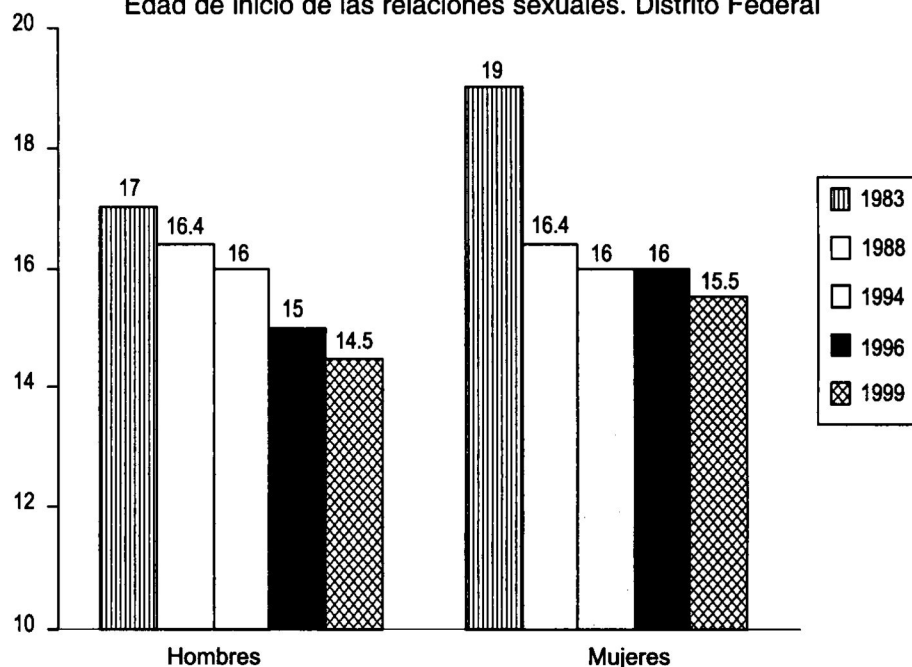
(3) Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.

(4) Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992.

(5) Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.

(6) Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Gráfica 1
Edad de inicio de las relaciones sexuales. Distrito Federal



Fuentes: Cuevas y Wulfert, 1983; Pick, Aguilar y Rodríguez, 1988; Alfaro y Díaz Loving, 1994; Vélez, 1996; Fleiz *et al.*, 1999

(Conapo, 1997; 1999). La proporción de embarazos no deseados en este grupo de la población (cercana a 40%), es muy elevada. Aunque no existe información confiable sobre los abortos inducidos, probablemente representen al menos una quinta parte de los embarazos en este grupo de edad.

Perfil epidemiológico

En términos del perfil epidemiológico de los adolescentes del Distrito Federal resaltan los siguientes hechos: la tasa de mortalidad del grupo de población de 15 a 19 años es muy diferente por sexo, siendo la de los varones (3.3 por mil) dos veces y media superior a

la de las mujeres (1.3 por mil) (INEGI, 1997a). Entre las causas de mortalidad de la población adolescente (véase el cuadro 5) resaltan los neoplasmas y los accidentes, que ocupan los primeros lugares en varones y en mujeres y en ambos grupos de edad (10 a 14 y 15 a 19 años). Entre las mujeres, ocupan también un lugar importante las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Las muertes maternas significaron el 8% del total de defunciones en el grupo de mujeres de 15 a 19 años. El Sida ocupa un lugar importante entre las causas de mortalidad de los varones de este grupo de edad (Conasida, 1999).

A nivel nacional, la población adolescente (10 a 19 años de edad) representó 2.1% de los casos acumulados de Sida, siendo la proporción de varones tres

Cuadro 5
Causas de muerte (porcentaje). Distrito Federal, 1998

	10-14 años		15-19 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Neoplasmas	36.2	48.2	26.0	33.0
Accidentes	18.9	12.0	23.0	11.0
Malformaciones congénitas	7.02	6.6	1.4	4.8
Enf. cardiovasculares	3.7	5.4	4.1	4.8
Enf. cerebrovasculares	3.2	-	1.4	-
Infec. respiratorias agudas	-	3.6	2.3	4.8
Causas maternas	-	-	-	8.0
Sida	-	-	1.4	-
Otras	30.98	24.2	40.4	33.6

Nota: Los datos que nos fueron proporcionados se presentan agrupados de acuerdo con los programas prioritarios definidos por la SSA, por lo que puede haber otras causas de muerte importantes para los grupos de edades adolescentes que hayan sido subsumidas en la categoría de otras causas. Tal es el caso, probablemente, de homicidios, suicidios y lesiones inflingidas por otras personas, que aparecen especificadas como importantes en otras fuentes de información.

Fuente: Datos proporcionados por el *Departamento de Estadística e Informática de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 1999.*

veces mayor que la de mujeres. Por otra parte, es preocupante el hecho de que uno de los mayores incrementos en la proporción de personas con Sida esté ocurriendo en el grupo de 20 a 24 años de edad, ya que una buena proporción de ellos seguramente contrajo la infección antes de los 20 años (Conasida, 1999).

De los casos de Sida reportados en México hasta diciembre de 1998, en el grupo de hombres de 10 a 14 años, las tres principales vías de transmisión fueron: hemofilia (34.1%), transfusión sanguínea (30.2%) y relaciones homosexuales (6.2%), las restantes comprenden un 29.5%. Para las mujeres, del mismo grupo de edad las tres principales vías de transmisión fueron: la transfusión sanguínea (44.7%), la vía perinatal (10.6%) y las relaciones heterosexuales (8.5%), el porcentaje restante no se encuentra documentado (36.2%). En el grupo de 15 a 19 años, la transmisión entre los hombres se dio principalmente por vía sexual, por relaciones homosexuales (32.8%), heterosexuales (17.6%) y bisexuales (16.4%), las restantes causas de transmisión corresponden a 32.2%; entre las mujeres la principal vía de transmisión fueron las relaciones heterosexuales (50%) seguida de las transfusiones sanguíneas (20.1%) y el uso de drogas (3.5%), no estando documentadas 26.4 por ciento.

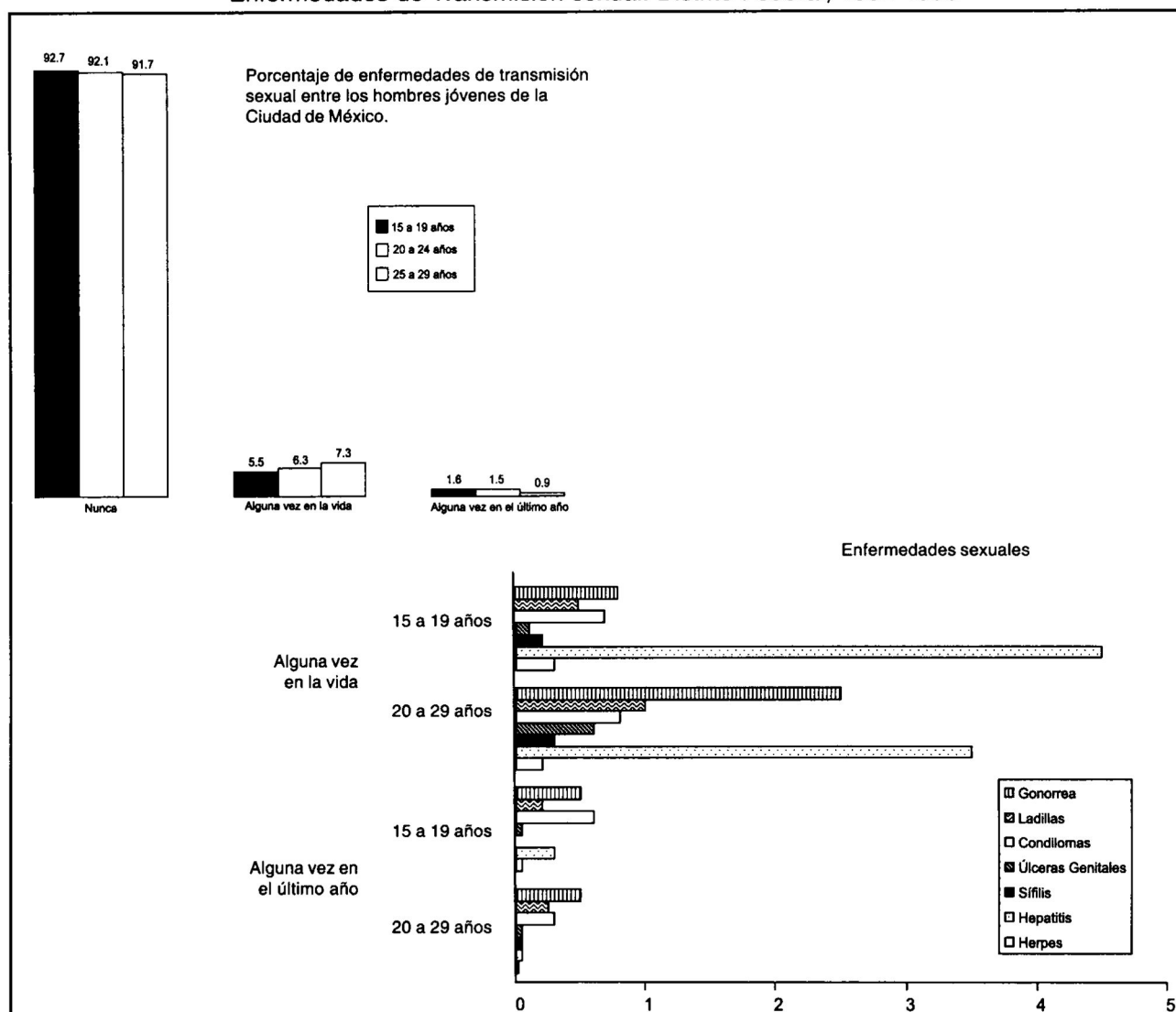
Respecto de otras enfermedades de transmisión sexual, existe poca información sobre la incidencia y prevalencia entre los adolescentes. Sin embargo, algunos de los datos con que se cuenta derivan de una

encuesta realizada por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) durante 1992-1993 en una muestra probabilística de personas de sexo masculino de 15 a 60 años residentes en el Distrito Federal. Los resultados de esta encuesta reflejan que aproximadamente 5% de los adolescentes de 15 a 19 años ha padecido una enfermedad sexualmente transmisible alguna vez en su vida y 1.6% presentó este tipo de enfermedades durante el año anterior a la encuesta. En cuanto al tipo de enfermedad, este grupo reportó haber padecido: hepatitis (4.7% alguna vez en la vida y 0.17% en el año anterior a la encuesta), gonorrea (0.77 y 0.41%) y condilomas (0.72 y 0.53%) (gráfica 2).

El cuadro 6 muestra las principales causas de egreso hospitalario para la población total en el Distrito Federal (no existe información disponible para la población adolescente). La causa principal de egreso hospitalario entre la población femenina son las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, seguida por tumores y enfermedades del aparato respiratorio. Entre los hombres, los traumatismos y envenenamientos fueron la primera causa, seguida por enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo.

Otro aspecto preocupante es el incremento en el rubro de adicciones en la población adolescente. El tabaquismo, el consumo de alcohol y el de drogas aumentan año con año, a la par que disminuye la edad de inicio del consumo. Los resultados de las mediciones

Gráfica 2
Enfermedades de Transmisión sexual. Distrito Federal, 1992-1993



Nota: Porcentajes obtenidos por grupo de edad.

Fuente: Encuesta sobre comportamiento sexual en la Ciudad de México 1992-1993, Conasida, 1994

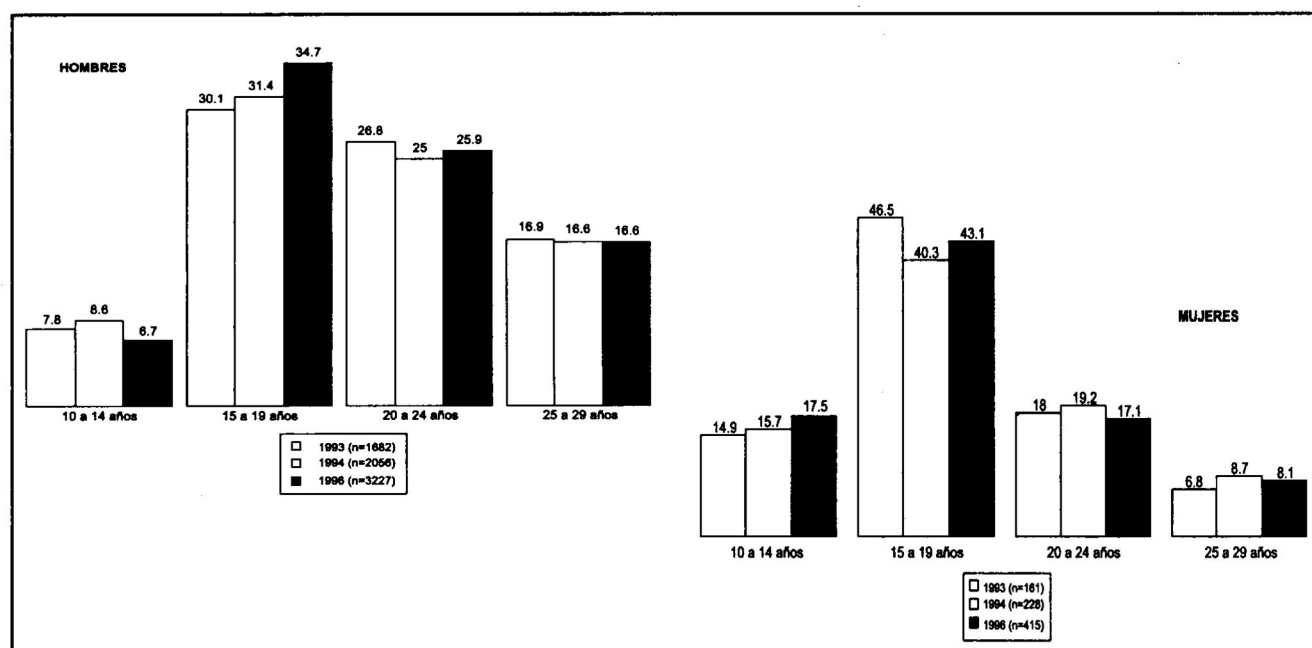
Cuadro 6
Principales causas de egresos hospitalarios Distrito Federal, 1995

	Mujeres (n=99 777) %		Hombres (n=54 176) %
Complicaciones embarazo, parto, puerperio	44.5	Traumatismos y envenenamientos	23.4
Tumores	7.9	Enf. aparato respiratorio	13.5
Enf. aparato respiratorio	5.7	Enf. aparato digestivo	9.3
Traumatismos y envenenamientos	5.6	Tumores	8.7
Enf. aparato genitourinario	3.7	Enf. infecciosas y parasitarias	8.2

Fuente: "Daños a la Salud". *Boletín de Información*, vol. 2, núm. 15, SSA, 1995.

Gráfica 3

Pacientes farmacodependientes atendidos en los Centros de Integración Juvenil. DF, 1993, 1994, 1996.

Fuente: INEGI, 1997, *Anuario Estadístico del D.F.*

realizadas en el Distrito Federal durante los últimos años con estudiantes de enseñanza media y media superior demuestran cómo el consumo de tabaco se ha ido elevando en esta población. De 46.5% en 1991 ascendió a 55.4 en 1997. En cuanto a la prevalencia por sexo, en 1997 el consumo de tabaco fue más elevado entre los hombres que entre las mujeres. En relación con el consumo de otras drogas, el hecho de que el consumo de cocaína haya pasado a ocupar el segundo lugar de importancia en esta población, después de la marihuana, es alarmante (Conadic y SSA, 1999).

El número de casos atendidos en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en el Distrito Federal, institución de asistencia social dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia, aumentó casi en cien por ciento, de 1993 a 1996, en el caso de los hombres y en 150% en el caso de las mujeres. Del total de hombres y mujeres que acudieron a tratamiento, el mayor porcentaje tenía entre 15 y 19 años (gráfica 3).

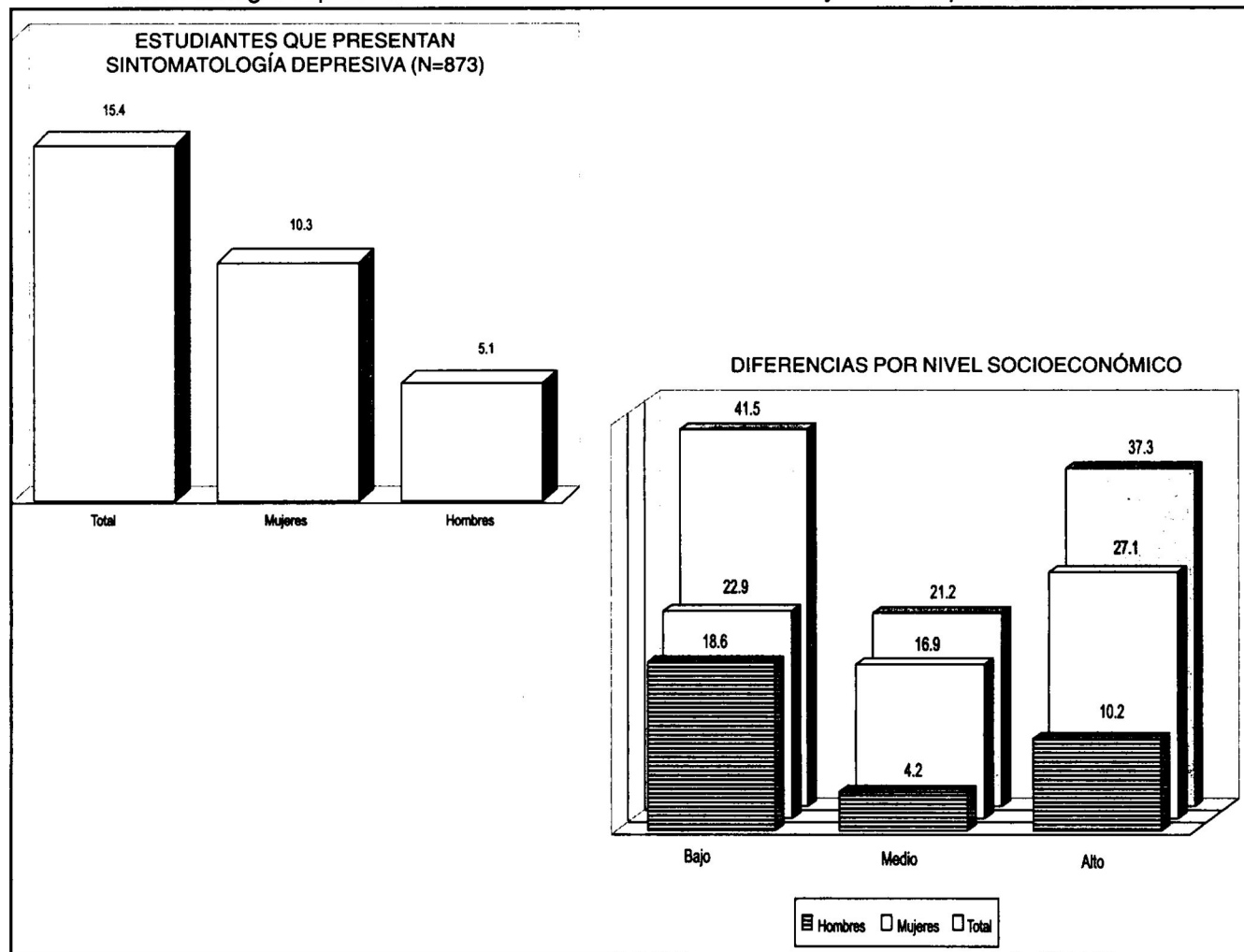
En lo que respecta a trastornos mentales, en nuestro país existe poca información epidemiológica sobre su prevalencia en este sector de la población, aunque se ha reconocido que este tipo de trastornos constitu-

yen un importante problema entre los adolescentes. En un estudio realizado por Mariño y Medina-Mora (1994) con 873 estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, se encontró que 15.4% de los estudiantes presentaron niveles altos de sintomatología depresiva, siendo éstos más elevados entre las mujeres que entre los hombres (2 mujeres por cada hombre). El mayor número de estudiantes que presentaron niveles altos de sintomatología depresiva pertenecía a un nivel socioeconómico bajo; sin embargo, las diferencias más importantes entre hombres y mujeres se observaron en los niveles medio y alto (gráfica 4).

La información sobre ideación suicida⁴ muestra que 47% de los estudiantes encuestados presentaron al menos un síntoma de la misma en el año anterior al estudio, 17% reportó haber pensado quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro síntomas que se estudiaron (“no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos de muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto” y “pensé en matar-

⁴ Proviene de la Encuesta nacional sobre consumo de drogas entre la comunidad escolar (IMP y SEP, 1991) del Distrito Federal. Los resultados se basan en un total de 3 459 estudiantes entre 11 y 21 años, 51% hombres y 49% mujeres.

Gráfica 4
Sintomatología depresiva en estudiantes de enseñanza media y media superior, D.F., 1994



Fuente: Mariño y Medina-Mora, 1994, *La Psicología Social en México*, vol. 5

Cuadro 7
Ideación suicida en estudiantes de enseñanza media y superior. Distrito Federal, 1991

	Presencia de al menos un síntoma de ideación (n=1 652) %	Estudiantes en muestra (n=3 459) %
Sexo		
Hombre	47.9	51.0
Mujer	52.1	49.0
Edad		
<=13 años	47.4	44.6
14 años	18.1	15.9
15 años	10.8	11.9
16 años	8.4	9.9
17 años	7.4	8.6
18 años	3.5	4.7
>=19 años	4.4	4.4

Fuente: López *et al.*, *Salud Mental*, 18(4), 1995.

me”). La presencia de al menos un síntoma de ideación suicida se observó en una proporción ligeramente mayor entre las mujeres, con algunas variaciones por grupos de edad entre los 13 y los 19 años (cuadro 7).

Por último, otro problema importante de salud que afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres adolescentes es la violencia familiar. De acuerdo con información suministrada por el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), de enero a septiembre de 1997 en el Distrito Federal, de todos los casos recibidos (9 691) un 85.6% correspondió al sexo femenino, mientras que sólo 14.4% al masculino. La distribución por rango de edad señala que el grupo de 13 a 17 años concentra 3.2%, en tanto que el de 18 a 24 años representó 18.7% (el segundo más alto de todos los grupos de edad) (cuadro 8).

Cuadro 8
Casos de violencia familiar atendidos
en el Centro de Atención a la Violencia
Intrafamiliar, D.F.
Distribución por rango de edad.
Enero-septiembre, 1997

Edad	%
0 a 6 años	0.4
7 a 12 años	0.9
13 a 17 años	3.2
18 a 24 años	18.6
25 a 29 años	18.7
30 a 34 años	18.2
35 a 39 años	15.8
40 a 44 años	9.6
45 a 49 años	5.5
50 a 54 años	3.4
más de 55 años	5.7
Total	100.0

Fuente: Gobierno del Distrito Federal, 1999. *Política Social del Gobierno del Distrito Federal. Información Estadística del Sector Social*, GDF, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, México.

Resumen

En síntesis, puede decirse que la situación de los y las adolescentes del Distrito Federal sigue siendo privilegiada en cuanto a sus posibilidades de acceso a la educación y a la salud, aunque ello oculta grandes desigualdades que no quedan reflejadas en las estadísticas disponibles.

Constituye una preocupación en aumento el contexto de violencia, inseguridad e incertidumbre sobre el futuro en el que viven los adolescentes, así como la adopción de comportamientos de riesgo que caracterizan a sectores crecientes de este grupo de población y que se ven reflejados en incrementos en la incidencia de accidentes, lesiones, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo Sida, y suicidios.

Deben esclarecerse también las causas del notable incremento en la mortalidad de adolescentes por neoplasmas, tanto entre varones como entre mujeres.

2. EL CONTEXTO DE ATENCIÓN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE

El sistema de salud en México

México cuenta con un sistema de salud mixto, compuesto por una variedad de proveedores públicos y de seguridad social, además de un amplio sector privado. El acceso a algunos de estos proveedores de atención se encuentra restringido a ciertos segmentos de la población, en tanto los recursos y la calidad varían de un servicio a otro.

A partir de 1982, la protección a la salud es un derecho constitucional. Con esto se busca que los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud con equidad y calidad. Para este propósito se cuenta con el Sistema Nacional de Salud¹ (SNS), el cual comprende los servicios de salud públicos y privados. Los primeros se encuentran divididos en dos grandes categorías: los que atienden a la población trabajadora que goza de un sistema de seguridad social (población derecho-habiente) y los dirigidos a la población que no está protegida por este sistema (población abierta o no derecho-habiente). La atención a los trabajadores del sector formal se ofrece mediante diferentes instituciones de seguridad social, que además ofrecen servicios como el seguro de invalidez y el de vejez, entre otros. Los servicios médicos de seguridad social cubren al trabajador y a su familia. Entre las instituciones de seguridad social se encuentran: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios de Sanidad Naval y Militar (SNM), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex) (Gómez de León, 1995:32).

¹ El SNS tiene como finalidad conjuntar los esfuerzos de todas las instituciones que tienen a su cargo la prestación de servicios de salud, bajo esquemas de coordinación y planeación racional, armonizando los programas sanitarios que llevan a cabo los gobiernos de los estados y los sectores social y privado.

Las instituciones que brindan servicios a la población abierta son: la Secretaría de Salud (SSA), el programa IMSS-Solidaridad, que cubre las comunidades rurales pobres, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios estatales de salud, así como los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF), Gobierno del Distrito Federal (GDF) desde diciembre de 1997. Aproximadamente 40% de la población tiene derecho a los servicios de alguna institución de seguridad social. Esta parte de la población se compone predominantemente de trabajadores formales urbanos, siendo la cobertura de la seguridad social limitada en las áreas rurales.

Los servicios privados, por su parte, están compuestos por médicos independientes y empresas privadas e incluyen servicios en todos los niveles de atención.

Los servicios que presta la Secretaría de Salud están organizados en tres niveles de atención, en orden creciente de complejidad. El primer nivel de atención es la puerta de entrada a los servicios de salud y comprende acciones dirigidas al individuo, la familia y la comunidad. Los servicios están enfocados a la salud preventiva, la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de padecimientos frecuentes. El segundo nivel otorga servicios de consulta externa especializada y de hospitalización a pacientes enviados desde el primer nivel así como a los que se presentan con urgencias médicas graves. Por último, el tercer nivel ofrece servicios curativos y de rehabilitación a pacientes enviados por los otros niveles que presentan padecimientos de alta complejidad y que requieren de tratamientos especializados.

En lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud, el 20 de agosto de 1996 el secretario de Salud, Juan R. de la Fuente suscribió con los 31 gobernadores y el jefe de Gobierno del Distrito Federal el acuerdo para la Descentralización de los Servicios de Salud, con el objeto de que los gobiernos esta-

tales se hicieran cargo de estos servicios para la población abierta (la que no posee ningún sistema de seguridad social) y diseñaran sus programas de acuerdo con sus necesidades sanitarias, creando los Institutos Estatales de Salud (IES). En 1998, este proceso concluyó con la entrega de instituciones hospitalarias, recursos materiales y humanos así como presupuestos a los gobiernos estatales y al Distrito Federal (Becerril, 1999).

La descentralización de los servicios de salud ha introducido cambios generales en la administración de estos servicios. En primer lugar, el descenso de la capacidad de toma de decisiones del nivel central y su transferencia al estatal ha permitido buscar fórmulas para reordenar la administración de los servicios, al tiempo que ha permitido avanzar en la determinación de competencias en los niveles locales, involucrando a las municipalidades en el cumplimiento de sus responsabilidades en materia de salud.

Antecedentes de la atención a la salud reproductiva de los adolescentes

En México, la instrumentación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (El Cairo, 1994) tenía como precedente un conjunto de acciones que podían inscribirse dentro de la esfera de competencia de la salud sexual y reproductiva, desarrolladas por las principales dependencias del sector salud, la entonces Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) de la SSA, el DIF, el Conasida y la Secretaría de Educación Pública (SEP), entre otras. Como en agosto de 1994 hubo elecciones federales y cambio de administración gubernamental, en los últimos meses de ese año y los primeros de 1995 se estaban diseñando políticas y programas sexenales, hecho que facilitó la incorporación de los compromisos de El Cairo, por lo que la salud reproductiva se introdujo como concepto y término en los planes de desarrollo, en las políticas públicas y en los programas institucionales. El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GISR), creado en febrero de 1995 y que reunió a los principales organismos públicos y representantes de instituciones de la sociedad civil involucrados en este campo, tuvo a su cargo la elaboración del Programa Nacional de Salud Reproduc-

tiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRPF). Podemos decir que este programa da respuesta programática a los retos formulados en la CIPD y retoma los principales problemas de la salud reproductiva. El programa se propone incorporar la perspectiva de género en todos los componentes y considera clave las estrategias de información, educación y comunicación. Ahora bien, si el concepto de salud reproductiva fue incorporado a los planes y programas más importantes del sector público, el siguiente paso fue difundirlo y propiciar su asimilación entre los prestadores de servicios y los usuarios (as). Esta asimilación del concepto y su enfoque no ha sido fácil. A pesar de que se han realizado grandes esfuerzos y múltiples acciones, continúan existiendo retos y problemas por resolver a partir de la descentralización de los servicios de salud y dentro de un marco de reducción o estancamiento de recursos públicos destinados a la salud (Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población CIPD+5, 1999).

La atención de la salud reproductiva de los adolescentes comienza a recibir una atención pública explícita en 1993, cuando la SSA estableció el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA) a través de la entonces Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) denominada, a partir de 1995, Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). En 1994, los principales grupos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ya tenían una larga trayectoria y trabajo consolidado y reconocido vinculado con la salud de adolescentes fueron convocados a una reunión para discutir el propósito de este programa y aportar sus experiencias. De este encuentro surgió la "Declaración de Monterrey" (GAAPP, 1995), documento que sienta las bases para iniciar y legitimar el programa, el que comienza a funcionar en ese mismo año en cinco entidades federativas.

No obstante, es necesario mencionar que México contaba anteriormente con una gran variedad de programas vinculados con la salud de los adolescentes, entre los cuales cabe mencionar los siguientes:² El

² Dejamos de lado una serie de instituciones que trabajan con adolescentes en actividades preventivas de educación sexual y planificación familiar pero que no incluyen la atención a la salud física de los adolescentes, así como toda una serie de acciones dirigidas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mediante el sistema educativo y los medios de comunicación de masas.

Centro de Orientación para Adolescentes (Cora), organismo no gubernamental pionero en este campo, que ha venido desarrollando desde 1978 programas diversos de atención integral al adolescente y el programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), que dio inicio en 1986 y que proporciona actividades educativas y comunitarias a través de la capacitación de promotores juveniles, ofreciendo servicios médicos y de planificación familiar en los centros de salud y consultorios médicos con los que cuenta en muchas entidades federativas del país.

Entre los programas gubernamentales o paragubernamentales puede mencionarse al IMSS, que cuenta también desde hace algunos años con programas de prevención y de atención a la salud reproductiva de los adolescentes; al DIF en el que se estructuró el Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), que funcionó hasta 1997 y el Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes (PNPAIMA), que continúa operando. Por último, a nivel hospitalario, existen también desde hace tiempo servicios que brindan atención especializada a la población adolescente, como la Clínica Piloto de Orientación Sexual y Vida Familiar para Adolescentes del Hospital Infantil de México (HIM), la Clínica para la Atención del Adolescente (CAA) del Hospital Materno Infantil Inguarán (HMI), el Hospital General Doctor Manuel Gea González, que integra un servicio educativo y de atención integral para las pacientes adolescentes, y la Clínica de Ginecología Pediátrica, Planificación Familiar y Servicios de Endocrinología del Instituto Nacional de Pediatría (CGPPFSEINP), que ofrece educación preventiva y atención especial a las adolescentes embarazadas.³

Sin embargo, es a partir de 1995 cuando la atención a la salud reproductiva de la población adolescente recibe una atención prioritaria por parte del Estado,

³ En México, el surgimiento de la atención especializada a la salud de los adolescentes en los años setenta fue el resultado del interés de los pediatras. En tanto, sólo recientemente los ginecólogos comenzaron a preocuparse por aspectos de la vida sexual y reproductiva de las jóvenes. La constitución en 1989 de la Asociación Mexicana para la Salud de los Adolescentes (AMSA) —en cuya organización participaron principalmente pediatras—, y casi diez años después, en 1998, de la Asociación Mexicana de Ginecología Infanto-Juvenil (AMGIJ) refleja la brecha en el interés de los ginecólogos por la salud adolescente.

definiéndose como uno de los cuatro ejes a partir de los cuales se estructura el PSRPF, junto a la salud perinatal, la planificación familiar y la salud de la mujer.

Programas seleccionados para el estudio

Para esta evaluación hemos seleccionado dos programas. En el primer nivel de atención, elegimos el PNASRA, también llamado En Buen Plan, de la SSA⁴ y en el segundo nivel de atención, el Programa Educativo para Adolescentes (Prea) del Hospital Nuestra Señora de la Salud.⁵

Programa En Buen Plan

El objetivo principal del programa es proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud reproductiva, con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que les permita asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos.

El programa se inició con la implementación de módulos en los centros de salud (primer nivel de atención) y hospitales de la SSA (segundo nivel de atención), que proveen servicios médico, psicológico y de consejería. Estos servicios son proporcionados por un equipo multidisciplinario compuesto por un médico, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social. En el Distrito Federal se instalaron, en julio de 1994, cuatro módulos, ubicados en algunas de las jurisdicciones sanitarias de la capital, así como algunos otros en ciudades del interior del país. El programa basado en módulos se fue extendiendo rápidamente por todo

⁴ El nombre formal del programa es Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes, pero informalmente es conocido como En Buen Plan, frase coloquial mexicana que significa algo que se hace con buena intención. En este caso se juega con la palabra plan, componente de planifica, que constituye el mensaje central de las campañas de planificación familiar que se han lanzado en los últimos años a través de los medios masivos de comunicación. En Buen Plan es el lema que adoptó el programa y que poco a poco fue identificándolo, al tiempo que se fue adoptando como eslogan de su promoción.

⁵ Se trata de un nombre ficticio, que utilizamos para preservar el anonimato de nuestros informantes.

el país, contándose en 1999 con 259 servicios especializados en toda la República, distribuidos en 179 centros de salud y 80 hospitales.

A partir de 1997 y como consecuencia del proceso de descentralización de los servicios de salud iniciado en 1995, los módulos del Distrito Federal comenzaron a ser operados por la Dirección de Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal (DSSPGDF). A la fecha, se han instalado 16 módulos, uno en cada una de las jurisdicciones sanitarias, que en el Distrito Federal corresponden a las delegaciones político-administrativas. De estos módulos, seleccionamos para el estudio uno que se ubica en un centro de salud de la Delegación Iztapalapa, en el oriente del Distrito Federal.

A finales de 1997, la Secretaría de Salud dispuso que los servicios de atención a las y los adolescentes iniciaran una labor de coordinación con la Dirección General de Promoción a la Salud (DGPS), el Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic) y el Conasida con el propósito de que los servicios detectaran, previnieran y atendieran adicciones y la extensión del Sida entre los jóvenes (Beltrán Aguirre y Benet Jiménez, 1997).⁶

A partir de septiembre de 1998, por otra parte, la Secretaría dispuso una reestructuración del programa, substituyendo el concepto de módulo por la idea de un servicio especializado, lo que implica que la atención médica a los adolescentes sea otorgada por la totalidad del personal de salud que se desempeña en una unidad, de manera "horizontal". En cada jurisdicción sanitaria del país se seleccionará un centro de salud donde existirá un módulo con personal capacitado exclusivo para dar atención integral a las y los adolescentes. Este equipo, a su vez, capacitará al personal de salud de todos los centros de salud y hospitales de la SSA de la jurisdicción correspondiente, para dar un trato especializado a los adolescentes y canalizarlos al módulo cuando lo consideren necesario, donde recibirán consejería especializada además de otros servicios. De esta forma, se pretende que en todas las unidades

de salud de la SSA del país exista un servicio especializado para la atención a los(as) adolescentes.⁷

*El Programa Educativo para Adolescentes (Prea) del Hospital Nuestra Señora de la Salud*⁸

En 1988, Cora inició un trabajo piloto conjuntamente con el Hospital Nuestra Señora de la Salud. A partir de esta fecha, se realizaron una serie de investigaciones para responder a las necesidades de las madres adolescentes que asistían a dicho hospital, implementándose el Prea con el apoyo financiero de varios organismos internacionales. Entre 1990 y 1991 se realizó una evaluación para modificar la estrategia del programa, aumentar su costo/efectividad y transferirlo al hospital, así como a otros hospitales, para que operara independientemente de apoyos externos. En 1992, se institucionalizó el componente postnatal y se dejó operando el programa.

Análisis de los documentos de los programas seleccionados

En Buen Plan es un programa cuyos principales objetivos son: la prevención del embarazo no planeado y no deseado, la prevención de ETS, incluyendo el VIH/Sida, y la prevención de las adicciones. Las acciones se desarrollan siguiendo las siguientes estrategias: a) educación, donde se incluyen los aspectos de información, orientación y comunicación; b) atención médica en centros de salud, dirigida a la atención prenatal, la prevención de embarazos no planeados y consejería en salud sexual y anticoncepción; c) atención médica en hospitales, encaminada a otorgar atención prenatal a la adolescente embarazada, atender su parto y al recién nacido y prevenir nuevos embarazos, y d) investigación y evaluación, que se apoya en un sistema de registro de la información generada en los módulos así como en trabajos de investigación (Beltrán Aguirre y Benet Jiménez, 1997:13). El

⁶ En 1998 se realizó una evaluación del PNASRA, la que se llevó a cabo en diez estados prioritarios, mediante entrevistas dirigidas a los responsables estatales y jurisdiccionales, al personal de servicio de adolescentes y a adolescentes. Lamentablemente, los resultados de esta evaluación no han sido hechos públicos y hasta el momento no ha sido posible conseguirlos.

⁷ Esta decisión fue tomada después de estudiar el costo/beneficio del sistema de módulos, análisis que fue realizado como parte de la evaluación mencionada en la nota de pie anterior.

⁸ El Hospital Nuestra Señora de la Salud depende de la Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (CSSSAADF) y provee atención especializada en ginecología y obstetricia.

programa opera a través de un modelo de atención que incluye al primer y al segundo nivel de atención. Se señalan como funciones del primer nivel: la consulta médica integral, la consulta psicológica, la referencia a medicina especializada, la referencia obstétrica, la orientación y consejería intra y extramuros, la promoción del programa y la coordinación con instituciones que brinden apoyo a los adolescentes. Las funciones del segundo nivel son: la atención médica integral, la consulta psicológica, la atención médica especializada, la atención obstétrica, la orientación y consejería, laboratorio clínico y gabinete y estudios especializados.

Un análisis de los documentos del programa reveló que: *a)* la justificación del mismo está basada en un argumento cuantitativo: la población adolescente se ha duplicado en los últimos años, representa una gran proporción de la población total y por lo tanto se constituye en un grupo prioritario a ser atendido en el contexto de la salud reproductiva; *b)* la jerarquización de los principales problemas de salud en: embarazos no planeados y no deseados, ETS, incluido el Sida, y adicciones, encuentra su causalidad en la actividad sexual precoz, la no utilización de métodos anticonceptivos como consecuencia de la espontaneidad y no premeditación de los encuentros sexuales y la carencia de información suficiente, lo cual hace aparecer a los adolescentes como sujetos poco responsables, desinformados y no autónomos; *c)* aunque el programa tiene como objetivo central contribuir a la salud reproductiva de los adolescentes, ésta no es definida a lo largo del documento programático, *d)* de igual modo, la inclusión de la perspectiva de género enunciada, tampoco se encuentra explicitada, *e)* la orientación del programa es hacia la prevención de los embarazos no planeados (mediante la prevención primaria o secundaria y la postergación del nacimiento del primer hijo), no tomando en consideración que muchos embarazos en adolescentes son deseados; *f)* la población a la que se destina el programa es denominada alternativamente como “los adolescentes”, “el adolescente”, “los y las adolescentes” o “los y las jóvenes”, concibiéndose a este grupo como homogéneo, con propiedades comunes, infiriéndose que tienen los mismos problemas. Cuando se mencionan los sitios a los que asisten los adolescentes, sin embargo, puede apreciarse la emergencia de un tipo de adolescente específico: que asiste a instituciones edu-

cativas, deportivas, “discos”, construyéndose de este modo una población-objeto estereotípicamente urbana y perteneciente más bien a sectores medios que a sectores de clase baja; *g)* de igual manera, este grupo aparece como una entidad pasiva, destinataria de acciones; cuando los adolescentes aparecen como agentes, haciendo referencia al ejercicio de su sexualidad, es en función de la necesidad de un cambio de conductas, producto de las acciones del programa.

Por su parte, el Prea se plantea como principal objetivo proporcionar a la población abierta adolescente, de ambos sexos, atención multidisciplinaria en aspectos vinculados con su salud reproductiva, otorgando información y atención con la finalidad de concientizarlos respecto de los beneficios de planear adecuadamente el número de hijos que se desea tener, de la importancia del espaciamiento intergenésico, así como brindando asesoría materno-infantil.

Del análisis del documento del programa puede destacarse: *a)* una visión integrada de la naturaleza biopsicosocial de los problemas de los adolescentes, *b)* los objetivos del programa se centran en el aspecto educativo y la prevención secundaria orientada a la salud reproductiva, aunque también se hace mención a la atención integral de la población abierta que así la requiera, *c)* no existe una definición explícita de lo que se entiende por salud reproductiva, *d)* respecto de la población-objeto ésta es referida como población adolescente abierta de ambos sexos, pero cuando se hace referencia a los objetivos del programa y a las actividades educativas, ésta se restringe a las adolescentes embarazadas o a las madres adolescentes, *e)* los adolescentes son vistos como individuos que enfrentan problemas de orden biopsicosocial y carentes de información, *f)* no hay mención a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, *g)* no se incluye una perspectiva de género, *h)* el afianzamiento de la autoestima en las adolescentes por medio de la construcción de un proyecto de vida es tenido en cuenta.

Obstáculos y facilitadores en la formulación e implementación de los programas

Consideramos que un conjunto de facilitadores y obstaculizadores condicionaron la formulación del pro-

grama En Buen Plan y la implementación del Prea. En el primer caso, nos encontramos con la atención prioritaria otorgada a los programas de planificación familiar desde mediados de los años setenta por el Estado mexicano. A pesar de que éstos se orientaron principalmente a las parejas unidas, la presión y el apoyo de organismos internacionales facilitaron la inclusión de servicios para atender la salud reproductiva de la población adolescente. Los cambios sexenales de gobierno, que conllevan un cambio masivo de los funcionarios, las presiones de la Iglesia católica en contra de la anticoncepción y la educación sexual extrafamiliar, la verticalidad con que operan los servicios de salud y la gran burocratización de las instituciones en México constituyen, sin lugar a dudas, los principales obstáculos en la puesta en marcha y operación de este programa.

En el Prea podemos identificar como facilitadores el que las autoridades hospitalarias reconocieran que un porcentaje elevado de su población correspondía a adolescentes y que era indispensable otorgarles una atención especializada. Sin embargo, emergieron problemas cuando el programa se institucionalizó, ya que el personal del hospital no lo reconocía como parte de los servicios de la institución y se le identificaba como un servicio que venía de fuera. De igual modo, las autoridades asignaban al personal del Prea actividades que no correspondían al programa y tampoco estaba claro de quien dependía éste. Igualmente, el hospital no contaba con un presupuesto para tal programa en ese momento. En la actualidad, el Prea se ha convertido en una de las veintiocho acciones que lleva a cabo el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (PHANM),⁹ por lo que su accionar se encuentra subsumido en un conjunto de estrategias que enfatizan la lactancia materna.

La influencia de la Conferencia de El Cairo

Para el caso del Programa En Buen Plan, tanto los documentos analizados como la información recaba-

⁹ Este programa, establecido en 1991, por la SSA, certifica a los hospitales que cumplen con las diez acciones que fomentan la promoción exclusiva de la lactancia materna a través de servicios integrales para las madres y sus hijos.

da a través de las entrevistas remarcan que el plan de acción de la Conferencia de El Cairo y la Declaración de Monterrey poseen una enorme coincidencia en el tiempo y en el planteamiento del Programa, al conceder una importancia fundamental a la salud sexual y reproductiva dentro de los derechos de las y los adolescentes. Para el actual subdirector del Programa:

“... Cairo vino a reforzar la Declaración de Monterrey, vino a consolidar el trabajo que estábamos haciendo; entonces, le dimos sustento... México se había adelantado en ese trabajo y vino a consolidar el trabajo que estábamos haciendo. A nivel gobierno, México empezaba a dar los primeros pasos para entrar directamente al problema de los adolescentes... México empezó a romper las barreras, en 94 modificamos la norma técnica de servicio de planificación familiar para dar facilidades a que al adolescente se le podía dar métodos anticonceptivos por indicación médica,¹⁰ Cairo fortaleció y se vino pues una avalancha de interés por el trabajo con adolescentes”.

En el caso del Prea, las recomendaciones de El Cairo no tuvieron ninguna influencia en sus principales objetivos y estrategias; inclusive, se detectó cierto desconocimiento, tanto de parte de las autoridades como de los proveedores, de las principales recomendaciones emanadas de esta importante conferencia.¹¹

¹⁰ La Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar fue modificada en mayo de 1994. Esta norma, que rige los servicios públicos y privados, hasta antes de 1994 no hacía referencia al derecho de los adolescentes a demandar y recibir métodos anticonceptivos. La modificación incluyó específicamente este aspecto. Si bien antes de que la norma fuera modificada no existía la prohibición de dar métodos a los adolescentes, la inexistencia de una normativa que reglamentara esta actividad posibilitaba que algunos médicos, por temor a ser demandados o sancionados, no prescribieran contraceptivos a los adolescentes.

¹¹ En México, el debate ideológico acerca de los derechos de las mujeres, los derechos reproductivos, los derechos sexuales, etc. casi no trasciende (o aún no ha trascendido) al personal de salud que se desempeña en los distintos servicios. Las recomendaciones de El Cairo llegaron cuanto mucho hasta el nivel de funcionarios medios, no implementándose mecanismos para que el personal operativo fuera informado y capacitado sobre las cuestiones más relevantes abordadas en esta conferencia.

Descripción del trabajo de campo

Estrategia para la selección de los programas y servicios de atención

En primer término, el coordinador del proyecto realizó entrevistas informales con personas de instituciones gubernamentales, organismos no gubernamentales e instituciones multilaterales, para obtener mayor información sobre los programas públicos de atención a la salud reproductiva de los adolescentes existentes en el Distrito Federal.

Los principales criterios utilizados para seleccionar el tipo de programas para ser estudiados fueron: a) la potencialidad de los programas para permanecer en la agenda pública, b) programas dirigidos a la atención de los sectores menos privilegiados, y c) que el programa consistiera de servicios de atención concretos, observables, susceptibles de ser evaluados en un espacio específico.

Una vez definidos los programas para ser estudiados, la investigadora asociada realizó sondeos y visitas a diversos lugares de prestación de los servicios de atención correspondientes, para seleccionar aquellos que presentaran condiciones adecuadas, tales como: funcionamiento efectivo (no sólo en el papel) de un equipo de personas encargadas de la atención a las/los adolescentes; disposición del personal de servicio para la realización del estudio; accesibilidad del local donde se presta el servicio para el traslado de las investigadoras.

La selección del Módulo de Atención Integral al Adolescente se realizó a partir de visitas a varios módulos, donde pudimos conocer la forma en que estaban operando. De este contacto preliminar, así como de información recabada de entrevistas a funcionarios de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSDF) elegimos este Módulo por ser uno de los que en ese momento continuaban funcionando adecuadamente luego de la descentralización de los servicios en 1998. Además, el que fuera uno de los cuatro primeros módulos con los que inició el programa y el hecho de que tanto la enfermera como el psicólogo trabajaran en él desde el inicio, fueron elementos que consideramos favorables para apreciar cierta continuidad en el otorgamiento de los servicios.

En el caso del Prea, la elección de este servicio consideró su larga permanencia dentro del conjunto de servicios de salud especializados para adolescentes en los hospitales del Distrito Federal. También se tuvo en cuenta el hecho de que fue una organización no gubernamental especializada en la atención a la salud adolescente (Cora) la que estableció el modelo de provisión de servicio y capacitó al personal que originalmente trabajaba en el Hospital Nuestra Señora de la Salud con la idea de extender este modelo a otros hospitales. Por último, al momento de iniciar nuestra investigación el servicio elegido, según se nos informó, era el único dependiente de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal que ofrecía un conjunto de servicios destinados a la población adolescente.

Hecho lo anterior, hubo que pedir la autorización expresa tanto de las autoridades del centro de salud y del hospital donde operan los servicios estudiados, como de las autoridades centrales de las cuales dependen éstos. Para ello el coordinador y la investigadora asociada sostuvieron reuniones con los funcionarios respectivos para explicarles la naturaleza del estudio, lo cual permitió superar algunas reticencias existentes.

Entrevistas

Se realizaron en total 42 entrevistas; tres a funcionarios, nueve a prestadores de servicios y treinta a usuarios(as). Las entrevistas con funcionarios las realizó la investigadora asociada del proyecto. El resto de las entrevistas las realizaron entre la investigadora asociada y la asistente de investigación.

a) Funcionarios:

Se seleccionó a los funcionarios de alto y medio nivel directamente relacionados con los programas seleccionados. Hubo que tener pláticas informales con ellos antes de la entrevista formal. La realización de estas últimas fue difícil de concretar y en un caso no se logró, a pesar de la insistencia para ello, debido a la cargada agenda de actividades del funcionario respectivo, quien canceló en varias ocasiones las citas previamente concertadas. Finalmente se concretaron tres entrevistas formales; dos con funcionarios del programa En Buen

Cuadro 9
Funcionarios

<i>N</i>	<i>Programa</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profesión</i>
1	En Buen Plan	Masculino	Licenciado en Psicología
2	En Buen Plan*	Femenino	Médica Pediatra
3	Programa Educativo para Adolescentes (Prea)	Masculino	Médico Ginecobstetra

*Ex-funcionaria

Cuadro 10
Módulo de Atención Integral al Adolescente. Iztapalapa
Proveedores

<i>N</i>	<i>Profesión</i>	<i>Sexo</i>	<i>Capacitación para atender adolescentes</i>	<i>Antigüedad en el servicio</i>
1	Psicólogo	Masculino	Sí	5 años
2	Trabajadora social	Femenino	Sí	2 años
3	Enfermera	Femenino	Sí	5 años
4	Médica general	Femenino	Sí	3 años

Plan (uno de ellos ex-funcionaria) y una con un funcionario del Prea (véase el cuadro 9).¹²

b) Proveedores:

Se entrevistó prácticamente a todos los proveedores encargados directamente de los servicios; cuatro en cada uno de ellos (véanse los cuadros 10 y 12), además de la excoordinadora del Prea. La recepción que se tuvo por parte de ellos fue muy buena, particularmente en el Módulo de Atención, donde se mostró un excelente espíritu de colaboración con el proyecto, se nos proporcionó toda la información que solicitamos y se nos asignó un espacio para realizar las entrevistas con los usuarios. No obstante, hubo que adaptarse a su calendario, horarios y poca disponibilidad de tiempo para lograr completar las entrevistas, cuya duración fue de 60 a 90 minutos cada una.

c) Usuarios:

Se entrevistó a 30 usuarias(os); 15 en cada servicio (véanse los cuadros 11 y 13). En el Centro de Salud

las entrevistas se realizaron después de la consulta médica o psicológica y previo consentimiento informado. Hubo solamente cuatro rechazos, todos ellos aduciendo falta de tiempo. En el Hospital Nuestra Señora de la Salud la mayor parte de las entrevistas se realizó después de las pláticas pre y postnatales; en dos casos se realizaron en el área de hospitalización, un día después del parto. En todos los casos se pidió el consentimiento informado. Hubo cuatro rechazos: dos por cuestiones de tiempo y dos porque las adolescentes presentaron un estado emocional inadecuado; una por haberse enterado apenas de su embarazo y otra porque apenas se lo había comunicado a su madre. En este servicio no contamos con un espacio adecuado para llevar a cabo las entrevistas, las que se realizaron en el único local con que cuenta el Prea, a pesar del ruido y de la entrada y salida del personal.

La duración de las entrevistas a las(os) usuarias(os) fue de 45 minutos en promedio. En general hubo buena disposición para acceder a ellas. Se presentaron algunas dificultades de comprensión y limitaciones para dialogar con usuarias con un bajo nivel de escolaridad. Las usuarias del Prea, que tenían por lo general una relación más estrecha con el hospital, mostraron mayor conocimiento y experiencia con el servicio, por lo que se expusieron más en las entrevistas.

¹² Hemos identificado a los informantes entrevistados mediante siglas y números para que el lector pueda identificar a los emisores de los textos que citamos en el cuerpo de este informe.

Cuadro 11
Módulo de Atención Integral al Adolescente. Iztapalapa
Usuaris y usuarios

<i>N</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Motivo de consulta*</i>	<i>Lugar de origen**</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Escolaridad***</i>	<i>Asistencia Escolar</i>
1	18	Femenino	A	Migrante	Hogar	Preparatoria Inc.	No estudia
2	19	Femenino	A	Nativo	Hogar	Preparatoria Inc.	No estudia
3	18	Femenino	C	Nativo	Estudiante	Nivel técnico Inc.	Estudia
4	16	Femenino	A	Nativo	Hogar	Secundaria Inc.	No estudia
5	17	Femenino	A	Nativo	Hogar	Preparatoria Inc.	No estudia
6	18	Femenino	A	Migrante	Hogar	Nivel técnico	No estudia
7	18	Femenino	B	Migrante	Hogar	Secundaria Inc.	No estudia
8	19	Femenino	B	Nativo	Empleada	Secundaria Comp.	No estudia
9	16	Masculino	C	Nativo	Empleado	Secundaria Comp.	No estudia
10	18	Femenino	A	Nativo	Empleada	Preparatoria Inc.	No estudia
11	17	Femenino	B	Nativo	Estudiante y Empleada	Preparatoria Inc.	Estudia
12	15	Femenino	A	Nativo	Empleada	Secundaria Inc.	No estudia
13	15	Femenino	A	Nativo	Hogar	Primaria Inc.	No estudia
14	16	Femenino	A	Nativo	Hogar	Nivel técnico Inc.	No estudia
15	17	Femenino	A	Migrante	Hogar	Primaria Comp.	No estudia

* A= Control prenatal

B= Administración de método anticonceptivo

C= Consulta psicológica

** Algunas usuarias provinieron del área conurbada de la Ciudad de México y no fueron consideradas como migrantes.

*** Inc. significa incompleta; Comp. significa completa.

Cuadro 12
Programa Educativo para Adolescentes (Prea)
Hospital Nuestra Señora de la Salud. Proveedores

<i>N</i>	<i>Cargo</i>	<i>Sexo</i>	<i>Capacitación para atender adolescentes</i>	<i>Antigüedad en el servicio</i>
1	Psicóloga	Femenino	Sí	5 años
2	Trabajadora social	Femenino	No	7 meses
3	Enfermera	Femenino	Sí	2 años
4	Médico general	Masculino	No	3 años
5	Enfermera*	Femenino	Sí	3 años

* Primera coordinadora del Prea institucionalizado

Observación y diario de campo

La investigadora asociada y la asistente llevaron cada una un diario de campo, en el que anotaron toda aquella información pertinente sobre los procesos de entrevista (citas, fechas, pendientes, etc.) así como sobre aspectos relevantes para la investigación captados a

partir de la observación, de pláticas casuales y/o de entrevistas informales relativas a la interacción con los(as) entrevistados(as); la interacción entre los entrevistados (entre los diversos prestadores de servicios, entre usuarias y su parejas); y acerca de las pláticas formales e informales entre los prestadores de servicios y los usuarios (por ejemplo registro de los temas abordados en los cursos del Prea).

Cuadro 13
Programa Educativo para Adolescentes (Prea)
Hospital Nuestra Señora de la Salud. Usuarías y usuarios

<i>N</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Motivo de consulta*</i>	<i>Lugar de origen**</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Asistencia Escolar</i>
1	17	Femenino	C	Nativo	Hogar	Secundaria Comp.	No estudia
2	14	Femenino	A	Nativo	Hogar	Secundaria Inc.	No estudia
3	17	Femenino	A	Nativo	Hogar	Secundaria Inc.	No estudia
4	19	Masculino	F	Nativo	Estudiante	Preparatoria Inc.	Estudia
5	18	Femenino	B	Nativo	Hogar	Primaria Comp.	No estudia
6	18	Femenino	B	Nativo	Hogar	Secundaria Inc.	No estudia
7	19	Femenino	C	Nativo	Empleada	Primaria Comp.	No estudia
8	19	Femenino	B	Nativo	Estudiante	Preparatoria Inc.	Estudia
9	19	Femenino	C	Nativo	Empleada	Secundaria Comp.	No estudia
10	17	Femenino	E	Nativo	Empleada	Primaria Inc.	No estudia
11	18	Femenino	D	Migrante	Hogar	Primaria Inc.	No estudia
12	19	Femenino	C	Migrante	Hogar	Preparatoria Inc.	No estudia
13	17	Femenino	C	Migrante	Hogar	Primaria Inc.	No estudia
14	13	Femenino	C y F	Nativo	Hogar	Ninguno, sabe leer y escribir	No estudia
15	19	Femenino	E	Nativo	Hogar	Preparatoria Inc.	No estudia

- * A= Control prenatal
B= Parto
C= Plática
D= Control de método anticonceptivo
E= Atención infantil
F= Consulta psicológica

** Algunas usuarias provienen del área conurbada de la Ciudad de México y no fueron consideradas como migrantes.

El análisis de la información

El material obtenido de las entrevistas, las que fueron grabadas y transcritas en su totalidad, fue objeto de un análisis interpretativo. Las respuestas recabadas de las y los entrevistados fueron ordenadas, clasificadas y sistematizadas teniendo como base los principales ejes de indagación, mismos que intentaban responder a los

objetivos básicos de la investigación (véase en el anexo 1 las guías de entrevistas utilizadas). Se realizó, además, un análisis de contenido de los documentos de los programas seleccionados teniendo como referente las recomendaciones de la CIPD y la IV Conferencia Mundial sobre la mujer, vinculadas a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

En Buen Plan

Estructura institucional, infraestructura, servicios prestados y personal

Este Módulo funciona en un Centro de Salud, ubicado en el oriente de la ciudad y depende de los Servicios de Salud del Distrito Federal.

Atiende de lunes a viernes, de 9.00 a.m. a 2.00 p.m. El personal que se desempeña en el mismo inicia sus labores a las 8.00 a.m. y se retira a las 3.30 p.m. Un letrero anuncia el Módulo dentro del edificio del centro de salud. Este cuenta con cuatro consultorios, uno para cada profesional. Si bien estos espacios son pequeños, cuentan con privacidad auditiva y visual, limpieza y luz adecuada. Entre los servicios que ofrece se encuentran: planificación familiar; educación sexual; atención pre y postnatal; consejería y prueba de detección de VIH/Sida; consejería, diagnóstico y tratamiento de otras ETS;¹ detección de cáncer cervicouterino, de adicciones, de situaciones de violencia; atención psicológica y prueba del tamiz neonatal. El Centro de Salud cuenta con un servicio de inmunización, donde se envía a las y los adolescentes que requieran de vacunas.

El equipo de salud que trabaja en el Módulo está integrado por una médica general, quien es la coordinadora del mismo, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social. La coordinadora tiene tres años en el servicio y posee una dedicación de tiempo completo (40 horas semanales). La enfermera trabaja medio tiempo (19 horas semanales), asistiendo de forma paralela a un médico del Centro de Salud; es técnica en

enfermería y tiene cinco años de estar trabajando en el Módulo. La trabajadora social, por su parte, se dedica de tiempo completo a sus actividades y también tiene tres años en el servicio. El psicólogo trabaja 35 horas semanales y hace cinco años que trabaja en el Módulo.

El Módulo desarrolla e imparte dos cursos-taller anuales. Uno está dedicado a las jóvenes embarazadas y el otro a adolescentes de ambos sexos. Estos talleres tienen una duración de una semana. Además del personal de salud que se desempeña en el Módulo, se convoca como docentes a otros profesionales del Centro de Salud. Este año, por primera vez, el Módulo ofreció un curso de educación sexual a profesores de una telesecundaria. A través de periódicos murales se abordan temas tales como los métodos anticonceptivos, la educación sexual, la atención pre y postnatal y la lactancia materna. Existen carteles sobre el VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. El servicio cuenta con trípticos acerca de planificación familiar, sexualidad, cuidados pre y postnatales, lactancia materna, VIH/Sida y otras ETS, adicciones, situación de género. Sin embargo, durante el trabajo de campo no se observó que se ofreciera este material a las y los usuarios.

En el Módulo se tiene un tarjetero de control prenatal y de planificación familiar de las usuarias del servicio. Además, todos los usuarios de la atención médica y psicológica poseen un expediente con su historia clínica y una tarjeta donde se anotan sus citas. Las actividades diarias de cada uno de los profesionales que trabajan en el Módulo son registradas separadamente y mensualmente se envía un resumen de las mismas a la Coordinación jurisdiccional, la que a su vez lo envía a la Coordinación General de Salud Pública del Distrito Federal.

En los últimos seis meses han recibido tres supervisiones de parte de la Dirección de Salud Reproductiva de los Servicios Médicos del Distrito Federal. Duran-

¹ Cuando se trata de consejería, diagnóstico y tratamiento de ETS y de diagnóstico de VIH/Sida el Módulo deriva al SIETS (Servicios Integrales de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual) que funciona en el mismo Centro de Salud. En estos casos el Módulo y el SIETS trabajan de manera coordinada.

te nuestro trabajo de campo tuvimos la oportunidad de observar este evento, cuyo principal objetivo era verificar la difusión de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.² La visita, comentarios y sugerencias del personal que supervisa queda asentada en una libreta que posee el Módulo.

Funcionamiento del equipo de salud

La permanencia del personal del Módulo constituye una gran ventaja, mientras que la no exclusividad de la enfermera representa un obstáculo en la dinámica del servicio. Todo el personal ha recibido uno o dos cursos de capacitación para atender a adolescentes, los que son altamente valorizados. El personal es asalariado, pero no recibe ninguna compensación especial por su trabajo con adolescentes. La exigencia hacia la médica de atender a doce pacientes como máximo al día ha derivado en problemas con el resto de los médicos que trabajan en el Centro de Salud, quienes deben ver entre veinte y veinticinco pacientes. El argumento de esta profesional se basa en que la atención del adolescente requiere de un mayor tiempo en la consulta para brindar una atención integral de calidad.

Todo el personal estimó indispensable la participación en cursos de actualización de manera permanente; sin embargo, se mencionó el desconocimiento respecto de los organismos que los ofrecen, así como las limitantes institucionales para asistir a ellos. Inclusive, recientemente se les ha impedido su participación en las reuniones de la Red del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) con el argumento de que el servicio no puede dejar de dar atención. Los proveedores consideraron la falta de recursos humanos, físicos y materiales como otro de los obstáculos para el desempeño de sus labores. En reiteradas ocasiones, según lo manifestaron, han solicitado a las autoridades del Centro de Salud un consultorio más amplio

para desarrollar actividades educativas, así como materiales didácticos y fotocopias, pero esta solicitud no ha sido atendida.

Laboratorios, medicamentos y métodos anticonceptivos

El laboratorio del Centro de Salud donde funciona el Módulo ofrece pruebas para detección de embarazo, VIH y ETS (sífilis, gonorrea, clamidia, candida) y cáncer cervical.

El servicio proporciona los siguientes métodos contraceptivos: hormonales orales, inyectables, DIU y condón. Sin embargo, el personal manifestó que en ocasiones existe desabasto de algunos, especialmente de condones, al no recibirlos de la instancia superior.³ Los laboratorios no les proveen de método alguno pero sí ofrecen apoyo en materiales y refrigerios cuando el Módulo realiza los cursos-taller. El Centro de Salud no posee equipo de ultrasonido.

Flujos, consultas y costos de atención

Al llegar al Centro de Salud la/el adolescente debe dirigirse a la ventanilla de admisión; allí una secretaria le pregunta el motivo de su consulta y su edad; si tiene entre 10 y 19 años es enviado al Módulo de Atención Integral al Adolescente, que funciona en el primer piso, previo pago del costo de la consulta. Ya en el Módulo es la enfermera quien recibe a los adolescentes, los mide, pesa y les toma la presión, indaga sobre el motivo de consulta y abre su expediente, en el caso de que el adolescente llegue al servicio por vez primera. Luego, pasa las fichas a la médica o al psicólogo para que la atención siga el orden de llegada. Otros adolescentes asisten con una cita previa, por ser anteriormente usuarios del servicio. En el caso de que la/el adolescente requiera información y orientación sobre métodos de anticoncepción, es la enfer-

² La Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, establecida por Decreto presidencial en marzo de 1998, es un documento personal que facilita a las mujeres llevar el seguimiento de su estado de salud y solicitar la atención respectiva, así también permite a los prestadores de servicios de salud detectar oportunamente los principales problemas de salud que afectan a la población femenina, estableciendo diagnósticos certeros, tratando y dando seguimiento a los casos diagnosticados (Conapo, 1999:56).

³ En la opinión del subdirector del PNASRA esto obedece a problemas de índole administrativo. De acuerdo con él, el gobierno ha instituido estrictas medidas de supervisión de los flujos de condones desde las agencias centrales a los centros de salud y hospitales, pero el personal administrativo de los centros de salud es renuente, en ocasiones, a seguir los procedimientos necesarios que implica el proceso de distribución.

mera quien les ofrece la consejería. Si ese mismo día la joven o la pareja desea adoptar un método, pasa con la médica, quien es la responsable de su administración. Sin embargo, debe mencionarse que no todos los adolescentes que llegan al Centro de Salud son canalizados al Módulo; se da preferencia a las adolescentes embarazadas o a las/os jóvenes que requieren información y orientación en planificación familiar; el resto de los adolescentes son enviados con otros médicos del servicio. Como ya se ha señalado, se otorgan aproximadamente doce fichas diarias para la consulta médica.

Las estadísticas del Módulo indican que, entre junio de 1998 y mayo de 1999, se ofrecieron 3 542 consultas médicas, de las cuales 1 215 (34%) correspondieron a varones y 2 327 (66%) a mujeres. Del total de consultas: 987 fueron consultas médicas, 826 fueron de orientación y consejería, 485 de control prenatal y 113 de contracepción; el resto correspondieron a actividades desarrolladas por el área de trabajo social y vinculadas a la consejería en planificación familiar. En términos de anticoncepción: 18 usuarias adoptaron el DIU; 16, hormonales orales; 23, inyectables y 56, condones. A cada usuario se le ofrecen 12 condones por vez (no más de una vez al mes), lo que resulta obviamente insuficiente.

Los principales motivos de atención son: el control prenatal, la anticoncepción, los problemas respiratorios, dermatológicos y ortopédicos. En el área de psicología los motivos de consulta más recurrentes son: los trastornos de conducta y los problemas de aprendizaje. Diariamente el psicólogo atiende entre cinco y seis pacientes. Tanto la consulta médica como la psicológica duran en promedio 45 minutos.

Los servicios que tienen un costo son: la consulta médica (6 pesos), la consulta psicológica (13 pesos), la prueba del Papanicolau (6 pesos) y las inmunizaciones (6 pesos). La provisión de métodos anticonceptivos, el otorgamiento de información, orientación y consejería en planificación familiar, educación sexual, VIH/Sida y otras ETS no conlleva costo alguno.

Algunos aspectos que el servicio no incluye son: la anticoncepción de emergencia, la doble prevención, el involucramiento de los varones en las decisiones vinculadas con la sexualidad y la reproducción, la promoción de la igualdad entre los géneros, el abordaje

de la autoestima y la atención pediátrica de los niños de las madres adolescentes.⁴

Características de la población asistida

La gran mayoría de adolescentes que asisten al Módulo son mujeres que viven en las cercanías y pertenecen a un sector socioeconómico medio-bajo y bajo. Una gran parte de las que llegan por motivo de embarazo ya no asisten a la escuela, ya sea porque habían desertado con anterioridad por desinterés o problemas económicos, o por causa del embarazo mismo. En promedio, accedieron hasta el primero o segundo año de la secundaria. Los varones, que asisten a consulta psicológica, en cambio, aún permanecen en el sistema educativo y en algunos casos son derivados al servicio por la institución escolar.

El horario matutino y la apertura del Módulo únicamente entre semana seguramente constituyen una limitación, ya que la mayor parte de los adolescentes que asisten a la escuela se encuentran en ella de lunes a viernes por las mañanas, por lo que no pueden acceder al Módulo a menos que dejen de ir a la escuela.

Los proveedores mencionaron cambios en la demanda por parte de las y los adolescentes. Actualmente están notando un incremento de jóvenes que llegan al Módulo en busca de información sobre anticoncepción, así como de adolescentes que luego del parto regresan con la intención de adoptar un método anticonceptivo. De igual manera, el personal de salud está verificando un incremento de población femenina con problemas de adicciones y una disminución en la edad de inicio del consumo.

Relación con la comunidad

Las principales dificultades para trabajar con la comunidad son, a juicio de los proveedores: la gran demanda de consulta, que impide desarrollar actividades extramuros; la falta de material de información y la imposibilidad de abarcar en su totalidad a la población

⁴ El hecho que los condones sean promovidos y distribuidos no significa necesariamente que la doble prevención sea alentada, en tanto no implica la promoción del uso del condón junto con otros métodos tendientes a prevenir un embarazo.

de toda la delegación política a la que pertenece el centro de salud y que es muy numerosa.

El personal de salud señaló que el establecimiento de actividades con la comunidad se deriva de un trabajo persistente y lento, que implica en una primera fase “darse a conocer”. Se han abocado a esta actividad, visitando periódicamente a las instituciones educativas cercanas al servicio, así como aquellas instituciones de salud a las que derivan a los adolescentes con problemas de drogadicción y violencia. Desde la perspectiva de estos proveedores, el trabajo comunitario también incluye la visita a las y los usuarias/os inasistentes a la consulta con el objeto de recapturarlos. La falta de tiempo, debido a la gran demanda, es considerada un gran obstáculo para desarrollar acciones comunitarias. La vinculación real con la comunidad se limita a la derivación que realizan a otras instituciones como a los CIJ o al Cavi, las pláticas sobre educación sexual que dirigen a maestros y alumnos de establecimientos escolares y el establecimiento de *stands* en ferias de salud donde reparten folletos que promocionan el servicio. No se realizan otro tipo de acciones preventivas con los jóvenes ni se tienen vínculos con instituciones religiosas u otras ONG que trabajen con esta población.

Programa Educativo para Adolescentes (Prea)

Estructura institucional, infraestructura, servicios prestados y personal

El programa funciona en el Hospital Nuestra Señora de la Salud, de lunes a viernes de 8 a.m. a 3:30 p.m. Un letrero anuncia este programa en la puerta de cada uno de los dos consultorios asignados a este servicio. En uno de éstos se otorga información y orientación sobre los servicios que se prestan y es el espacio donde tienen lugar las pláticas grupales. El lugar resulta inadecuado para el desarrollo de estas actividades por sus reducidas dimensiones y el ruido constante. El otro consultorio es utilizado para la consulta médica y psicológica y no es exclusivo del programa. De acuerdo con la información proporcionada, el programa brinda los siguientes servicios de salud: planificación familiar; educación sexual; educación pre y

postnatal; información, educación y orientación sobre VIH/Sida; prueba de VIH/Sida; información, educación, comunicación, diagnóstico y tratamiento de ETS; detección de adicciones; detección y tratamiento de situaciones de violencia; detección de cáncer cervicouterino; control de crecimiento y desarrollo de los niños; información y educación en lactancia materna; atención psicológica; e información, educación y comunicación sobre autoestima. Por su parte, el hospital ofrece servicio de parto y cesárea, así como tratamiento de aborto incompleto. El hospital cuenta con un servicio de inmunización al que el personal del programa deriva a las adolescentes que requieren de vacunas.

El equipo de salud que atiende a las adolescentes está conformado por: un médico general, dos enfermeras (una de ellas es la coordinadora del programa), una psicóloga, una trabajadora social y una secretaria. A excepción del médico, quien atiende dos horas diarias tres veces a la semana, el resto del personal está dedicado de tiempo completo (40 horas a la semana) al programa.

El programa dispone de trípticos que son ofrecidos a las y los adolescentes que llegan por primera vez al servicio en busca de información y orientación o que asisten a las pláticas pre y postnatal. Carteles sobre métodos anticonceptivos, aparato reproductor femenino y masculino, lactancia materna y alimentación en los primeros meses de vida se encuentran en el interior del consultorio en el que se desarrollan las pláticas dirigidas a adolescentes embarazadas (Prea natal) y a adolescentes que acaban de ser madres o de pasar por la experiencia de un aborto (Prea postnatal). Estas charlas grupales reúnen un promedio de quince adolescentes, tienen una duración de dos horas, son ofrecidas por el equipo de salud e incluyen: planificación familiar, lactancia materna, cuidados del recién nacido, vacunas, estimulación temprana, ablactación, alimentación, toma de decisiones, sexualidad, órganos sexuales, enfermedades de transmisión sexual, violencia intrafamiliar y adicciones. Mientras que el Prea natal incluye cinco sesiones, el Prea postnatal comprende cuatro. Además, diariamente se ofrecen pláticas sobre planificación familiar y lactancia materna en el área de hospitalización a las adolescentes que han pasado por cualquier evento obstétrico.

Las actividades diarias son consignadas en registros separados y mensualmente se realiza un informe del total de las acciones llevadas a cabo en el área de hospitalización y de consulta externa, el que se envía al coordinador del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Tanto la enfermera como la trabajadora social envían un informe mensual de las acciones desarrolladas a sus respectivas coordinadoras. Por otra parte, en una libreta se registran los datos personales de las adolescentes captadas en hospitalización.

La supervisión es interna y es realizada por la coordinadora del programa. No se recibe supervisión de una instancia superior.

Funcionamiento del equipo de salud

La rotación anual del personal de enfermería y de trabajo social, que es una política del hospital, es considerada un problema central, al igual que la dedicación de medio tiempo del médico. También fueron mencionadas las dificultades derivadas de la imposibilidad de trabajar de manera coordinada con el médico. Desde nuestro punto de vista, el problema en este caso radica en la falta de sensibilización de este profesional para trabajar con adolescentes. La coordinadora y la psicóloga del Prea (quienes tienen tres y cinco años en el servicio respectivamente) recibieron capacitación para atender adolescentes, en tanto que la enfermera y la trabajadora social, de reciente ingreso (dos y siete meses respectivamente) fueron orientadas por las dos primeras acerca de los contenidos de las pláticas y la forma de “hablarles a las adolescentes”. Igualmente, se hizo referencia a la insuficiente valorización y estímulo otorgados por las autoridades del hospital al trabajo del Prea.

La necesidad de un médico de base se considera prioritaria. Se nos aclaró en este sentido que la solicitud correspondiente, reiterada en múltiples ocasiones por el personal, está condicionada a que el programa demuestre productividad en todas las acciones que desarrolla, lo que debe ser entendido como un aumento en cantidad de cada una de las actividades, pero especialmente en la adopción de un método anticonceptivo postparto. También se considera necesaria por el personal de servicio la presencia del Prea los fines de semana y festivos, particularmente en el área de hospi-

talización. Asimismo, en opinión del personal, se requiere de una nutricionista y de un pediatra que atiendan los problemas más frecuentes de los recién nacidos que asisten para control de su crecimiento y, en términos de recursos físicos, de un espacio más amplio para realizar las pláticas.

Algunas ausencias notorias en relación con los servicios prestados son: la anticoncepción de emergencia, la doble protección, el involucramiento de los varones, y la promoción y prevención primarias de embarazo y ETS.

Laboratorios, medicamentos y métodos anticonceptivos

El laboratorio del hospital ofrece las siguientes pruebas: detección de embarazo, de ETS, VIH/Sida y cáncer cervicouterino.

El Prea alienta, después del parto, la adopción del DIU y del condón, al considerarlos los únicos métodos que no interfieren con la lactancia materna. El personal informó que en ocasiones ha existido desabasto de pastillas y condones. Algunos laboratorios proporcionan hormonales orales e inyectables y una empresa dedicada a sucedáneos de leche provee cereales para los bebés y suplementos alimenticios para las embarazadas.

Flujos, consultas y costos de atención

Las adolescentes llegan al Prea por dos vías: en la consulta externa son captadas aquellas adolescentes embarazadas que llegan al hospital porque presentan alguna molestia o porque estando próximas a su fecha de parto llegan para ver si allí las atenderán. La otra vía es el momento del parto; cuando están hospitalizadas reciben una plática de métodos anticonceptivos y de lactancia, se les habla de los servicios que ofrece el Prea y se las invita a las pláticas postnatales.

En el último semestre, en el área de consulta externa se recibieron 66 adolescentes. Los principales motivos de consulta fueron: la administración de métodos anticonceptivos, la revisión de dispositivo y el seguimiento de métodos. En el área de psicología se atendieron 180 adolescentes. En el área de hospitalización fueron captadas 1 352 adolescentes, de las cuales 736 adoptaron el DIU, 412 condones y 29 optaron

por la salpingoclasia. Setecientos veintiocho adolescentes tuvieron un parto normal, 466 cesárea,⁵ en 35 se utilizaron fórceps, 102 fueron legrados, en un caso se trató de trofoblasto, 18 presentaron endometritis y 5 tumor de ovario. Se detectaron 29 pacientes con ETS, 11 fueron víctima de violaciones y se produjeron 6 muertes neonatales.

El tiempo de la consulta médica es de aproximadamente 40 minutos, en tanto que el de la consulta psicológica es de 45 minutos. Las pláticas en el servicio tienen una duración de dos horas mientras que las que se dan en hospitalización se prolongan por una hora.

La ficha para consulta médica cuesta 25 pesos. El costo del parto o cesárea varía en función del nivel socioeconómico de la paciente. La mayoría de las pacientes pertenecen a los niveles 3 y 4 (nivel socioeconómico medio y bajo). Un parto de nivel 3 tiene un costo de 380 pesos y en el nivel 4 de 700 pesos; en caso de cesárea, en el nivel 3 el precio es de 610 pesos y en el nivel 4 de 1 100 pesos. Cada día-cama cuesta 250 pesos cuando se trata de un parto normal y 460 pesos en

⁵ Una proporción mucho más alta de la que probablemente es necesaria por razones médicas, lo cual podría indicar una falta de control de calidad sobre las decisiones de los médicos.

caso de cesárea. Las pláticas y las consultas psicológicas son gratuitas.

Características de la población atendida

La clientela se compone de adolescentes embarazadas o que ya han tenido a su bebé. Pertenecen a un nivel socioeconómico medio-bajo y de extrema pobreza, dedicadas a las actividades domésticas. La mayoría cursó secundaria o preparatoria incompleta y vive en unión libre en la casa de sus padres o de sus suegros. Los varones se encuentran prácticamente excluidos de los servicios del programa.

Se perciben cambios en términos de un mayor espaciamiento de los embarazos, así como un incremento de población perteneciente a sectores medios.

Relación con la comunidad

El personal de salud identifica al trabajo comunitario con las derivaciones que realizan hacia otras instituciones hospitalarias, estatales u ONG, no considerando que el mismo sea una función o actividad a realizar en una institución de segundo nivel.

4. LA SALUD DEL ADOLESCENTE A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LOS PROVEEDORES

La perspectiva general de los proveedores de servicios

En los dos servicios, la salud sexual y reproductiva es concebida como la capacidad de ejercer de forma autónoma y responsable la sexualidad, con la finalidad de evitar consecuencias negativas tales como la posibilidad de un embarazo o el contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual o de Sida. Las referencias a la capacidad de goce y disfrute de los sujetos se hallan ausentes en el discurso de los proveedores. Se reconocen como derechos de los adolescentes el recibir información, orientación y atención médica y psicológica en aspectos vinculados con su salud sexual y reproductiva, así como decidir el método anticonceptivo a adoptar. El género es percibido por los proveedores como roles genéricamente determinados en el ámbito de la reproducción, que conllevan desigualdades que afectan más a las mujeres adolescentes que a los varones.

Ambos servicios enfatizan la necesidad de abordar la salud de los adolescentes a partir de una aproximación integral y holística. Para el personal de salud que se desempeña en el Módulo la atención a la salud integral es “ver a la persona de una manera holística, en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social”. Esto implica necesariamente, en su opinión, un trabajo interdisciplinario. Por su parte, los proveedores del Prea señalaron que atender la salud integral de las adolescentes es considerar su bienestar total “no separando el problema médico del social y psicológico, considerando las tres esferas a partir de un trabajo interdisciplinario, en equipo”.

El personal de salud favorece la adopción de metodologías anticonceptivas en las adolescentes; no obstante, en ninguno de los dos servicios los proveedores alientan la doble protección y los varones se encuentran prácticamente excluidos de los servicios. El embarazo es considerado un problema, particularmente para las jóvenes, en tanto dificulta la conclusión de

estudios o el tener otras experiencias consideradas importantes de ser vividas en la adolescencia. Sin embargo, esta visión no tiene en cuenta que muchas adolescentes habían dejado la escuela algunos años antes y deseaban tener un hijo, más allá de las dificultades económicas o familiares que este evento pueda acarrearles. Desde las representaciones médico-sanitarias se desconoce la multiplicidad de significaciones que puede tener esta experiencia para las y los adolescentes, la que puede ser valorizada positivamente en determinados contextos de restricción socioeconómica. Por su parte, la manifestación de desear terminar un embarazo es sancionada y desalentada por los proveedores de ambos servicios, bajo el argumento de la ilegalidad de esta práctica en nuestro país. Por su parte, la violencia y las adicciones son reconocidas como un problema creciente en la población adolescente. Los dos servicios atienden a aquellos pacientes que no son considerados graves y de los que pueden hacerse cargo vía la consulta psicológica. En estos casos hablan con los jóvenes, con sus padres y si luego de algunos encuentros evalúan que no pueden darles la atención que ameritan, los derivan a servicios especializados. Por otra parte, estas problemáticas no se constituyen en objeto de acciones preventivas por el equipo sanitario.

Autorización paterna

La autorización paterna no es un requisito para proveer servicios a las y los adolescentes. Ni la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar ni el PNASRA mencionan la necesidad de la autorización de los padres para suministrar métodos anticonceptivos a los adolescentes. Sin embargo, si bien no existe tal obligación, en el Módulo En Buen Plan se nos dijo que se pide que la joven sea acompañada por un adulto, particularmente cuando se trata de atender un embarazo. Las razones argumentadas para proceder así son:

“Porque la doctora debe tener presente siempre a un mayor de edad que pueda tomar las decisiones prudentes de acuerdo a lo que la doctora indique como tratamiento o como recomendaciones de la dinámica familiar” (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

Expresa otro proveedor de manera coincidente:

“Deben de venir con un familiar o un hermano más grande al menos... porque eso nos implica que también ellos se comprometan a la mejoría de la salud de la joven” (proveedor 4, mujer, Módulo En Buen Plan).

En el caso de que la(el) adolescente llegara sola o solo, nos comentaron que:

“... siempre se les atiende, se les da la atención pero siempre con presencia de la enfermera o una servidora... se le [dan] indicaciones que para la próxima visita... deberá venir acompañado de una persona, de un acompañante mayor. Sí, siempre se solicita que sea el padre o la madre porque sin duda ... en ellos va a recaer la mayor responsabilidad del tratamiento o la atención que se le indique al paciente ... hemos comprobado que cuando algunos jóvenes de 17, 18 años vienen y se le dan indicaciones, tristemente vemos que regresan a la siguiente consulta y que no tomaron a pie las indicaciones que el doctor dio ... no se comprometen como debieran ¿sí?, cuando vienen solos” (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

Como se puede apreciar, los proveedores parecieran concebir al adolescente como un sujeto que no se responsabiliza de su salud y que requiere ser acompañado de un adulto responsable para cumplir con las indicaciones o el tratamiento prescrito. En cambio, cuando se trata simplemente de una consulta sobre anticoncepción, dicho requisito no se exige:

“Inclusive muchos vienen solos y no quieren que los papás se enteren ..., vienen y dicen: ‘sabe pues yo quiero que usted me hable sobre métodos anticonceptivos pero en mi casa no saben nada; o

sea, voy a iniciar mi vida sexual pero mi mamá no lo aceptaría’, entonces se les respeta, se les da la orientación y como les decimos aquí, la decisión es de ustedes. A nosotros lo que nos toca es darles la orientación de los riesgos, de todo lo que conlleva la responsabilidad el iniciar una vida sexual y la decisión ... pues que definitivamente es de ella ...” (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

En el Prea se nos informó que no es necesaria la autorización del padre o tutor para ser atendidas en el servicio, a excepción de ciertas intervenciones quirúrgicas como la salpingoclasia en que sí es necesaria dicha autorización. En el caso de adolescentes menores de edad que llegan solas al hospital para atender su parto y que presentan problemas de farmacodependencia o sexoservicio, cuando tienen a su bebé se les acompaña a la Procuraduría General de Justicia y se levanta un acta de abandono de dos menores; el hospital funge como responsable de los dos menores y se las deriva a un albergue, ya sea con su bebé o solas.

Anticoncepción

La consejería sobre anticoncepción consiste en “darles la confianza, la seguridad, la confiabilidad y la información de todos los métodos existentes” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan), enfatizando los beneficios que conlleva la planificación familiar.

Todos los agentes de salud del Módulo En Buen Plan manifestaron que otorgan información sobre todos los métodos existentes,¹ haciendo referencia inclusive a los denominados métodos naturales, al de la lactancia exclusiva por seis meses (método de la lactancia amenorrea) y al coito interrumpido. Luego de la correspondiente revisión médica, es la doctora quien ofrece aquellos métodos disponibles en el Módulo (dispositivo, hormonales orales e inyectables y condones).²

¹ La información que se proporciona no contempla la anticoncepción de emergencia, aún cuando se nos informó que en dos ocasiones la otorgaron.

² Al parecer es frecuente que no tengan en existencia anticonceptivos. Poco antes de la fecha de las entrevistas, estuvieron aproximadamente cinco meses sin preservativos, lo que significa que aunque informaran sobre este método, las y los usuarias/os debían adquirirlos por su cuenta.

En cuanto a los criterios utilizados para recomendar un determinado método, las respuestas ofrecidas por el personal de salud del Módulo incluyeron la mención de lo establecido por la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar,³ las condiciones fisiológicas de la adolescente, así como la intuición de parte del proveedor sobre el grado de responsabilidad o irresponsabilidad de la joven para utilizar un método de manera adecuada. Al respecto, se nos dijo:

“... por decir, si vemos a una chica que pues sabemos que no va a estar viniendo cada mes, en verdad, por sus pastillas o por sus inyecciones, pues lo más práctico es el dispositivo; entonces, si vemos que la chica sí va a venir, sí va a acudir, sí es responsable y va a venir por su inyección, se le da la inyección” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

“Yo comienzo a detectar qué tanto riesgo va a haber en esta niñita de 14 años que utilice una ampolleta, que ya lo estoy viendo en muchas otras que vienen y que se embarazaron porque se les olvidó, porque no la compraron, porque antes de habérsela colocado mantuvieron relaciones, en fin, entonces esto me hace que sí, por lo regular, yo trate sí de influir un poquito en que tomen en cuenta el grado de responsabilidad que implica utilizar cada uno de los métodos” (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

La periodicidad de las relaciones sexuales es tal vez el criterio más tenido en cuenta cuando se trata de sugerir el uso del condón:

“A las parejas jóvenes que sus relaciones no son muy seguidas, precisamente porque pues están fuera del matrimonio, no quieren que se enteren los papás, entonces sus relaciones van a ser cada quince días, cada veinte, a ellos son a los que sí por primera vez nosotros los apoyamos con condones” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

³ Que establece los criterios médicos para la utilización de cada uno de los métodos aprobados.

Para motivar la adopción de un método anticonceptivo, el Prea ofrece diariamente pláticas a las adolescentes hospitalizadas por cualquier evento obstétrico. En los cursos pre y postnatal también se alienta a las jóvenes a adoptar un método y se les entregan folletos informativos. El método que más se recomienda cuando la adolescente ha tenido un parto normal, una cesárea o no presenta ninguna infección es el DIU; si presenta infección se prescribe el condón hasta que se trate la misma. El motivo por el que se alienta el dispositivo, según lo manifestado por el personal de este servicio, es que la adolescente va a lactar, por lo que no es posible administrarle hormonales.

Los factores identificados por los proveedores como facilitadores para la adopción de un contraceptivo fueron: el apoyo informativo de los medios masivos de comunicación, los programas de educación sexual en las escuelas, la labor del personal de salud, el que hayan pasado por alguna experiencia que las puso en riesgo de embarazarse y el que los promotores sean ellos mismos jóvenes. Como factores obstaculizadores fueron señalados: la inaccesibilidad económica, el pudor, las posturas religiosas contrarias al uso de anticonceptivos, creencias personales o familiares en relación con efectos secundarios negativos de los anticonceptivos, el temor a la crítica o al rechazo social, particularmente de los proveedores (personal de salud o expendedores de medicinas), la desinformación, la irresponsabilidad y los roles genéricamente establecidos. En relación con este último aspecto se mencionaron las dificultades para lograr que los varones se acerquen al servicio demandando un método o bien que adopten el condón:

“Sí, el hombre es más difícil que adopte un método que la mujer, por el rol que tenemos ... establecido ... por cada sexo; o sea, la mujer es la esclava, la mujer es la que debe de ligarse, la mujer es la que debe de ponerse el dispositivo y yo creo que eso se transmite de generación en generación. Entonces, sí nos hace falta un cambio, que los padres estemos mejor preparados para poder tener hijos que acepten sus responsabilidades y que sea una responsabilidad compartida. Aquí se lo hacemos ver; cuando llegan con su pareja les platicamos a los dos; de hecho a mí sí me gusta

que lleguen con la pareja ... pienso yo que pareja es parejo, que los dos deben de intervenir y los dos deben de saber lo mismo para poder elegir y decidir. Y es más cómodo obviamente para el varón que la chica acepte, reciba un método ella y no él. O sea, yo creo que es la falta de compromiso; o sea que es más cómodo que ella lo tenga y pues yo bien padre” (proveedor 4, mujer, Módulo En Buen Plan).

En cuanto a los factores que obstaculizan la adopción y continuidad en la utilización de un contraceptivo, el personal del Prea coincidió con los mencionados por los proveedores del Módulo En Buen Plan, pero enfatizó que son las adolescentes sin pareja las que más se resisten a adoptar cualquier método luego del parto, ya que piensan que no van a tener pareja ni relaciones sexuales. Mencionaron también que en muchas ocasiones el mayor obstáculo para que la adolescente utilice un método es la opinión de la pareja o de los padres, quienes se oponen a que lo adopte.

Por último, si bien todos los entrevistados de ambos servicios consideraron que en su labor diaria realizaban tanto prevención de embarazos como de ETS y VIH/Sida, nuestra opinión es que hay un mayor énfasis en otorgar orientación en anticoncepción al resaltar durante el espacio de la consejería aquellos aspectos vinculados con las prácticas de riesgo de un embarazo, lo que se evidencia en la total ausencia de la prescripción de la doble prevención en la práctica de estos profesionales.

Embarazo

Los servicios que el Módulo En Buen Plan ofrece a las adolescentes embarazadas son: la atención del control prenatal, dos cursos anuales de una semana de duración donde se abordan aspectos vinculados con el embarazo, parto y puerperio y, en ciertos casos, atención psicológica. En el octavo mes de gestación, se otorga a la joven el pase a una institución hospitalaria del segundo nivel, donde atenderá su parto.

La atención psicológica se brinda:

“Bajo la circunstancia de que la embarazada curse por un cuadro depresivo, ya bien por la no acepta-

ción de su embarazo, porque no cuente con el apoyo de su pareja o éste la haya abandonado o porque su familia la rechace abiertamente; se realiza la intervención... tratando de mejorar su autoimagen, reforzando su autovaloración y generando en la paciente un proyecto de vida a futuro, procediendo a solicitud del médico o de la embarazada para hacer intervención con su pareja como con su familia” (proveedor 1, varón, Módulo En Buen Plan).

Desde el servicio se fomenta el involucramiento tanto de la pareja como de la familia de la adolescente embarazada, invitándolos a acompañar a la joven a sus consultas de control, con la intención de hacerlos responsables y brindarle su apoyo, ya que se considera que:

“La problemática es multifactorial y principalmente existe mucho conflicto familiar, hay mucha agresión, hay mucha falta de integración familiar, entonces tratamos de involucrar a toda la familia, porque finalmente a veces el problema no son las chicas, sino es el entorno, su familia” (proveedor 4, mujer, Módulo En Buen Plan).

El personal del Prea manifestó también que consideran importante este involucramiento, pero señalaron que es difícil lograrlo.

Los proveedores del Módulo demostraron preocupación frente al embarazo de una adolescente, tanto por los antecedentes que la llevaron a embarazarse como por sus consecuencias. El estar buscando ser querida, la necesidad de afecto, de autosatisfacción y autorealización a través de un hijo, son identificados por el psicólogo como algunos de los principales motivos que conducen a una adolescente a embarazarse. En tanto que uno de los proveedores consideró que es la falta de una educación sexual adecuada la principal causa de estos embarazos, otro, en cambio, expresó:

“... yo siento que son jovencitas, la mayoría se quiere salir de su casa, tienen problemas y la única salida es embarazarse ... sigue habiendo más embarazos de los que, pues, uno quisiera” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

La responsabilidad que implica un hijo, más aún cuando no se cuenta con el apoyo del compañero o de la familia, y las limitaciones para continuar los estudios, son las consecuencias percibidas como más importantes de un embarazo en esta etapa. El personal del Prea coincidió en este aspecto al considerar que el embarazo en la adolescencia es un problema,

“Algo que no tiene que suceder a esta edad, puesto que es una edad para estudiar, pasear, divertirse, conocer chicos; pasan de ser niñas a ser mujeres y con su embarazo se estancan en el hogar ...” (proveedor 1, mujer, Prea).

Aún cuando desde la perspectiva de los proveedores la problemática del embarazo se ubica en el terreno de lo social, su abordaje se realiza desde una perspectiva médico-psicológica, que secundariza la esfera de las representaciones genéricamente determinadas que valorizan la maternidad y los múltiples significados asociados a esta experiencia en determinados contextos socioculturales.

Sexualidad

En el Módulo se aborda la sexualidad a partir de pláticas que ofrecen a adolescentes y docentes. El personal de salud organiza dos cursos anuales dirigidos a usuarios del servicio y a población abierta de adolescentes, denominado “Adolescencia, sexualidad y salud”, en el que, si bien se incluyen aspectos vinculados con la sexualidad, no se contempla una aproximación a la problemática de manera diferencial al tratarse de mujeres y varones. Solamente en la verbalización de uno de los proveedores es posible detectar cierto abordaje diferente según los géneros:

“Se orienta acerca de los riesgos, de todo lo que conlleva la responsabilidad de iniciar una vida sexual y la decisión, pues que definitivamente es de ella, porque inclusive decimos que nunca debe de estar presionada porque el novio les pida la prueba de amor, o que las esté obligando a tener relaciones; ¡no! la decisión debe ser de ella ...” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

En este fragmento también es posible apreciar una orientación, que al parecer es la que predomina, en cuanto a prevenir riesgos en el ámbito de la sexualidad, como si ésta sólo implicara peligros más no placer y disfrute.

El personal del Módulo también manifestó la intención de continuar con los cursos a profesores de telesecundaria y de involucrar a los padres de familia próximamente en estas actividades.

El Prea aborda la sexualidad en sus pláticas del periodo postnatal. El personal considera que las mismas han tenido un impacto favorable en tanto que las adolescentes no tienen otro espacio dónde manifestar sus dudas, inquietudes y miedos relativos a este ámbito de sus vidas.

Violencia

La violencia intrafamiliar –tanto en la familia de origen como con la pareja–, aún cuando no es un motivo directo o frecuente de consulta, es percibida por el personal del Módulo como un problema importante y creciente.

“Sí, se dan casos, sí detectamos la violencia intrafamiliar, pero desafortunadamente no es de manera abierta, conocida por la misma paciente. La más afectada, castigada, es la mujer, pero jamás lo manejan como tal” (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

En cuanto al tratamiento recibido, se comenta que se trata en primer lugar de crear la confianza necesaria para que la joven pueda externar lo que le pasa, se le escucha y se busca la manera de apoyarla o acercarla a instituciones que trabajan específicamente este tipo de problemas. Cuando la paciente presente golpes se la deriva al DIF y tratándose de violación se la canaliza a la Agencia del Ministerio Público especializada en delitos sexuales. En aquellos casos en que el equipo de salud y específicamente el psicólogo interviene, se busca el involucramiento de los padres, siendo generalmente la madre quien asiste a la consulta. La deserción de la adolescente y de la madre se menciona como un hecho recurrente.

Los tipos de violencia que más frecuentemente se detectan son: la violencia intrafamiliar ejercida por la madre hacia sus hijos, el maltrato por parte de las suegras o de la pareja de la adolescente, las amenazas de estos últimos (“si no vives conmigo te quito a los niños o te desaparezo a los niños que tienes”) y la privación de la libertad. El equipo de salud no desarrolla trabajos preventivos en relación con la violencia ni en el servicio ni en la comunidad.

El personal de salud del Prea percibe la violencia intrafamiliar como un problema que afecta a algunas adolescentes, distinguiéndose una violencia física de parte de la pareja y una violencia psicológica de parte de los padres. En estos casos, es la psicóloga del equipo quien atiende a la afectada. En casos severos, esta profesional asiste a la adolescente por un lapso de cuatro a cinco sesiones, con el objeto de sensibilizarla acerca de la necesidad de que concurra a una institución especializada en este tipo de problemática, a la cual se le canaliza. Asimismo, en las pláticas que brinda el servicio se aborda el tema de la violencia.

Drogas, alcoholismo y otras adicciones

En ocasiones, son las escuelas las que derivan a los adolescentes al Módulo, porque los encontraron drogándose en el establecimiento escolar. En otros casos, es durante la entrevista clínica cuando llaman la atención ciertos hábitos o comportamientos que podrían estar asociados a conductas adictivas. Los casos detectados son canalizados a los Centros de Integración Juvenil.

Aun cuando el servicio no da tratamiento para atender esta problemática:

“Se habla con los padres de las drogas, de sus efectos y de las actitudes y cuidados que deberán tener, haciéndolos partícipes, responsables y efectivos, no sintiéndose culpables o desplazando la culpa” (proveedor 1, varón, Módulo En Buen Plan).

La causalidad se ubica, como para tantos de los problemas de salud que afectan a los adolescentes, en la mala comunicación entre padres e hijos y en la estructura disfuncional de las familias.

El personal de salud del Prea también considera que la drogadicción es un problema registrado en la población que atienden. Frecuentemente, las adolescentes manifiestan que tanto su pareja como ellas se drogan y que temen por la salud de su bebé. En estos casos, la psicóloga ofrece una atención individual y si el caso es evaluado como grave lo deriva a los CIJ. Durante las pláticas se trabaja el tema de las adicciones, ofreciéndoles folletos.

Aborto

Los agentes de salud del Módulo mencionaron que son pocas las adolescentes que manifiestan que su embarazo no es deseado:

“Bueno, muchas chicas dicen que no deseaban embarazarse pero ya al saberse embarazadas, aceptan su embarazo ... sí hemos tenidos casos, pero te digo son raros” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

En estos casos, se las canaliza con el psicólogo, quien trata de que acepten su embarazo. El siguiente fragmento expresa cómo se actúa en estas circunstancias:

“En principio tratamos de conocer las motivaciones que tiene para pensar en abortar y si no encontramos una causa legal que la justifique, entonces tratamos a toda costa de señalarle a la mujer lo maravilloso que puede ser la maternidad... aún así se le hace saber que su decisión es libre, que debe ser responsable ante ella, autónoma y que el servicio respeta su toma de decisiones pero que no nos está permitido favorecer una situación que vaya en contra de la legislación vigente” (proveedor 1, varón, Módulo En Buen Plan).

“Aquí no tenemos permitido lo del aborto, aquí no podemos nosotros decirle; ahora, sí, es su decisión, pues sí, ¿no?; pero aquí al menos dentro de la unidad no está permitido que se le dé una opción hacia un aborto; si ella decide llevar a cabo un aborto, pues va a ser fuera de la unidad, pero no está permitido aquí, que nosotros, demos op-

ciones para un aborto” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

Las verbalizaciones de estos profesionales dan cuenta de la postura que adopta el servicio frente al embarazo no deseado y que se manifiesta en tratar de convencer a las adolescentes de las bondades de la maternidad y en desalentar la práctica del aborto. Pero tal vez sea preocupante que, bajo un discurso que enfatiza la posibilidad de elegir, se deja a la joven sola en caso de que opte por no tener a su bebé.⁴

⁴ Pudiera ser que los prestadores entrevistados se hubieran visto obligados a responder de la manera que lo hicieron por el temor de exponerse como posibles cómplices de una práctica que es ilegal y que se encuentra penada por la ley, pero no tenemos manera de saberlo.

En el Prea, los proveedores manifestaron que desalientan a aquellas adolescentes que llegan al servicio solicitando ayuda para interrumpir su embarazo:

“Se les habla de los riesgos que tiene un aborto clandestino y se trata de motivarlas para que hablen con algún familiar si es que van a acudir con alguien, para que esté informado alguien cercano, para que sepan por lo menos por dónde anda” (proveedor 1, mujer, Prea).

El servicio, en estos casos, no asume ninguna responsabilidad con estas jóvenes. Por otra parte, se nos comentó que son pocas las adolescentes que no aceptan a su hijo luego del parto. En estos casos, el servicio ofrece orientación sobre las posibilidades que existen para que lo dé en adopción. En los casos de abortos espontáneos, la psicóloga ofrece apoyo terapéutico.

5. LA SALUD A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LAS Y LOS USUARIOS

La vinculación con el servicio

La mayoría de los entrevistados conoce el Módulo de Atención por familiares directos o familiares políticos (suegra, suegro, cuñada). En algunos casos existe un conocimiento previo del Centro de Salud donde se encuentra el Módulo de Atención, al que se acudió para atender otras afecciones, para buscar un certificado de salud o por otras razones. Ninguno de los informantes conocía otro servicio similar que atendiera exclusivamente a adolescentes y jóvenes, aunque todos señalaron conocer otros servicios de salud públicos y privados. Dos de las adolescentes indicaron que anteriormente concurrían al Seguro Social pero que en la actualidad ya no son derechohabientes de dicha institución.¹ Tres de las adolescentes fueron a pedir atención a otros servicios de salud antes de llegar al Módulo.

En cuanto a los motivos por los que se eligió el servicio, se destacan: el conocimiento previo del mismo, la recomendación de familiares, el buen trato, la cercanía y el bajo costo de las consultas.

En el caso del Prea, las adolescentes llegan derivadas del área de hospitalización luego de dar a luz o de la consulta general. Las principales fuentes de conocimiento sobre el hospital así como su elección para atender allí su embarazo y parto se encuentran determinadas por la recomendación de profesionales médicos o de familiares o amigas, quienes en algún momento recibieron una buena atención en esa institución.

De los quince entrevistados en el Módulo, tres asistían por vez primera; los restantes ya habían iniciado su atención en el servicio. Todos los informantes, a excepción de una adolescente, manifestaron su conformidad con el horario de atención. El tiempo de espera es percibido como demasiado largo por siete jó-

venes. Para los restantes, el tiempo de espera es razonable. A veces no importa esperar porque se valora la buena atención recibida:

“... a pesar de todo, que se tarda mucho, porque sí se tarda bastante para pasarte, la doctora atiende bien, es buena gente, te podría decir, cuando te atiende, y por eso venía, por lo mismo que sí te tratan bien, pero sí nunca me ha gustado que siempre se han tardado” (usuaria 4, Módulo En Buen Plan).

En el Prea, seis adolescentes expresaron que el horario matutino les resulta más conveniente, dos preferirían asistir por las tardes y las restantes consideraron que cualquier horario es igual. El tiempo de espera varía según el tipo de servicio que se reciba; cuando se trata de una consulta médica, la espera puede oscilar entre los quince y veinte minutos hasta dos horas; en cambio, si el adolescente concurre a consulta psicológica o a una plática no debe esperar, ya que se lo cita a una hora determinada.

Catorce de los quince entrevistados del Módulo manifestaron que su familia tenía conocimiento de que acudían al servicio. Los familiares apoyan la asistencia del adolescente al Módulo particularmente cuando se trata de un embarazo, ya que es un proceso que hay que controlar. Únicamente una adolescente nos dijo que no quería que su familia se enterara de que concurría por planificación familiar y comentó el por qué no se había acercado antes al Módulo:

“O sea, yo no había venido porque no sabía exactamente cómo era, si te iban a regañar, si este... no sé, si te piden tu dirección, teléfono y ¡ay! le van a hablar a mis papás o algo así, era una duda, pero no quisimos esperar más y decidimos venir los dos; bien te hacen sentir, en confianza, te dicen que no hay ningún problema con tus papás, que si

¹ Las hijas de beneficiarios del IMSS dejan de ser consideradas dependientes familiares cuando están embarazadas, independientemente de su edad y su estatus civil (o situación marital).

no saben pues está bien, me agradó” (usuaria 11, Módulo En Buen Plan).

La misma joven dice que, como ella, muchos adolescentes no acuden a los servicios de salud:

“Porque no conocen el servicio o como el IMSS, el ISSSTE, no van porque piensan que como es familiar les van a decir a sus papás o como va a estar en el expediente, pueden llegar a enterarse sus papás, supongo que por eso, van más a los particulares” (usuaria 11, Módulo En Buen Plan).

De los quince adolescentes entrevistados en el Prea, tres señalaron que sus padres no saben que asisten al servicio porque están peleados entre sí. Sin embargo, en estos casos otros familiares sí tienen conocimiento de su asistencia al hospital, siendo su opinión favorable y de apoyo.

Los usuarios del Módulo de Atención utilizan en su mayoría medios de transporte colectivo (pesera, camión, microbús, metro); cuatro indicaron que llegan caminado y una en taxi. El tiempo de viaje oscila entre los cuarenta y cuarenta y cinco minutos, en tanto que los que asisten al Prea ocupan entre diez y noventa minutos para llegar al servicio y varias entrevistadas señalaron que deben utilizar dos tipos de transporte.

Motivos de asistencia

En diez casos el motivo principal de asistencia al Módulo de Atención es el control prenatal, en tres la búsqueda de una metodología anticonceptiva y en dos la asistencia a consulta psicológica. La mayoría acude acompañada de su pareja, su mamá o su suegra. En aquellos casos en que la pareja nunca asistió a la consulta, resaltan como motivos los compromisos laborales o el estar separados.

Catorce de los quince entrevistados manifestaron recibir exclusivamente el servicio de salud que correspondía a su motivo de consulta; esto es, atención médica o psicológica.

Entre los principales motivos de asistencia al Prea destacan: la participación en pláticas pre y postnatales, el control del recién nacido, la consulta psicológica y

la consulta médica para control postnatal o para adoptar o controlar el método anticonceptivo. En algunos casos, una misma adolescente puede recibir dos servicios de salud el mismo día de la visita; por ejemplo, puede asistir a una plática postnatal y llevar a su niño a control o puede participar de la charla grupal y concurrir con la psicóloga. Siete entrevistadas asistieron acompañadas de algún familiar (tía, hermana, abuela, papá), o de su pareja. Las restantes jóvenes manifestaron que nunca acudieron acompañadas de su pareja porque por diferentes motivos ya no cuentan con ella:

“No quiero que esté conmigo” (Usuaria 2, Prea).

“Cuando se enteró del embarazo no se quiso responsabilizar, incluso me dijo que no era de él” (usuaria 5, Prea).

“Me separé hace seis meses y él no sabía del embarazo” (usuaria 6, Prea).

“Me separé de mi novio porque me agredía físicamente” (Usuaria 8, Prea).

“Mi pareja se murió hace diez meses” (usuaria 10, Prea).

“Me embaracé de mi medio-hermano y él ya está viviendo con otra pareja” (usuaria 14, Prea).

Principales problemas de salud

Entre los principales problemas de salud percibidos por los usuarios del Módulo de Atención entrevistados fueron enunciados, por orden de importancia: los embarazos no deseados, las enfermedades sexualmente transmisibles, el Sida, el alcoholismo, el tabaquismo y las drogas.

La delincuencia y la violencia aparecieron mencionados únicamente por dos de nuestros informantes. Es de destacar que la incomunicación entre padres e hijos, los problemas familiares, y la inseguridad de los adolescentes surgieron como la principal causa de los problemas que afectan en la actualidad a este grupo de la población. De manera congruente, los jóve-

nes propusieron para resolver estas problemáticas soluciones que se ubican en el seno del grupo familiar, a través de la comunicación, la colaboración, el apoyo y la orientación de los padres. También se mencionaron la ayuda que ofrecen ciertos grupos como los CIJ o Alcohólicos Anónimos (AA), así como la necesidad de campañas de información en centros de diversión, deportivos y discotecas.

Un aspecto importante, señalado, es la actitud que deberían adoptar aquellos profesionales que se dediquen a atender a jóvenes con este tipo de problemas. En palabras de una informante:

“... pues que no vayan como lo que son. Que no vayan como médicos, como doctoras, como maestros, sino simplemente que vayan como amigos... un amigo que les diga lo que es malo, lo que es bueno. Muchas personas no lo van a aceptar o no los van a escuchar, pero va a haber muchas que sí acepten lo que son y sí acepten lo que viven... Es muy importante ser amigo y no ser profesor o doctor, que nada más va y lo atiende y ya... si uno le pone más atención a las personas como lo que es, como: ‘tienes un problema, cuéntame, soy tu maestro pero aparte soy tu amigo’. Más que nada, que las personas que tienen más experiencia o más capacidad o más estudios puede ser que se hagan amigos de las personas que tienen problemas como cualquier otra persona...” (usuario 4, Módulo En Buen Plan).

Entre los usuarios entrevistados del Prea aparecen los mismos problemas de salud indicados por las y los usuarios del Módulo de Atención, aunque fueron destacadas ciertas enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea y los condilomas. En correspondencia con los problemas identificados, la utilización del condón fue una de las estrategias más señaladas por los jóvenes para resolverlos. También se enunciaron como indispensables acciones tales como: pláticas y provisión de métodos anticonceptivos en las escuelas, actividades de información y orientación en los servicios de salud acerca de la importancia del cuidado del cuerpo, atención psicológica, pláticas a los padres e información a través de los medios de comunicación. Solamente una adolescente indicó la necesi-

dad de una mayor comunicación y confianza entre los padres y los hijos. Como se puede observar, se trata, en su mayor parte, de acciones relacionadas fundamentalmente con la prevención y que deberían ser desarrolladas por las instituciones escolares, de salud y los medios de comunicación.

Satisfacción con la consulta

En el Módulo todos los entrevistados indicaron que habían recibido la información y los servicios de salud que requerían, la relación prestador-usuario/o fue percibida como adecuada y el trato brindado considerado bueno. En relación con la sensación de aprendizaje de algo nuevo y a la aclaración de dudas a partir de la consulta, la mayoría de los informantes contestó afirmativamente; sin embargo, sólo la mitad pudo argumentar con relación a este aspecto. Algunas adolescentes embarazadas comentaron que aprendieron acerca del embarazo, de cómo cuidarse y alimentarse “para que el bebé salga bien” y que el embarazo cambia totalmente la vida. Ninguno de los entrevistados considera que recibió más información que aquella que demandaron a los prestadores. En cuanto a la posibilidad de preguntar al prestador de servicios acerca de los temas abordados en la consulta o en la consejería, la mitad de los entrevistados consideró que sí existe; la otra mitad mencionó que no se da esta posibilidad debido, por ejemplo, a la falta de confianza:

“No me siento en confianza para preguntar” (usuario 12, Módulo En Buen Plan).

La disposición de los proveedores para escuchar fue ratificada, en primera instancia, por la totalidad de los jóvenes y considerada por una de las usuarias como una característica y cualidad que debe tener todo prestador que se dedica a atender a adolescentes. De igual modo, todos los entrevistados señalaron también, en primera instancia, que el lenguaje utilizado por el proveedor fue claro, sencillo y entendible y que les fue indicado cuándo debían regresar.

En el caso de los usuarios del Prea, todos expresaron que se sintieron satisfechos por los servicios y la atención que habían recibido. Asimismo, considera-

ron que les fue otorgada la información necesaria para atenuar sus miedos y aprender cosas nuevas, por ejemplo, acerca del cuidado del bebé; solamente tres adolescentes mencionaron que recibieron más información que la que habían demandado. En cuanto a la posibilidad de preguntar al prestador, los entrevistados mencionaron que sí existe y nueve indicaron que los proveedores aclararon sus dudas.

La mayoría de los usuarios (diez) opinaron que el lenguaje de los agentes de salud es claro, sin embargo, el resto hizo alusión a la falta de claridad del mismo:

“Al principio es un poco confuso pero después me lo explica más detenidamente” (usuaria 2, Prea).

“Habla muy rápido y algunas cosas no me quedan claras y ya después no sé qué hacer” (usuaria 13, Prea).

“No, pues no le entendí muy bien” (usuaria 11, Prea).

Cuando se trata de adolescentes embarazadas, la médica del Módulo de Atención les solicita análisis de orina y sangre y un ultrasonido. Aunque las entrevistadas consideraron que la doctora sí les explicó en qué consistían los estudios antes de su realización, sus respuestas nos indican que se informa acerca de la preparación previa de la paciente (venir en ayunas), las características que debe tener la muestra (primera orina), dónde llevarlas o cómo agilizar el trámite, pero no respecto del propósito de estos estudios. En cambio, las pacientes del Hospital Nuestra Señora de la Salud a las que les fueron solicitados estos mismos estudios respondieron que el médico les explicó para qué eran los exámenes.

La mayoría de las usuarias del Módulo de Atención y del Prea expresaron su abierta preferencia por ser atendidas por una médica. El vínculo de mayor confianza que se logra con una médica es altamente valorizado por el conjunto de las entrevistadas. Las adolescentes expresaron que el ser atendidas por un médico las cohibe, les da pena o las hace sentir incómodas.

El costo de la consulta en el Módulo de Atención es considerado por todos los entrevistados como ba-

rato y sumamente accesible. En cambio, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud la percepción del costo es diferencial en función del servicio recibido. Mientras que el precio de una consulta médica es considerado económico (25 pesos), el costo de la hospitalización es considerado elevado.

El principal motivo por el que los usuarios han recomendado o piensan recomendar los servicios que brinda el Módulo de Atención es la buena atención que han recibido. Las adolescentes que asisten al Prea consideraron que la buena atención recibida, la percepción de que están aprendiendo y la sensación de que las ayudan y motivan para salir adelante, son los principales motivos por los que recomendarían el servicio.

La mayor parte de los entrevistados consideraron que sus amigas y amigos podrían eventualmente asistir al Módulo de Atención para recibir información y consejería en sexualidad, orientación con respecto a un embarazo no deseado, información y suministro de métodos anticonceptivos o para realizarse el test del VIH.

Aunque todas las entrevistadas del Prea estuvieron de acuerdo en que sus amigas podrían asistir al servicio en busca de orientación ante los problemas enumerados, se destacan las respuestas que ofrecieron para el caso del embarazo no deseado, donde se percibe que las jóvenes conocen perfectamente la postura de los servicios de salud frente a la interrupción de un embarazo:

“No creo, porque si ella no lo quiere ¿a qué viene? ¿para qué? tendría que buscar otras cosas” (usuaria 6, Prea).

“Le dirían que no abortara y a lo mejor ella reaccionaría de otra manera” (usuaria 2, Prea).

Privacidad y confidencialidad

Todos los adolescentes usuarios del Módulo de Atención consideraron que existió privacidad durante la consulta médica.² Las adolescentes que asisten a con-

² Es importante mencionar que cuando la adolescente asiste acompañada, ya sea por su pareja, madre o suegra, estas personas entran al consultorio, cuando sería de esperar que el proveedor consultara a la paciente respecto de si desea que su acompañante ingrese a la consulta.

sulta médica en el Prea señalaron, en su gran mayoría, que la enfermera estuvo presente; sin embargo, esto no es considerado como falta de privacidad.

En cuanto a los sentimientos experimentados durante la consulta, sea ésta médica o psicológica, prácticamente todos los entrevistados del Módulo de Atención expresaron sentirse bien, cómodos, seguros y tranquilos; por su parte, la mayor parte de las adolescentes que asisten al Prea señalaron sentirse tranquilas, en confianza y a gusto como consecuencia de la atención recibida.

Actividades de información, educación y comunicación

Ninguno de los adolescentes que entrevistamos en el Módulo de Atención dijo haber recibido folletos informativos por parte del personal de salud; tampoco participaron de pláticas grupales. En cambio, doce de los quince jóvenes tuvieron oportunidad de leer los carteles que se exhiben en la sala de espera. Asimismo, los entrevistados recordaban con exactitud los temas tratados en los mismos y la mayoría opinó que entendió la información, que le sirvió para tener más información o información correcta, para conocer los distintos métodos anticonceptivos, para “salir de dudas” (usuaria 5, Módulo En Buen Plan) o “para pensar en su relación de pareja” (usuaria 12, Módulo En Buen Plan). Esto nos lleva a decir que desde los propios sujetos se reconoce un aprendizaje a partir de la lectura de este material visual.

Once de los quince adolescentes asistentes al Prea accedieron tanto a la lectura de folletos informativos que fueron ofrecidos por el personal que se desempeña en el servicio, como de carteles que están exhibidos en las instalaciones. Conocen los temas abordados en

dichos materiales y todos han compartido la información o piensan hacerlo con su pareja, hermanos, otros familiares y amigos.

Todas las adolescentes participaron de las pláticas que ofrece el servicio y manifestaron su agrado al sentir que aprendieron acerca de:

“Cómo cuidar y alimentar al bebé” (usuaria 1, Prea).

“Cómo cambia nuestro cuerpo en los primeros y los últimos meses” (usuaria 2, Prea).

“Cómo planificar nuestra familia para no tener tantos hijos” (usuaria 3, Prea)

Por último, y con relación a las sugerencias para lograr un mejoramiento de los servicios, ocho jóvenes explicitaron la necesidad de que el Módulo de Atención cuente con una médica más ante la gran cantidad de pacientes que asisten diariamente, que hubiera una mayor organización en la entrega de las fichas de turno, que el servicio cuente con un ultrasonido, que el Módulo tenga una mayor difusión y propaganda y que:

“Cuando lo anuncien digan la dirección exacta, que es gratuito y confidencial” (usuaria 11, Módulo En Buen Plan).

Casi la mitad de las asistentes al Prea sugirieron que en las consultas médicas “no regañen”, que permitan entrar a la pareja y que los médicos no contesten mal. De igual modo, que exista una mayor publicidad del Programa para que más jóvenes lo conozcan, en especial los varones; que promocionen el servicio en las escuelas y que la gente participe más en las pláticas.

6. CONSIDERACIONES FINALES

La influencia de la Conferencia de El Cairo

Para el caso de México, como ya hemos señalado, los acuerdos de El Cairo tuvieron gran influencia en la creación de nuevos programas o de fondos destinados a atender problemas de salud y derechos de las mujeres con un enfoque de género, así como en un cambio de actitud favorable a las acciones que las ONG venían desarrollando en este ámbito de acción. De igual manera, la descentralización de muchas políticas públicas resultó ser una condición favorable, aunque no suficiente, para abrir canales de comunicación entre las ONG y las instancias gubernamentales. Por otra parte, la desestructuración de los servicios de salud, junto a la mayor demanda de atención derivada del alto desempleo (que deja sin ningún tipo de cobertura a gran cantidad de población) así como una disminución de los recursos públicos asignados al sector salud como parte de las políticas de ajuste estructural, derivan en una peor calidad en los servicios ofrecidos y en un desabasto de medicamentos.

En cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, la Conferencia de El Cairo reforzó las acciones que desde la SSA ya se habían iniciado y sus principales recomendaciones fueron incorporadas en la formulación del PNASRA. Sin embargo, estas recomendaciones han quedado más que nada a un nivel discursivo, siendo lenta e incompleta su traducción en la práctica. En lo que respecta al Prea, El Cairo no tuvo mayor influencia. El personal a cargo del programa ni siquiera sabía de la Conferencia y continuó con el trabajo que venía desarrollando.

Nuestra investigación detectó, de igual manera, que prácticamente no existe vinculación alguna entre las diferentes instancias estatales y federales que desarrollan acciones relacionadas con la atención de la salud de los adolescentes en el Distrito Federal, ni entre el primer y el segundo nivel de atención. Tampoco

existe una instancia central que posibilite una coordinación entre ellas.¹

Comparación entre lo que se dice y lo que se hace

Una comparación entre lo que se afirma en los documentos programáticos y lo que se pudo observar en esta investigación lleva a las siguientes conclusiones:

Consideraciones generales acerca de los programas analizados

En ambos programas, aunque la intención explicitada sea la atención a las y los adolescentes, son las mujeres las que se constituyen en las receptoras de los servicios ofrecidos. Debido a que ambos programas operan en instituciones del sector salud, su clientela está constituida principalmente por personas que buscan servicios relacionados con su bienestar físico y psicológico (incluyendo atención prenatal, de parto y postparto). Las adolescentes sanas no embarazadas no son, por lo tanto, una clientela natural para ellos, lo cual se refleja claramente en el perfil de los usuarios de los servicios que fueron entrevistados. Por lo tanto, los servicios están menos orientados a la prevención del embarazo y las ETS (desarrollo de competencias para negociar la abstinencia o el sexo seguro, por ejem-

¹ El subdirector del PNASRA indicó que el Programa y, en particular, la coordinación entre los niveles federal y estatales, funcionaba mucho mejor en los estados que en el Distrito Federal, lo que probablemente tenga que ver con la muy reciente descentralización (1998) de los servicios de salud federales al Distrito Federal y con el hecho de que las autoridades electas en el Distrito Federal en 1997 pertenecieran, por primera vez en la historia de la capital, a un partido político (el Partido de la Revolución Democrática, PRD) diferente y opuesto al partido dominante (el Partido Revolucionario Institucional, PRI), el cual mantuvo el poder ejecutivo en el nivel federal. Por esta razón, la transferencia de la autoridad administrativa de un gobierno a otro fue más complicada y llevó más tiempo que lo usual.

plo) que a la atención de la salud y de la prevención secundaria.

Puede decirse que hasta cierto grado ambos programas intervienen demasiado tarde, en “problemas” ya existentes (jóvenes embarazadas o madres adolescentes), y se necesitarían reorientar para atender a los adolescentes antes de que éstos adopten comportamientos que los pueden conducir a situaciones problemáticas para su salud sexual y reproductiva.²

Si bien los proveedores consideran que su trabajo ha tenido un impacto favorable en términos, por ejemplo, de que las adolescentes regresan al servicio luego de haber tenido a su bebé para buscar una opción anticonceptiva, ellos reconocen que el impacto sobre los principales problemas que afectan a la población adolescente es escaso y estiman que para esto debería realizarse un trabajo comunitario y fundamentalmente preventivo, el cual en el caso del Módulo, como ya se ha señalado, es reciente, no sistemático y secundarizado respecto del fuerte trabajo asistencial desarrollado.

Debe subrayarse el compromiso profesional y afectivo del personal de salud de ambos servicios en la atención de los adolescentes, más allá de las diversas dificultades que afrontan en su labor diaria.

El Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

Aunque en el programa se menciona la salud integral de las y los adolescentes, de hecho se enfatiza su salud reproductiva. La alusión a una perspectiva de género, así como la atención de la salud reproductiva como un derecho de las y los adolescentes no son explicitados, lo que no aclara cómo deberían operativizarse estas perspectivas en la dinámica de los servicios.

De hecho, a nivel del Módulo, las acciones del equipo de salud se dirigen fundamentalmente a informar, orientar y dar consejería en planificación familiar, otorgar métodos anticonceptivos y ofrecer con-

trol prenatal a las adolescentes embarazadas. Aunque el programa enfatiza la promoción del condón como método para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual, la práctica cotidiana respectiva se ve limitada en ocasiones ante el desabasto de preservativos.

Como los propios proveedores lo señalan, un conjunto de limitaciones institucionales, así como la escasez de recursos humanos y físicos impiden en gran medida cumplir con el objetivo para el cual el servicio fue creado: realizar promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. Acertadamente, desde el punto de vista de los proveedores, se considera que el mayor impacto que ha tenido el programa ha sido en la esfera de la prevención secundaria. Las actividades de prevención primaria se restringen básicamente, en el ámbito del servicio, a los cursos-talleres para adolescentes y para adolescentes embarazadas y, en el ámbito comunitario, a la recaptura de usuarias “desertoras” y el otorgamiento esporádico de pláticas en establecimientos escolares a estudiantes y docentes. Los padres, hasta el momento, se encuentran excluidos de estas acciones.

En lo que respecta a una perspectiva de género, si bien a nivel de las verbalizaciones se expresa cierto reconocimiento de las desigualdades de género en el ámbito de la sexualidad y la reproducción y de las dificultades para involucrar a los varones en las decisiones vinculadas con su salud sexual y reproductiva, esto no proviene de una capacitación formal recibida desde los niveles centrales y tampoco se manifiesta en acciones sistemáticas desarrolladas en el servicio. En este sentido, la participación del equipo de salud en las reuniones de GIRE puede considerarse como un acercamiento a la problemática del género y una vía importante de sensibilización; sin embargo, el hecho de que las autoridades del Centro de Salud ordenaran el término de esta participación impide la continuación de la capacitación en este aspecto.

En cuanto a una perspectiva de derechos, los agentes de salud reconocen los derechos que en esta materia asisten a los individuos y parejas, y fomentan particularmente el derecho a la información y consejería en planificación familiar, ETS y VIH/Sida, así como el derecho a elegir el método anticonceptivo que las/los adolescentes consideren más adecuado. Sin embargo,

² El que la prevención primaria deba o no permanecer como uno de los objetivos más importantes de estos programas o el que el sector salud sea el más apropiado para proporcionar la prevención primaria, son cuestiones que deben afrontarse pero que se encuentran más allá del alcance de esta investigación. Sin embargo, ya que forma parte de los objetivos de los programas analizados, nos referimos a ella por ser uno de los aspectos más endebles de los programas.

no se enfatiza explícitamente en los servicios una perspectiva de las y los adolescentes como sujetos activos de derechos y como agentes para demandarlos y defenderlos, así como tampoco aparece sensibilidad alguna respecto a la importancia de la participación de los adolescentes mismos en los programas.

Aunque el costo de los servicios que otorga el Módulo es accesible, el horario de atención excluye a aquellos adolescentes que acuden a la escuela en el horario matutino y las acciones principales que se desarrollan no fomentan una asistencia efectiva de los varones.

El Programa Educativo para Adolescentes (Prea)

El documento del Prea, por su parte, enfatiza las estrategias informativas y educativas dirigidas a las adolescentes embarazadas y a las madres adolescentes, a pesar de que se menciona la información y atención integral a la población abierta de ambos sexos. La concepción de salud reproductiva que permea el programa se restringe a la importancia de planear el número de hijos y el espaciamiento intergenésico, mediante el otorgamiento de información adecuada que permita un ejercicio responsable de la sexualidad. El documento no hace mención a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, aunque se puede inferir que se encuentra implícito el derecho a la información, educación y atención en este ámbito. Tampoco hay alusión a una perspectiva de género. Aunque se mencionan mecanismos de supervisión y evaluación permanentes del programa, no se considera que las adolescentes deban participar de los mismos.

A nivel del servicio, consideramos que existe congruencia entre los principales objetivos programáticos y las acciones llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario. Sin embargo, la inclusión de los varones como población objetivo es insignificante y no es problematizada por los agentes sanitarios. De igual manera, no se intenta incrementar el escaso involucramiento de la familia y de la pareja de la adolescente en el acompañamiento de situaciones problemáticas. Es importante, sin embargo, destacar la inclusión de la autoestima en las pláticas ofrecidas, como uno de los ejes centrales para el desarrollo de estrategias de asertividad en las jóvenes.

Recomendaciones

Con base en la investigación realizada, enunciaremos a continuación una serie de sugerencias y recomendaciones, tomando en consideración la situación actual de los programas y los servicios analizados.

En relación con la formulación, ejecución y evaluación de los programas:

- Se sugiere que los programas partan del reconocimiento de la influencia del contexto familiar y comunitario en que los comportamientos de los adolescentes ocurren, detectando aquellos factores favorecedores y obstaculizadores para la ocurrencia de comportamientos de riesgo. La elaboración de este diagnóstico permitiría distinguir los diferentes intereses, necesidades y posibilidades de la población adolescente según el sexo, la edad, la actividad predominantemente desarrollada, el nivel escolar alcanzado y las experiencias de vida.
- Con base en este diagnóstico, se podría desarrollar un enfoque más integral en la atención, orientado a los adolescentes y sus familias, sus pares y su entorno comunitario, que tenga como eje central la prevención y la promoción de conductas positivas en los jóvenes.
- Del mismo modo, sería deseable la incorporación de profesionales de las ciencias sociales (antropólogos, sociólogos, expertos en educación y comunicación) en la planeación y evaluación de los programas, con la intención de que sean incluidos los aspectos socioculturales relacionados con la prevención de la salud en los adolescentes.
- La concepción de prevención requiere ser ampliada, incluyendo actividades de recreación, autoestima, toma de decisiones, asertividad y adquisición de distintas competencias tendientes, por ejemplo, a la resistencia a la presión que ejercen los pares.
- Se sugiere, asimismo, favorecer la participación de los adolescentes en la identificación de las necesidades y en el diseño de servicios y de acciones; es

sabido que cuando los jóvenes toman parte activa, su presencia y el respeto que se les muestra contribuyen a atraer a otros jóvenes.

- Se recomienda realizar un verdadero esfuerzo de coordinación, colaboración y vinculación entre las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, a partir de un diagnóstico de los servicios ofrecidos en torno a esta temática y la identificación de las posibles vinculaciones entre ellos.

En relación con la capacitación del personal de salud:

- Sensibilizar a los proveedores respecto de las condiciones socioeconómicas y culturales que prevalecen en el entorno en el que viven los usuarios de los servicios y lo que éstas implican en términos de las opciones, posibilidades y limitaciones para trabajar con ellos(as) en la modificación de ciertas conductas.
- Sensibilizar a los agentes sanitarios en problemáticas tales como el aborto, las adicciones y la violencia en todas sus manifestaciones y particularmente en la violencia sexual y de género, así como en los vínculos entre las adicciones y el sexo protegido o la violencia y la posibilidad de negociar estrategias preventivas en la relación sexual.
- Promover programas, reconocidos por las instituciones académicas de grado, que tengan como objetivo el entrenamiento de profesionales de la salud y paramédicos en la especialización de medicina de la adolescencia.
- Entrenar a los proveedores de servicios acerca de las características de la adolescencia y sus problemáticas, en torno a un abordaje integral de la sexualidad, así como a una perspectiva de género y de derechos.
- Adiestrar al personal de salud para desarrollar acciones educativas.
- Implementar mecanismos de incentivos y estímulos para el personal de salud, favorecer su participación en cursos y la colaboración con personal de otras instituciones dedicadas también a la atención de adolescentes.

En relación con el ofrecimiento de los servicios:

- Ampliar los días y horarios de atención con el objetivo de incluir a aquellas/os adolescentes excluidos de los servicios (por ejemplo, la población que asiste a la escuela, los varones que trabajan, etcétera).
- Dar mayor difusión a los servicios, ofreciendo direcciones, horarios de atención y haciendo hincapié en la privacidad y confidencialidad de los mismos.
- Mejorar la organización en la asignación de los turnos con el objeto de disminuir los tiempos de espera.
- Incrementar la prevención, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- La anticoncepción de emergencia³ y la doble protección deben ser vigorosamente incorporadas en los servicios, mediante una consejería adecuada y el entrenamiento de los proveedores.
- Mejor información y mayor sensibilidad de parte de los proveedores de los servicios en el tratamiento de las cuestiones vinculadas con las intenciones o las dudas respecto de terminar un embarazo, dada la ocurrencia frecuente del abuso sexual en las mujeres jóvenes de los sectores populares de la Ciudad de México.
- Dar seguimiento a los adolescentes referidos a otras instituciones.

³ La anticoncepción de emergencia no está incluida en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar y su inclusión ha levantado una fuerte controversia. Hasta el momento, las mayores dificultades para su adopción ha sido su desconocimiento por parte de las potenciales usuarias como de los proveedores de servicio así como por la oposición de los grupos conservadores.

- Desarrollar estrategias con la finalidad de incluir a los varones en las decisiones sexuales y reproductivas.
- Reforzar en los proveedores la necesidad de establecer relaciones de confianza y de apoyo con las/los adolescentes, no culpabilizándola/os por los comportamientos o problemas que presenten.
- Enfatizar un abordaje preventivo en las acciones desarrolladas, orientado hacia el mejoramiento de la autoestima y la autonomía de los adolescentes.
- Desarrollar un trabajo comunitario sistemático, continuo y duradero con el objeto de captar jóvenes e implementar junto con ellos acciones preventivas en el campo de la salud.

- Desarrollar, reforzar y/o ampliar los enlaces inter-institucionales, favoreciendo el trabajo conjunto en el abordaje de problemáticas que afecten a las y los adolescentes.

En relación a los recursos físicos, materiales y humanos:

- Garantizar la existencia de todos los métodos anti-conceptivos que se ofrecen.
- Dotar a los servicios de espacios exclusivos y de recursos materiales adecuados para el desarrollo de las actividades de información, educación y comunicación.
- Favorecer la permanencia del personal en el servicio y garantizar profesionales de tiempo completo con la intención de consolidar equipos de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, M. y R. Díaz-Loving, 1994, "Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos", en *La Psicología Social en México*, Asociación Mexicana de Psicología Social, México.

Becerril, J., 1999, "La descentralización de los servicios de salud: entre la eficiencia y el caos", *Letra S*, núm. 36.

Beltrán, A.F. y J. Benet, 1997, "Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: un factor determinante de bienestar social", El Colegio de México, México, mimeo.

Burt, R.M., 1996, *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?*, Documento preparado para la Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Conadic y SSA, 1999, *El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias, acciones*, Consejo Nacional contra las Adicciones y Secretaría de Salud, México.

Conapo, 1982, *Encuesta Nacional Demográfica*, Consejo Nacional de Población, México.

_____, 1995, *Encuesta Nacional de Planificación Familiar*, Consejo Nacional de Población, México.

_____, 1996, *Situación demográfica del Distrito Federal*, Consejo Nacional de Población, México.

_____, 1997, *La situación demográfica de México*, Consejo Nacional de Población, México.

_____, 1999, *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Comité técnico para la revisión de avances CIPD+5*, Consejo Nacional de Población, México.

Conasida, 1994, *Comportamiento sexual en la ciudad de México. Encuesta 1992-1993*, Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, México.

_____, 1999, *Estadísticas sobre Sida en México. Diciembre de 1998*, Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/1998/9812/9812.html>, Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, México.

CPMRM, 1995, *Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Selección)*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México.

Cuevas, B. y E. Wulfert, 1983, "Conocimiento sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual en estudiantes universitarios", en *Enseñanza e investigación en Psicología*, vol. 9, núm. 1.

Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población CIPD+5, 1999, *Retos y obstáculos de la salud sexual y reproductiva. Pobreza y desarrollo en México. Retos sociales y económicos, colaboración ONG-Gobierno*, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, México.

Fleiz, C. et al., 1999, "Resultados preliminares de la conducta sexual en estudiantes de Secundaria y Bachillerato y Bachillerato Técnico del Distrito Federal", Documento presentado en el *Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, Querétaro, Qro., marzo, 1999, México.

GAAPP, 1995, "Declaración de Monterrey", Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población, *Carta sobre Población*, vol. 1, núm. 3.

Germain, A. y R. Kyte, 1995, *El Consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, International Women's Health Coalition, Nueva York.

Gobierno del Distrito Federal, 1999, *Política social del Gobierno del Distrito Federal. Información estadística del sector social*, GDF, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, México.

Gómez de León, José (coord.), 1995, *La demanda de servicios de salud en México: un análisis econométrico*, Serie: Estudios Sectoriales, Consejo Nacional de Población, México.

Hospital de la Mujer, Prea, 1999, *Programa Educativo para Adolescentes*, Subsecretaría de Coordinación Sectorial, Hospital de la Mujer, México.

IMP y SEP, 1991, *Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Educación Pública, México.

INEGI, 1991, *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

_____, 1993a, *Los jóvenes en México*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

_____, 1993b, *Los niños en México*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

_____, 1994, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992. Metodología y Tabulados*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

_____, 1997a, *Anuario estadístico del Distrito Federal*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

_____, 1997b, *Estadísticas vitales*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

_____, 1999, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997. Metodología y Tabulados*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

Kilbourne-Brook, M., 1999, "Salud reproductiva de los adolescentes: los programas que marcan una diferencia", en *Outlook*, vol. 16, núm. 3, PATH, Washington.

López, E. et al., 1995, "La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil", en *Salud mental*, vol. 4, núm. 18.

Mariño, M. y M.E. Medina-Mora, 1994, "Síntomatología depresiva en estudiantes", en *La Psicología Social en México*, Asociación Mexicana de Psicología Social, 5, México.

Monroy, A., L. Velasco y M. Velasco, 1998, "El Centro de Orientación para Adolescentes, CORA-México", en *Memoria de la Reunión Regional sobre Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe. Agosto, 1995, Cancún, México*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, México.

Pérez, F.C., 1998, "Anticoncepción en el Programa de Atención Integral en la Adolescencia". Documento presentado en el *IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, III Nacional y II Femess, Octubre 1998, México*.

Pick de Weiss, S., G. Aguilar y P. Rodríguez, 1988, *Planeando tu vida. Un programa de educación sexual y para la vida familiar*, Trillas, México.

Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, 1998, *Programa estatal de salud sexual y reproductiva del Distrito Federal*, Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, México.

SSA, 1990, *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, Secretaría de Salud, México.

_____, 1994a, *Programa de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes*, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México.

_____, 1994b, *Contenido para el curso de atención a la salud reproductiva para adolescentes*, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México.

_____, 1995, "Daños a la salud", *Boletín de Información*, vol. 2, núm. 15, Secretaría de Salud, México.

_____, 1999, *La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes*, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Salud Reproductiva, México.

_____, s.f., *Guía práctica de servicios e infraestructura para la salud. Distrito Federal*, Oficialía Mayor, Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento, Dirección General de Conservación y Mantenimiento, México.

Stern, C., 1995, "Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales", en *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 8, pp. 11-12.

_____, 1997, "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", en *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, marzo-abril, pp. 137-143.

_____ y E. García, 1999, "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente", *Reflexiones*, año 2, núm. 13, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México.

UNAM, 1976, *Encuesta Mexicana de Fecundidad*, Dirección General de Estadística e Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Velasco, M.L., 1999, *CORA 20 años. Centro de Orientación para Adolescentes, A.C. 1978-1998*, Centro de Orientación para Adolescentes, A.C., México.

Vélez, T., 1996, *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de adolescentes*, tesis de licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional, México.

ANEXO 1

Guía de entrevista para funcionarios

1. *El programa, sus objetivos, estrategias y desarrollo*

- Fecha desde la que trabaja para el programa.
- Fecha o momento en que empezó a considerarse la necesidad de implementar un programa de atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y el por qué.
- Fecha en que comenzó a funcionar efectivamente el programa en los servicios de salud.
- Idea general que anima al programa.
- Principales objetivos que persigue el programa. Principales metas postuladas a corto, mediano y largo plazo y su por qué.
- Principales estrategias implementadas para el logro de los objetivos y las metas (servicios de atención médica y psicológica, estrategias de información, educación y comunicación, en los servicios, en la comunidad, en las escuelas, etcétera).
- Inserción del programa en la estructura administrativa del Estado.
- Recursos y financiamiento del programa (origen, montos, inclusión como partida presupuestaria autónoma, condicionalidad de las agencias internacionales).
- Características de las y los usuarias/os a los que se dirige el programa (edades, sexo, sector social, escolaridad, estado civil, sexualmente activos, vírgenes, trabajadores, estudiantes, etcétera).
- Cantidad de personal a nivel jerárquico implicado en el programa y funciones que cumplen. Existencia de un cuerpo de asesores, consejo o comité interinstitucional y funciones que cumple.
- Existencia de una normativa (directa o indirecta) específica para la atención integral de las/los adolescentes. En caso negativo, indagar el por qué de su no existencia y si se tiene pensado elaborarla.
- Existencia de normas legales que pueden influir en la atención de las/los adolescentes.
- Cambios significativos en el desarrollo del programa (continuidades, interrupciones y los factores que condicionaron tales cambios).
- Implementación del programa en los servicios de salud (niveles en los que opera y modalidades, a través de módulos, consultorios especializados, clínicas). Profesionales que participan y funciones que cumplen.
- Implementación del programa en la comunidad (a través de módulos, consultorios ambulatorios, pláticas, visitas domiciliarias). Idea de lo que debería ser el contacto con la comunidad. Vinculación o colaboración con otras instituciones (instituciones educativas, políticas, religiosas, civiles, padres de familia, ONG).
- Vínculos con otras dependencias del Estado: acciones intersectoriales.
- Participación de adolescentes en la formulación, diseño y evaluación del programa y el por qué.
- Las conferencias de El Cairo y de Beijing. Conocimiento de sus principales sugerencias y del nivel de impacto sobre el programa.

2. *Los servicios de salud para las y los adolescentes*

- Tipos de servicios de salud que ofrece el programa.
- Población objetivo del programa.
- Acciones y medios mediante los cuales se llega a las y los adolescentes (medios de comunicación materiales educativos, videos, pláticas, etcétera). Modalidades del anuncio y promoción de los servicios (en los servicios de salud, en la comunidad, en las escuelas, otros).

3. *La atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes (desde la perspectiva del programa)*

- Principales problemas de salud que afectan a las y los adolescentes (su visión, opinión personal) y prin-

cipales problemas en materia de salud sexual y reproductiva.

- Cómo se detectan las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.
- Características que posee la sexualidad y el comportamiento reproductivo de las/los adolescentes (para identificar características particulares, similares y/o diferentes entre mujeres y varones).
- El embarazo en la adolescencia. Si considera que este fenómeno se ha ido incrementando. Causas y consecuencias de un embarazo en una/un adolescente. Si advierte diferencias por clase social. El ejercicio de la maternidad/paternidad en la adolescencia.
- El aborto como un problema importante de salud para las mujeres adolescentes y por qué. Consideración acerca de si es una práctica creciente y por qué.
- El Sida en la población adolescente.
- Principales factores que influyen en la búsqueda o no de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva por parte de las y los adolescentes.
- Opinión respecto a cómo el Estado está resolviendo el acceso a la anticoncepción en la población adolescente.

4. *La selección del personal de salud y su capacitación*

- Cualidades que debe tener el personal de salud que atiende a la población adolescente en los servicios (edad, sexo, profesión, etcétera). Modalidades de selección del personal.
- Capacitación recibida (antes de comenzar a desempeñarse en el servicio o capacitación continua, periodicidad y duración de las capacitaciones, quiénes organizan los contenidos de la capacitación, quiénes la otorgan, conocimientos y habilidades técnicas recibidas durante la capacitación, evaluación de los conocimientos y habilidades técnicas adquiridas). Indagar si la capacitación es igual para todos los profesionales capacitados.

5. *La evaluación del programa*

- Cómo evaluaría hasta el momento el impacto del programa en la población adolescente (del programa en general, de sus objetivos generales y específicos,

de sus metas, de sus principales estrategias). Criterios utilizados para evaluar los logros del programa.

- Obstáculos que ha tenido el programa (políticos, institucionales, ideológicos, socioculturales, personales, etcétera).
- Áreas en que el programa ha logrado mejores resultados y por qué.
- Evaluación del programa. Si, no y por qué. Quién la realizó o realizará (interna o externa) Criterios/ mecanismos seguidos, alcances, modalidades, periodicidad y resultados.
- Supervisión de los servicios de salud. Quién la realiza, criterios seguidos, alcances, modalidades, periodicidad y resultados.

6. *Perspectivas y futuro del programa*

- Planes o acciones previstas a futuro (modificaciones, extensión o reducción del programa, etcétera). Bases sobre las que se prevén tales acciones. Evaluaciones previstas (qué se evaluará, quién la realizará, cómo se llevarán a cabo).

7. *Perspectiva de género*

- ¿Quiénes están más expuestos a tener conductas de riesgo las mujeres o los varones adolescentes? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que las mujeres adolescentes están más expuestas que los varones al VIH/Sida porque tienen menor poder de decisión acerca del uso del preservativo? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que la promoción de la autoestima y la autonomía de las usuarias son o no responsabilidad de los servicios de salud? ¿Por qué?

8. *Perspectiva de derechos*

- ¿Considera Ud. que la regulación de la fecundidad es un derecho de todo individuo? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que una mujer no tiene derecho a usar un método anticonceptivo si su pareja no está de acuerdo? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que la decisión de interrumpir voluntariamente una gestación es, en última instancia, una atribución de la mujer? ¿Por qué?

Guía de entrevista para proveedores de servicios

1. Caracterización de la población asistida

- Caracterice la población que asiste a este servicio (Incluir nivel socioeconómico, edad, escolaridad, estado civil, composición familiar de la/el joven, situación laboral).
- ¿Qué adolescentes se acercan al servicio y quiénes no? ¿Por qué? ¿Más mujeres o varones? ¿Esta situación ha ido cambiando con el tiempo o se ha mantenido constante? Diferencias percibidas entre las y los adolescentes que concurren al servicio. Influencia del contexto social de pertenencia del adolescente en su salud.

2. Caracterización del servicio y las actividades que se desarrollan

- Relate un día de trabajo desde que llega hasta que se retira del servicio.
- Indagar la concepción de salud que se maneja en el servicio.
- ¿Qué entiende por salud integral en la adolescencia? ¿Qué entiende por salud sexual y reproductiva en la adolescencia? (Tratar de identificar si respecto a este punto es posible identificar una posición compartida por el equipo de trabajo o visiones distintas entre los profesionales).
- ¿Existe la obligación de la autorización paterna para menores de edad para algún tipo de intervención médica? Si responde sí, pasar a la siguiente pregunta:
- ¿Cómo trabajan en el servicio con las/los adolescentes que asisten solos?

3. Capacitación y formación de recursos humanos

- Adquisición (durante su formación de grado o en cursos de capacitación) de conocimientos y habilidades técnicas vinculados con la salud sexual y reproductiva y la adolescencia. Tipo de conocimientos y habilidades adquiridos. Duración de las capacitaciones. Si considera que los conocimientos y habilidades adquiridos favorecen y/o limitan su práctica con estas/os usuarias/os.

4. Motivos de consulta

- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes? Especificar entre motivos de consulta manifiesto y motivos de consulta latentes.

4.1. Métodos de anticoncepción

- Estrategias utilizadas para motivar la adopción de métodos de manera diferencial en mujeres y varones.
- Factores que obstaculizan y/o facilitan la adopción de métodos anticonceptivos por las/los adolescentes.
- Factores que posibilitan y/o obstaculizan la continuidad en el uso de contraceptivos.
- Criterios utilizados para recomendar un método u otro.
- ¿Informa sobre todos los métodos existentes o sólo de los que se ofrecen en el servicio?
- ¿Cómo combina en su trabajo cotidiano dos problemáticas cruciales en los adolescentes: la anticoncepción y la prevención en ETS y VIH/Sida?

4.2 Embarazo

- Servicios ofrecidos a las adolescentes embarazadas (control prenatal, atención del parto, postparto, etcétera). En caso de que no ofrezcan alguno de estos servicios, ¿adónde la derivan y por qué?
- Involucramiento o no de la pareja, de la familia, de pares, en la atención de la adolescente embarazada y qué significa esto en términos del proceso vivido por la adolescente.

4.3. Educación sexual

- Si el servicio ofrece información/consejería en aspectos vinculados con la sexualidad.
- Organización de charlas o grupos de reflexión que permitan preguntar y/o debatir acerca de la sexualidad.
- ¿Cuál ha sido el impacto de este tipo de trabajo desde su percepción?

- Si existe alguna aproximación a la sexualidad de manera diferencial entre varones y mujeres y por qué.

4.4. *Violencia*

- Tratar de detectar si la violencia es percibida como un problema de salud o no y por qué.
- En caso de una respuesta afirmativa, ¿qué tipo de tratamiento recibe un/a adolescente que llega con un problema de violencia?
- Si realizan derivación a otras instituciones, ¿a cuáles y en qué casos?
- Si plantean el involucramiento de los padres, otros familiares, pares, etcétera y por qué.
- Desarrollo de trabajos preventivos (en el servicio/en la comunidad).
- Especificar de qué tipo de violencia se trata (urbana, doméstica, sexual).

4.5. *Drogas, alcoholismo y otras adicciones*

- Tratar de detectar si las adicciones (drogas, alcoholismo, etcétera) son percibidas como un problema de salud o no y por qué.
- Descripción de la población en relación con esta problemática y cómo la detectan.
- Si realizan derivación a otras instituciones, ¿a cuáles y en qué casos?
- Si plantean el involucramiento de los padres, otros familiares, pares, etcétera y por qué?
- Desarrollo de trabajos preventivos (en el servicio/en la comunidad).

4.6. *Aborto*

- En caso de embarazo no deseado, ¿qué actitud asume el servicio?
- ¿Cuál es el tipo de atención que pueden ofrecer en el servicio frente a un embarazo no deseado? (aborto, derivaciones, contención psicológica, etcétera).
- Consecuencias particulares, similares y diferenciales de la experiencia del aborto en una mujer y en un varón adolescente.

5. *Relación con la comunidad*

- ¿Tienen relación con asociaciones de la comunidad?
- ¿Qué tipo de tareas realizan conjuntamente?
- ¿En la prevención y detección de problemas en la población adolescente trabajan con otras instituciones de la comunidad? ¿Con cuáles?
- ¿Cuáles han sido las principales dificultades con relación al trabajo con la comunidad?

6. *Satisfacción de los proveedores respecto de su práctica profesional*

- Obstáculos que tienen en su tarea cotidiana para cumplir sus objetivos (legales, económicos, políticos, de recursos humanos, de organización institucional, etcétera).
- Facilitadores que tienen en su tarea cotidiana para para cumplir sus objetivos (ídem. anterior).
- Detectar grado de satisfacción entre las expectativas y las posibilidades concretas de su práctica profesional (recursos humanos, recursos físicos, perfil de usuarias/os).

7. *Percepción de satisfacción de las/ los adolescentes*

- Principales demandas y necesidades expresadas por las/los adolescentes en el servicio. ¿En qué medida son satisfechas las mismas?
- ¿Qué demandas tienen las/los adolescentes que no se les ha podido dar curso? ¿Por qué?
- Principales quejas o disconformidades de las/los adolescentes respecto de los servicios ofrecidos. ¿Cómo podrían mejorarse los servicios ofrecidos?

8. *Perspectiva de género*

- ¿Quiénes están más expuestos a tener conductas de riesgo las mujeres o los varones adolescentes? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que las mujeres adolescentes están más expuestas que los varones al VIH/Sida porque tienen menor poder de decisión acerca del uso del preservativo? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que la promoción de la autoestima y la autonomía de las usuarias son o no responsabilidad de los servicios de salud? ¿Por qué?

9. Perspectiva de derechos

- ¿Considera Ud. que la regulación de la fecundidad es un derecho de todo individuo? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que una mujer no tiene derecho a usar un método anticonceptivo si su pareja no está de acuerdo? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que la decisión de interrumpir voluntariamente una gestación es, en última instancia, una atribución de la mujer? ¿Por qué?

Guía de entrevista para usuarias/os de los servicios de salud sexual y reproductiva

Vinculación con el servicio

- ¿Cómo obtuviste conocimiento del servicio?
- ¿Conoces otros servicios? ¿Por qué elegiste este?
- ¿Cuánto tiempo hace que vienes a este servicio?
- Si pudieras elegir, ¿qué horario te resultaría más conveniente?
- ¿Sientes que el tiempo de espera fue razonable o demasiado largo?
- ¿Qué medios de transporte utilizas para llegar al servicio? ¿Cuánto tiempo tienes de viaje hasta el servicio?

Motivo de asistencia

- ¿Por qué motivo viniste?
- ¿Viniste sola/o o acompañada/o? ¿Por qué? ¿Quién te acompañó? ¿Alguna vez te acompañó tu pareja? Si responde sí, ¿Cómo te sentiste? ¿Por qué? ¿Cómo se sintió tu pareja? Si responde no, ¿Por qué nunca te acompañó tu pareja?
- Además de ese motivo de consulta ¿recibiste algún otro servicio de parte del personal de salud? ¿Qué otros servicios recibiste?

Satisfacción con la consulta

- ¿Sentiste que recibiste la información y los servicios que necesitabas? Si, no y ¿por qué?
- ¿Sentiste que aprendiste algo nuevo o que se aclararon dudas que tenías? ¿Por qué?

- ¿Recibiste más información que la que pediste?
- ¿Oyó la persona que te atendió tus dudas o inquietudes?
- ¿Te dejó hacerle preguntas?
- ¿La persona que te atendió habló en un lenguaje claro? ¿Entendiste lo que te decía?
- ¿Te quedaste con alguna duda o pregunta? ¿Cuál?
- ¿Te dijeron cuándo tienes que regresar?
- ¿Prefieres ser atendida/o por un médico o por una médica? ¿Por qué?
- ¿Te cobraron algo? Si es así, ¿se te hizo mucho, un poco caro o adecuado?
- ¿Has recomendado o piensas recomendar este servicio a algún/a amiga/o? ¿Por qué?
- ¿Crees que algún/a amigo/a con los siguientes problemas asistiría a este servicio? ¿Por qué?: 1. Interés en conversar sobre sexualidad, 2. Orientación con respecto a un embarazo no deseado, 3. Información/suministro de métodos anticonceptivos, 4. Interés en hacerse el test del VIH.
- ¿Tienes alguna sugerencia para mejorar los servicios que se ofrecen aquí? ¿Cuál o cuáles serían?

Privacidad y confidencialidad

- ¿Había alguna otra persona presente además de la persona que te atendió en la consulta?
- ¿Te explicaron el examen antes de su realización? ¿Te explicaron los resultados de los procedimientos o exámenes de salud que te realizaron?
- ¿Cómo te sentiste durante la consulta?

Actividades de información, educación y comunicación

- Si hubo folletos de información, carteles u otros materiales audiovisuales, ¿tomaste alguno? ¿se lo ofreciste a otras personas? ¿lo leíste? ¿qué piensas de lo que leíste?
- ¿Cuál era el tema tratado en el folleto, cartel o material audiovisual?
- ¿Has estado en alguna plática grupal? ¿Te gustó? ¿Consideras que te sirvió para conocer más cosas o para entender las que a ti te pasan?

Problemas de salud

- ¿Cuáles crees que son los problemas de salud más importantes de la gente de tu edad?
Si los enumera, registrarlos en el orden que él lo haga y preguntar cómo los resolvería si los tuviera.
Si no los enumera mencionarlos:
Embarazo
Aborto
Sida
ets
Violencia (sexual, doméstica/familiar, urbana)
Drogas
Alcohol
- ¿Cómo piensas que podrías atender estos problemas, que no sea en un servicio de salud?
- ¿Alguien de tu familia sabe que vienes a este servicio? ¿Quién? ¿Qué piensa este familiar respecto a que vienes al servicio?

Datos personales

- Edad.
- Estado civil (incluir si tiene compañero regular o no).
- Lugar de nacimiento.
- Lugar de residencia.
- En caso de que fuera migrante: ¿Cuánto tiempo hace que vives aquí?
- Cantidad de hijos. Edad de los hijos.
- Grado más alto que cursaste en la escuela.
- ¿Practicas alguna religión? ¿Cuál? ¿Consideras que la religión incide en las decisiones a tomar sobre tu salud?
- ¿A qué te dedicas? ¿Cómo consigues el dinero para lo que necesitas en relación con tu salud?

Formulario de consentimiento informado para entrevista a proveedores de servicios

El Centro de Estado y Sociedad (CEDES) conjuntamente con el Colegio de México de la Ciudad de México y el NEPO (Universidad de Campinas) de Brasil, están realizando un estudio acerca de los programas y planes relacionados con la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Esta investigación se propone estudiar los factores que favorecen y/o dificultan el desarrollo e implementación de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y conocer las opiniones y actitudes del equipo de salud y de las/los adolescentes frente a estas experiencias.

Para ello estamos realizando una entrevista a las y los proveedores de los servicios públicos de salud para conocer las experiencias y opiniones sobre los temas mencionados. La entrevista será realizada por integrantes del equipo de investigación con una duración aproximada de 40 minutos, administrada antes o después de la consulta de acuerdo con su conveniencia.

La información recogida durante la entrevista será estrictamente confidencial, por lo que la entrevistadora se compromete a no revelar los contenidos de esta conversación, excepto a las/los investigadores que participan del proyecto.

Usted tiene derecho a no aceptar la entrevista. Del mismo modo, si aceptara contestar la entrevista, se reserva el derecho de no contestar aquellas preguntas que considere inoportunas así como el derecho de interrumpirla en el momento en que lo decida.

Deseamos que la información amablemente suministrada por Ud. sea útil para la detección de las necesidades específicas de las y los adolescentes y de ese modo, poder colaborar en la formulación de programas y en el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios.

Si Ud. tiene cualquier duda o inquietud respecto del proyecto en curso, puede comunicarse con:

Dr. Claudio Stern
El Colegio de México
Camino al Ajusco núm. 20. México, DF
Tel.: 5 449 3000 ext. 4118

Formulario de consentimiento informado para entrevista a adolescentes

El Centro de Estado y Sociedad (CEDES) conjuntamente con el Colegio de México de la ciudad de México y el NEPO (Universidad de Campinas) de Brasil, están realizando un estudio acerca de los programas y planes relacionados con la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Esta investigación se propone estudiar los factores que favorecen y/o dificultan el desarrollo e implementación de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y conocer las opiniones y actitudes del equipo de salud y de las/los adolescentes frente a estas experiencias.

Para ello, estamos realizando una entrevista entre las y los adolescentes usuarias/os de los servicios públicos de salud, para conocer las experiencias y opiniones sobre los temas mencionados. La entrevista será realizada por integrantes del equipo de investigación con una duración aproximada de 40 minutos, administrada antes o después de la consulta de acuerdo con tu conveniencia.

La información recogida durante la entrevista será estrictamente confidencial, por lo que la entrevistadora se compromete a no revelar los contenidos de esta conversación, excepto a las/los investigadores que participan del proyecto.

Tienes derecho a no aceptar la entrevista lo cual no afectará la manera en que serás atendida/o. Del mismo modo, si aceptar contestar la entrevista te reservas el derecho de no contestar aquellas preguntas que consideras inoportunas así como el derecho de interrumpirla en el momento en que lo decidas.

Deseamos que la información amablemente suministrada por ti sea útil para la detección de las necesidades específicas de las y los adolescentes y de ese modo, poder colaborar en la formulación de programas y en el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios.



PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO