

SE PROHIBE ESTACIONARSE  
CARROS SOSPECHOSOS O ESTADO  
DE EBRIEDAD Y NOVIAZGO ELQUE  
NO CUMPLA SERA SANCIONADO,  
X \$ 3000

AUTOR: GÓMEZ, M., SANTIAGO EL PINAR, 2013.

# MONITOREO DE LA ATENCIÓN

DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES INDÍGENAS

## CIESAS/INMUJERES

SERVICIOS AMIGABLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL  
ESTADO DE CHIAPAS Y SERVICIOS POR PARES DE ASESORÍA,  
CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA EN SALUD, A.C., EN LA ZONA  
ALTOS TSOTSIL-TSELTAL DE CHIAPAS, MÉXICO, 2014





**Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología  
Social - Unidad Sureste/Instituto Nacional de las Mujeres  
Graciela Freyermuth Enciso<sup>1</sup>  
Hilda E. Argüello Avendaño<sup>2</sup>  
Ángel Zarco Mera<sup>3</sup>**

**Colaboración:  
Francisco Antonio Gómez Guillén<sup>4</sup>**

**San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, diciembre 16 de 2014**

---

1 Investigadora del CIESAS–Sureste y Secretaria Técnica del OMM: [gracielifreyermuth54@hotmail.com](mailto:gracielifreyermuth54@hotmail.com)

2 Doctorante en Antropología de la Medicina por la Universitat Rovira i Virgili; Investigadora asociada y Asistente del secretariado técnico del OMM: [hildaue@gmail.com](mailto:hildaue@gmail.com)

3 Doctorante por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos; Estudiante huésped en el CIESAS-Sureste.

4 Becario de Técnicas y Metodologías de la Investigación en el CIESAS–Sureste, Pasante de Lengua y Cultura de la Universidad Intercultural de Chiapas.



# Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>15</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>16</b>
<b>CONTEXTO</b>	<b>16</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>23</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES:</b>	
<b>SERVICIOS AMIGABLES</b>	<b>33</b>
EL PROGRAMA EN CHIAPAS	36
INFRAESTRUCTURA	37
PERFIL DEL PERSONAL QUE LO ATIENDE	37
OPERACIÓN DEL SERVICIO	39
<b>DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS</b>	<b>41</b>
CARACTERÍSTICAS DE LAS Y LOS USUARIOS	47
SATISFACCIÓN DE LAS Y LOS USUARIOS	48
PERSPECTIVA INTERCULTURAL	52
DOCUMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS	53
ÁREAS DE OPORTUNIDAD	53
<b>MÓDULOS DE SERVICIOS POR PARES DE ACASAC EN LOS ALTOS, CHIAPAS</b>	<b>55</b>
<b>ANTECEDENTES DEL MODELO</b>	<b>55</b>
INFRAESTRUCTURA	58
PERFIL DEL PERSONAL QUE ATIENDE LOS MÓDULOS	59
OPERACIÓN DE LOS MÓDULOS	60
DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS	61
CARACTERÍSTICAS DE LAS Y LOS USUARIOS	68
SATISFACCIÓN DE LAS Y LOS USUARIOS	68
PERSPECTIVA INTERCULTURAL	72
DOCUMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS	72
ÁREAS DE OPORTUNIDAD	73
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>83</b>



# Siglas y acrónimos

<b>A.C.</b>	Asociación Civil
<b>ACASAC</b>	Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C.
<b>AE</b>	Anticoncepción de emergencia
<b>CARA</b>	Centros de Atención Integral al Adolescente
<b>CE</b>	Consulta Externa
<b>CESSA</b>	Centro de Salud con Servicios Ampliados
<b>CIESAS-Sureste</b>	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social- Unidad Sureste
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
<b>CONEVAL</b>	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
<b>CORA</b>	Centro de Orientación para Adolescentes
<b>CS</b>	Centro de Salud
<b>DGPF</b>	Dirección General de Planificación Familiar
<b>DIF</b>	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
<b>DSR</b>	Derechos Sexuales y Reproductivos
<b>DVD</b>	Digital Versatile Disc (siglas en inglés para Disco Versátil Digital)
<b>ENADID</b>	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
<b>ENDIREH</b>	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
<b>ENSADEMI</b>	Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas
<b>HBC</b>	Hospital Básico Comunitario
<b>HLI</b>	Hablante de lengua indígena
<b>IEC</b>	Información, educación y comunicación
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>IMSS-O</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades, ahora llamado Prospera
<b>IFAI</b>	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>INFOMEX</b>	Sistema electrónico creado por el IFAI con financiamiento del Banco Mundial, que facilita y mejora los procesos, tareas y avances en la gestión de solicitudes de información; brinda atención a aquellos organismos, entidades y dependencias que se hayan incorporado al sistema, para recibir y contestar eficientemente las solicitudes de información
<b>INMUJERES</b>	Instituto Nacional de las Mujeres
<b>INSAD</b>	Investigación en Salud y Demografía, A.C.

<b>ISECH</b>	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
<b>ITS</b>	Infecciones de transmisión sexual
<b>Mexfam</b>	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
<b>NAHO</b>	National Aboriginal Health Organization
<b>NOM</b>	Norma Oficial Mexicana
<b>OMM</b>	Observatorio de Mortalidad Materna en México
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organizaciones de la sociedad civil
<b>PAESSRA</b>	Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes
<b>PF</b>	Planificación Familiar
<b>PNASRA</b>	Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de Adolescentes
<b>PRONASA</b>	Programa Nacional de Salud
<b>SA</b>	Servicios Amigables
<b>SCLC</b>	San Cristóbal de Las Casas
<b>SEDEM</b>	Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de la Mujer
<b>SEDESPI</b>	Secretaría para el Desarrollo Sustentable de los Pueblos Indígenas
<b>SSA</b>	Secretaría de Salud
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>SSRA</b>	Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes
<b>TV</b>	Televisión
<b>UM</b>	Unidad Médica
<b>UNIFEM</b>	Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer
<b>VIH-sida</b>	Virus de inmunodeficiencia humana-síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>VPH</b>	Virus del Papiloma Humano



# Resumen ejecutivo

**E**ste proyecto plantea un monitoreo en dos modalidades de la prestación de servicios de salud para adolescentes: la que lleva a cabo el ISECH como parte del PAESSRA de la SSA y la que realiza ACASAC a través de sus módulos de atención por pares; modalidades de atención que son diferentes por el tipo de personal que las atiende, la infraestructura disponible, el periodo que llevan funcionando y, sobre todo, por el financiamiento del que disponen. El documento consta de un apartado de contexto en el que se documentan a través de trabajo de campo, archivo y material de diversa índole las características sociodemográficas y los factores culturales que limitan el ejercicio de los DSR de las y los jóvenes en la región alteña y permite reconocer las áreas de oportunidad para la transformación de prácticas y representaciones en torno a la reproducción humana, que posibiliten nuevas conductas en las y los jóvenes alteños.

Se han reconocido las dificultades para ofrecer servicios de SSR a jóvenes y hay un debate acerca de si estos servicios deben ser realizados por un proveedor especializado o por jóvenes que compartan las mismas características de las y los receptores del servicio.

Este monitoreo permite reconocer las fortalezas y debilidades de los dos tipos de prestación de servicios. Evaluarlos representó un reto, por lo que se utilizó el modelo metodológico que se diseñó en el Monitoreo de Servicios de Salud en 2010 CIESAS-Sureste/INMUJERES, que tiene la virtud de permitir la comparación de servicios que aunque comparten objetivos similares cuentan con insumos distintos, ya que la comparación se realiza a través de índices de desempeño por procesos sustantivos que se evalúan a partir de paquetes de intervenciones, definiendo como *intervención* a las *acciones médicas o no médicas que pueden ser únicas o en paquete, que constituyen un elemento necesario en el proceso en cuestión*.<sup>5</sup> Para la evaluación de los diferentes paquetes de intervenciones se utilizaron índices entre 0 y 1. Cada índice representa una calificación relativizada con respecto al total de intervenciones evaluadas por paquete y el número de intervenciones será variable, según se puede apreciar en los cuadros respectivos para el tipo de módulo que se evalúe, porque aunque los objetivos son similares, los recursos con los que operan son muy distintos. En este monitoreo también interesó identificar la calidad de la prestación del servicio a través de la satisfacción del usuario o usuaria y por el corto tiempo disponible se utilizó la metodología del usuario o usuaria simulado.

Tomando en cuenta los monitoreos que ACASAC y el CIESAS han realizado de los SA en 2012 y 2013, se demostró que el desempeño de éstos ha mejorado a lo largo de esos años, sin embargo para 2014 tuvieron mediano desempeño.<sup>6</sup> Los módulos por pares obtuvieron adecuado desempeño, presentando diferencias significativas con respecto a los SA.

5 1) Mobiliario, 2) Instrumental y equipo para atención de urgencias, 3) Insumos y/o materiales, 4) Fármacos/ vacunas, 5) Conocimientos técnicos, 6) Servicios competentes, 7) Recursos humanos, 8) Otros recursos, 9) Infraestructura y 10) Continuidad en el servicio.

6 Para los índices se realizó una "semaforización" señalando como desempeño bueno los índices de más de .85, como desempeño adecuado aquéllos ubicados entre .70 y .84, con desempeño mediano los que tienen valores más de .50 y hasta .69 y desempeño bajo o que requiere atención urgente los menores de .50. La semaforización considerada está alineada con los rangos que incluye el CONEVAL en su valoración del desempeño de programas sociales. En el caso que nos ocupa, un desempeño mediano en dos unidades no significa que tengan las mismas fortalezas o debilidades, se requiere identificar en el valor de cada subíndice sus diferencias y similitudes.

## SERVICIOS AMIGABLES

En la zona Altos tsotsil-tseltal existen 14 unidades médicas que implementan la estrategia de SA, bajo la responsabilidad de 13 psicólogas y un psicólogo. Con excepción de dos unidades médicas, todas ofertan servicios en el turno matutino y de lunes a viernes, los responsables de estos servicios se encargan de entre ocho o nueve programas o intervenciones, por lo que las actividades y objetivos de los SA tienen la misma prioridad que el resto de sus actividades.

Existe heterogeneidad en la prestación del servicio entre las diferentes unidades médicas, desde el espacio, la disponibilidad de guías o documentos de apoyo para el personal responsable así como la metodología para otorgar la información a las y los usuarios. La mayoría de personal de psicología no ofrece información sobre hepatitis C o del VPH cuando hace referencia a ITS y está limitado a dar respuesta sobre éstas ya que son problemas que necesariamente requieren de consulta médica; no todos los SA cuentan con modelos anatómicos para una consejería teórico-práctica sobre el uso del condón masculino. Por otra parte, como el parche anticonceptivo no es un método disponible en todas las unidades médicas, no se ofrece información al respecto. La mayor parte de los SA de la zona Altos está ubicada en localidades con alta concentración de población HLI, sin embargo no cuenta con material de información en las lenguas locales.

El espacio donde el personal de psicología puede otorgar orientación sobre SSR a jóvenes es, en su mayoría, un consultorio; salvo dos unidades médicas, el resto no cuenta con un letrado que lo identifique como SA y en ninguna unidad se especifica el horario de atención de estos servicios. En las unidades médicas el personal de salud usualmente desconoce los SA o al personal responsable de estos servicios.

Entre las **buenas prácticas** se detectaron: No hay requisito alguno para solicitar el servicio, las consultas se dan sin previa cita (resultando con buen desempeño); la relación que se establece entre los servicios de salud y las escuelas a través de pláticas informativas; el aumento de disponibilidad de pruebas rápidas para la detección del VIH en las unidades médicas, con respecto a los hallazgos del monitoreo realizado en 2013 por ACASAC, aunque consideramos que las pruebas deben estar disponibles en los SA para que sean aplicadas de manera inmediata y ampliar la detección de personas con prácticas de riesgo, que generalmente están bajo disponibilidad del laboratorio o los consultorios médicos; que el abasto que se ha logrado en preservativos masculinos y AE se sostenga en el tiempo, pues es una buena práctica que facilita el acceso de las y los jóvenes a través de estos servicios ya que acorta los trámites y el tiempo que se requiere para tener acceso a ellos a través del programa de PF.

Se encontraron las siguientes **áreas de oportunidad**: a) Definir una estrategia que haga posible la comunicación entre prestadores y usuarios. En un contexto en el que el prestador y las y los usuarios no comparten la lengua se debe tener a un articulador cultural que permita ir construyendo puentes entre ambas culturas; b) En el mismo sentido, la implementación de un programa de capacitación en temas de salud, en este caso, de SSR, permitiría al articulador cultural transmitir de mejor manera la información técnica desde la prestadora de servicios a las y los usuarios. Sensibilizar al personal de la unidad médica que otorga servicios o hace funciones de traductor, sobre respeto, confidencialidad y abstención para realizar juicios de valor, sin que esto demerite su conocimiento de la cultura local; c) Promocionar los SA en las escuelas, para que las y los ado-

lescentes cuenten con la información de que los SA no se limitan a pláticas y talleres que el personal de psicología lleva a cabo en los planteles escolares; d) Informar y sensibilizar a todo el personal de salud de las unidades médicas, incluido el personal administrativo y de limpieza; que el personal de psicología puede ofrecer información sobre SSRA así como otorgar preservativos masculinos, femeninos y AE. Se debe hacer hincapié en el manejo confidencial y discreto de la información cuando las y los adolescentes pregunten por estos servicios; e) Crear material de apoyo para que otorguen la consejería en SSR y manejo de métodos anticonceptivos que tienen bajo su responsabilidad, de manera sencilla y resumida, como algoritmos o modelos anatómicos. Asimismo, es muy recomendable elaborar un protocolo que permita asegurar la consejería de manera homogénea a todo joven que llegue; f) Mejorar la disponibilidad de materiales sobre SSR en lengua indígena en los SA; g) Considerar el cambio o ampliación del otorgamiento de los servicios al turno vespertino o fines de semana, pues es cuando más jóvenes podrían hacer uso de ellos; h) Mejorar la disponibilidad del preservativo femenino para demostración y oferta; i) Mejorar la disponibilidad de materiales informativos sobre ITS y VIH, j) Fortalecer los SA con equipo que apoye las actividades educativas y promueva actividades atractivas para adolescentes, tales como computadora, cañón y bocinas, ya que actualmente ninguno de ellos cuenta con estos recursos.

## MÓDULOS POR PARES

Los módulos por pares de ACASAC se han instalado en 12 municipios de la región Altos Tsotsil-Tzeltal (Chalchihuitán, Mitontic, Larráinzar, Santiago el Pinar, Aldama, Pantelhó, San Juan Cancuc y Chenalhó), pero por dificultades logísticas cuatro de ellos están en proceso de apertura (Huixtán, Oxchuc, Zinacantán y Chanal); aunque las y los jóvenes responsables de estos cuatro módulos asisten a capacitaciones y en dos de ellos, las y los responsables ya realizan actividades extramuros, sobre todo con pláticas en las escuelas de sus municipios.

Actualmente son 22 las y los jóvenes capacitados que atienden los módulos, por lo que algunos de éstos tienen dos turnos: por la mañana y por la tarde; tres módulos funcionan solamente en la mañana y el resto tiene horarios mixtos o abre únicamente por la tarde. Las y los jóvenes son estudiantes que cursan la preparatoria o recién la terminaron y tienen entre 17 y 21 años de edad. Todos hablan español y tsotsil o tzeltal, además de que escriben en sus respectivas lenguas.

Para los módulos por pares el desempeño de los servicios tuvo buen rendimiento, tanto en el tema de consejería y reconocimiento de derechos, como en la dimensión administrativa. Aunque los espacios con los que cuentan los módulos por pares no son homogéneos, todos disponen de privacidad, espacio específico, consultas sin citas, ofrecen servicios de consejería sobre ITS y métodos anticonceptivos, brindan capacitación sobre utilización del condón, AE, pruebas de embarazo y consejería sobre VIH-sida. Asimismo realizan consejería sobre matrimonio forzoso y violencia doméstica. Estas intervenciones tuvieron buen desempeño.

La disponibilidad de computadora para el manejo de materiales tuvo desempeño mediano, así como la difusión de los servicios. Las actividades de gestión con las autoridades de salud tuvieron desempeño mediano así como aquéllas entabladas con los ayuntamientos. El DIF fue la institución con la que se tuvo mejor relación para la gestión de espacios y apoyo a las actividades de los módulos, así como la realización de actividades conjuntas. Casi todos, 12 de los 13 entrevistados se habían relacionado con las autoridades de educación, es por ello que se tiene buen desempeño en actividades extramuros que consisten en dar pláticas en escuelas; en la secundaria y primaria apoyan con temas como el desarrollo del cuerpo humano.

Aunque en el tema de recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales no se tuvo calificación baja, cuatro intervenciones tuvieron desempeño mediano: las guías de prevención para VIH e ITS, guías de consejería sobre PF, disponibilidad de muestrarios de anticonceptivos y de plan de trabajo.

En lo que respecta a la satisfacción de usuarios, el manejo de la privacidad y la resolución de la solicitud de consulta fueron satisfactorios. En la competencia intercultural, todas las consultas realizadas fueron atendidas por los responsables en tsotsil o en tseltal. La atención fue expedita y los usuarios simulados prácticamente no tuvieron que esperar a que los atendieran, además de que reportaron un trato amable y respetuoso. Otra ventaja de la presencia de pares atendiendo los módulos consiste en que conocen las costumbres sobre la salud y la enfermedad en sus municipios, así como las problemáticas de las y los jóvenes.

El manejo del tema VIH-sida y las pruebas rápidas para su detección tuvo bajo desempeño que requiere atención urgente, lo que se reflejó en este monitoreo en las encuestas realizadas en los módulos y en los usuarios simulados. Hay que recordar que los módulos no están en capacidad para tratar las ITS u otorgar pruebas rápidas, ni tampoco un anticonceptivo distinto a los condones. Por ello el seguimiento de las referencias y contrarreferencias es fundamental en estos módulos y su desempeño fue mediano.

**Buenas prácticas** identificadas: a) La disponibilidad de pruebas de embarazo y pastillas para AE permite proporcionar servicios adecuados al tema del embarazo no planeado; b) La atención en los módulos de ACASAC es culturalmente competente en términos de ser atendidos por pares, jóvenes que comparten los mismos valores y normas culturales que las y los usuarios, comprenden las dificultades que enfrentan las y los adolescentes y jóvenes en sus municipios, porque ellos son también adolescentes y jóvenes; c) Involucrar a jóvenes en actividades extramuros y sacarlos del espacio escolar, ver con ellos una película y después darles una plática sobre SSR, jugar basquetbol y mostrarles videos temáticos, son otras formas de compartir la información con ellos de manera más humana; d) Estar capacitados sobre los DSR y el respeto a la diversidad sexual, otorga a las y los jóvenes responsables de módulos de ACASAC las competencias humanas para saber ponderar el valor de los usuarios como personas y no interponer prejuicios o actitudes despectivas en las consultas.

**Áreas de oportunidad**, en Infraestructura: a) Información escrita, como una guía sobre SSR, que se pueda consultar para investigación por adolescentes y jóvenes o para resolver dudas, así como materiales audiovisuales culturalmente adecuados sobre SSR, DSR, violencia familiar, métodos anticonceptivos, embarazos no planeados y drogadicción; b) Realizar actividades más atractivas para adolescentes y jóvenes, entre las que se mencionaron el cine y el debate, así como organización y realización de juegos y/o deportes, realización de murales sobre temas de salud para jóvenes, láminas sobre anatomía del cuerpo humano; c) Crear o fomentar la creación de más materiales didácticos, como imágenes y dibujos para que los responsables de módulos puedan variar sus actividades; d) Capacitación más amplia sobre temas vinculados con la SSR, fundamentalmente ITS y VIH-sida y que a su vez los talleres de capacitación sean más dinámicos, con más sociodramas, dibujos, títeres; mayor interacción, porque a veces son muy teóricos y como en ocasiones duran todo el día, pueden ser tediosos y se pierde la concentración, e) La selección de asistentes a diplomados y talleres de formación, a nivel municipal, debería estar determinada por convocatorias abiertas en escuelas y otros espacios de reunión de adolescentes y jóvenes, a fin de captar a otras y otros jóvenes que tienen preparación pero no se encuentran en el ámbito escolar o entre los conocidos de maestras, maestros u orientadoras o directoras del DIF.

## **Barreras que dificultan la atención de adolescentes indígenas para el acceso a la SSR, con base en restricciones institucionales, socioculturales y/o económicas**

La principal barrera es que los llamados SA como servicios especializados para adolescentes que implicarían exclusividad y servicios comprensivos no están disponibles en las comunidades indígenas. Por ello y como se documentó en este monitoreo, frecuentemente los y las adolescentes son canalizadas a servicios regulares de atención, con el consecuente abandono de la consulta o asesoría.

Las y los jóvenes que pueden acudir a buscar atención en la SSA sobre temas de SSR son quienes cursan secundaria y preparatoria. Generalmente los horarios de clases en sus escuelas son matutinos y las horas en las que la SSA atiende, también. Las y los jóvenes podrían acudir en la tarde pero en esos horarios la SSA ya no da servicio, por lo que se dificulta la búsqueda oportuna de atención. No hay estrategias para adolescentes que solamente cursaron la primaria y que no continúan sus estudios.

Las visiones tradicionales acerca de los temas relacionados con la sexualidad siguen predominando en sectores de la población y se convierten en barreras para que adolescentes y jóvenes tengan acceso a información sobre SSR. En las entrevistas con jóvenes responsables de los módulos por pares, varios de ellos y ellas coincidieron en apuntar que en ocasiones los maestros de las secundarias o preparatorias les impedían dar pláticas u organizar una actividad con estudiantes, argumentando que no tenían tiempo y que eso interfería con sus programas de estudios.

En otros casos, los y las jóvenes comentaron que se les dificulta tratar directa o abiertamente el tema del uso del condón o del VIH/sida con las autoridades municipales, porque se opondrían al funcionamiento de los módulos o a sus actividades; las y los responsables de módulos han señalado ante las autoridades la importancia de brindar información para evitar embarazos no planeados, en lugar de hablar sobre el condón.

El control comunitario sobre la sexualidad también puede convertirse en una barrera de acceso. Una de las razones por la que algunos jóvenes no se acercan a los servicios de SSR que brinda la SSA es el temor a ser vistos acudiendo al CS a pedir condones o información sobre sexualidad. Muchas veces algún miembro de la comunidad trabaja como personal de intendencia o de enfermería en los CS y las y los jóvenes temen que trascienda la noticia y que se entere el resto de la población y su familia. Más aún, las jóvenes que acuden a los SA a solicitar métodos son incluidas en los programas regulares de PF, en una lista en la que muy probablemente pueda estar un familiar.

En algunos CS es difícil encontrar a los y las psicólogas que atienden el programa de SA para adolescentes y jóvenes. Durante el trabajo de campo para la presente evaluación, uno de los CS fue visitado seis veces por un usuario simulado y no le fue posible encontrarlo, le decían que tenía un permiso o que ese día no había ido. En otro CS la psicóloga le negó la atención a un usuario simulado argumentando que rebasaba la edad a la que le podía atender, aunque era un joven que fue atendido en otros CS. Prácticamente ningún módulo funcionó más allá de las dos de la tarde a pesar de que el horario de salida es a las 15:00 horas. Esto está determinado porque ninguna de las entrevistadas vivía en el lugar de trabajo, inclusive hay personal que vive en Tuxtla Gutiérrez, es decir hace más de dos horas y media de trayecto, además de que en Chiapas frecuentemente hay toma de carreteras principales, por ello es usual la inasistencia a estos módulos.

La disponibilidad del personal en los módulos ha sido una de las barreras para realizar el monitoreo en todos ellos, ya que entre los meses de septiembre hasta fines de noviembre no han prestado servicios regulares, por lo que las autoridades no autorizaron su monitoreo: son tres meses con servicios interrumpidos.

## Sinergias potenciales entre los programas “Servicios Amigables y “Por Pares”

La mayoría de los servicios por pares se otorgan en el horario vespertino y el de SA, en el mejor de los casos, hasta las 14:00 horas, por lo que consideramos que los horarios pueden ser complementarios. Adicionalmente, el conocimiento con que cuentan las psicólogas puede fortalecer a las y los jóvenes a través de asesorías continuas. Por otro lado, las y los jóvenes en los servicios por pares pueden beneficiarse no sólo de esta formación sino de insumos (métodos anticonceptivos) y materiales didácticos que puedan compartir los módulos amigables. Los y las jóvenes cuentan con competencia cultural y los prestadores de servicios con competencia técnica e insumos, lo que permitiría a corto plazo mejorar los servicios para jóvenes.

Los resultados del monitoreo muestran que en ocasiones hay interrelación en casos de ITS así como en consejerías de métodos de PF o pruebas para detección del VIH. Reforzar la relación continua entre servicios por pares y SA permitirá una mejor atención a jóvenes y adolescentes.

Para la sustentabilidad a largo plazo y la mejora de los SA es necesario diseñar una estrategia que a mediano plazo fortalezca los recursos humanos locales. Los servicios horizontales incluyen entre sus actividades la conformación del Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), iniciativa que tiene como objetivo crear vínculos entre los servicios de salud y este grupo en particular. Uno de los hallazgos de esta investigación fue que una de las jóvenes formaba parte del GAPS. No todos o todas las jóvenes que estudian secundaria o bachillerato continúan con estudios universitarios, entre estas jóvenes se podrían identificar aquellas que por su desempeño en los GAPS pudieran jugar este papel protagónico en los SA. A diferencia de las psicólogas que actualmente dan servicios en los módulos que ofrecen SA, estos o estas jóvenes tendrían un mayor arraigo en la localidad, además de que tienen conocimientos sobre las prácticas y representaciones sobre sexualidad y reproducción humana que privan en la comunidad. De esta manera se estarían formando recursos humanos locales, HLI y fortaleciendo el desarrollo de las comunidades al formar parte integral de los servicios de salud.

# Introducción

La pertinencia del estudio se explica en primer lugar, por el peso histórico y demográfico que representa hoy la juventud en nuestro país y, en segundo, por la importancia de atender sus principales necesidades de bienestar y desarrollo, entre las que incluimos las de SSR tomando en cuenta que en ese periodo de sus vidas, la mayoría de jóvenes vive transiciones fundamentales como: inicio de la vida sexual a temprana edad, establecimiento de uniones, nacimiento del primer hijo, continuación de estudios a nivel superior, migración interna o internacional y/o abandono del hogar de origen, decisiones que marcarán su historia de vida.

Por ello resulta fundamental que las y los jóvenes cuenten con información, recursos y habilidades para enfrentar algunos de los principales problemas que los afectan en el ámbito de su vida sexual: embarazos no planeados, ITS y situaciones de violencia de género.

En la actualidad, México cuenta con 21 millones de adolescentes (10-19 años) y 9.8 millones de adultos jóvenes (20-24 años). Los jóvenes representan cerca de la tercera parte de la población total del país (28.35%), que ascendía a 112.3 millones en 2010 (INEGI, 2010). Por tanto, México es un país de jóvenes. Se calcula que existen cinco jóvenes (10 a 24 años) por cada adulto mayor (65 años o más) (ENADID, 2009:34). De manera particular, existen 15.7 millones de personas que se consideran indígenas y 6.7 millones son hablantes de alguna de las 89 lenguas indígenas (INEGI, Censo de Población 2010): más de 10% de estos hablantes, es decir 690 mil, son adolescentes de entre 15 y 19 años y seis de cada diez (59%) no asiste a la escuela.

Es así que contamos en este momento con el mayor número de jóvenes, niñas y niños de nuestra historia. La prevalencia de embarazos adolescentes se mantiene en niveles altos en México: 23.3% de las adolescentes en zonas urbanas y 31.1% en zonas rurales ya han sido madres a los 18 años. En la población indígena el porcentaje prácticamente se duplica, al haber 50.8% de embarazos adolescentes (SSA, 2008:19).

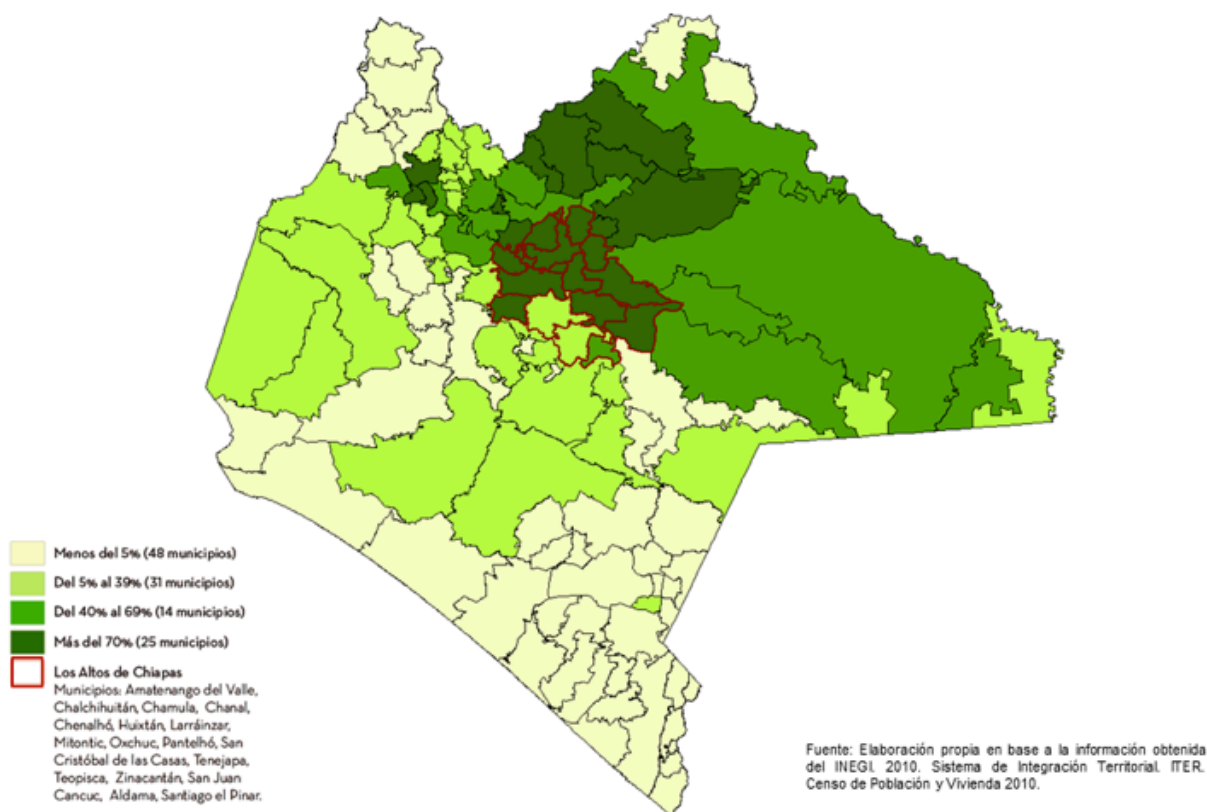
En Chiapas 859 651 personas tienen entre 12 y 19 años (casi 20%) y, de ellas, 258 162 (30%) son HLI; 21.3% de jóvenes de 12 a 19 años no cuenta con educación básica y 10.5% de jóvenes indígenas no tiene escolaridad, 73% del grupo de 15 a 19 años no cuenta con educación media superior y este porcentaje en jóvenes indígenas asciende a 85% (INEGI, Cubos, 2010).

En las jóvenes chiapanecas de 16-19 años de edad ocurren ocho nacimientos por cada 100 de ellas (OMM, Indicadores, 2014): es el segundo estado con elevadas tasas de fecundidad (3.07, mientras que la nacional es de 2.39), la mitad de su población habita en lugares pequeños y dispersos, donde generalmente los servicios están restringidos; en estas comunidades 29% son jóvenes entre 15 y 29 años, en 2009 fue la entidad con menor prevalencia de uso de anticonceptivos (55%) a diferencia de la nacional (72.5%) y presentó la mayor proporción de mujeres en edad fértil unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, ya que 22.6% de mujeres deseaba limitar o espaciar un embarazo pero no usaba un método anticonceptivo (ENADID, 2009).

# Objetivo General

Describir y analizar la operación de los servicios que se otorgan en los servicios de salud dirigidos a adolescentes en establecimientos del ISECH y ACASAC/Sakil en la región Altos tsotsil-tzeltal de Chiapas, a través de la construcción de paquetes de intervenciones seleccionados y construidos a partir de los Programas de Acción Específicos y el modelo por pares de ACASAC/Sakil, a fin de identificar la presencia de los enfoques de género e intercultural.

## Porcentaje de Población Indígena en Chiapas 2010



## Contexto

La región de Los Altos de Chiapas ahora Altos Tsotsil y Tzeltal (constituida por 17 municipios) adquiere relevancia, ya que en la mayoría de ellos (15) prácticamente toda su población es hablante de alguna lengua indígena (98%) y 54% de esta población no habla español, es decir es monolingüe, en casi todos ellos habitan indígenas tsotsiles y tzeltales (INEGI, 2010). La ciudad más importante de esta región y punto de confluencia de estos municipios es San Cristóbal de Las Casas, en la que 36.7% de la población es indígena y 7% de ella monolingüe (Mapa de porcentaje de población indígena en Chiapas 2010).

En el caso de la región Altos, los indígenas se diferencian entre sí a pesar de compartir una continuidad histórica. Los tsotsiles y tzeltales además de pertenecer a la misma



familia lingüística, tienen una cultura que les ofrece un marco explicativo sobre la naturaleza de las enfermedades, las formas de concebir el cuerpo, padecer enfermedades y manifestarlas. En las dos últimas décadas han ocurrido cambios importantes en la región con el ingreso de los militares: se mejoraron sustancialmente los caminos, anteriormente prácticamente todos eran de terracería y actualmente todas las cabeceras municipales tienen acceso a través de un camino pavimentado; en una década se transformaron también las viviendas, en el inicio del siglo XX la mayoría de ellas era de madera y de carrizo con lodo y actualmente las construcciones son de bloques de concreto. Solamente en los enclaves zapatistas Polhó y Acteal prevalecen las viviendas de madera (fotos a, b y c).



a) Chamula, b) Polhó y c) Pantelhó.

Autora: Freyermuth, G., 2014.

Las brechas sociales se han ampliado y un indicador son las viviendas y la posesión de un vehículo, auge económico que sobre todo se percibe en Chamula, donde se pueden ver casas habitación que podrían estar ubicadas en cualquier colonia residencial de las principales capitales del país, en un caserío de diez casas se pueden ver seis coches estacionados de menos de tres años de antigüedad. Sin embargo, los procesos de diferenciación al interior de las comunidades indígenas obligan a mencionar otros factores que están favoreciendo la diversificación en las comunidades y su consecuente acceso a las distintas opciones de salud. Consideramos que por su relevancia, no podemos soslayar el papel de la religión<sup>7</sup> y la migración<sup>8</sup> y más recientemente la delincuencia organizada. Asimismo, la presencia masiva de servicios de salud y programas de gobierno a partir del siglo XXI ha abonado en el cambio de las relaciones indígena y sociedad nacional y por tanto, en las prácticas en torno a la forma de entender y comprender la SSR.

Las relaciones interétnicas que se establecen entre los pueblos indios y la sociedad mestiza están en función de cómo cada quién concibe al “otro” y del dominio del campo donde se da la interacción. El género, la generación y la etnia incluyen condiciones biológicas que son reconstituidas social, política y culturalmente y conducen con frecuencia a relaciones de desigualdad. Las relaciones en una sociedad de clases se dan bajo estos tres marcos y dependiendo del dominio en donde se lleven a cabo -familiar, comunitario y hospitalario- tendrá mayor peso uno u otro. Los servicios de salud son un enclave mestizo en municipios prioritariamente indígenas y el desconocimiento de la lengua y de las costumbres así como la pertenencia a las ciudades lleva a los y las prestadoras de salud en estos municipios indígenas a colocar sus aspiraciones y sus miradas en otro espacio diferente al que se encuentran cotidianamente.

La pertenencia a un grupo étnico, a un género y a una generación en particular, son elementos que van a conformar relaciones estructuradas o posiciones del sujeto que operan como punto de referencia, que coloca a los individuos en una situación particular de vulnerabilidad/fortaleza que les confiere una manera especial de enfermar, atenderse o morir, lo que definirá cuál de estos elementos marcará más las prácticas y representaciones que se tengan del matrimonio, la sexualidad y la reproducción, y estará relacionado con las “posiciones de este sujeto”, dependiendo de su proceso histórico como persona y del tipo de relaciones sociales que se establezcan en un contexto social determinado.

<sup>7</sup> El ingreso de distintas religiones a Los Altos no solamente ha influido en aspectos políticos y económicos, sino también en el papel que juegan las mujeres, las distintas generaciones y los indígenas en la sociedad y por lo tanto, en el campo de la salud.

<sup>8</sup> La migración ha repositionado el papel del hombre durante el parto, así si él era parte importante durante el trabajo de parto y el periodo del postparto inmediato, cada vez más las responsabilidades del marido se están trasladando a los suegros u otras personas de la familia.

## SALUD-ENFERMEDAD EN LA CULTURA ALTEÑA

El cuerpo está constituido por tres entidades: el cuerpo de carne y hueso (al que se le denomina en *tsotsil takopal/sbek'talil*). Este cuerpo físico tiene un alma que le da vida o *ch'ulel*. En palabras de Holland el *ch'ulel* es “la fuerza vital de la naturaleza, la energía dinámica, vivificante e indestructible de todos los humanos, animales y plantas. El *ch'ulel* es el medio innato por el que expresa su carácter psicológico y social, la naturaleza esencial del ser humano”. Una tercera entidad es el animal compañero denominado *xchon* o *wayjelel* (en adelante animal compañero) con el que verá ligado su destino. Hay diferencias respecto al número de animales compañeros que posee un individuo (Page, 2005; López, 2007:64), reportándose que pueden ser hasta trece y no solamente corresponder a animales. Hermitte (1970) señala que además de animales compañeros se puede contar con compañeros inanimados o elementos naturales como el rayo y el tornado, entre otros.

El cuerpo de las y los indígenas alteños puede sufrir físicamente cuando accidentalmente es lesionado, pero también cuando sufre su animal compañero o su alma. La relación de estas entidades con su medioambiente va a depender de la edad de la persona, así los bebés son más proclives a que su alma se separe de su cuerpo. Con el fin de proteger su alma, el niño no es presentado ante extraños en los primeros meses de vida (Guiteras, 1992; De León, 1999) y se le asusta constantemente para que su espíritu se fortalezca (De León, 1998). Sin embargo, los y las niñas que han nacido en otro contexto social, en la ciudad de San Cristóbal por ejemplo, modifican estas prácticas y representaciones en la medida en que sus madres, en caso de ser comerciantes, deban cargar con sus niños desde muy pequeños a lugares públicos que compartirán con los mestizos. Es decir, que estas concepciones en torno a los riesgos que puede o no sufrir un grupo generacional en particular, son modeladas o modificadas por otras relaciones sociales. Las prácticas y representaciones en torno a los cuerpos se van modelando por el entorno social.

Para los indígenas alteños la sobrevivencia a la juventud y la llegada a la vejez reflejan la fortaleza del espíritu y el número y tipo de animales compañeros. La vejez se asocia con un espíritu fuerte y animales compañeros poderosos, por lo que los ancianos casi siempre son respetados y, en ocasiones, temidos. En contraparte, en la sociedad occidental y en otras regiones indígenas de Chiapas, los viejos son considerados vulnerables biológica, económica y socialmente.

El *ch'ulel* o alma puede separarse del cuerpo al sufrirse una caída o un susto, quedando algunas veces lejos del cuerpo y no regresar porque no encuentra el camino o porque ha sido atrapado por los guardianes y secuestrado en el sitio donde se perdió. El *ch'ulel* frecuentemente vaga por las noches, por lo que puede extraviarse durante el sueño, propiciando la aparición de la enfermedad. Otros riesgos se corren por la actuación del animal compañero, durante cuyas andanzas nocturnas -mientras la persona duerme- puede extraviarse o ser dañado o muerto por otra persona. Dependiendo del tipo, el número y cuál animal compañero haya sido afectado será la gravedad del daño al cuerpo de su contraparte. Es posible que la enfermedad se encuentre en el camino (a manera de ramas cruzadas) o afecte a personas hacia las cuales no ha sido dirigido algún embrujo pues las enfermedades del *ch'ulel* y las que ocurren a través del animal compañero pueden surgir de la animadversión de otras personas, quienes piden a través de un *ak'chamel* o brujo, llevar la enfermedad o la muerte (Freyermuth, 2003).

El estado de bienestar de los alteños dependerá también del cuidado y protección que recibe su animal compañero. Se tiene la creencia de que los animales compañeros se encuentran encerrados en un corral, vigilados y alimentados por una deidad o guardianes en medio de las montañas donde las personas no tienen acceso y donde, por lo tanto, no se puede dañar a los animales compañeros. Si la persona lo descuida, si no reza para que la deidad o guardianes lo cuiden, protejan y alimenten, se puede escapar de la cerca y salir en busca de alimento; es entonces cuando cualquier persona puede dañarlo, sobre todo cuando el animal compañero ataca a animales de corral y los dueños lo matan. Al morir el animal compañero el cuerpo al que pertenece se enferma y puede llegar a morir también y quedan marcas en su cuerpo de los balazos o escopetazos, a través de manchas verdes o moradas o de sangre.

El rezo de protección se llama *Muk'tach'ulelal*. Las personas que están muy enfermas y su animal compañero permanece herido y cuando con el rezo de protección no se ha tenido mejora, puede el *j'ilol* (curandero) tratar de hacer un intercambio de animales compañeros entre el *xchon* enfermo y el *xchon* de una persona que haya muerto accidentalmente. El rezo que se usa para el intercambio es también el *Muk'tach'ulelal* o *xch'ulelal*. No todos los *j-iloletik* (curanderos) tienen la capacidad de hacer un intercambio de animales compañeros.

La muerte del animal compañero es muy temida porque la muerte de la persona ocurre de manera rápida. Cuando la causa de la muerte es que el *xchon* murió se nota en el cadáver de la persona: si el *xchon* fue quemado aparece una parte quemada en el cuerpo del muerto, de igual forma sucede si le dispararon. Las señas pueden aparecer durante los tres días después de la muerte del *xchon* o una vez que el cuerpo físico ha muerto.

## INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD

Las trayectorias reproductivas en las y los jóvenes alteños tienen significado diferente a las de la población nacional; al igual que en otros grupos indígenas, la sexualidad, el matrimonio y la reproducción se dan de manera consecutiva. Lina Berrío ha documentado la existencia de intervalos muy cortos en indígenas de la Costa Chica de Guerrero (un año en promedio desde el inicio de vida sexual activa hasta el primer hijo).

Por ello, cuando existen problemas de esterilidad, infertilidad (pérdidas fetales repetidas) o como se suele llamar frialdad del vientre, la familia y la pareja se preocupan y acuden a la iglesia en compañía del *j'ilol* y algunos familiares, encienden velas desde muy temprano, cuidan de que no se apaguen y permanecen todo el día en ayuno hasta que, entrada la tarde, regresan a su casa a cenar. Al llegar a casa también rezan y encienden velas y luego ofrecen comida a quienes los acompañaron en la iglesia. Esto se hace así durante tres días.

La reproducción es un elemento que permite a los individuos adquirir mayor poder y pasar a la adultez, lo que conlleva la posibilidad de tener acceso a puestos de poder comunitario e ir construyendo su independencia a mediano plazo. De hecho, la esterilidad de una pareja es una condición que pone en condiciones de vulnerabilidad a la mujer, ya que el marido puede regresarla con sus padres o en su defecto llevar a vivir con su familia a una segunda esposa como en los casos expuestos más adelante. En ambos casos es el estigma el elemento más significativo, la infertilidad conlleva una pérdida de derechos. El estigma puede entenderse como que no son tomadas en cuenta de la misma manera que otras mujeres, el ámbito normativo es brumoso y dependerá del poder de la familia de la mujer.

## EL CUERPO NORMADO. EL NOVIAZGO

Juana y Ernesto vivían en Taki uc'um, que significa río seco. Juana era hija de un maestro y su novio, huérfano, vivía con su abuela, ambos tradicionalistas. Durante tres años fueron novios y eso generó habladurías entre los pobladores. Pensaron que Juana se hablaba (*tsc'opna sbaic*) con Ernesto antes de unirse en matrimonio, esto significa que durante ese tiempo habían tenido relaciones íntimas y se especulaba que por lo menos habían procreado tres hijos, pero como nadie conocía a los niños, se pensaba que Juana los había regalado. Ernesto era huérfano y su padre se había casado nuevamente. Desde que su madre muere vivió con su abuela. La relación de Juana con su novio fue conflictiva para la familia, el que conversaran fuera de la casa había desatado murmuraciones, pero Juana siempre argumentó que el hecho de platicar con Ernesto no significaba que se juntara con él. Sin embargo, las murmuraciones entre los vecinos aumentaron y la madre le sugería que se casara, antes de que su padre se percatara y salieran perjudicadas las dos. La unión se llevó a cabo a los 18 años; sin la autorización de los padres de Juana, huyeron (*tsta sbaic*: se encontraron) y después fueron a ofrecer los regalos. Éstos no fueron aceptados por la familia, a partir de lo cual Juana rompió relaciones con su padre, más no con su madre, con cuyo apoyo contó durante su enfermedad. Durante su corta vida de casada vivió con su esposo y la abuela de éste. (Freyermuth, 2003)

A partir del año 2000 el ingreso a la escuela ha transformado las relaciones intergeneracionales. El importante ingreso de jóvenes a la escuela a partir de 1998 y las becas del programa Oportunidades abrieron la posibilidad de que las y los jóvenes de los municipios indígenas de la región alteña asistieran, aunque más limita-

damente que sus pares urbanos, a la educación media y media superior. Esto ha resultado en contradicciones acerca de lo permitido o no en el comportamiento de las y los jóvenes, específicamente en el aspecto personal.

Es así que aunque las y los jóvenes establezcan relaciones personales (puede entablarse una conversación entre dos jóvenes de diferente sexo), esto será sancionado por la comunidad ya que las relaciones de noviazgo o amistad no son permitidas.

El caso de una joven que fue sorprendida platicando con un joven en la plaza central, en el municipio de Santiago el Pinar, que fue llevada ante el juez a fin de ser sancionada u obligada a contraer matrimonio. En Santiago el Pinar hay un letrado que señala que el noviazgo (que significa ver a dos personas del sexo opuesto platicando) será sancionado con tres mil pesos. (Diplomado de liderazgo, ACASAC, Chiapas, 2014)

Estos dos casos muestran cómo ha cambiado el tipo de sanción por la transgresión de la norma. Si hace dos décadas eran los chismes o las habladurías, es decir una dimensión valorativa (estigma) de la conducta y aunque existía una regla, ésta no estaba organizada ni tenía un carácter preciso, solamente se daba una reacción hostil como ocurre en el primer caso, la conducta esperada no era obligada. Sin embargo, recientemente esta regla ha pasado a generar consenso y sanciones particulares (el matrimonio forzoso o el pago de la multa) y en este último caso se espera adicionalmente respetar la regla. Es decir, actualmente la conducta es explícitamente normada, hay una regla organizada donde un consenso impone conductas obligatorias no optativas y tiene dimensión punitiva.

A veces hay diferentes normas, ya sea en la cabecera o en las comunidades de un municipio.

En la comunidad está prohibido tener novio, te juzgan y te casan al ser descubiertos. Tener un noviazgo en el municipio sí está permitido. (Joven, Foro de SSR, ACASAC, 2013)

Lo cierto es que en la región alteña se mezclan actualmente las creencias pasadas con las presentes, existe un conflicto entre jóvenes y adultos, en las formas en que se considera deben ejercer su sexualidad, el matrimonio y la relación con la sociedad. Las costumbres y creencias van cambiando así como las expectativas de las y los jóvenes y los padres, lo que determina cambios en los y las jóvenes estudiantes: formas de vestir, creencias sobre salud y enfermedad y riesgos para la salud.

## EL MATRIMONIO FORZADO

El solo hecho de platicar, en algunos lugares lleva implícito el establecimiento de una relación formal entre jóvenes, por lo que es un determinante para lo que ellos denominan matrimonio forzado.

Las y los jóvenes que se han formado en el Diplomado de liderazgo de ACASAC consideran que el matrimonio forzado puede ser resultado, en primera instancia, de embarazos no planeados. El inicio de la vida sexual activa a edades muy tempranas (13 años) la mayoría de veces sin protección o uso de métodos anti-conceptivos, da como resultado embarazos no planeados y en algunos casos matrimonios forzados. La sexualidad no es un tema que se hable con los padres. Es importante señalar que las jóvenes quedan embarazadas porque a sus padres no les gusta hablar sobre reproducción y sexualidad. Esta falta de comunicación y comprensión de los padres es común en familias que viven en situación de violencia y falta de cariño, lo que frecuentemente conduce a búsqueda de relaciones afectivas fuera de casa y que el matrimonio temprano sea una alternativa para situaciones complicadas que se viven dentro de ella. (Foro de SSR, ACASAC, 2013)

Uno de los retos que identifican las y los jóvenes es que ocurra un cambio en la mentalidad de los padres: “Quizás cuando nosotros tengamos nuestros hijos les daremos otra educación”.

Te obligan a casarte con alguien a quien no quieres y a tener hijos que no quieres tener con esa persona... (Testimonio de joven, Foro de SSR, ACASAC, 2013)

Es frecuente la deserción escolar por esta causa, jóvenes de 14 y 15 años se embarazan con frecuencia. Es importante señalar que en ocasiones estos matrimonios son resultado de normas comunitarias donde las autoridades obligan a los jóvenes a casarse o de otra manera serán sancionados con cárcel o multas importantes. Las y los jóvenes consideran que la escuela disminuye las posibilidades de embarazarse. Una joven señaló:

[...] porque en la escuela nos enseñan temas de la salud sexual y reproductiva desde la primaria, te hablan de tu plan de futuro y tú ya decides; si la mujer no hace caso a lo que dice el doctor o la maestra, aumentaría la posibilidad de embarazarte.

A los chicos sólo les obligan a casarse si embarazaron a alguien, pero a las mujeres sólo por mirar a un chico (“si tanto lo ves te vas a casar con él”). Tienen que estar mujeres con mujeres y hombres con hombres. (Foro de SSR, ACASAC, 2013)

## DESIGUALDAD DE GÉNERO

La desigualdad de género adquiere matices y se explica a partir de los arreglos familiares en la región alteña. Por tanto es necesario señalar que la residencia es patrilocal, es decir una joven recién casada irá a vivir con la familia de su marido. Es así que ella formará parte orgánica de esa familia y su suegra se convertirá en prácticamente su *madre*. Hace décadas y aún ahora, algunas jóvenes eran dadas en matrimonio muy pequeñas, inclusive siendo impúberes, por ello parte de su formación como mujeres recaía o recae en las suegras. La crianza de las jóvenes ha sido considerada como una inversión para la familia a largo plazo, en la medida que recibirán dinero, trabajo o regalos cuando sean pedidas en matrimonio. Hace unas décadas el novio trabajaba de manera gratuita como parte de la concertación matrimonial durante uno o dos años, en los últimos años esto ha cambiado y ese trabajo se paga con dinero en efectivo. Esto ha llevado a modificar la dinámica de los recién casados ya que si anteriormente pasaban dos años con la familia de la novia, periodo en el cual ocurría muchas veces el primer nacimiento, este cambio en las costumbres obliga a la joven recién casada a integrarse inmediatamente a la familia del esposo.

Es así que una familia pobre dará a su hija en matrimonio mucho más pequeña y las familias de mayores recursos no requieren dar a sus hijas en matrimonio a temprana edad. Cualquier inversión en las hijas no se considera un beneficio para la familia de origen, ya que la joven pasará a formar parte de la familia del marido. Por ello no se consideraba importante invertir en la educación de las mujeres ya que esto solamente beneficiaría a la familia de su futuro marido. Por otro lado, una mujer requería contar con habilidades para su desempeño en la casa y como una ayuda para su suegra o sus cuñadas, a fin de integrarse fácilmente a la nueva familia.

Un elemento que las jóvenes reconocen como fundamental en el cambio de vida son las becas del programa Oportunidades, que han contribuido a disminuir la desigualdad de género y han abierto la posibilidad de educación para las niñas.

Recibimos becas de Oportunidades para seguir estudiando y a algunos sí nos ha servido de mucha ayuda, nos ha cambiado la vida. Han apoyado parejo a hombres y a mujeres. Han servido las becas para que más niñas accedan a la escuela, pues antes era más difícil que las niñas estudiaran, pues había la creencia de que tenían que estar en la casa. (Joven, Foro de SSR, ACASAC, 2013)

Las jóvenes explican las desigualdades de género por el machismo de los hombres de la región, que se traduce en maltrato de las hijas por parte de padres y hermanos. Todavía se considera que las mujeres no tienen capacidad para trabajar, estudiar u opinar, que no son inteligentes y tienen menos aptitud para estudiar que los muchachos. (*Ibidem*)

Para las mujeres sólo hay un modelo de vida: que se queden en su casa aprendiendo los oficios que enseña la madre para el funcionamiento del hogar. Desde pequeñas se les enseña a hacerse cargo de atender al papá, a los hermanos y a la cría de animales.

## DESIGUALDAD DE GÉNERO Y VIOLENCIA

La violencia es un elemento que se relaciona con el matrimonio a temprana edad y la desigualdad de género que prevalece en la región alteña. ¿Qué nos dicen las jóvenes indígenas de hoy sobre la violencia y la desigualdad de género?, ¿de qué manera contribuyen a la reproducción y perpetuación de la violencia?

La violencia en la familia alteña es parte de la costumbre y sobre todo se ejerce contra la mujer. En la costumbre la mujer vale menos que el hombre, es algo que se aprende desde que eres niña, es una herencia de los antepasados. (Juanita, Foro de SSR, ACASAC, 2013)

Por el simple hecho de ser mujer no tiene derecho a nada, puede ser golpeada por el marido; no tiene derecho a la educación, no tiene derecho al trabajo, debe estar en casa sirviendo al hombre, haciendo la comida, lavando los trastes, lavando la ropa. Debemos de borrar eso, reconocer los derechos de la mujer; como cultura y como sociedad, estamos teniendo un error. (Petrona, *Ibidem*)

La violencia se desata cuando la mujer no le sirve rápido al marido o porque el marido dijo una palabra y la mujer respondió con otra. A veces el hombre tiene otra mujer y discrimina a la primera, la insulta y le dice que no sirve para nada. La mujer se desquita con los hijos. (Sebastiana, *Ibid.*)

En mi comunidad sucede más la violencia hacia las mujeres por una desobediencia; hay la creencia de que hay que pegar para corregir, pero a veces las dejan malheridas. (Angélica, líder juvenil, *Id.*)

También puedes sufrir violencia por parte de los hermanos si no les atiendes en su comida, lavar la ropa, etcétera. Algunos padres y abuelos violan a sus hijas, les agreden verbalmente cuando están alcoholizados; también algunos hermanos abusan sexualmente de sus hermanas, el padre rechaza o maltrata a las hijas por ser mujeres. (*Id.*)

La ENSADEMI (2008:77) mostró que en Los Altos de Chiapas las mujeres presentan la frecuencia y las formas más graves de violencia: dos de cada cinco mujeres reportaron maltrato infantil. De las tres regiones con mayor índice de violencia física, Los Altos presentó 12 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total y la prevalencia de violencia de pareja fue de 41.37%, muy superior a la reportada en la ENDI-REH 2006 para el estado en su conjunto. Este informe también destacó que Los Altos es la región que reporta la mayor prevalencia de los diversos tipos de violencia (ENSADEMI, 2008:77). Los resultados de algunas investigaciones realizadas con anterioridad (Freyermuth, 2003, 2008; Freyermuth, Argüello, 2011) permiten reconocer de qué manera, desde edades tempranas y por las prácticas educativas familiares, las mujeres interiorizan la necesidad de ser sumisas y obedientes y no manifestar sus malestares o inquietudes. La interiorización de estas representaciones se consigue a costa de severos castigos que algunas veces implican daños físicos permanentes. Estas experiencias previas a la vida en pareja favorecen las relaciones de violencia doméstica y sobre todo una actitud pasiva frente a esta violencia, no sólo de la mujer víctima, sino de la familia e incluso de la comunidad. Desde pequeñas aprenden que la violencia doméstica tiene objetivos correctivos. Al igual que en la sociedad occidental (Dannenberg, A. *et al.*, 1995; Ronsmans, C. *et al.*, 1999) el maltrato doméstico y la culpabilización de la víctima son elementos indisociables que posibilitan su permanencia en el círculo de la violencia; autoras como Graciela Ferreira (1989) lo han documentado ampliamente. Llama la atención la vigencia de hallazgos realizados en décadas anteriores, aunque en la actualidad la diferencia básica es que las jóvenes están conscientes de que esta condición debe cambiar y que ellas pueden contribuir a este cambio.

# Metodología

Éste fue un estudio observacional, transversal, comparativo y prospectivo que contempló el análisis de información de la producción de servicios de dos modalidades de atención a adolescentes. Tuvo dos componentes: evaluación de satisfacción de usuarias y usuarios y de desempeño de servicios. Para el desempeño de servicios se empleó la misma metodología que se usó en el Monitoreo de Servicios de Salud 2010 CIESAS-Sureste/INMUJERES.

Se utilizaron los siguientes instrumentos para recolección de información: lista de cotejo, cuestionario, guía de observación, entrevistas a actores clave, guías a usuarias y usuarios simulados en demandas de atención de anticonceptivos, información sobre ITS, VIH y AE.

La evaluación del desempeño de los servicios se realizó a través de la conformación de paquetes de intervenciones y cada paquete estuvo compuesto por un determinado número de acciones médicas y no médicas. El paquete de intervención de los servicios de atención a la SSRA comprendió el conjunto de intervenciones en relación con la atención, información y comunicación educativa que se planean, organizan y desarrollan en los módulos o espacios utilizados como ámbitos del trabajo de consejería (pláticas informativas, talleres, dinámicas, entrega de materiales de IEC y que promueven la toma de decisiones de adolescentes a favor de la PF y la SSR).

Las mujeres y hombres menores de 20 años de edad tienen derecho a recibir consejería y servicios de anticoncepción, incluidos los de emergencia según la NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, fundamentada en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que todas las personas en edad reproductiva pueden y deben recibir consejería y prescripción anticonceptiva con el propósito específico de proteger su salud y evitar embarazos no planeados o riesgosos.

## ELEMENTOS DEL DISEÑO CONCEPTUAL

Se construyeron paquetes de intervenciones sustantivos del ISECH a través del PAESSRA 2007-2012 y de módulos por pares a través del Modelo de intervención de ACASAC. Estos procesos sustantivos fueron seleccionados de acuerdo con la prioridad en función de los objetivos de cada servicio.

Con el objetivo de traducir estos procesos sustantivos en elementos concretos que puedan ser medidos mediante los instrumentos de recolección de información, se identificaron las intervenciones necesarias que hacen posible que estos procesos se lleven a cabo y se produzcan los servicios. Se entiende como intervención a la acción médica o no médica, única o en paquete, que constituye un elemento necesario en el proceso en cuestión.

La selección de intervenciones y de paquetes para su sistematización y análisis es un recorte metodológico. Es importante destacar que las intervenciones incluidas se definirán con base en la resolución esperada en cada tipo de módulo. Es así que se definieron paquetes de intervenciones distintos en función del modelo de atención. Los paquetes pueden tener el mismo nombre pero contienen un número diferente de intervenciones.

Para fines de esta investigación, cada una de las intervenciones se clasificó de manera general en alguno de los siguientes tipos:

- Mobiliario
- Instrumental y equipo
- Insumos y/o materiales
- Fármacos/insumos médicos y de laboratorio

- Conocimientos técnicos
- Recursos humanos
- Servicios competentes
- Otros recursos
- Continuidad en el servicio
- Infraestructura

## DIMENSIONES DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

A partir de los trece tipos de intervenciones se realizó un análisis adicional con tres dimensiones de la producción de servicios relevantes en términos de su calidad, construidas a través del agrupamiento de los tipos de intervenciones mencionados, como se muestra a continuación:

### **Administrativa o de organización del servicio:**

- Disponibilidad de medicamentos
- Disponibilidad de formatos y cartillas
- Disponibilidad de pruebas rápidas
- Disponibilidad de mobiliario
- Disponibilidad de infraestructura
- Disponibilidad de equipo e insumos

### **Prestación del servicio:**

- Conocimientos técnicos a través de guías y normas
- Capacitación, actualización y certificación
- Disponibilidad de guías técnicas, manuales y normas
- Recursos humanos

### **Accesibilidad y continuidad en el servicio:**

- Materiales de difusión para la población
- Continuidad en el servicio y accesibilidad

A través de varios ejes que se desprenden del marco de los derechos humanos, de los propósitos y componentes del Programa, se han definido cuatro paquetes de intervención:

- Tipo de servicio e información
- Consejería y reconocimiento de derechos de adolescentes
- Capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores
- Evaluación de la satisfacción de usuarias/usuarios que demandan el servicio (este paquete se definió en la etapa de elaboración de instrumentos)

## PAQUETES DE INTERVENCIÓN

### **Tipo de servicio e información**

Tomando en cuenta la importancia de que las unidades médicas tengan un espacio físico específico donde llevar a cabo las acciones de consejería e información, ya sea de forma individual o grupal, que reúna condiciones de privacidad y que permita, por lo tanto, la confidencialidad del servicio, es que el primer paquete concierne al **Tipo de servicio** e incluye la observación de la existencia de horarios visibles en los módulos o áreas de atención para adolescentes, de carteles y/o materiales de difusión de los servicios que se pres-



tan, de espacios específicos para consejería sobre SSR para jóvenes y de área con acceso a computadora, TV y DVD para llevar a cabo acciones educativas.

Las y los adolescentes deben participar activamente en el proceso de consentimiento informado considerando de manera particular lo relacionado con la etapa de diagnóstico y motivación, en la que el resultado de valorar sus expectativas personales y reproductivas será la base para la toma de decisiones. Ellas y ellos tienen derecho a disfrutar de una vida sana, placentera, responsable y a que su vida sexual sea respetada; esto incluye sus decisiones sobre cuándo y con quién iniciarla. Para que los y las adolescentes cuenten con apoyo profesional es necesario el papel del consejero como una figura esencial en la educación para la SSRA. Las y los profesionales de la salud están obligados a brindarles consejería amplia sobre métodos anticonceptivos de uso regular, sobre AE y sobre las medidas para prevenir ITS, incluyendo el VIH-sida (Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, México, 2000, Capítulo 8, Artículo 28).

<b>Cuadro 1. Tipos de servicio e información</b>	<b>Servicios amigables ISECH</b>	<b>Servicios por pares ACASAC</b>
Carteles o material de difusión (audios, mantas u otros) que difunden los servicios del módulo o área de atención a las y los adolescentes	X	X
Horarios de atención a la vista	X	X
En este módulo ¿de qué manera se ofertan los servicios de SSRA?	X	X
¿Se realiza oferta de los servicios de SSRA?	X	X
¿Cuántos turnos de atención tienen para adolescentes?	X	X
¿Cuántos días a la semana se prestan servicios en el módulo, área o consultorio para atender a adolescentes?	X	X
En esta unidad médica ¿se realizan actividades extramuros de información y prevención sobre embarazo no planeado, ITS, VIH/sida?	X	X
Carteles o periódico mural o dípticos o cualquier material que brinde información sobre ITS	X	
Carteles o periódico mural o dípticos o cualquier material que brinde información sobre VIH	X	
Material impreso (cartel, tríptico, etcétera) o de difusión (audios, mantas u otros) de promoción sobre vida familiar sin violencia/No violencia hacia las mujeres	X	X
Material impreso (cartel, tríptico) o de difusión (audios, mantas u otros) que contengan información sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos	X	X
¿Realizan alguna acción específica para lograr que lleguen más varones a consejería?	X	X
¿Se realizan consultas sin previa cita?	X	X
¿Hay prestación del servicio a adolescentes y jóvenes, independientemente del tipo de afiliación?	X	
Área para adolescentes con acceso a una computadora para manejo de documentos de trabajo, materiales educativos y de promoción	X	X
Área para adolescentes con acceso a TV y DVD para utilización de materiales de IEC	X	X
En esta unidad médica ¿cuentan con espacio específico de consejería sobre SSRA?	X	X
¿El espacio destinado para orientación y consejería sobre SSRA cuenta con condiciones de privacidad?	X	X
<b>Número total de intervenciones</b>	<b>18</b>	<b>15</b>

## Consejería y reconocimiento de derechos de adolescentes

Se construyó el segundo paquete denominado **Consejería y reconocimiento de derechos de adolescentes** donde se exploran la toma de decisiones de prestadores de servicios de salud en materia de anticoncepción, pruebas de detección del VIH, así como disponibilidad de información precisa para adolescentes a través de folletos o dípticos.

Como se ha señalado, los prestadores de salud deben tener siempre presente que todas las personas, independientemente del sexo, edad, condición social, orientación sexual y estado conyugal, deben recibir servicios de salud de alta calidad, por ser éste un DSR; por esto es fundamental que el personal que opera el programa de SSR cuente con materiales e información que le permitan desarrollar habilidades de consejería y que se promueva activamente su capacitación continua.

<b>Cuadro 2. Consejería y reconocimiento de derechos de los y las adolescentes</b>	<b>Servicios amigables ISECH</b>	<b>Servicios por pares ACASAC</b>
Anticonceptivos orales combinados (cualquiera de la siguiente combinación): Etinil estradiol o mestranol +(noretisterona) o + (levonorgestrel) o +(gestodeno) o + (norgestimato) o + (desogestrel) o + (acetato de clormadinona) o + (acetato de ciproterona)	x	
Anticonceptivos orales de sólo progestina: Levonorgestrel 30 mcg o Linestrenol 0.5 mg	x	
AE: Levonorgestrel 75 mg	x	x
Anticonceptivos inyectables combinados (cualquiera de la siguiente combinación): Cipionato de estradiol o valerianato de estradiol o enantato de estradiol + enantato de noretisterona o acetato de medroxiprogesterona o acetofenido de dihidroxiprogesterona	x	
Anticonceptivos inyectables solos: Enantato de noretisterona o acetato de medroxiprogesteron	x	
Anticonceptivos subdérmicos: Implanon: Consta de una cápsula o varilla o tira de acetato de etinilvinilo (EVA), que contiene 68 mg de etonogestrel de liberación prolongada hasta por tres años	x	
Dispositivo intrauterino	x	
Condón masculino	x	x
Condón femenino	x	
Parche	x	
Prueba de embarazo	x	x
Penicilina G procaínica (inyectable)	x	
Penicilina G benzatínica (inyectable)	x	
Amoxicilina 500 mg (tabletas)	x	
Cefriaxona 500 mg (intramuscular)	x	
Eritromicina 500 mg (tabletas)	x	
Azitromicina 500 mg (tabletas)	x	
¿A qué edad se le otorgan métodos anticonceptivos a una o un adolescente con vida sexual activa?	x	x
Si a esta unidad llegara un adolescente sin el acompañamiento de un adulto a solicitar la prueba rápida de VIH ¿se le otorgaría?	x	
En esta unidad médica ¿se le otorga la pastilla de emergencia a una usuaria menor de edad si la solicita?	x	x
¿Reciben archivos impresos, electrónicos, digitales o vía <i>internet</i> de materiales de difusión, información, educativos para la orientación y consejería para adolescentes?	x	x

¿Cuál es la conducta a seguir en caso de detectar ITS en adolescentes?	X	X
¿Se ofertan pruebas rápidas para la detección del VIH a adolescentes?	X	X
¿Qué métodos anticonceptivos se ofertan regularmente a adolescentes?	X	X
En esta unidad médica ¿en qué casos se orienta y promueve entre adolescentes el uso de métodos anticonceptivos?	X	X
A los adolescentes que se les ofrecen anticonceptivos ¿se acompaña la oferta con consejería?	X	X
¿Cómo considera el abastecimiento de anticonceptivos en la unidad? Lea las respuestas	X	X
¿Hay una forma establecida para contactar nuevamente a cada adolescente y joven que asiste al servicio?	X	X
¿Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado con otros servicios de salud y organizaciones públicas, privadas o comunitarias?	X	X
¿Tienen estrategias que permitan identificar a adolescentes con mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo?	X	
¿Participa en la planeación de los servicios que se brindan a adolescentes?	X	X
¿Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo?	X	X
Folletos, dípticos u otro material de difusión sobre PF y métodos anticonceptivos	X	
Folletos, dípticos u otro material de difusión sobre prevención y atención de ITS	X	
Folletos, dípticos u otro material de difusión sobre embarazo no planeado en adolescentes	X	
Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre DSR	X	
Folletos u otro material de difusión de información sobre métodos anticonceptivos para adolescentes	X	
<b>Número total de intervenciones</b>	<b>37</b>	<b>16</b>

### Recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores de servicios para adolescentes y jóvenes

En este paquete se indaga la disponibilidad de documentos de consulta para la o el proveedor, que le permitan ofrecer un servicio de calidad, entre los que se encuentran: a) Guía de consejería en PF, guía de prevención y atención de ITS, NOM-005, guía didáctica de acciones educativas, marco jurídico sobre DSR de adolescentes; b) PAESSRA 2007-2012, criterios operativos de los SA, manual o protocolo para atender a adolescentes; c) Programa anual de trabajo con objetivos y metas, plan o programa anual de participación en eventos de capacitación, d) Archivos electrónicos o materiales impresos, de audio o video, que apoyan las actividades de consejería o educativas.

<b>Cuadro 3. Recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores</b>	<b>Servicios amigables ISECH</b>	<b>Servicios por pares ACASAC</b>
¿Hay un equipo multidisciplinario que trabaje con adolescentes?	X	
En esta unidad ¿hay al menos una o un profesional reconocida o reconocido por su trabajo con adolescentes y jóvenes?	X	
En esta unidad ¿existe algún protocolo de atención al embarazo, parto y puerperio, específico para adolescentes embarazadas?	X	
En los últimos 12 meses ¿ha recibido capacitación en temas de: a) SSRA?	X	X

En los últimos 12 meses ¿ha recibido capacitación en temas de: b) PF?	X	X
En los últimos 12 meses ¿ha recibido capacitación en temas de: c) AE?	X	X
En los últimos 12 meses ¿ha recibido capacitación en temas de: d) pruebas rápidas de VIH?	X	X
En los últimos 12 meses ¿ha recibido capacitación en temas de: e) Prevención y tratamiento de ITS?	X	X
Guía, documento o programa anual de trabajo con objetivos y metas	X	X
Guía de consejería en PF	X	X
Guía para dar consejería sobre prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	X	X
Materiales impresos u otro material didáctico que apoye las actividades educativas o de consejería	X	X
Materiales de difusión en audio o video, didácticos, que apoyen las actividades de promoción y educación sobre SSR	X	X
Documento: NOM 005-SSA2-1993	X	
Criterios operativos para los SA	X	
PAESSRA 2007-2012	X	
Materiales didácticos, disponibles en video, audio en lengua indígena	X	X
Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	X	X
Metodología para la atención	X	
¿Tienen alguna meta para la atención de población adolescente o joven?	X	X
Disponibilidad de pruebas rápidas para detección del VIH	X	
<b>Número total de intervenciones</b>	<b>21</b>	<b>13</b>

Para el paquete SSRA existen cinco tipos de intervenciones: Mobiliario, infraestructura, conocimientos técnicos y manuales, continuidad en el servicio y material de difusión. Se construyeron tres tipos de paquetes para el análisis del desempeño de servicios por tipo de intervención que se denominan “Dimensiones de la producción del servicio”: dimensión administrativa, dimensión de prestación de servicios y dimensión de estructura. En este monitoreo se incluirá la dimensión de satisfacción de usuarias (CIESAS-Sureste/INMUJERES, Capítulo VI).

La evaluación realizada en 2010 (CIESAS-Sureste/INMUJERES) no contaba con un componente de satisfacción de usuarias o usuarios. En este monitoreo se incluyó un paquete para evaluar la satisfacción de usuarias/usuarios con los resultados de las y los usuarios simulados.

#### **Evaluación de la satisfacción de usuarias/usuarios que demandan el servicio**

<b>Cuadro 4. Satisfacción de usuarias/usuarios que demandan el servicio</b>	<b>Servicios amigables ISECH</b>	<b>Servicios por pares ACASAC</b>
El prestador conoce la lengua (competencia cultural)	X	X
El prestador se apoya en un traductor adecuado (competencia cultural)	X	X
Acceso a la instalación	X	X
Número de veces que acudió para obtener la consulta	X	X
Requisitos para obtener una consulta	X	X

Tiempo de espera	X	X
Resolución de solicitud (competencia técnica)	X	X
Otros servicios o asesorías brindadas (competencia humana)	X	X
Privacidad en el espacio	X	X
Manejo de privacidad (competencia humana)	X	X
Percepción del trato (amable y confortable, amable y no confortable, no amable)	X	X

Para la elaboración de apartados sobre satisfacción de usuarias/usuarios de los módulos se llevó a cabo una estrategia metodológica de usuarios simulados, tanto en módulos de SA de la SSA como en los módulos por pares. Hay que señalar que aunque se había elaborado una encuesta de salida para usuarios, cuando se realizaron las visitas a los módulos no se encontró un número significativo de usuarios en ambos tipos de módulos que permitiera el análisis de satisfacción.

Los y las usuarias simuladas tenían acceso a los módulos por pares y solicitaban atención sobre los siguientes temas: anticoncepción o uso del condón, pastilla de AE, pruebas para detección del VIH-sida e ITS. Consideramos como una estrategia importante solicitar consejería o consulta con la preocupación del VIH-sida porque ésta necesariamente detonaría preocupación en el o la prestadora de servicios de salud para proporcionar información en anticoncepción e ITS.

A través de esta metodología se puede identificar si la prestación del servicio se da con competencias cultural, humana y técnica.

Proveer un servicio con competencia cultural implica una toma de decisión personal por parte de los prestadores de servicios de salud, a fin de lograr tanto la competencia cultural como la humana. La competencia cultural, parafraseando a Fazio (1998), es un proceso a través del cual el proveedor de los servicios de salud reconoce la necesidad de una autorreflexión respecto a sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de las y los usuarios y su cultura; combina un conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene del paciente y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva. Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales y valores de cada población, los proveedores de servicios de salud deben estar siempre abiertos al aprendizaje que los usuarios y otros proveedores de servicios de salud les pueden brindar. Debe reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención basadas en la diversidad cultural, por lo tanto, debe evitar hacer juicios escuchando con atención los valores culturales de sus pacientes, clarificando aquellos aspectos que no comprende, valorar las fortalezas de sus pacientes y aquéllas que provienen de sus culturas (lealtad familiar o espiritual). Por ello, que un servicio logre contar con seguridad cultural es un proceso largo, en el cual el conocimiento de la cultura es solamente un elemento inicial (NAHO, 2008). Un elemento que utilizamos para identificar esta competencia cultural es el manejo de la lengua y, en su defecto, la capacidad para entrenar o colaborar con un buen traductor.

La competencia humana, elemento que mucho se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar trato digno y respetuoso al usuario que acude en condiciones de vulnerabilidad extrema. Esto implica además, obtener el consentimiento informado de todos los procedimientos médicos a los que se someta la persona usuaria e ir construyendo una nueva cultura en salud con participación más activa de las usuarias de los servicios. La competencia humana en los servicios de SSRA se identifica en el manejo de la privacidad, que implica no solamente un espacio privado sino el manejo que hacen los prestadores de servicios de salud de la privacidad del paciente en el momento de otorgar la consulta.

La competencia técnica está centrada en la capacidad del prestador o prestadora de servicios de salud para otorgar consejería o ser capaz de resolver el problema que demanda la o el usuario. A través de la usuaria o usuario simulado pudimos reconocer la capacidad de resolución de problemas.

### ***Consideraciones metodológicas en los módulos de servicios amigables***

Para el análisis de desempeño de estos módulos también se utilizan los resultados de un monitoreo estatal de SA realizado en 2012 a los servicios, 24 horas 365 días, que incluyó a tres SA que actualmente funcionan en Los Altos (CIESAS). En 2013 se dio seguimiento a 32 SA que estaban en funcionamiento en el estado de Chiapas, en el que se incluyen los resultados de Los Altos, lo cual permitirá identificar los avances en la prestación del servicio en ese periodo con respecto a 2014.

### ***Consideraciones éticas del estudio***

Desde el mes de marzo de 2014 se tomó un acuerdo en la Mesa Interinstitucional de Trabajo que promueve ACASAC, sobre la puesta en marcha de este estudio, según consta en la minuta respectiva del 27 de marzo. Por ello no se solicitó con anticipación la información necesaria a través del Sistema INFOMEX. Hay que señalar que desde 2002 se han realizado monitoreos de SSR en el estado de Chiapas y en la región Los Altos (2002, 2006, 2009, 2011 y 2012), a partir de 2009 se realizaron como parte de los acuerdos de las Reuniones Técnicas del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y en menos de una semana se tenía el oficio firmado por el secretario de salud; en esta ocasión se solicitó en el mes de agosto la autorización y a pesar de ser un acuerdo de la Mesa Interinstitucional, después de un mes no se obtuvo una contestación formal por parte del ISECH. Dado que había fecha de entrega para el informe se decidió iniciar el trabajo de campo en las unidades de salud de los 14 establecimientos. En seis de ellas se pudo desarrollar de manera completa y en todas contamos con la colaboración de sus directores.

En cuanto las responsables del programa (jurisdiccional y estatal) se percataron de que estábamos realizando la encuesta en los SA, giraron instrucciones a los encargados de los módulos para que se nos negara la entrevista.

Los principales informantes fueron los directores encargados de las unidades de salud y los propios prestadores de servicios, que son piezas fundamentales para el desempeño del sistema de salud. Gran parte de los datos que se utilizan deberían ser públicos, de acuerdo con el Artículo 6º Constitucional que a la letra dice:

La manifestación de las ideas [...]. El derecho a la información será garantizado por el Estado. Para el ejercicio del derecho de acceso a la información, la Federación, los Estados y el Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Sobre todo en lo que respecta a los incisos uno y tres:

I. Toda la información en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo federal, estatal y municipal, es pública y sólo podrá ser reservada temporalmente por razones de interés público en los términos que fijen las leyes. En la interpretación de este derecho deberá prevalecer el principio de máxima publicidad.

III. Toda persona, sin necesidad de acreditar interés alguno o justificar su utilización, tendrá acceso gratuito a la información pública, a sus datos personales o a la rectificación de éstos.

Artículo 134. Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

Lo que llama la atención es que al evocar el Artículo 6º Constitucional para que nos proporcionaran la información, la encargada de los módulos de la región Los Altos nos dijo que estábamos atemorizando a su personal, que por cierto todos son psicólogos o psicólogas. Fue evidente que los directores de los hospitales se mostraron sorprendidos con las disposiciones jurisdiccionales.

Se volvió a remitir un oficio al secretario de salud y el día 19 de septiembre se dio la contestación a nuestro oficio, informándonos que nos darían las fechas para poder continuar con el trabajo de campo, señalando que después de la Semana Nacional de la Adolescencia podríamos ir a los SA. Fue hasta el primero de diciembre que se nos notificó formalmente que podíamos ingresar a las unidades. Hay que señalar que habíamos incluido en la solicitud que el informe final tendría que entregarse el 28 de noviembre. Esto determinó ampliar el trabajo de campo y modificar el informe final entregado en la fecha estipulada.

En el desarrollo de las entrevistas se abordaron temas de política pública y prestación de servicios y de procedimientos que están reglamentados en las NOM de la SSA y en las Guías Técnicas. El propósito final de los estudios de monitoreo es la identificación de elementos que hagan posible un adelanto en la producción de servicios y, por tanto, están encaminados a beneficiar al sistema a la luz de los hallazgos, lo que puede redundar en la mejora de las condiciones laborales de las y los informantes.

### ***Coordinación del trabajo de campo***

La recolección de información fue realizada por dos investigadoras y un investigador, la coordinadora del proyecto y dos doctorantes con especialidad en salud. Dos de los tres investigadores habían levantado un cuestionario similar además de ser responsables de su diseño. Se realizó en dos periodos, durante los meses de junio a septiembre y en el mes de diciembre de 2014.

Se capacitó a un hombre y una mujer que hablan tsotsil y un hombre y una mujer que hablan tseltal, en una serie de instrumentos mediante los cuales llegaban a pedir una consulta o consejería sobre los temas de interés a los responsables de los módulos. Tanto en los módulos por pares como en los SA las consultas fueron solicitadas en tsotsil y en tseltal. Los y las usuarias simuladas entraban a los módulos por pares y solicitaban atención sobre los siguientes temas: anticoncepción o uso de condón, pastilla de AE, pruebas sobre el VIH-sida e ITS. Como se ha señalado, consideramos como una estrategia importante solicitar consejería o consulta con la preocupación del VIH-sida porque esto necesariamente debiera detonar una preocupación en el o la prestadora para proporcionar información en anticoncepción y en ITS.

A cada unidad se recurrió las veces que fuera necesario para obtener la información, entre una y cuatro ocasiones para encontrar a los encargados de los módulos por pares y hasta seis en los SA.

A fin de obtener información sobre la disponibilidad de materiales de difusión en los SA se procedió como estrategia alterna que las jóvenes solicitaran información al módulo como parte de un ejercicio estudiantil; bajo esta estrategia les negaron la información en uno de los módulos argumentando que era para este trabajo de investigación.

## **Tratamiento de la información**

### ***Validación de información***

La validación de instrumentos es un proceso que inicia desde el momento en que termina su llenado. El encargado de la captura recibió y organizó los instrumentos por niveles de atención y verificó si en los mismos se registraron los *ítems* en forma correcta y, en caso de encontrar algún problema como letra ilegible o preguntas sin responder, notificó a los o las encuestadoras para que aclararan el texto, la ausencia de respuesta o regresaran a la unidad médica para completar el cuestionario. En la construcción de la satisfacción de usuario fue necesario tener una segunda reunión para obtener en las relatorías información homogénea ya que algunos de ellos habían realizado relatorías exhaustivas y otros, más resumidas.

### ***Captura de información***

El proceso de captura de información se realizó en el programa de cómputo *Excel* y se contó con un manual de captura en el que se definen los códigos que se utilizan en caso de que las respuestas no estén incluidas en las opciones mostradas en el instrumento. Se alerta sobre aquellas preguntas que están seriadas y que se han prestado a un llenado inconsistente, entre otras especificaciones relativas a este proceso. Un ejemplo de ello es la disponibilidad pero no satisfactoria que los módulos tienen de ciertas pruebas de laboratorio como pruebas rápidas del VIH o de embarazo, opción que no se encontraba contemplada en la versión original del instrumento.

## **Análisis de la información y resultados**

### ***Cálculo de los índices de la producción de servicios<sup>9</sup>***

Para la evaluación de los diferentes paquetes de intervenciones se utilizaron índices entre 0 y 1. Cada índice representa una calificación relativizada con respecto al total de *intervenciones* evaluadas por paquete y el

<sup>9</sup> Se incluye la metodología del estudio realizado en 2010 a nivel nacional: CIESAS-Sureste/INMUJERES, 2010.

número de intervenciones fue variable, según se puede apreciar en los Cuadros 1-4. El índice se calcula como el cociente de la suma de puntos acumulados (o el puntaje acumulado) por una unidad médica, dividido entre el número de *intervenciones* evaluadas en esa unidad médica. Se estimaron los índices de los SA de los siguientes paquetes: Tipo de servicio e información, recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales para proveedores y Consejería y reconocimiento de los derechos de los y las adolescentes. Se construyeron otros dos paquetes específicos de la prestación de servicios: Anticonceptivos y VIH. La misma información se analizó por dimensiones y se construyeron otros tres paquetes: Organización del servicio o dimensión administrativa, Continuidad y acceso al servicio y Prestación del servicio. Adicionalmente se calcularon los índices por cada SA y por pares.

En general, una intervención está conformada por una sola pregunta y tiene asociado un puntaje binario (0 ó 1), pero también puede ser que esté conformada por dos preguntas<sup>10</sup> y/o que su puntaje asociado tenga un rango más amplio, por ejemplo: 0, 0.5 y 1, donde 0.5 representa una condición cualitativamente intermedia entre el nulo cumplimiento y el cumplimiento completo del requisito en cuestión.<sup>11</sup> Aquellos interesados en profundizar en la lógica de la estimación de los índices, consultar el Anexo I.

Bajo el esquema descrito se construyeron los índices y subíndices por paquetes de intervención, explicados de manera general en el apartado Paquete de Intervenciones. En las gráficas que se incluyen en el apartado de resultados se pueden ver los subíndices agrupados y en los anexos se encuentran los subíndices sin agrupar (Anexo II).

Para los índices se realizó una “semaforización” señalando como desempeño bueno los índices de más de .85, como desempeño adecuado aquéllos ubicados entre .70 y .84, con desempeño mediano los que tienen valores más de .50 y hasta .69 y desempeño bajo o que requiere atención urgente los menores de .50. La semaforización considerada está alineada con los rangos que incluye el CONEVAL en su valoración del desempeño de programas sociales.<sup>12</sup>

### **Otras fuentes de información**

Se realizaron 16 entrevistas a jóvenes responsables de los módulos por pares que contaban con experiencia en el manejo y atención de los módulos, así como a algunos que se encontraban en proceso de capacitación y que tenían la intención de atender un módulo. La información fue procesada en el programa de análisis de datos cualitativos *Atlas ti 7*, de acuerdo con las categorías exploradas en las entrevistas y las elaboradas para la redacción del informe final a partir de las jerarquías acordadas con el INMUJERES. También se construyó una base de datos estadísticos con las frecuencias expresadas en las entrevistas a los 16 responsables de módulos por pares, que permitió describir el perfil de las y los jóvenes que otorgan el servicio.

El análisis de los módulos por pares se nutre además de una serie de entrevistas cualitativas realizada durante los meses de mayo-junio de 2014, por Armelle Sacher, colaboradora de Sakil Nichim Antsetik y ACASAC, cuyo objetivo era evaluar y aportar recomendaciones para mejorar el proyecto. También se realizaron varias entrevistas a la responsable del proyecto, Sebastiana Vázquez Gómez y a Armelle Sacher.

En el caso de los módulos de SA se utilizó en el análisis su comparación con los resultados de dos monitoreos previos realizados en 2012 y a principios de 2013 desde ACASAC. En este último monitoreo se evaluaron 47 módulos en diez regiones socioeconómicas de Chiapas de una lista de 50 SA (SSA), ubicados en su mayoría en unidades de primer nivel de atención (CS principalmente). En la región Altos, compuesta por 17 municipios, se evaluaron 14 módulos que funcionan en: Aldama, Chamula, Chanal, Chenalhó (Yabteclum), Larráinzar, Oxchuc, Pantelhó, Las Rosas, San Cristóbal de Las Casas, Santiago el Pinar, San Juan Cancuc, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán.

10 Por ejemplo, en APV-Atención del Parto se conformó un ítem de disponibilidad de plantillas de personal a partir de las preguntas “La unidad médica ¿cuenta con plantillas completas de ginecólogos, cirujanos y anestesiólogos para proporcionar atención 24 horas 365 días?” (C1901B) y “¿Existe un mecanismo de contratación para cubrir vacaciones, permisos o inasistencias por enfermedad para mantener plantillas completas?” (C1902B). A aquellas unidades que no respondieron “Sí” en C1901B ya no se les aplicó C1902B.

11 Los puntajes fueron definidos por la metodología de la investigación.

12 [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/paquete\\_informativo\\_presupuesto.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/paquete_informativo_presupuesto.es.do) (12 de enero, 2012).



# Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: Servicios Amigables

## ANTECEDENTES

El interés por los problemas asociados con la SSRA se remonta a más de una década, cuando fue centro de debate y consenso en dos importantes conferencias internacionales: la CIPD (ONU, 1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). En los acuerdos de la primera existe una sección especial dedicada a adolescentes en el Capítulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva; en la segunda se incluyen referencias a la salud reproductiva adolescente y a sus programas en las secciones *La mujer y la salud*, y *La niña*.

La sección dedicada a adolescentes del documento de la CIPD reconoce que, teniendo en cuenta que hasta esa fecha existía gran descuido ante las necesidades en la esfera de la SSR de este grupo poblacional, era necesario dar respuestas a las mismas mediante “información y servicios que les ayudaran (a las y los jóvenes) a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad” (párrafo 7.41); es decir, que los problemas identificados (embarazos no deseados, abortos inseguros e ITS, incluyendo el VIH/sida) debían enfrentarse mediante: “[...] el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad.” (7.44)

En México, la SSRA comenzó “a recibir una atención pública explícita en 1993 cuando la SSA estableció el PNASRA” a través de la entonces llamada DGPF. Sin embargo, es necesario mencionar que México ya contaba con una variedad de programas vinculados con la salud de adolescentes. Desde las OSC hay que mencionar el CORA que desde 1978 trabaja en programas de atención integral a adolescentes y el “Programa Gente Joven” de Mexfam, que desde 1986 proporciona actividades educativas y comunitarias a través de la capacitación a promotores juveniles y servicios de PF en varias entidades federativas.

En la esfera gubernamental destacan los programas del IMSS y el DIF (Programa de Desarrollo Integral del Adolescente y Programa Nacional de Prevención y Atención a Madres Adolescentes, respectivamente). A nivel hospitalario, varios servicios venían brindando atención especializada a la población adolescente.

Hay que resaltar que desde 1994 la atención a la SSRA comienza a recibir vigilancia prioritaria por parte del Estado, definiéndose como uno de los cuatro ejes a partir de los cuales se estructura el entonces Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar junto a la salud perinatal, la PF y la salud de la mujer (Stern y Reartes, 2001:139). Este Programa tuvo la denominación de Servicios Amigables para el Adolescente (SSA, s/f) y se da en el marco del programa de adolescentes del mismo año; hacía énfasis en SSR pero también en adicciones y abuso de sustancias tóxicas, se planteaba otorgar servicios de manera gratuita en el primer y segundo niveles de atención (Santos, 2003).

Desde ese momento se comenzaron a implementar diversos programas y servicios en las distintas instituciones públicas. En 1998 el IMSS-O diseñó e instrumentó el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente en el Medio Rural a través de los CARA. A pesar de que los CARA atienden principalmente población rural y el PAESSRA prioriza la perspectiva de derechos e interculturalidad, no hay estrategias o acciones adecuadas ni dirigidas exclusivamente a la población indígena adolescente y joven del país.

En 2008 la SSA, en tanto órgano rector encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de SSRA, elaboró el PAESSRA 2007-2012<sup>13</sup> como lineamiento para todas las instituciones de salud de México ante

[...] la urgente necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a contribuir a la reducción de los embarazos en adolescentes, disminuir las infecciones de transmisión sexual y sus complicaciones potenciales, así como promover conductas saludables y responsables alrededor de la sexualidad y la reproducción. (SSA, 2008:12)

El Programa se fundamenta en el reconocimiento de que, a pesar de los esfuerzos realizados

[...] los servicios de salud sexual y reproductiva [...] no han cubierto las necesidades de los adolescentes, ya que han estado dirigidos primordialmente a mujeres unidas, marginando de la atención a mujeres y hombres solteros. Esta es una de las situaciones que ha marcado distancia entre los servicios y los adolescentes y que hace necesario reformular su organización, acorde a las necesidades de este grupo de edad. (*Ibidem*: 22)

Entre las necesidades más importantes que presenta este sector de la población se mencionan

[...] el acceso a métodos anticonceptivos que impacten en la disminución de embarazos no planeados, la reducción de las muertes maternas en mujeres menores de 20 años y la disminución de las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA. De igual modo, se busca impulsar un cambio en la cultura de las instituciones de salud, con el propósito de que los jóvenes sean los protagonistas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, se promueva la igualdad de género y la convivencia pacífica. (*Ibid.*:23)

El objetivo general del PAESSRA 2007-2012 es contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su SSR y disminuir embarazos no planeados e ITS, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de las diversidades cultural y sexual, las relaciones de género, superar las inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus DSR. Aunque el grupo de edad al que van dirigidas sus acciones son adolescentes que incluye a jóvenes de 10 a 19 años, todas las metas se enfocan a adolescentes de 15 a 19 años.

Los objetivos específicos de este Programa son:

- Promover en los y las adolescentes la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, la información sobre DSR y los beneficios de su ejercicio en la SSR.
- Disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, favoreciendo el acceso gratuito y el uso de métodos anticonceptivos modernos.
- Contribuir a que la población adolescente tenga acceso y reciba servicios en SSR de calidad, acordes con sus necesidades, en todas las entidades federativas del país.
- Contribuir a la disminución de las ITS y VIH/sida en la población adolescente.

Para el cumplimiento de estos objetivos se establecen cinco estrategias:

1. Promover acciones de IEC para sensibilizar a las diferentes audiencias sobre la importancia de la prevención y adopción de conductas saludables en SSR, para disminuir los riesgos que tienen los y las adolescentes al tener prácticas sexuales sin protección y difundir los beneficios del ejercicio de sus DSR responsablemente.<sup>14</sup>
2. Mejorar el acceso y calidad de los servicios en SSRA.
3. Sensibilizar a prestadores de servicios para atender las necesidades de las y los adolescentes en materia de SSR.

---

13 Hasta abril de 2014 no ha sido publicado el PAESSRA 2014-2018.

14 En coordinación con la Secretaría de Educación Pública.

4. Mejorar la competencia técnica de prestadores de servicios de salud en SSR y DSR para adolescentes.
5. Mejorar los sistemas de información en SSRA a fin de conocer, monitorear y evaluar el avance en este tipo de acciones.

El Programa especifica los recursos humanos con que se debe contar a nivel operativo para proveer los servicios de salud a adolescentes (una médica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajador/a social y promotor/a), así como la infraestructura necesaria. Esta última deberá comprender:

1. Un consultorio médico para exploración y valoración clínica.
2. Primer nivel de atención independiente, donde se brinde información, promoción y orientación-consejería. En esta área se requiere de un ambiente agradable y de privacidad, fácil acceso y reforzada con buena señalización.
3. Sala de espera cerca de los consultorios médicos y psicológicos, de preferencia separada de la sala de espera general.
4. Equipo médico e instrumental.
5. Un consultorio para atención psicológica que incluya paquetes de materiales de IEC, muestrarios de métodos anticonceptivos, formatos de historia clínica y una computadora.

El monitoreo realizado en 2010 a nivel nacional arrojó que en la mayoría de unidades de primer nivel no existen módulos específicos para atender a adolescentes, aunque en poco más de la mitad de estas unidades se otorgaban servicios a esta población por personal médico, de enfermería, trabajo social o psicología. Sin embargo, más que brindar atención integral al o la adolescente, cada uno de estos departamentos se ocupa de llevar a cabo alguna actividad particular; por ejemplo, en la mayoría de casos, las actividades extramuros de promoción y educación en las escuelas son implementadas por personal de trabajo social, psicología o enfermería (CIESAS-Sureste/INMUJERES, 2010).

Lo cierto es que este monitoreo nacional mostró que del total de servicios de CE, solamente 57% brinda atención a adolescentes a través de módulos o áreas específicas,<sup>15</sup> pero de estos servicios que brindan la atención, en 56% no hay módulos especializados<sup>16</sup> para adolescentes. Esto, a pesar de que tanto la SSA como el IMSS-O establecen la necesidad de que los servicios se ofrezcan mediante módulos especializados o espacios propios que cuenten con condiciones de privacidad. En aquellos establecimientos con módulo, no existe un cartel que indique los horarios de atención y tampoco disponen de un área con acceso a computadora para el manejo de documentos de trabajo, materiales educativos y de promoción (70%), ni acceso a TV y DVD (56%) como lo establece el PAESSRA (*Ibidem*).

En 18% de los módulos o espacios funcionan, por lo menos, dos turnos a la semana. Los espacios de atención para población abierta funcionan en turnos matutino y vespertino en 14% frente a 40% para jóvenes de población asegurada. En sólo 58% se dan condiciones satisfactorias de privacidad, requisito indispensable en esta actividad. Para ambos rubros, es el IMSS-O -a través de los CARA- el que obtiene el mejor porcentaje con 65 y 82%, respectivamente (*Ibid.*).

Lo más preocupante es que a pesar de la existencia de estos servicios destinados a adolescentes, son muy pocos quienes demandan servicios, predominando las mujeres sobre los varones. Para el total de establecimientos de CE, 44% atiende en promedio a un varón adolescente (10-19 años) al día por cualquier motivo de consulta y 29% a tres mujeres adolescentes. En otras palabras, a pesar de contar con un marco normativo desde 2008 que debiera asegurar los servicios de SSRA y de tener un programa desde 1998, éstos no han logrado el impacto deseado (*Id.*).

En 2010, la población femenina fue la que más demandaba los servicios de anticoncepción -generalmente postparto- y control prenatal. Según lo expresado por algunos prestadores de servicios, la demanda de

15 Espacio específico de consejería para el programa SSRA, sin ser diseñado *ex profeso* se tiene un consultorio o un espacio que se adapta para este fin.

16 Módulo especializado: módulo o área donde se brindan Servicios de Atención a Adolescentes de manera exclusiva y diseñada *ex profeso*.

adolescentes solteras/os ya sea para recibir información, consejería o métodos, era muy baja. Cuando las adolescentes acuden a los servicios (la mayoría de la población usuaria) lo hacen acompañadas de un adulto, generalmente su madre, situación que desde el punto de vista de los prestadores, dificulta la promoción y ofrecimiento de métodos anticonceptivos. Otro elemento más que obstaculizaba el acceso era la inexistencia de anuncios que indiquen que en la unidad se ofertan servicios para adolescentes, que de forma visible se anuncien los horarios de atención y que expliciten que las y los jóvenes tienen derecho a recibir información y métodos en cualquier servicio (*Id.*).

Ese monitoreo también demostró que los carteles analizados estaban destinados a la prevención del VIH/sida mayoritariamente, evidenciándose la ausencia de otros destinados específicamente a adolescentes tomando en cuenta su diversidad cultural y sexual, así como sus problemas particulares de SSR (como la no protección en relaciones sexuales por no ser planeadas o por ocurrir asociadas con el abuso del alcohol). La mayoría de servicios centró su atención en la oferta de consejería anticonceptiva de forma individual o colectiva (cuando se realizan actividades extramuros). En cambio, otros servicios que deberían ser parte sustancial de los servicios para adolescentes como el ofrecimiento de pruebas rápidas para detección del VIH/sida y el tratamiento de ITS, no formaban parte de la atención sistemática. Es la población afiliada al Seguro Popular la que tuvo acceso en mayor medida a ambos servicios.

Es importante señalar que se desconocía qué pasaba en la población indígena ya que la muestra de este estudio no tuvo representatividad de este tipo de población. Con frecuencia la población indígena enfrenta barreras que incrementan la brecha de acceso a la atención de la SSR, las cuales no siempre son tomadas en cuenta por los programas oficiales: barreras estructurales como bajos niveles de escolaridad, pobreza, falta de infraestructura de servicios de salud, falta de acceso a métodos anticonceptivos; barreras de comunicación como el monolingüismo y la falta de comprensión lectora del uso de métodos anticonceptivos; barreras culturales, entre las que se encuentran los matrimonios forzados, la compra y/o negociación con la pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos que es mal visto, el reconocimiento social del paso a la edad adulta por el hecho de formar una familia<sup>17</sup> así como dificultad para planear su futuro, entre otras.

## EL PROGRAMA EN CHIAPAS

A nivel estatal, el PAESSRA se alinea con el programa nacional en el objetivo general,<sup>18</sup> los objetivos específicos y las estrategias para su cumplimiento. Sin embargo, en cuanto a metas se refiere, se alinea en la de impacto final (reducir la tasa específica de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2012), no obstante, la de Chiapas es más ambiciosa, ya que esperan reducirla a 48 nacimientos por mil mujeres, mientras que a nivel nacional se espera reducir a 58 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años.

Otra de las metas finales para el programa estatal -también alineada con la nacional- es incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes unidas de 15 a 19 años a 70%, en tanto que a nivel nacional se esperaba incrementar dicha prevalencia a 47% para 2012, por lo que esta meta también es más ambiciosa en Chiapas que a nivel nacional.

Entre las metas planteadas a nivel nacional que se dejan de lado en el ámbito estatal se encuentran:

- Incrementar a 70%, para 2012, el uso del condón en las relaciones sexuales en menores de 20 años.
- Alcanzar para 2012, 70% de cobertura en anticoncepción post evento obstétrico en menores de 20 años.

<sup>17</sup> Chiapas, una de las entidades con mayor población indígena del país y donde se concentran los más altos niveles de pobreza "es la entidad del país con la proporción más alta de mujeres que han tenido un embarazo adolescente. De acuerdo con lo manifestado por hombres y mujeres jóvenes, el embarazo no es tenido, sino más bien deseado; además, existe una valoración positiva sobre los cambios experimentados como consecuencia del embarazo", IMJUVE/SEP/UNFPA, 2012, "Situación de los jóvenes en Chiapas", Encuesta Nacional de la Juventud 2010, México, p. 101.

<sup>18</sup> Aunque parcialmente, el Objetivo general en el programa estatal señala: "Propiciar en la población adolescente, la adquisición del conocimiento, y el desarrollo de actitudes responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva, a través de estrategias que permitan mejorarlas, para así disminuir los embarazos no planeados, postergar su etapa reproductiva, prevenir el VIH/SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual y promover el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos." (Instituto de Salud, 2012:5)

Por otra parte, las actividades proyectadas a nivel estatal para alcanzar sus metas y objetivos son:

- A través de los SA brindar atención personalizada a la población adolescente sobre la importancia de postergar su etapa reproductiva.
- Programación de talleres de sensibilización dirigidos al personal de salud.
- Implementar plan de medios para la difusión de la SSR y los DSR.
- Incrementar el número de SA en SSRA.

Otro elemento que llama la atención es que mientras en el PAESSRA el objetivo general señala el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género y superar las inequidades sociales, en el objetivo general del programa estatal no las contempla. No obstante, en ambos programas hay ausencia de estrategias y acciones específicas que señalen la metodología para superar estas inequidades. En Chiapas, el programa tampoco contempla un objetivo o estrategia específica para adolescentes indígenas.

## Infraestructura

El espacio donde el personal de psicología puede otorgar orientación sobre SSR a las y los jóvenes es, en su mayoría, un consultorio; salvo dos unidades médicas, el resto no cuenta con un letrero que los identifique como SA. En las unidades médicas el personal de salud suele no conocer los SA o al personal responsable de estos servicios, es posible tener acceso si se pregunta por la psicóloga. Es así que si un joven solicita información sobre métodos anticonceptivos será remitido al área de PF o si requiere orientación sobre ITS o VIH será referido a un consultorio médico. Es necesario que la persona adolescente o joven especifique y en ocasiones insista, que quiere conversar con el personal de psicología.

a) Yabteclum, b) Las Rosas, c) Pantelhó.



Autoras: Freyermuth, G., foto a; Argüello, H., fotos b y c.

La infraestructura de estos servicios no es homogénea, algunos de ellos se ubican en CS y otros en CESSA o inclusive en hospitales comunitarios como es el caso de Santiago el Pinar y Chamula; la mayoría está ubicada en espacios pequeños de nueve metros cuadrados y un consultorio incluso se encuentra en una bodega, por lo que el espacio destinado es de cuatro metros cuadrados aproximadamente. Casi todos están localizados en un área distinta a la de los consultorios médicos, sin embargo para llegar a ellos hay que cruzar todo el espacio del CS. La excepción es el caso de Pantelhó que está en una bodega fuera del CS y cuenta con sillas para sentarse en la sombra; otros tienen acceso por una puerta alterna a la unidad, como son los casos de Las Rosas y Chanal.

## Perfil del personal que lo atiende

En la zona Altos Tsotsil-Tseltal existen 14 unidades médicas (Cuadro 5) que implementan la estrategia de SA bajo la responsabilidad de 13 psicólogas y un psicólogo. Sólo dos unidades médicas (Los Pinos y el HBC de Chamula) ofertan dos turnos de atención, el resto sólo el turno matutino y todos funcionan de lunes a viernes.

<b>Cuadro 5. Municipios de ubicación de servicios amigables, Altos de Chiapas, 2014</b>	
1	CS Aldama
2	CS Larráinzar
3	CS Las Rosas
4	CS Los Pinos
5	CS Oxchuc
6	CS Pantelhó
7	CS Santiago el Pinar
8	CS Tenejapa
9	CS Teopisca
10	CS Yabteclum
11	CESSA Chanal
12	CESSA San Juan Cancuc
13	CESSA Zinacantán
14	HBC Chamula

Con excepción del módulo de SCLC, que es el que se considera estrictamente como un SA, el resto se basa en una modalidad denominada servicios horizontales cuyos responsables se encargan de alrededor de nueve programas o actividades que van desde adicciones, salud mental, violencia hacia las mujeres, grupos de enfermos crónicos, club de embarazadas, grupos de promotores de la salud llamados GAPS (20 jóvenes), grupo de promotores de la SSR (cinco jóvenes) y SA.

El personal que los atiende son psicólogas o psicólogos de formación, una de ellas acababa de egresar y la que más años de egreso tenía era de 11; la mayoría egresó hace cinco y seis años. La mayor parte de ellas se ha formado en una escuela particular ubicada en SCLC (Universidad Mesoamericana), algunas otras en universidades públicas que son las más prestigiadas en el estado de Chiapas y solamente una de ellas procede de la Universidad de Guadalajara. Dos de ellas tenían experiencia previa en el sector educativo y otras dos en el sector salud. Sin embargo algunas de ellas no tenían experiencia previa en esta área. La media de edad de estas prestadoras de servicios es de 32 años, la moda de 28 y la mediana de 30.5, ninguna es indígena, tampoco hablan la lengua del lugar donde trabajan, solamente dos residen en el municipio, la de Las Rosas que está casada con un originario del lugar y la de Pantelhó que acaba de llegar y está interesada en conocer a la población del lugar. La mayoría de ellas se desplaza todos los días desde la ciudad de San Cristóbal o inclusive desde Tuxtla Gutiérrez, la capital del estado, a su unidad de trabajo.

Todas son originarias de ciudades mestizas o han residido en Chiapas desde pequeñas, solamente una de ellas no es chiapaneca (Jalisco). Como se señaló, ninguna es indígena a pesar de que en la Universidad Mesoamericana, de donde proviene gran parte de ellas, tiene entre sus egresadas jóvenes indígenas alteñas. Ésta es una de las interrogantes que surgen de esta investigación, el por qué no se contratan psicólogas HLI para esta región. Es importante señalar que el ingreso al ISECH parece estar condicionado a las redes de apoyo que cada postulante tenga en el propio Instituto, las contrataciones se boletinan entre los trabajadores para que propongan ante el sindicato a parientes cercanos al personal de base, lo cual muy posiblemente excluya a la población indígena que generalmente es contratada de manera informal como personal de campo y no está basificado y, por tanto, carece de nexos con el sindicato.

El tiempo promedio de este personal de haber ingresado como trabajadoras del ISECH fue de tres años y medio, con un rango de 15 días hasta nueve años. El tiempo promedio de permanencia en la unidad en la que fue entrevistado fue de menos de un año y medio con un rango de 15 días a 4 años. Esto nos muestra

la movilidad interna de este personal, lo que no permite adquirir la competencia cultural para otorgar una buena atención de SSRA en contextos indígenas. Así, aunque todas expresaron su beneplácito por tener trabajo en el ISECH y estar a gusto en la unidad en la que estaban ubicadas, solamente aquéllas que trabajaban en SCLC o en Las Rosas señalaron no estar interesadas en moverse de la unidad. Cada dos o tres años esperan la movilidad y las que recién ingresan son ubicadas en los lugares más alejados y así sucesivamente se van acercando, muy similar a lo que ocurre en el sistema educativo.

El horario en que se atiende es de 8:30 a 3:30 de la tarde, sin embargo constatamos que el horario de trabajo en ocasiones no se cumple. En una de las unidades, a pesar de que nos habían comunicado que los jóvenes venían después de las dos, dejaron la unidad a las 14:40 horas. A nuestra llegada todo el personal se encontraba viendo la tele en la sala de espera. A otra unidad arribamos a las 14:30 horas y el encargado de la farmacia y todo el personal acababa de irse a pesar de que la salida es a las 15:30. Esto responde a que algunos hacen hasta dos horas de traslado desde su lugar de residencia hasta su unidad de servicio y es evidente que este sitio de trabajo no responde a sus expectativas laborales, es decir, que sus expectativas estarán puestas en acercarse a su lugar de residencia o a una localidad urbana y por tanto no se establecen vínculos a largo plazo con los lugareños. En la segunda etapa del trabajo de campo fuimos acompañadas por la coordinadora del programa y todas las citas fueron programadas a fin de asegurar la presencia de las prestadoras de servicios. Es importante señalar que como llevan varios programas, por lo menos una vez al mes acuden a capacitaciones en la Jurisdicción II, además de los permisos que solicitan la mayor parte de las veces por cuestiones personales. Había permisos de lactancia en una psicóloga en la que su hija la acompañaba y tenía casi un año.

### **Operación del servicio**

A través de los *Criterios para la operación de los Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes* (SSA, s/f) se espera alcanzar los cinco objetivos rectores del PRONASA 2007-2012, que hacen énfasis en la importancia de la SSRA para que este grupo poblacional pueda ejercer una sexualidad libre y responsable, tal como lo suscribe el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Es así que se debe garantizar los derechos de las y los adolescentes a:

a) Información completa y laica sobre la sexualidad; b) Recibir servicios de calidad en salud sexual y salud reproductiva; c) Decidir de forma libre sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción; d) Vivir libre de violencia sexual; e) Participar en el diseño y estructuración de las políticas públicas sobre sexualidad y salud reproductiva para adolescentes; f) Vivir libre de toda discriminación; g) La libertad reproductiva; h) Al respeto de su intimidad y vida privada, i) Oportunidades y a la equidad social. (SSA, s/f:3)

Los SA son definidos como:

[...] espacios o consultorios o estrategias innovadoras, suficientemente agradables y de trato sensible, diferenciado de la consulta general y fuera del área física de la atención médica (con acceso diferente), con personal capacitado y sensibilizado específicamente para proporcionar la atención en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. (*Ibidem*:14)

De acuerdo con esta definición, en Chiapas se ha tratado de cumplir en la mayoría de unidades médicas, que sean consultorios, aunque no todos tienen un acceso diferente (para facilitar la privacidad). En algunos casos el consultorio no cuenta con un letrero que señale, al menos, que se trata del consultorio de psicología y éste se encuentre en el área administrativa, por lo que el o la adolescente tendría que pasar por la sala de espera y posteriormente ingresar a una oficina administrativa que es donde se encuentra el consultorio.

En la mayoría de casos se trata de un consultorio más, rotulado como “Psicología”. De acuerdo con los *Criterios de operación*, los SA pueden ser de dos tipos: exclusivos o mixtos. Los primeros son los que cuentan con personal, espacio y horario exclusivo para esta población; los mixtos cuentan con personal sensibilizado y capacitado y horario compartido (*Ibid.*). En Chiapas todos son mixtos y el personal aplicativo es personal de psicología.

Los objetivos específicos planteados en los *Criterios de operación* son:

1. Promover en los prestadores de servicios para adolescentes la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, facilitar el acceso a la información sobre DSR y los beneficios de su ejercicio en la SSRA.
2. Contribuir a disminuir los embarazos no planeados favoreciendo el acceso gratuito al uso de métodos anticonceptivos modernos y participar en la prevención de las ITS incluyendo el VIH/sida.
3. Contribuir para que en todas las entidades federativas del país la población adolescente tenga acceso y reciba servicios en SSR de calidad y acordes con sus necesidades.

En Los Altos, la mayoría de los SA ofrecen atención únicamente en el turno matutino y el personal responsable está a cargo de aproximadamente ocho o nueve estrategias,<sup>19</sup> por lo que las actividades y objetivos de los SA tienen tanta prioridad como el resto de sus actividades. Como se ha mencionado, las psicólogas no residen en el lugar de trabajo y se trasladan diariamente a la unidad médica. Por otro lado, algunas de ellas otorgan una función muy importante a los grupos de adolescentes que constituyen, pues son los promotores de los servicios y programas. Estos promotores son su vínculo con las escuelas y actividades que realizan en las ferias en fechas conmemorativas. En estos eventos las y los jóvenes acompañan a las psicólogas en la promoción de los DSR. Asimismo su relación más importante con adolescentes se establece durante las pláticas en escuelas y de esta manera van conformando su clientela en los consultorios.

El tiempo de espera para las y los usuarios simulados en algunos centros fue desde dos minutos a más de una hora y media. La duración de las consultas en las que se les brindó información a las y los jóvenes fue de 30 a 40 minutos.

Existe heterogeneidad en la prestación del servicio entre las diferentes unidades médicas, desde el espacio, la disponibilidad de guías o documentos de apoyo para el personal responsable, así como la metodología para otorgar la información a las y los usuarios.

La mayoría del personal de psicología no ofrece información sobre hepatitis C o del VPH cuando hacen referencia a ITS y no todo el personal cuenta con modelos anatómicos para dar una consejería teórico-práctica sobre el uso del condón masculino. Como el parche anticonceptivo no es un método disponible en las unidades médicas, no se ofrece información al respecto.

---

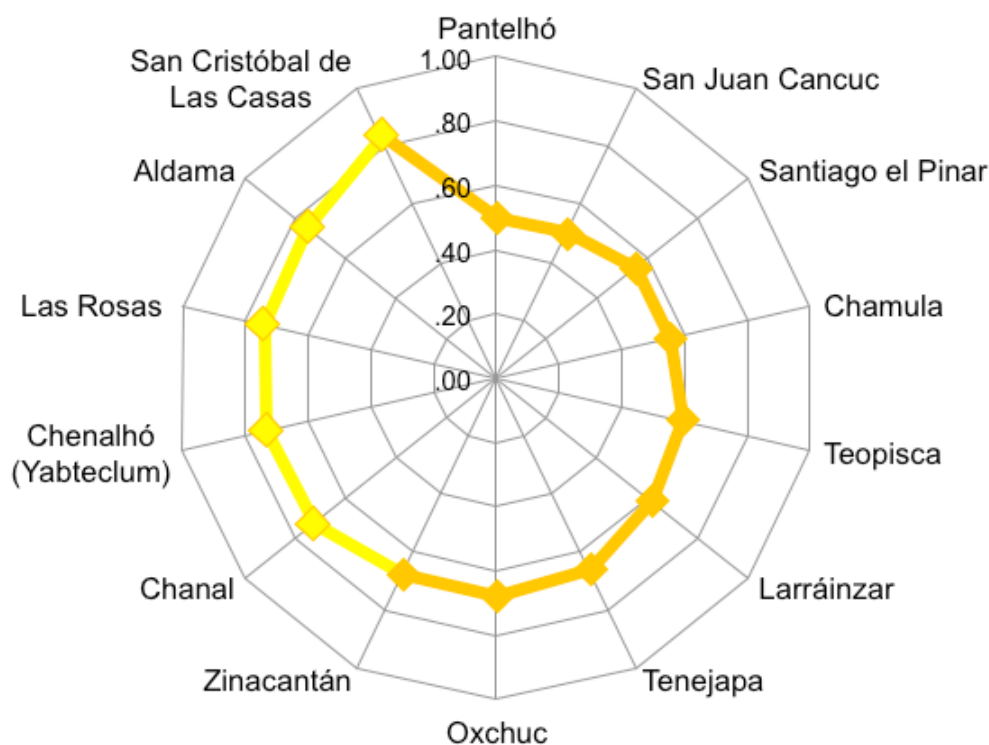
<sup>19</sup> Pláticas en escuelas, becarios del Programa Oportunidades, niños para estimulación temprana, adicciones, promoción para prevención del VIH, violencia, salud mental, club de embarazadas y club de crónicos, así como la conformación de GAPS.



# Desempeño de los servicios

De los 14 módulos que hay en Los Altos de Chiapas se realizó el monitoreo en todos ellos, en los cuales no se observó desempeño homogéneo: cinco de ellos tuvieron desempeño adecuado y nueve mediano (Gráfica 1 y Anexo II: Cuadro II.1).

**GRÁFICA 1. ÍNDICE GENERAL DE DESEMPEÑO, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

Dos de los índices por paquetes tuvieron desempeño mediano, uno de ellos, el de Consejería, obtuvo un desempeño adecuado, y el índice de desempeño general un desempeño mediano, como se aprecia en el Cuadro 6.

**CUADRO 6. ÍNDICE GENERAL POR PAQUETE DE INTERVENCIÓN DE SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**

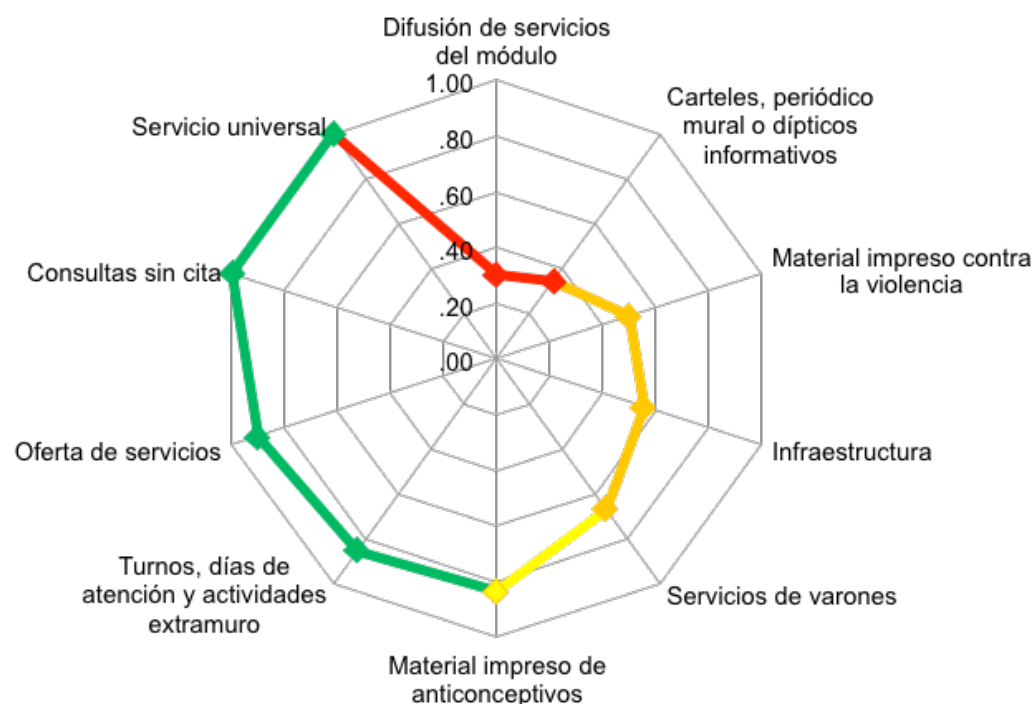
PROGRAMA	PAQUETE	SUBÍNDICE (MEDIA)
SSRA	Tipos de servicio e información	0.66
SSRA	Consejería y reconocimiento de los derechos de los y las adolescentes	0.70
SSRA	Recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales	0.53
<b>ÍNDICE GENERAL SA</b>		<b>0.65</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

## PAQUETE “TIPOS DE SERVICIO E INFORMACIÓN”

En la mayoría de unidades de salud monitoreadas no se encuentra una señalización clara de la presencia del módulo, ni carteles o periódicos murales con temáticas que hagan referencia a las problemáticas de las y los jóvenes (Gráfica 2 y Anexo II: Cuadro II.2).

**GRÁFICA 2. ÍNDICES POR TIPO DE SERVICIO E INFORMACIÓN, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

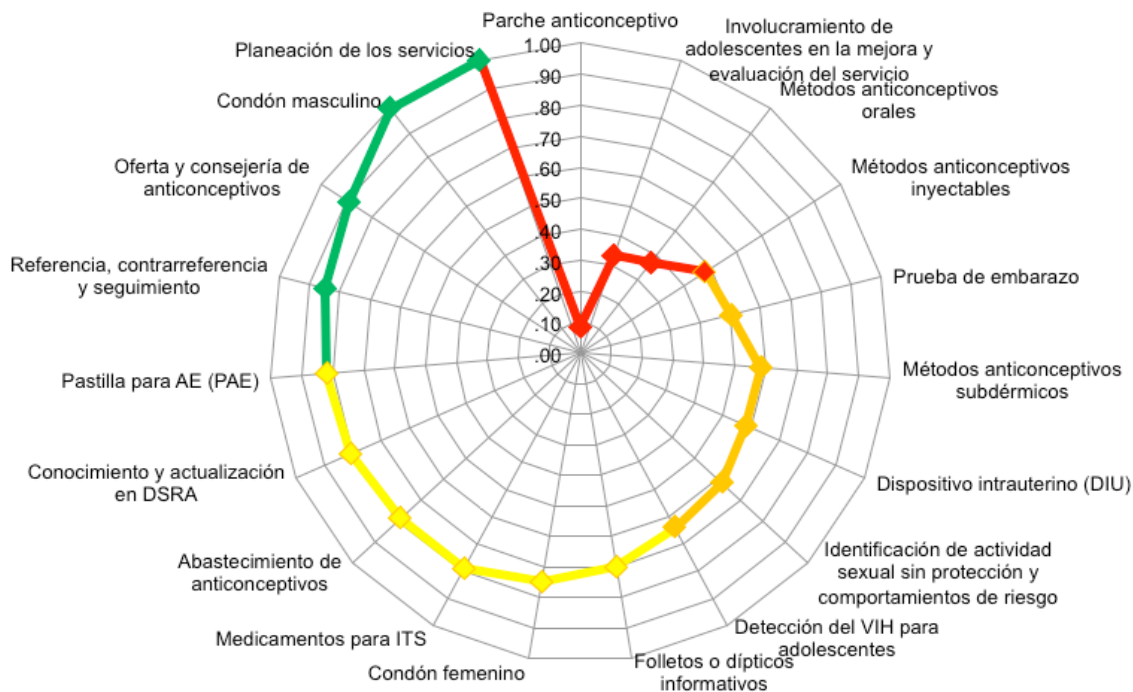
No obstante, podemos considerar que hay elementos valiosos en relación con el acceso, ya que no hay requisitos para solicitar el servicio, las consultas se dan sin previa cita (resultando con buen desempeño). Las y los entrevistados coincidieron que una de las debilidades del servicio es el horario ya que como se señaló, en el mejor de los casos se otorgan los servicios hasta las 15:30 horas (resultando en mediano desempeño). Sin embargo, entre sus actividades está la de contactar a jóvenes de bachillerato y secundaria becados por Oportunidades y hacer grupos de trabajo con ellos, lo que les posibilita contar con una relación más orgánica con las y los jóvenes.

Aunque no se realiza una estrategia especial para atraer a los varones al servicio, comentaron que son ellos los que más lo solicitan (Gráfica 3 y Anexo II: Cuadro II.3).

La elección de una o un psicólogo para la atención de este servicio horizontal probablemente tenga muchas ventajas con respecto al resto de programas pero presenta varios obstáculos para el ejercicio de los DSRA, determinado por las propias normas de los servicios de salud. Así por ejemplo, aunque hay disponibilidad de casi todos los anticonceptivos con excepción del parche, que tuvo desempeño muy bajo que requiere atención urgente, el resto de anticonceptivos con excepción del condón, están disponibles pero de manera no satisfactoria. Si una joven quiere adoptar como método las pastillas anticonceptivas, necesariamente debe pasar

al programa de PF. Aunque en la entrevista con la responsable del programa se señaló que esto requería de una consulta médica para identificar el riesgo, lo cierto es que en las entrevistas con las psicólogas señalaban que tenía que ingresar como usuaria de PF a través de enfermería. Las enfermeras que llevan este programa señalan que prácticamente no cuentan con usuarias jóvenes sin pareja estable.

**GRÁFICA 3. ÍNDICES POR CONSEJERÍA Y RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE ADOLESCENTES, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

El segundo obstáculo es su capacidad para dar respuesta a las ITS, ya que son problemas que necesariamente requieren de consulta médica.

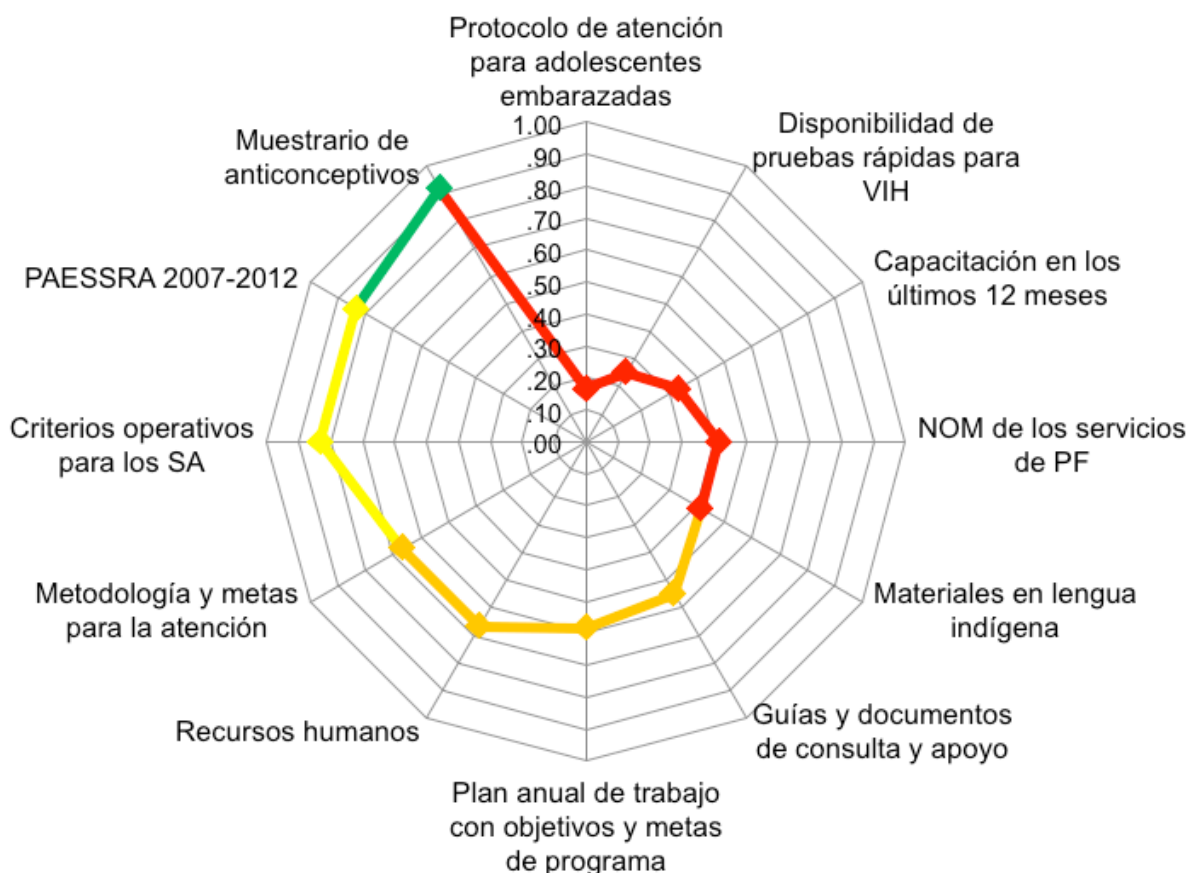
Para poder dar respuesta a los derechos de las y los jóvenes con total confidencialidad y privacidad se requiere que estos servicios estén en posibilidad de llevar a cabo las pruebas de embarazo y de detección del VIH/sida, ambas de fácil aplicación y las psicólogas estarían en posibilidades realizarlas (Gráfica 4 y Anexo II: Cuadro II.4). Es el caso del módulo de Chanal, donde la psicóloga señaló que le otorgarán pruebas rápidas para detección del VIH porque los jóvenes se las han solicitado.

En el apartado anterior se dio cuenta de las fortalezas y limitaciones en torno a la formación del encargado o encargada del módulo. En ese paquete se describen los materiales con que cuentan las encargadas de los SA para otorgar la consejería.

Hay que señalar que los materiales con los que contaban los módulos habían sido obtenidos con recursos de las prestadoras de los servicios. En este paquete podemos reconocer que el desempeño es bajo en varios de los ítems, por ejemplo no hay disponibilidad de las normas y protocolos de atención, ni de capacitación en los temas estratégicos del servicio: las psicólogas están en continua capacitación pero de otros programas. Todos estos ítems requieren de atención urgente. Aunque en algunos módulos las y los prestadores contaban con una computadora no mencionaron que tenían los archivos de las normas o de los pro-

gramas de acceso libre en *internet*, en más de uno de ellos se le comentó a un usuario simulado que esas normas eran de uso oficial sin acceso para el público general.

**GRÁFICA 4. ÍNDICES POR RECURSOS HUMANOS, CAPACITACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE MATERIALES, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

### Desempeño por dimensiones del servicio

En este apartado se analiza la misma información a través de ópticas distintas. La dimensión administrativa da cuenta de la disponibilidad de los recursos necesarios, en la prestación del servicio se incluyen las habilidades técnicas del prestador, la capacitación e instrumentos con los que cuenta para el mejor desempeño de su trabajo. Al igual que en los índices por paquetes, en las tres dimensiones el desempeño fue mediano así como el índice general de dimensiones.

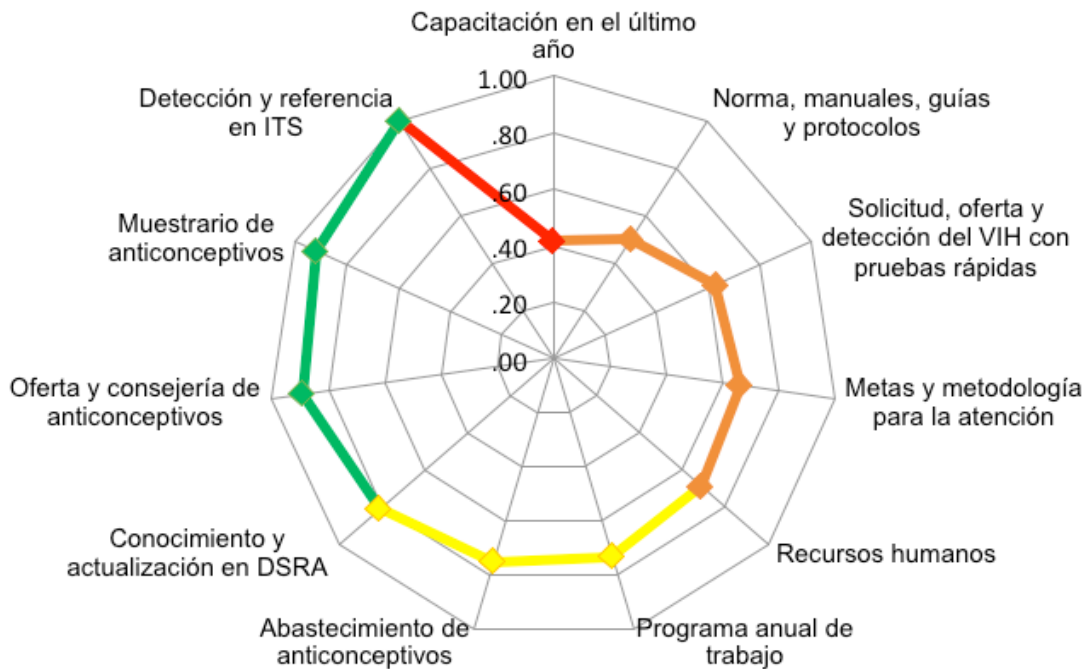
**CUADRO 7. ÍNDICE POR DIMENSIONES, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**

PROGRAMA	PAQUETE	SUBÍNDICE (MEDIA)
SSRA	Administración	0.60
SSRA	Prestación del servicio	0.64
SSRA	Accesibilidad y continuidad	0.69
	<b>Índice SA Dimensiones</b>	<b>0.65</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

En la siguiente gráfica se reconocen los índices de estos tres paquetes en general. En **Prestación del servicio** los aspectos que deben ser atendidos de manera urgente son: la capacitación y asegurar la disponibilidad de normas, protocolos y guías de atención. Se obtuvo buen desempeño en la prestación del servicio en ITS, VIH, disponibilidad de muestrarios de anticonceptivos y oferta de anticonceptivos (Gráfica 5 y Anexo II: Cuadro II.5).

**GRÁFICA 5. ÍNDICES DE LA DIMENSIÓN ‘PRESTACIÓN DEL SERVICIO’, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

La **dimensión administrativa** incluye la disponibilidad de insumos que se consideran necesarios para la prestación del servicio, entre los que se consideran la provisión de anticonceptivos, las pruebas rápidas para detección del VIH y para embarazo. En el caso de las pruebas rápidas solamente están disponibles en los CESSA, ya que cuentan con laboratorio, que es a donde asignan esta prueba.

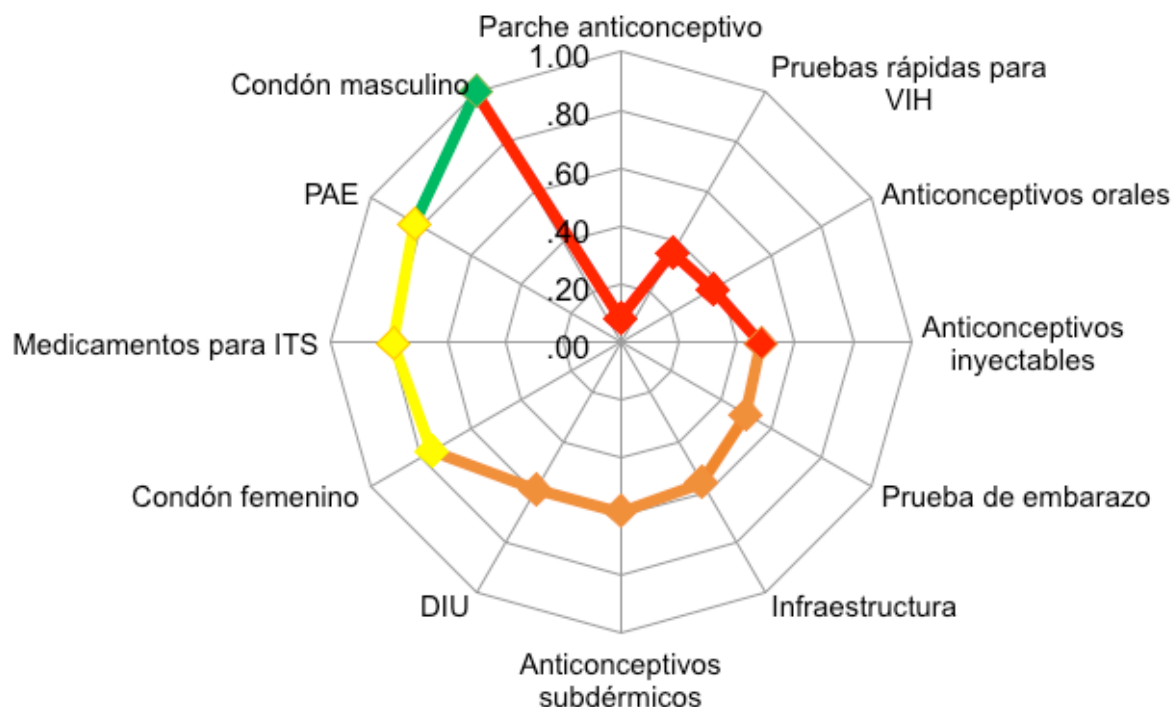
Se tuvo buen desempeño en el condón y desempeño adecuado en el condón femenino, la AE y medicamentos disponibles para ITS. La disponibilidad de parches anticonceptivos, pruebas rápidas para VIH y anticonceptivos orales requiere atención urgente; el resto de *ítems* presentó desempeño mediano (Gráfica 6 y Anexo II: Cuadro II.6).

En Accesibilidad y continuidad en el servicio se incluyen todas las intervenciones encaminadas a promover los SA, lograr un acceso con privacidad y confiabilidad y contar con herramientas que puedan asegurar una consejería competente en términos culturales y humanos.

Los aspectos que requieren atención urgente son: elaboración de carteles o periódicos murales que sensibilicen en el tema; difusión del servicio, por lo menos dentro de la clínica; materiales en lengua indígena; involucramiento de los propios jóvenes, aunque los responsables del módulo al mismo tiempo realizan actividades con jóvenes becarios del ahora Prospera, no hay vinculación directa entre esta actividad y la del módulo, por ejemplo en términos de evaluación o planeación de servicios, algunas de ellas contaban con un grupo de cinco jóvenes para las actividades de SSR pero no en todos los casos. La evaluación arrojó que hay

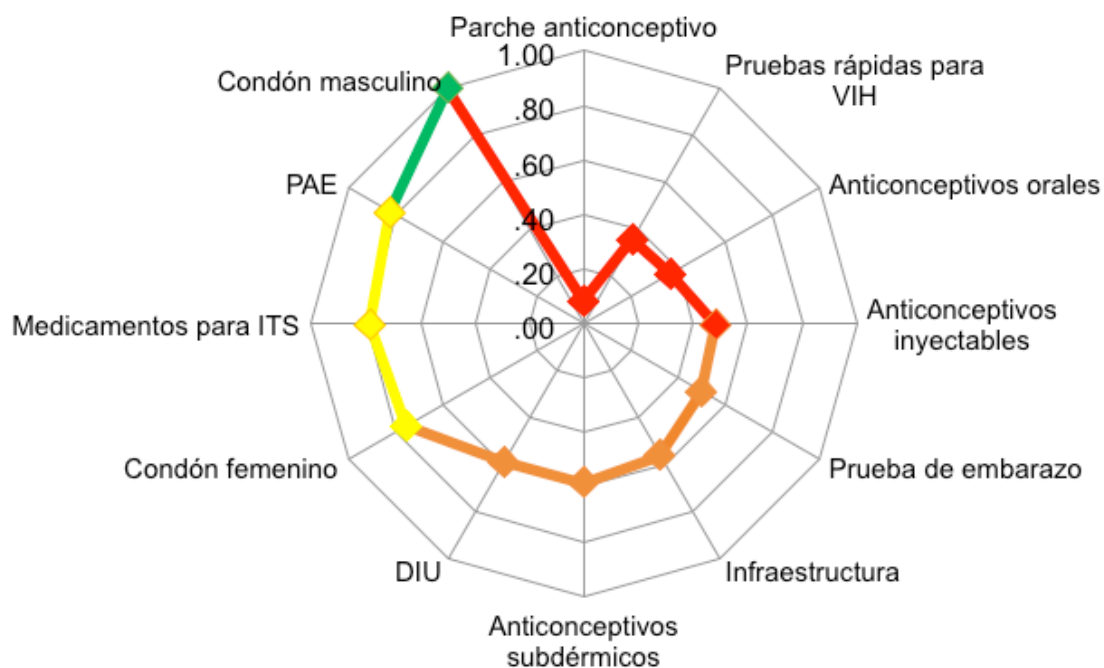
buena planeación del servicio y acceso para todos los y las jóvenes sin barreras administrativas, lo cual es un buen logro ya que en el monitoreo anterior pudimos reconocer que se negaba el servicio a jóvenes que no eran del municipio donde se encontraba ubicada la unidad.

**GRÁFICA 6. ÍNDICES DE LA DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**GRÁFICA 7. ÍNDICES DE LA DIMENSIÓN 'ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD', SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

## Avances en el desempeño de los módulos

A partir de la puesta en marcha del proyecto en 2010, en el que se realizó el monitoreo de los servicios públicos de salud de las mujeres CIESAS-INMUJERES, en CIESAS-Sureste y ACASAC se han dado a la tarea de dar seguimiento a los servicios que otorga el ISECH a través de monitoreos en 2011, 2013 y 2014. En 2011 el monitoreo se llevó a cabo en unidades que prestaban servicios de atención 24 horas/365 días, partíamos de que el horario vespertino puede ser más amigable para las y los estudiantes que el matutino y los resultados se pueden apreciar en el Cuadro 8.

**CUADRO 8. ÍNDICES GENERALES DE DESEMPEÑO POR UNIDAD MÉDICA, MONITOREOS DE SSRA 2011, 2013, 2014, CHIAPAS**

MUNICIPIO	UBICACIÓN DEL MÓDULO DE SA	MEDIA 2011*	MEDIA 2013**	MEDIA 2014***
Aldama	CESSA Aldama			0.75
Chamula	HBC Chamula	0.86	0.88	0.55
Chanal	CESSA Chanal		0.56	0.73
Chenalhó	CESSA Yabteclum		0.53	0.74
Las Rosas	CS Las Rosas			0.75
Oxchuc	CS Oxchuc		0.53	0.68
Pantelhó	CS Pantelhó		0.43	0.50
San Cristóbal de Las Casas	CS Los Pinos			0.84
San Juan Cancuc	CESSA San Juan Cancuc			0.50
San Andrés Larráinzar	CS Larráinzar	0.53	0.65	0.62
Santiago el Pinar	HBC Santiago el Pinar			0.55
Tenejapa	CS, Casa Materna		0.60	0.66
Teopisca	CS Urbano Teopisca	0.24	0.56	0.59
Zinacantán	CESSA Zinacantán		0.53	0.68
<b>Media de la región</b>			<b>0.58</b>	<b>0.65</b>

Fuente: \* Monitoreo de servicios de SSRA en unidades 24 horas 365 días, CIESAS, 2012.

\*\* ACASAC, Monitoreo de servicios amigables en el estado de Chiapas, 2013.

\*\*\* CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

Podemos reconocer mejora en el desempeño de los servicios a lo largo del tiempo. Por ejemplo el módulo de Yabteclum pasó de desempeño mediano a adecuado y en el de Pantelhó de desempeño bajo a mediano. Es importante señalar por ejemplo, que en 2013 en Pantelhó la responsable a cargo del servicio para adolescentes no contaba con los conocimientos adecuados y en estos momentos ya tiene bases para proporcionar información (Cuadro 8) y por otro lado, con la rotación del personal Pantelhó se verá beneficiado. Un módulo que bajó su desempeño es el de Chamula, que estaba conducido por una prestadora muy eficiente que ha pasado al turno de fin de semana y lamentablemente la persona que la sustituyó en el horario regular se autodefinió como ignorante total del programa y no proporcionó información alguna.

## Características de las y los usuarios<sup>20</sup>

De acuerdo con la información proporcionada por el personal de psicología, las edades de las y los usuarios comprenden entre 14 y 19 años, aunque en algunas unidades médicas se mencionó que cuentan con usuarios

<sup>20</sup> Se realizó una solicitud de información pública, a niveles federal (folio 0001200295214) y estatal (folio 10287) sobre las características de las personas usuarias (edad, sexo, etnia y servicio solicitado o motivo de consulta).

de diez años. Los informantes coinciden que en la mayoría de unidades son los jóvenes varones de bachillerato quienes más demandan los servicios, sobre todo para solicitar preservativos masculinos. Usualmente los jóvenes van acompañados por otros jóvenes. Las adolescentes o jóvenes no se acercan a buscar orientación o métodos anticonceptivos.

El número de usuarios atendidos es heterogéneo, en algunas unidades es de una persona al mes, otras 15, 28, 40 ó 100.

### Satisfacción de las y los usuarios (usuarios simulados)

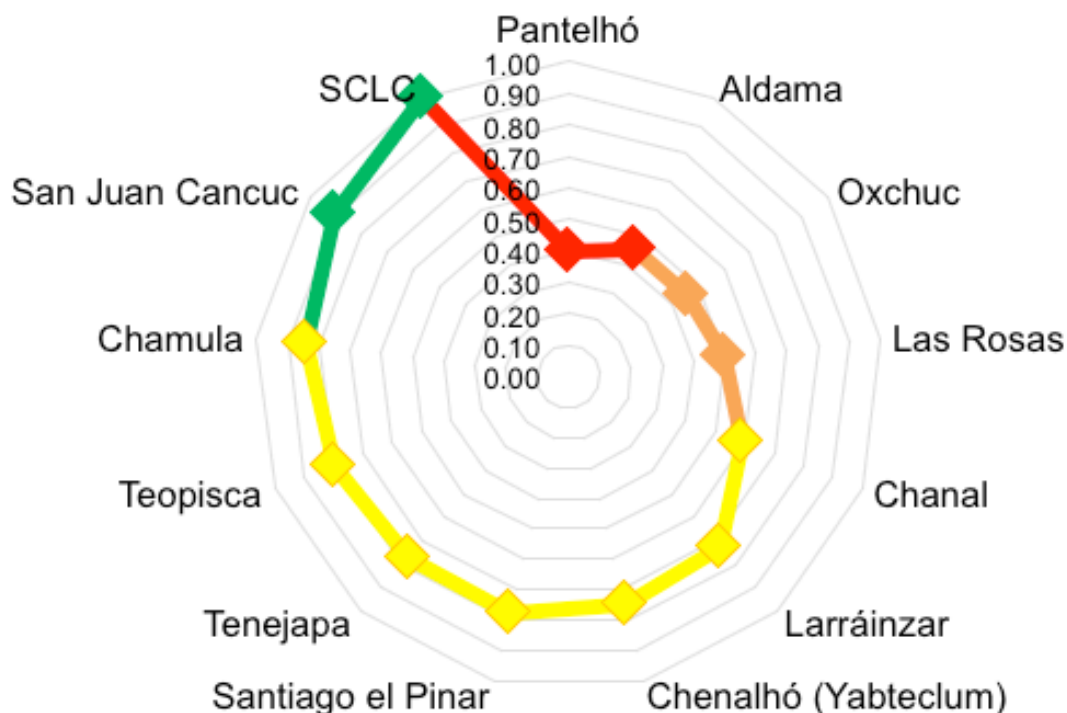
Las y los usuarios simulados que participaron en este estudio son jóvenes tsotsiles (una mujer y un hombre) y jóvenes tseltales (una mujer y un hombre), quienes solicitaron atención relacionada con la SSR en los 14 servicios.

Con estos resultados se construyó un paquete de satisfacción de usuario que permitiera dar cuenta de las competencias humana, cultural y técnica para la prestación del servicio, incluyendo el análisis cualitativo que se realizó a partir de las narraciones sobre la experiencia de estos usuarios.

En la Gráfica 8 se puede reconocer el valor de este índice en términos generales por ubicación de los módulos. Los dos SA que obtuvieron desempeño que requiere atención urgente no otorgaron el servicio argumentando que el joven era mayor, que no se trataba de un adolescente (un joven de 22 años) o que el problema que tenía no era de su competencia y que era mejor que acudiera a consulta médica. En una unidad médica la prestadora ni siquiera le ofreció una silla para sentarse. El instrumento estaba diseñado para darle oportunidad a la prestadora o prestador de ofrecer consejería en otros temas, como anticoncepción, que sería una actividad prioritaria de estos servicios de acuerdo con el marco normativo de los programas federal y estatal.

Como se puede ver en la Gráfica 8, el desempeño de la mayoría de los SA fue adecuado en Chamula, Teopisca, Tenejapa, Santiago el Pinar, Chenalhó, Larráinzar y Chanal y mediano en Las Rosas y Oxchuc (Gráfica 8 y Anexo II: Cuadro II.8).

**GRÁFICA 8. ÍNDICES DE SATISFACCIÓN DE USUARIO/A POR MUNICIPIO, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.



Los aspectos evaluados se pueden reconocer en la Gráfica 9. Un elemento identificado por las propias prestadoras como una barrera importante es el desconocimiento de la lengua del municipio en el que prestan sus servicios. Como se señaló en la Introducción, esta región se caracteriza por la presencia de población HLI en casi 90%, por lo que la forma de comunicación de la población es en tsotsil y tseltal. Las y los prestadores de SA expresaron que ésa era la principal limitación, no sólo para la prestación del servicio de este programa sino de todos los programas.

Como se reconoce en la Gráfica 9, ésta es una intervención que requiere atención urgente y una estrategia adecuada para su solución. Las y los prestadores enfrentan esta barrera de dos maneras, que están íntimamente relacionadas con su competencia cultural. La primera es no otorgar la consulta en el módulo y referirlos a CE; la segunda es conseguir un traductor que esté disponible, que puede ser adecuado o no adecuado, es decir, no todos los HLI que trabajan en un servicio de salud son elegibles en términos de competencias cultural y humana. Por ejemplo, se consideró un traductor no adecuado cuando no tenía posibilidades de comprender lo que la psicóloga decía y por tanto no proporcionaba la información de manera adecuada, cuando indagaba en la o el usuario sobre cuestiones personales que no correspondían con los mensajes que transmitía la psicóloga, cuando cuestionaba a la usuaria o usuario sin respetar la conversación entablada por la o el psicólogo. En ninguno de estos casos, el o la prestadora tiene la posibilidad de reconocer las imprecisiones o problemas en la traducción o interacción. En uno de los casos, no solamente el traductor fue inadecuado, sino que no tuvo la sensibilidad y probidad al señalar al joven después de la consulta, comentar sobre él con sus compañeros y reírse con otros prestadores de servicios de la unidad. La psicóloga estuvo al margen de todo y muy posiblemente no se percató de estas faltas.

Sin embargo, también se dio el caso de que el prestador tuvo el apoyo de un traductor o traductora adecuada. Consideramos que las o los psicólogos estarían en posibilidades de identificar un buen traductor o traductora o capacitar a una persona para que sea de apoyo en esta labor.

**GRÁFICA 9. ÍNDICES DE SATISFACCIÓN DE USUARIO/A, SERVICIOS AMIGABLES, ALTOS DE CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

El tiempo de espera fue corto, no hay requisitos administrativos o dilaciones para obtener la consulta y casi todos tienen espacio con privacidad. El acceso al servicio tuvo desempeño adecuado, sin embargo, todas y todos los usuarios tuvieron que preguntar sobre la ubicación del consultorio, ya que no hay ninguna señalización al respecto. Únicamente en un SA fue imposible hacer la solicitud de consulta ya que se acudió seis veces y el prestador nunca estuvo, y en otro más cercano a SCLC también fue difícil obtener una consulta, se acudió cuatro veces en los dos horarios en que está disponible el servicio. El tiempo de espera en la mayoría de módulos fue de menos de cinco minutos, en otros tuvieron más de una hora.

El trato amable se basa en la percepción de la o el usuario sobre cómo se sintió en la consulta. En la mayoría de casos el prestador siempre fue amable, explicó con paciencia, algunas prestadoras otorgaron consejería en métodos de PF aunque el motivo de la consulta fuera ITS y observaron manejo adecuado de la privacidad. Sin embargo, como se puede apreciar, estas tres acciones tuvieron en promedio desempeño mediano porque algunas de las prestadoras dejaron la puerta abierta y la conversación se podía escuchar en el pasillo, otra preguntó el motivo de la consulta en el pasillo u otra más afuera del consultorio. Es así que aunque se tenga un espacio que permita la privacidad, su manejo no es homogéneo en los módulos. Estas prácticas están relacionadas con la competencia humana, es decir con la sensibilidad para el trato con las personas en un tema sensible como es el de la sexualidad y particularmente las ITS.

Finalmente, la competencia técnica está vinculada con la capacidad del proveedor del servicio para resolver el problema que llevó al usuario o usuaria a solicitar el servicio. Este tema está vinculado con las limitadas capacidades para resolver los problemas a los usuarios, de acuerdo con los lineamientos que el programa en Chiapas ha establecido. Los y las prestadores del servicio tienen limitaciones técnicas y normativas principalmente con lo relacionado con los métodos anticonceptivos e ITS.

## NARRATIVAS SOBRE ALGUNOS PROBLEMAS

### Métodos anticonceptivos

Ana acudió a un centro de salud de una localidad tseltal, tocó a la puerta de un consultorio sin obtener respuesta, no había nadie así que salió a esperar a la entrada de la unidad médica hasta que una persona de bata blanca entra y le dice que ahí sólo daban consulta dental, que hay otro centro de salud, a una calle, que allá le podían informar. Cuando llega a la otra unidad, pregunta en tseltal si podía pasar a los servicios amigables, la persona que la atiende no entiende lo que ella pregunta y llama a una pasante de enfermería para poder comunicarse. Le pregunta en qué podrían ayudarla y Ana repite que quiere pasar a los servicios amigables, y no le entienden por lo que está preguntando, así que Ana dijo que quería pasar a psicología, le preguntan el para qué, ella responde que quiere una orientación sobre métodos de planificación. La enfermera que le traduce le indica que entonces debe pasar con la doctora, Ana vuelve a solicitar que ella quiere pasar con psicología y le responden que espere.

Ana se sienta a esperar y en un rato la llaman, le preguntan su nombre, edad, le toman sus signos vitales, la pesan y miden y le indican que vuelva a la sala de espera, que la llamarán. Ana llegó a este centro de salud a las 11:10 am y la llamaron hasta las 12:10 pm. La hacen pasar con la médica, quien le pregunta qué es lo que quiere, Ana responde en tseltal que quiere orientación sobre planificación familiar, como la médica no entiende, llama nuevamente a la pasante para que traduzca, le preguntan si tiene hijos y qué método quiere utilizar, Ana responde que no tiene hijos, que sólo quiere información sobre los métodos anticonceptivos y que quiere pasar al consultorio de psicología.

La pasante traduce lo que Ana dijo, la médica responde amablemente que sí puede pasar con la psicóloga pero que antes le podría proporcionar un poco de información. Después de informarla sobre algunos métodos le regala un tríptico con información sobre los diferentes métodos anticonceptivos modernos y pide a la pasante que le hable a la psicóloga para que atienda a Ana. La pasante toca la puerta del consultorio de psicología y le pregunta si puede atender a Ana, le responden que sí, pero que tendrá que esperar a que se desocupe pues está dando una consulta. Ana vuelve a esperar. A las 12:35 pm ingresa al consultorio de psicología. Le proporcionan información sobre los hormonales bimensuales, los hormonales orales, el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino, el condón masculino y de la protección que este método ofrece ante ITS, VIH y el virus de papiloma, de que algunas ITS pueden curarse y que los hombres que han migrado y regresan han ocasionado contagios de ITS en la región. Ana pregunta sobre la anticoncepción de emergencia, le proporcionan la información y le aclaran que no la protege

de las ITS, Ana pregunta qué pasaría si se toman muchas veces, le responde que sólo se deben tomar dos veces al año, que si se toman varias veces puede causar esterilidad y no hay que considerarlo como método anticonceptivo de rutina.

En este caso es importante dar cuenta que la joven es enviada a CE y no al módulo de SA; también se reconoce la mejor competencia cultural de la médica que solicita el apoyo de una traductora para otorgarle la consejería, situación que soslaya la persona responsable de psicología, pues no le preguntó si sabía español y asumió que la información que daba era comprendida por su interlocutora, no utilizó técnica alguna que le permitiera verificar la información que otorgó.

En las unidades médicas donde los jóvenes solicitaron preservativos e información sobre métodos anticonceptivos, a algunos no se les proporcionó información sobre el condón femenino o se les desalentó para utilizarlo, diciéndoles que no era efectivo o que era incómodo. Esto podría relacionarse con la baja disponibilidad de los condones femeninos en los servicios de salud. Algunas unidades no tienen condones femeninos para usarlos como parte del muestrario ni para ser provistos a las usuarias. Para otros usuarios simulados, la información sólo fue proporcionada verbalmente sin el apoyo de muestrarios o material impreso. En otras experiencias, al solicitar preservativos masculinos les otorgaron ocho, diez o en otras ninguno o únicamente dos.

María, cuando solicitó información, se sintió incómoda, cohibida, pues el tiempo que la psicóloga la atendió en su consultorio la puerta permaneció abierta mientras que en el pasillo se encontraba personal de la unidad conversando. Cuando María solicitó orientación porque planeaba iniciar su vida sexual, la psicóloga le dijo que requeriría de una consulta médica y no le proporcionó ninguna orientación al respecto.

Aunque la orientación y consejería sobre métodos anticonceptivos formen parte de los SA, en Chiapas como se ha mencionado, el personal responsable no es exclusivo del programa de SSRA, razón por la cual algunos responsables no consideran que los temas vinculados con la PF y anticoncepción estén dentro de su ámbito de competencia sino que son obligación del área médica o de enfermería encargada de PF.

## **ITS y VIH/sida**

Juan se aproximó al consultorio de psicología de una unidad médica, al ver que tenía la puerta abierta y [que la psicóloga] se encontraba sola, se aproximó y le dijo que quería hablar con ella un momento. Le contó a la responsable que tenía algunas molestias físicas -dolor, picor- que aparecieron después de haber tenido relaciones sexuales sin protección unos días antes.

La psicóloga lo escuchó y le respondió a Juan que debía pedir una cita médica, que no podría atenderlo porque es un servicio destinado a estudiantes y que en tsotsil tampoco podía ser porque ella no comprendía la lengua. Agregó que por el motivo de su consulta no le correspondía a ella atenderlo y, por la hora en la que acudía, debería volver al día siguiente porque ya era tarde para solicitar la consulta médica.

Situaciones como la de Juan desalientan a la población joven de Los Altos para acudir a los servicios de salud en busca de ayuda. La persona responsable del módulo no le ofreció información acerca de la prevención de ITS con el uso del preservativo, la importancia de la detección y tratamiento oportunos, así como la oferta u otorgamiento de pruebas rápidas para detección del VIH, cuya principal ventaja es la facilidad para hacerse en cualquier tipo de unidad médica. La oportunidad que se presenta cuando las personas acuden a los servicios de salud, para informar y atender problemas relacionados con la SSR como lo son las ITS, se pierde cuando obtienen respuestas deficientes, rechazo o envió a otro servicio sin información o referencia directa.

Por otra parte, entre los prestadores es usual que prevalezcan algunos prejuicios sobre la población indígena, como atribuirles “renuencia” o “rechazo” a utilizar los servicios de salud. En contextos indígenas, entre los prestadores subyace el temor a ofrecer información sobre SSR a jóvenes porque consideran que podría ocasionarles un conflicto con los padres y madres de familia debido a sus usos y costumbres y con ello poner en riesgo su integridad personal.

Cuando Manuel llegó a una unidad médica, preguntó en tseltal a unas usuarias en dónde se solicitaba una consulta. Le indican que en un escritorio que está frente a la entrada, pero que en ese momento no se podía pedir consulta porque los doctores tenían una reunión. Manuel se acerca a la sala de espera y se encuentra con un hombre joven, trabajador de limpieza en la unidad, le pregunta en tseltal nuevamente en dónde podría pedir información sobre enfermedades que a veces les dan a los hombres cuando tienen relaciones. El joven le contesta que puede pedir una consulta con un doctor para que lo revise. Manuel responde que sólo quiere pedir información. El joven le responde que si sólo quiere información, entonces debe pasar al consultorio de psicología y se ofreció a acompañarlo al consultorio.

El encargado de limpieza al llegar al consultorio le comenta a la psicóloga que Manuel estaba ahí porque quería una orientación o plática. Ella le pregunta a Manuel si quiere una orientación, él responde que sí, en tseltal. Al darse cuenta que Manuel no habla español le pide a Pedro, el joven de la limpieza, que lo haga pasar al consultorio; habían transcurrido diez minutos desde su llegada a la unidad. Después de haber salido del consultorio brevemente, la psicóloga le pregunta a Manuel en qué lo podía orientar. Manuel le responde en tseltal. Ella le pregunta si no sabe español, Manuel le responde “un poquito”. Así que ella le pide a Pedro que por favor le ayude con la traducción.

A través de Pedro, la psicóloga le pregunta qué es lo que estaba buscando y Pedro lo traduce. Manuel le explica a Pedro que tuvo relaciones sexuales con una muchacha, que quiere que le explique si con eso puede contraer enfermedades y si así fuera quiere saber cómo se llaman. Pedro lo traduce: que el motivo de la visita es porque se había acostado con una mujer y tenía miedo de que estuviese enfermo.

La psicóloga le pregunta si utilizó condón y Pedro lo traduce. Agrega si la mujer con la que tuvo relaciones era una prostituta o una mujer que tenga relaciones sexuales con varios hombres. Manuel responde que no había utilizado condón y que fue con su novia. La psicóloga vuelve a preguntar a través de Pedro el por qué no se “protegió”, Manuel le responde que no sabe cómo utilizar el condón. Ella le dice que se lo va a explicar y Manuel le dice que quiere saber sobre las enfermedades que podría tener. La psicóloga le menciona que hay padecimientos que pueden ser curados, como la gonorrea, la sífilis, el herpes, pero que el VIH no tiene cura. Le pregunta si tiene síntomas, Manuel le responde a través de Pedro que no.

La psicóloga le pregunta a través de Pedro si ya se ha hecho la prueba del VIH, Manuel responde que no y le pregunta qué es. Le explica que con esa prueba se puede saber rápidamente si está o no infectado, que se la pueden hacer allí. Manuel dice que lo va a pensar, pero que lo que quiere es que le platicuen sobre las enfermedades de transmisión sexual. Ella procede a explicarle cómo utilizar el condón, describiendo lo que debe tomar en cuenta, pero no utilizó ningún modelo anatómico para explicarle e invitar a Manuel a que él lo hiciera para corroborar la explicación.

Cuando Manuel le preguntó sobre cómo podrían hacer él y su novia para evitar un embarazo, ella le dijo que hay disponibles varios métodos, que ambos lo tenían que acordar y que podía ir de nuevo con su novia para que ella los oriente. Finalmente, invita a Manuel a regresar por si necesita más condones o si quiere aplicarse la prueba rápida.

Manuel reconoce que Pedro hizo un gran esfuerzo para llevar a cabo la traducción, sobre todo con los términos técnicos y destaca su actitud colaboradora y de respeto, pues lo hizo sentir en confianza para hablar sobre estos temas con él; considera que facilitó su comunicación.

La traducción es un aspecto fundamental para la atención de la población indígena, que no puede dejarse en manos de las circunstancias o al azar, para contar con una persona que se esfuerce y muestre interés por un buen desempeño. Cuando se realiza una buena traducción –cultural y técnica– la satisfacción de los usuarios será mayor y el objetivo de los servicios de salud de brindar atención e información que promueva conductas saludables se cumplirá. Se debe reconocer que en tanto el personal de salud con estudios superiores llegue de otros contextos y desconozca tanto la lengua como la cultura locales, los articuladores culturales tienen un papel crucial para mejorar la calidad de la atención.

### **Perspectiva intercultural (lengua indígena y usos y costumbres)**

La traducción no sólo se limita al aspecto lingüístico, en el que cualquier obstáculo se resuelva al contar con personal que conozca la lengua, aunque no podemos soslayar que éste es un gran avance, sino que se necesita que ese personal principalmente conozca la cultura local o regional y la respete, en otras palabras, que cuente con las nociones de salud, enfermedad y atención de la población usuaria y además esté familiarizado con el lenguaje técnico empleado por el personal de salud y los temas tratados desde esa perspectiva. Existen palabras y, por supuesto, conceptos del lenguaje de la medicina científica que no tienen traducción lite-

ral y menos cultural para los usuarios de los servicios. Esta experiencia y otras anteriores han demostrado que las ideas y creencias de quienes traducen se entremezclan con la información que transmiten desde el personal de salud hacia los usuarios. Actualmente no hay dentro del sistema de salud, traductores contratados para desempeñar esa tarea, que además estén capacitados para mediar la transmisión del mensaje técnico del personal de salud hacia las personas usuarias en su lengua y cultura.

Realmente lo que se requiere no son traductores estrictos sino articuladores culturales que posibiliten a las psicólogas y psicólogos el conocimiento de las prácticas y representaciones sobre aspectos estratégicos de la SSRA, que vayan guiando su práctica y construyendo su competencia cultural.

Actualmente la traducción se lleva a cabo circunstancialmente, si hay alguien que pueda apoyar en ese momento, como la pasante de enfermería en uno de los casos o el personal de limpieza, que suele ser local.

## DOCUMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

Como se ha mencionado, entre las buenas prácticas se detectó que no hay requisito alguno para solicitar el servicio: las consultas se dan sin previa cita.

Debido a que todos los responsables llevan a cabo actividades extramuros, principalmente en las escuelas de niveles medio y medio superior, ésta es una buena práctica: la relación que se establece entre los servicios de salud y las escuelas. El acceso directo a jóvenes en los recintos educativos es benéfico para la deconstrucción de las representaciones negativas sobre sexualidad y salud reproductiva, y favorece una asociación positiva con la educación para la prevención y la toma de decisiones informada.

Otra buena práctica es el aumento de disponibilidad de pruebas rápidas para la detección del VIH en las unidades médicas. En relación con los hallazgos del monitoreo realizado en 2013 por ACASAC acerca de la disposición de estas pruebas y su uso exclusivo para mujeres embarazadas, varios testimonios de usuarios simulados dieron cuenta de ello, aunque consideramos que las pruebas deben estar disponibles en los SA para ser aplicadas de manera inmediata y ampliar la detección de personas con prácticas de riesgo.

Es altamente recomendable que el abasto que se ha logrado en preservativos masculinos y AE se sostenga pues es una buena práctica que facilita el acceso de las y los jóvenes a través de estos servicios, ya que acorta los trámites y el tiempo que se requiere para llegar a ellos a través del programa de PF.

## ÁREAS DE OPORTUNIDAD

Una estrategia que haga posible la comunicación entre prestadores y usuarios en un contexto donde el prestador y las y los usuarios no comparten la lengua debe contar con un articulador cultural que permita ir construyendo puentes entre ambas culturas. Los y las psicólogas generalmente utilizan técnicas de interlocución que permiten la verificación de la información que han transmitido, técnica que no es utilizada pero que podría mejorar la comunicación y validación de la información que dan los traductores.

En el mismo sentido, la implementación de un programa de capacitación en temas de salud, en este caso de SSR, permitiría al articulador cultural transmitir de mejor manera la información técnica desde la prestadora de servicios a las y los usuarios. Sensibilizar a este personal sobre respeto, confidencialidad y abstención de realizar juicios de valor sin que esto demerite su conocimiento de la cultura local. Es necesario que desde la política pública se den pasos hacia el reconocimiento de esta figura dentro del sistema de salud, que se concreten estrategias en aquellos lugares con alta concentración y población HLI, como Los Altos en Chiapas.

Un aspecto que mejoraría el acceso a los SA de las y los jóvenes es la promoción de los servicios en las escuelas, para que las y los adolescentes sepan que los SA no se limitan a las pláticas y talleres que el personal de psicología lleva a cabo en los planteles escolares. De igual manera, se debe informar y sensibilizar a todo el personal de salud de las unidades médicas, incluido el personal administrativo y el de limpieza, y que el personal de psicología puede ofrecer información sobre SSRA así como otorgar preservativos masculinos y AE. Se debe hacer hincapié en el manejo confidencial y discreto de la información cuando las y los adolescentes pregunten por estos servicios.

En el caso del personal responsable de la estrategia de SA, se podría poner en marcha la creación de material de apoyo para que otorguen consejerías en SSR y el manejo de los métodos anticonceptivos que tienen bajo su responsabilidad, material sencillo y resumido, como algoritmos y modelos anatómicos. Asimismo, es muy recomendable elaborar un protocolo que permita asegurar la consejería de manera homogénea a todo joven que llegue con necesidad de información o tratamiento para una ITS, que debe salir con la oferta de pruebas rápidas para la detección del VIH, con capacitación en el uso del condón y con la solución para su problema de ITS, lo que garantizaría el acceso de las y los jóvenes a la misma información y oferta de servicios, sin importar el lugar de residencia y los recursos determinados por sus contextos.

Otro aspecto fundamental es que el personal de psicología labora, en la mayoría de unidades médicas en un solo turno, el matutino, situación que limita a las y los jóvenes que estudian para tener acceso a los servicios de orientación y consejería. En la mayoría de municipios de Los Altos se cuenta con secundaria y bachillerato que funcionan únicamente en el turno matutino, por lo que el turno vespertino o los fines de semana, en que las y los jóvenes podrían aprovechar estos servicios, no es posible hacerlo.

Mejorar la disponibilidad de materiales sobre SSR en lengua indígena en los SA. Como resultado de la experiencia de la sociedad civil organizada, como ACASAC, la realización de audios como cápsulas radiofónicas, miniserias o radionovelas, son un canal privilegiado para difundir información en poblaciones indígenas. Debido a que las principales lenguas de la región Altos tsotsil-tseltal son fundamentalmente de tradición oral, la lecto-escritura de ambas lenguas es una habilidad que pocos pobladores poseen y por tanto, los materiales impresos con texto permean poco en la población indígena.

Asimismo, mejorar la disponibilidad de muestrarios de métodos anticonceptivos y equipos (computadora, cañón) podría facilitar la implementación de estrategias atractivas y efectivas (audios, audiovisuales) para atraer a jóvenes.

Existe baja disponibilidad de preservativos femeninos, tanto para utilizarlos en la demostración de la técnica para su correcta utilización como para ser promovidos entre las y los usuarios.

Es fundamental que el personal de psicología tenga contacto y realice acciones conjuntas con las y los responsables de los módulos por pares, ya que la mayoría de éstos presta servicios vespertinos y podrían hacer sinergias en la oferta de servicios. Los y las jóvenes cuentan con competencia cultural y los prestadores de servicios con competencia técnica e insumos: esto permitiría a corto plazo mejorar los servicios para jóvenes.

# Módulos de Servicios por Pares de ACASAC en Los Altos, Chiapas

## INTRODUCCIÓN

ACASAC es una organización que desde hace casi 20 años trabaja en Chiapas en el tema de los DSR. A partir de 2009 opera un proyecto sobre SSRA en el municipio de Chalchihuitán, a través de la instalación de módulos de consejería y oferta de algunos métodos anticonceptivos, identificación y prevención de ITS e información sobre DSR, atendido por pares capacitados.

## ANTECEDENTES DEL MODELO<sup>21</sup>

El trabajo de ACASAC sobre SSRA inició en el municipio de Chalchihuitán, ubicado en Los Altos de Chiapas. Con 14 027 habitantes, ocupa el quinto lugar de los municipios más pobres de México, la lengua materna de 89.5% de sus habitantes de tres años y más es el tsotsil<sup>22</sup> y 96.8% de su población se encuentra en situación de pobreza.<sup>23</sup>

En ese municipio eminentemente indígena, los usos y costumbres tienen un fuerte peso en la normatividad social. Los matrimonios forzados son una práctica común y aceptada socialmente. Las concertaciones matrimoniales implican el pago por la novia a través de regalos, ganado, dinero en efectivo y/o alcohol, y se realizan con mujeres muy jóvenes de entre 14 y 17 años. La negociación se lleva a cabo entre los padres y no se suele consultar a los adolescentes.<sup>24</sup> En Chalchihuitán si una mujer platica con un hombre, las autoridades los detienen y los encarcelan, para después obligarlos a casarse por haber transgredido las reglas de las relaciones entre hombres y mujeres.

La sexualidad en Chalchihuitán, igual que en otros municipios de la región, es todavía un tema tabú. Las y los adolescentes no tienen información sobre los cambios fisiológicos que experimentan, porque en sus casas no reciben educación de sus padres al respecto. Las y los adolescentes no saben cómo prevenir un embarazo y/o una ITS porque no tienen herramientas para hacerlo. La menarquia por ejemplo, sorprende a las jóvenes sin que sepan qué les sucede y no se atreven a preguntar a sus madres porque lo consideran un evento indigno.

La primera organización que llevó a cabo una intervención en materia de atención sobre la SSR en el municipio de Chalchihuitán fue ACASAC con un programa de maternidad segura en el año 2000. A partir de esta experiencia se realizó la propuesta sobre Casas de Salud de la Mujer Indígena para la SSA, que se instalaron en el sexenio 2000-2006 y que actualmente son 49 en el país. Este trabajo identificó la violencia de género a la que eran sometidas las mujeres por lo que se decidió continuar llevando a cabo proyectos, no sólo sobre prevención de muertes maternas y violencia doméstica, sino también sobre comunidades seguras para las mujeres y de atención de la SSRA y jóvenes de ambos sexos.

Para enfrentar el reto de intervenir en materia de SSR en un municipio como Chalchihuitán, ACASAC se vio en la necesidad de comprender la dinámica social local, para echar a andar el modelo de atención. Se realizó un modelo de intervención para SSR de jóvenes indígenas, desde una perspectiva local, a fin de presentar

21 Esta sección forma parte de la evaluación realizada por INSAD del modelo de atención de ACASAC en Chalchihuitán. INEGI, censo 2010: [http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/entidad\\_indicador.aspx?ev=5](http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/entidad_indicador.aspx?ev=5) (Consultado: 22 de julio, 2013).

CONEVAL:

[http://www.coneval.gob.mx/informes/Pobreza/Pobreza\\_municipal/Presentacion/Pobreza\\_municipios.pdf](http://www.coneval.gob.mx/informes/Pobreza/Pobreza_municipal/Presentacion/Pobreza_municipios.pdf) (Consultado: 22 de julio, 2013).

22 INEGI, censo 2010: [http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/entidad\\_indicador.aspx?ev=5](http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/entidad_indicador.aspx?ev=5) (Consultado: 22 de julio, 2013).

23 CONEVAL:

[http://www.coneval.gob.mx/informes/Pobreza/Pobreza\\_municipal/Presentacion/Pobreza\\_municipios.pdf](http://www.coneval.gob.mx/informes/Pobreza/Pobreza_municipal/Presentacion/Pobreza_municipios.pdf) (Consultado: 22 de julio, 2013).

24 Sebastiana Vásquez, coordinadora de ACASAC, es una de las cuatro mujeres pertenecientes a los pueblos indígenas que, en 2004, en el Foro permanente para las cuestiones indígenas de la Organización de las Naciones Unidas en Nueva York, dio a conocer su postura en contra de los matrimonios forzados y exigió acciones para erradicarlos, manifestando que los derechos humanos de las mujeres están por encima de los usos y costumbres comunitarios. Véase CIMAC noticias, 10/05/2004:

<http://cimacnoticias.com.mx/node/31882> (Consultado: 22 de julio, 2013).

el tema con las autoridades de Chalchihuitán y asegurar la entrada a la localidad para encarar la problemática de la atención a la SSRA y jóvenes del municipio. Este modelo es sensible a las dinámicas socioculturales locales y ha contado con asesoría académica para su construcción conceptual, monitoreo, seguimiento y sistematización.

El modelo de intervención radica en la formación de promotoras y promotores adolescentes, de la misma región o municipio, que brindan consejería a sus pares en su lengua materna, con materiales de comunicación culturalmente pertinentes.

A continuación se explican los elementos constitutivos del modelo, haciendo algunas puntualizaciones sobre la experiencia del trabajo en Chalchihuitán.

## MODELO DE INTERVENCIÓN

En esta sección se enlistan los elementos que conforman el modelo de intervención, que consta de una serie de actividades que pueden verse como una serie de pasos:

- Asegurar la disponibilidad de materiales de comunicación educativa, culturalmente adecuados.
- Desarrollar capacidades de vinculación y gestión en nuevos agentes sociales, jóvenes.
- Formar lideresas y líderes comunitarios especializados en la promoción de la SSRA.
- Proporcionar conocimientos sobre SSRA a nuevos agentes sociales jóvenes.
- Desarrollar conocimientos sobre conductas saludables en SSRA y jóvenes.
- Propiciar conductas saludables en materia de SSRA y jóvenes.

Con base en la realización de las actividades especificadas en el esquema lógico se llegan a cumplir los cuatro primeros pasos. Se espera lograr el quinto paso, conocimiento de conductas saludables en SSRA y jóvenes a través de: instalación de módulos de promoción de buenas prácticas en SSRA y jóvenes; llevar a cabo acciones de impulso y promoción de los módulos; desarrollar actividades de promoción en escuelas y centros de reunión de adolescentes y jóvenes, separados de acuerdo con su sexo y brindar asesoría en los módulos en la lengua de adolescentes y jóvenes. Finalmente, por medio de gestiones para la obtención de métodos anticonceptivos y gestiones de canalización con el Sector Salud se logrará alcanzar conductas saludables en SSRA y jóvenes.

Se trata de llevar a cabo exitosamente estos seis pasos (actividades para alcanzar los objetivos planteados) a fin de lograr el objetivo general: contribuir a mejorar la SSRA y jóvenes en municipios rurales y con población indígena.

## ENFOQUES TRANSVERSALES

Para abordar la SSRA y jóvenes indígenas, ACASAC decidió sustentar la intervención en tres ejes transversales: el enfoque de derechos, la perspectiva de género y la interculturalidad, para garantizar una visión más holística que no se limite a informar y alentar el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes.

### **Antecedentes de la instalación de los módulos por pares**

El éxito del trabajo realizado en el módulo de Chalchihuitán llevó a que ACASAC se propusiera incidir en las políticas públicas dirigidas a jóvenes, poniendo en marcha un diplomado de capacitación y formación continua en liderazgo en SSR de jóvenes de diez municipios de la región Los Altos Tsotsil-Tseltal.

Este trabajo con jóvenes llevó a organizar un Foro Diagnóstico sobre SSR de jóvenes indígenas chiapanecos. A este Foro asistieron 51 jóvenes (14 tsotsiles, 11 tseltales, ocho tojolabales, nueve zoques y nueve choles), personal de escuelas -docente y de orientación- (siete) y seis representantes de tres OSC. Durante dos días se discutieron seis temas propuestos por jóvenes indígenas tsotsiles de la región Los Altos de Chiapas: matrimonio forzado, embarazo no planeado o no deseado, violencia familiar, trata de personas, acoso sexual



y VIH/sida. Como resultado se elaboró una agenda política con sus demandas y propuestas. Los foros regionales y estatales que se realizaron en el marco del proyecto confirmaron la necesidad de tomar en cuenta a las y los jóvenes para realizar un diagnóstico del ejercicio actual de sus DSR. Ellos y ellas han identificado como prioritarias la implementación de estrategias para combatir la práctica del matrimonio forzado resultado o resultante de un embarazo no planeado, la violencia familiar y en el noviazgo, acoso sexual y desconocimiento de sus DSR; han destacado la necesidad de contar con información culturalmente adecuada, en su lengua materna. Esta agenda fue el punto de partida de la conformación de la Mesa Interinstitucional.

Como resultados de este Foro se elaboró una agenda para la SSRA que fue presentada en una reunión interinstitucional con el acompañamiento de la OPS y uno de los acuerdos fue promover mejoras en la SSRA e instalar módulos por pares de acuerdo con la experiencia de Chalchihuitán. También se acordó poner en marcha una mesa interinstitucional a fin de impulsar la agenda de SSR de las y los jóvenes indígenas, con la participación del ISECH, IMSS-O, SEDESPI, DIF, SEDEM, Secretaría de la Juventud, Recreación y Deporte, Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía y el INMUJERES; así mismo se instalaron mesas de trabajo con autoridades municipales e instituciones de los municipios incluidos en el proyecto.

Es importante señalar que el proyecto de Chalchihuitán fue financiado por la Fundación Mac Arthur y que a partir de 2012 la responsable del proyecto, Sebastiana Vázquez, consiguió apoyo financiero de la empresa Kellogg's para la puesta en marcha de los diplomados. Este financiamiento fue recibido por la organización Sakil Nichim Antsetik que desde entonces ha tenido activa participación en la organización de los diplomados de jóvenes y desde 2014 en el seguimiento de los módulos.

Con el desarrollo del proyecto, en el último trimestre de 2013 los y las jóvenes lograron la instalación de módulos de información en nueve municipios de Los Altos y se incrementaron a 12 a principios de 2014. La estrategia de trabajo con las autoridades municipales se centró en la necesidad de disminuir: embarazos en adolescentes, deserción escolar por embarazos no planeados, casos de violencia y muerte materna, ya que a nivel local algunas autoridades comparten usos y costumbres que limitan el ejercicio de los DSR. Esta agenda ha permitido concertar la instalación de los módulos a través de las autoridades municipales y que reconocieran como responsables a las y los jóvenes promotores formados en el diplomado de liderazgo; las presidentas de los DIF municipales fueron clave en este trabajo (Informe Mac Arthur 2013).

El funcionamiento de los módulos lleva en promedio siete meses. Un logro reciente ha sido el reconocimiento de este trabajo por parte de la Jurisdicción Sanitaria de Los Altos, de la SSA, y han solicitado una reunión de trabajo para establecer vínculos directos entre el personal de salud operativo en las unidades médicas y las y los jóvenes promotores. Ésta es una estrategia de colaboración que se impulsará en esta nueva etapa, no sólo con la SSA sino con el IMSS-O.

Por otra parte, la Mesa Interinstitucional ha destacado la necesidad de que el trabajo que desarrollan las instituciones vinculadas con la salud de adolescentes y jóvenes contemple las particularidades de la población indígena joven, sin embargo, muchas de ellas desconocen las necesidades específicas de esta población o cómo hacer frente a tales particularidades, o bien replican en su escala estatal o municipal, políticas y estrategias pensadas desde y para jóvenes de contextos urbanos. Por tanto, ACASAC consideró que ésta es un área de oportunidad para desarrollar trabajo de sensibilización y capacitación desde la perspectiva de derechos y pertinencia cultural sobre SSR.

En el primer año de funcionamiento de los módulos ha habido 22 participantes y de ellos solamente queda uno de los que fueron formados a través de un diplomado<sup>25</sup> en coordinación conjunta con ACASAC/Sakil en 2012. La selección de estos líderes se realizó a través del contacto con los directores de las preparatorias quienes propusieron a un grupo de jóvenes de cada municipio. Estos jóvenes, alrededor de 40 en un taller, seleccionaron a los que consideraron los mejores representantes de cada municipio y de esta selección se formaron sobre SSR los jóvenes elegidos, a fin de seguir el esquema propuesto para consolidar comunidades saludables en este tema. El diplomado les permitió adquirir habilidades para otorgar atención integral sobre: diagnóstico de problemáticas locales sobre SSR, monitoreo de políticas públicas, programas, gestión

25 El diplomado de 120 horas con formación en SSR y desarrollo de habilidades de liderazgo se llevó a cabo en julio-agosto de 2012 y posteriormente se ha dado capacitación continua mensualmente desde septiembre de 2012.

y conocimiento para mejorar la SSR de la juventud y para establecer la oferta de algunos métodos anticonceptivos e información sobre sus DSR. La segunda generación se conformó a través del primer grupo de trabajo y una convocatoria directamente realizada de la misma manera a partir de las orientadoras de los bachilleratos. El diplomado ha realizado una tercera convocatoria pública en los municipios.

La inclusión de las presidencias municipales en la organización de los módulos trajo como consecuencia que en ocasiones sean los grupos locales quienes elijan a los encargados del módulo, en tres de los 12 municipios. De los módulos que han sido negociados para su instalación al momento del monitoreo, cuatro no están funcionando.

### **Infraestructura**

Las características de los módulos por pares son diferentes de acuerdo con el lugar de acogida. Hay módulos ubicados en las instalaciones del DIF, Casa de la Cultura, presidencia municipal o agencias municipales, por lo que las condiciones son diferentes de acuerdo con su ubicación: hay un módulo que comparte el espacio en la bodega del DIF, lo que impide la seguridad de los recursos con los que cuenta el módulo y adicionalmente no cuenta con energía eléctrica, porque se roban el cable de la instalación, es así que aunque tenga equipo no es posible utilizarlo; el ubicado en la presidencia municipal tiene un espacio pequeño que puede ser un lugar adecuado y suficiente, sin embargo al estar aislado a través de tablaroca no cuenta con la privacidad necesaria y adicionalmente la entrada está custodiada por un policía que sigue a los visitantes y les pregunta a dónde van y cuál es el motivo de su visita, lo que puede ser una barrera para el acceso; un espacio privilegiado es el de la Casa de la Cultura, además de contar con una construcción antigua de patio central con un paisaje privilegiado por las montañas circundantes, en ésta se ubican además del módulo: una biblioteca, una sala de cómputo, además de mesas abrigadas por un corredor donde los jóvenes se reúnen a realizar las tareas y abre la posibilidad de la utilización del módulo de manera natural; otro módulo se encuentra en instalaciones del DIF pero llama la atención el pillaje que se ha realizado de las oficinas aledañas, aun así las jóvenes encargadas se sienten seguras en el lugar.

Módulo en la Casa de la Cultura, Chenalhó, 2014



Autora: Freyermuth, G., 2014.

Una ventaja de la inclusión de actores locales en la definición de los módulos es la posibilidad de su sustentabilidad a mediano plazo. Sin embargo uno de los problemas de este matrimonio es que necesariamente los módulos tienen que funcionar en los horarios de las propias instituciones, lo que en el caso de Oxchuc tiene como consecuencia que no se ha podido abrir el módulo o que en Cancuc estén bajo los horarios del DIF que en la tarde inicia sus actividades hasta las siete de la noche y que no abre si hay lluvia o si en la mañana se repartieron despensas de Prospera o de la lucha contra el hambre.

Por otro lado también ha habido problemas entre una encargada del módulo por pares y la presidencia del DIF, cuando una chica perdió la llave del módulo y al tratar de meterse en las instalaciones rompió parte de la infraestructura, lo que ocasionó el disgusto de las autoridades y por tanto solicitaron el cambio de la

encargada. En Zinacantán el joven encargado realiza solamente actividades extramuros. En agosto de 2014 apenas se instaló el módulo de Chanal, en un espacio aledaño al registro civil.

## **Perfil del personal que atiende los módulos**

Las y los jóvenes que participan en la atención por pares son mujeres y hombres entre 17 y 21 años de edad, de los municipios: Chalchihuitán, Mitontic, Larráinzar, Santiago el Pinar, Aldama, Pantelhó, San Juan Cancuc y Chenalhó. Todos y todas son bilingües y escriben tanto en tsotsil o tseltal como en español.

Ellas y ellos son solteros, estudiantes de preparatoria o recién han salido del bachillerato, algunos y algunas se interesan por seguir estudiando en la ciudad de SCLC los fines de semana para continuar atendiendo el módulo, otros estaban interesados en salir de su comunidad para estudiar tiempo completo. Solamente dos mencionaron que no querían dejar su comunidad. Es importante señalar que algunos varones además de atender el módulo y estudiar tienen que apoyar coyunturalmente en las labores del campo, así como un par de mujeres laboran como trabajadoras domésticas los fines de semana y como enfermeras voluntarias durante la semana.

Reciben una beca de 1800 pesos mensuales por atender el módulo entre tres y seis horas al día, cinco días a la semana, como son 22 participantes, algunos módulos tienen dos turnos, desde la mañana hasta la tarde, tres módulos funcionan en la mañana solamente, el resto tiene horarios mixtos o sólo por la tarde. Los horarios se rigen por el horario de invierno ya que los municipios alteños no cambian sus rutinas con el horario de verano.

En algunos módulos que están atendidos sólo por una persona han manifestado su deseo de tener un compañero o compañera del sexo opuesto para sentirse acompañados y apoyarse en las pláticas con mujeres, en el caso de módulos atendidos por un varón y en las pláticas con hombres en los módulos atendidos por mujeres.

Las dificultades que tengo es con las mujeres, porque ahí no hay tanta confianza, y como no hay una mujer que me apoye, estoy yo solito, entonces si me da nervio [...] No sé si estaría mejor con una compañera que me apoyara. (Entrevista a responsable de módulo)

[...] tener un compañero para que me apoye, para que nos apoyemos a ir a las comunidades para pláticas ahí. Pues porque sola pues no, como que no... no se puede. (Entrevista a responsable de módulo)

A veces me apoya un compañero, como estoy sola en el módulo, y siempre me ayuda en las tardes, le interesa, como le gusta le estoy enseñando para que les enseñe a sus compañeros... y eso me ayuda porque a veces es necesario tener un hombre, porque para hablar con los chavos, porque a veces les da vergüenza hablarme... y ya por eso él me ayuda. Siempre es bueno, aparte que me ayuda en poner carteles así en lugares. (Entrevista a responsable de módulo, Huixtán)

[...] porque también a veces las mujeres no quieren llegar porque yo soy hombre y no tengo otra compañera que les dé información, así me sucedió cuando fui a dar talleres en la prepa... y estaba Rosy y yo fui el que dio el módulo y no me preguntaron a mí sus dudas, le preguntaron a Rosa. Por eso no quieren llegar mujeres también ahí. [Entonces eso es algo que se podría mejorar, tener...] Una compañera ahí también informándoles. (Entrevista a responsable de módulo, Zinacantán)

Las jóvenes señalaron que no hay oportunidades de trabajo para las mujeres, en algunos municipios hay posibilidades de realizar trabajo doméstico, de ser empleadas en una tienda, ayudantes de cocina, trabajadoras domésticas e incluso en el campo; o si quieren trabajar para el municipio la única posibilidad es realizando trabajos de limpieza. Para los hombres los trabajos disponibles en sus municipios consisten en las labores del campo como peones, en las agencias de policía municipales o, si siguen estudiando, en las oficinas municipales.

Les gusta su trabajo porque consideran que los y las jóvenes requieren de información y sienten que contribuyen con su comunidad, uno de ellos realiza trabajo en las comunidades dando pláticas sobre adicciones o prevención de violencia doméstica.

Todos consideran que el salario es adecuado ya que en sus comunidades no hay fuentes de trabajo y el salario de un jornalero es de 50 a 80 pesos por día completo y trabajado. Todos tienen entre un mes y un año atendiendo los módulos.

Una de las áreas de oportunidad identificadas en lo que se refiere al perfil del personal que atiende los módulos, consiste en abrir la convocatoria a nuevos jóvenes,<sup>26</sup> sin que se restrinja a escuelas o instituciones municipales como el DIF o el municipio mismo. El perfil actual de las y los responsables de módulos es el de una o un joven estudiante de preparatoria que además atiende el módulo unas horas al día, generalmente de lunes a viernes y algunos que además trabajan en el campo o en otros empleos los fines de semana. Estos jóvenes son generalmente los que cuentan con mejores calificaciones y no sólo los que tienen interés en ir a estudiar fuera de sus municipios, sino los que más posibilidades tienen, ya sea por su promedio escolar o porque tienen mayor apoyo de sus familias.

No obstante, si consideramos que en Los Altos la mayoría de jóvenes no llega a entrar a la preparatoria, nos encontramos con un índice muy alto de mujeres y hombres adolescentes que no se contemplan en las convocatorias actuales. Por ejemplo, en Santiago el Pinar 33% de jóvenes de 15 a 24 años está escolarizado, en Huixtan y Cancuc 25%, Pantelhó 22%, Aldama 20%, Chenalhó 17%, Mitontic sólo 13% y en Zinacantan apenas 10% (INEGI, 2010). Es decir que en estos municipios uno, dos o hasta tres de cada diez jóvenes no alcanzan el nivel de preparatoria. Se propone entonces identificar lugares de reunión, grupos y asociaciones, eventos que congreguen a jóvenes en los municipios a fin de llegar a este amplio grupo de población, utilizando medios de difusión locales como radios comunitarias y perifoneo.

### **Operación del módulo**

Las y los responsables de los módulos, en principio acompañados por ACASAC, establecieron contacto a través de las mesas de trabajo con presidencias municipales o DIF municipales para sensibilizar a las autoridades sobre la importancia de este tipo de intervenciones e identificar lugares en los cuales establecer los módulos.

Posteriormente realizan labores de gestión con instituciones y autoridades, para ubicar espacios para dar información sobre SSRA y jóvenes, así como para promocionar los módulos.

Las principales instituciones con las que se ha establecido contacto son las escuelas, DIF municipal, ayuntamiento, agencias municipales y centros o clínicas de salud. Se ha mantenido contacto con secundarias y preparatorias así como con los grupos de quinto y sexto grados de primaria, donde se realizan pláticas informativas y, en algunos casos, eventos de difusión e información.

Con los DIF municipales se han gestionado varios espacios para instalar los módulos y es una de las instituciones que más apoya y colabora con las actividades que organizan los y las responsables, aunque en algunos municipios se presenta el inconveniente de que el módulo se tiene que abrir exclusivamente en los horarios del DIF, situación que en ocasiones ocasiona conflicto con los horarios de que disponen los responsables de los módulos.

Los ayuntamientos también han prestado sus instalaciones para establecer los módulos. Con los CS o clínicas de los municipios, algunos responsables han coordinado actividades o se han apoyado para dar pláticas, acompañarse en la difusión de información o referirse usuarios.

Por otra parte, los municipios a pesar de que en varias de sus instalaciones se han montado módulos o han destinado un espacio para ello, algunas veces se muestran reticentes a difundir información sobre los métodos anticonceptivos o el condón. De hecho, las actividades de los módulos relacionadas con estos temas se han mantenido relativamente inexploradas por las autoridades y algunos jóvenes mencionaron que cuando gestionan sus labores con las autoridades municipales, resaltan sobre todo la PF, para evitar un conflicto mayor y asegurar que les permitan llevar a cabo sus acciones.

En este sentido, parte de las dificultades señaladas por las y los jóvenes en las relaciones con las instituciones locales, denota todavía fuerte resistencia a abordar temas de SSR con la juventud de sus municipios, una mirada muy tradicional hacia las relaciones de noviazgo y prevención de ITS o VIH/sida, así como hacia los DSR de las y los jóvenes.

---

26 Sería también conveniente que estos jóvenes tengan cierta disponibilidad de tiempo, buen manejo del español y sepan leer y escribir; de hecho se puede buscar a jóvenes que ya no siguieron con la prepa pero que siguen viviendo en su municipio.

## Desempeño de los servicios

En el Cuadro 9 se identifica el valor de los índices de desempeño de los tres paquetes de intervención y las tres dimensiones. Se obtuvo un desempeño bueno tanto en el paquete de consejería y reconocimiento de derechos como en la dimensión administrativa. El resto de paquetes tuvo un desempeño adecuado, así como los índices generales, ambos de 0.80.

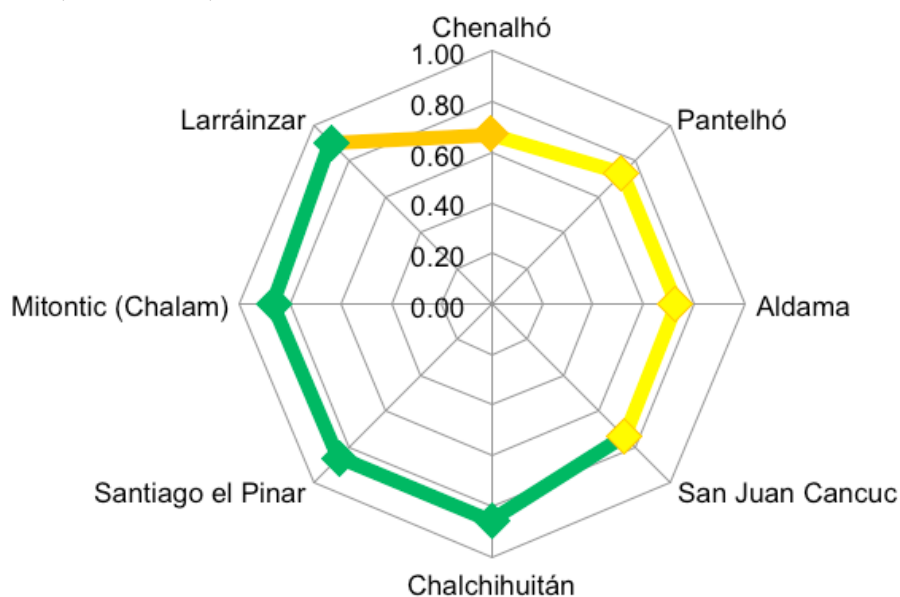
**CUADRO 9. ÍNDICES POR PAQUETES Y DIMENSIONES, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**

PROGRAMA	PAQUETE	SUBÍNDICE (MEDIA)
Pares	Tipos de servicio e información	0.82
Pares	Consejería y reconocimiento de los derechos de los y las adolescentes	0.86
Pares	Recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales	0.70
	<b>Índice general pares</b>	<b>0.80</b>
PROGRAMA	DIMENSIONES	SUBÍNDICE (MEDIA)
Pares	Administración	0.86
Pares	Prestación del servicio	0.77
Pares	Accesibilidad y continuidad	0.80
	<b>Índice general pares</b>	<b>0.80</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

Si analizamos el desempeño por municipios, podemos identificar que éste no es homogéneo. El más bajo fue Chenalhó con desempeño mediano (0.67), le siguen Pantelhó y Aldama (.73) y San Juan Cancuc (0.74) con desempeño adecuado y Chalchihuitán, Larráinzar, Mitontic y Santiago el Pinar (de 0.86 a 0.90) con desempeño bueno (Gráfica 10 y Anexo II: Cuadro II.10).

**GRÁFICA 10. ÍNDICE GENERAL DE DESEMPEÑO, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

## PAQUETES DE INTERVENCIÓN

### Tipos de servicio e información

Aunque los lugares donde se ubican los módulos por pares no son homogéneos todos disponen de privacidad, de un espacio específico, se pueden brindar consultas sin citas, se ofrecen servicios de consejería sobre ITS y métodos anticonceptivos, se da capacitación para la utilización del condón, AE, pruebas de embarazo, consejería sobre VIH-sida y consejería sobre matrimonio forzado y violencia doméstica. Estas intervenciones tuvieron buen desempeño.

Casi todos los módulos ofrecen servicios por las tardes o en horarios mixtos, idóneos para que acudan los estudiantes de secundaria o bachillerato, y casi todos contaban con equipo como proyectores y computadoras. Estas intervenciones tuvieron desempeño adecuado (Gráfica 11 y Anexo II: Cuadro II.11).

La difusión de los servicios y la disponibilidad de computadora para el manejo de materiales tuvieron desempeño mediano. Para los prestadores de servicios por pares es fundamental contar con este tipo de insumos.



Autora: Freyermuth, G., 2014.

Una joven responsable del módulo en Chalam, Mitontic, expresó lo siguiente respecto de la pertinencia de proyectar videos temáticos a las y los jóvenes:

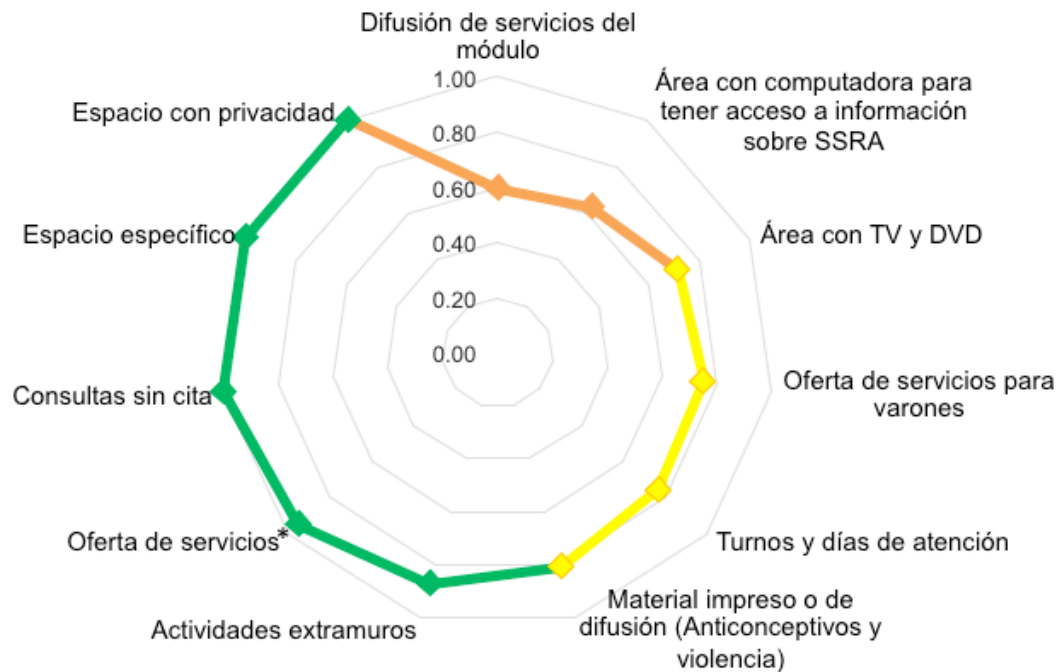
Bueno yo... proyectamos videos ahí a los jóvenes que llegan al módulo, para que entiendan bien las cosas... hay unos que sí les explicamos, a los hombres, pero no le entienden, mejor pongo un video, les proyecto un video y sí me lo entienden más o menos y lo explicamos otra vez para que entiendan bien los jóvenes... de VIH/sida, también de... sobre aborto también, sí, sólo eso tenemos. (Entrevista a responsable de módulo)

Una joven del municipio de Aldama comentó lo siguiente acerca de la necesidad de contar con videos para proyectar a los jóvenes, porque de esta manera les es más fácil asimilar la información:

Una vez me llegó me parece como nueve. Sí, me sorprendí tanto! Me decían este, llegó como a la una, una y media. Llegaron: Buenas tardes, podemos pasar, queremos el video. Ah bueno sí, pásenle. Tengo este video de violencia. Ah bueno, sí. Y ya les expliqué que las chavas también le interesa. Les expliqué del noviazgo. Como que ya les habían dicho, me recomendaron, por eso ya lo saben (risas). Pero ahora necesito más como los videos, para que me puedan facilitar, para que sea más fácil. Como de los derechos reproductivos, sobre la violencia intrafamiliar ya lo tengo. También sobre los métodos, eso también lo necesito más. (Entrevista a responsable de módulo)

Inclusive los prestadores de servicio por pares proponen organizar actividades más llamativas para adolescentes y jóvenes de sus municipios, entre las que mencionaron el cine y debate, o la organización y realización de juegos y/o deportes.

**GRÁFICA 11. ÍNDICES POR TIPO DE SERVICIO E INFORMACIÓN, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

\* Incluye los ítems C1801A - En este módulo ¿De qué manera se ofertan los servicios de SSRA? y C1802A - ¿Se realiza oferta de los siguientes servicios?

### Consejería y reconocimiento de los derechos de los y las adolescentes

En este paquete el manejo del tema VIH-sida y las pruebas rápidas para detección del VIH tuvo bajo desempeño que requiere atención urgente. En las entrevistas realizadas, ante la pregunta ¿Cuáles son las actividades que realizan para el proyecto? se mencionaron los temas de anticoncepción, AE, uso de condón, ITS y violencia; tanto en consejería como en pláticas en las escuelas nadie mencionó el tema del VIH-sida y las pruebas rápidas, lo cual se reflejó en este monitoreo en las encuestas realizadas en los módulos y en los usuarios simulados (Gráfica 12 y Anexo II: Cuadro II.12).

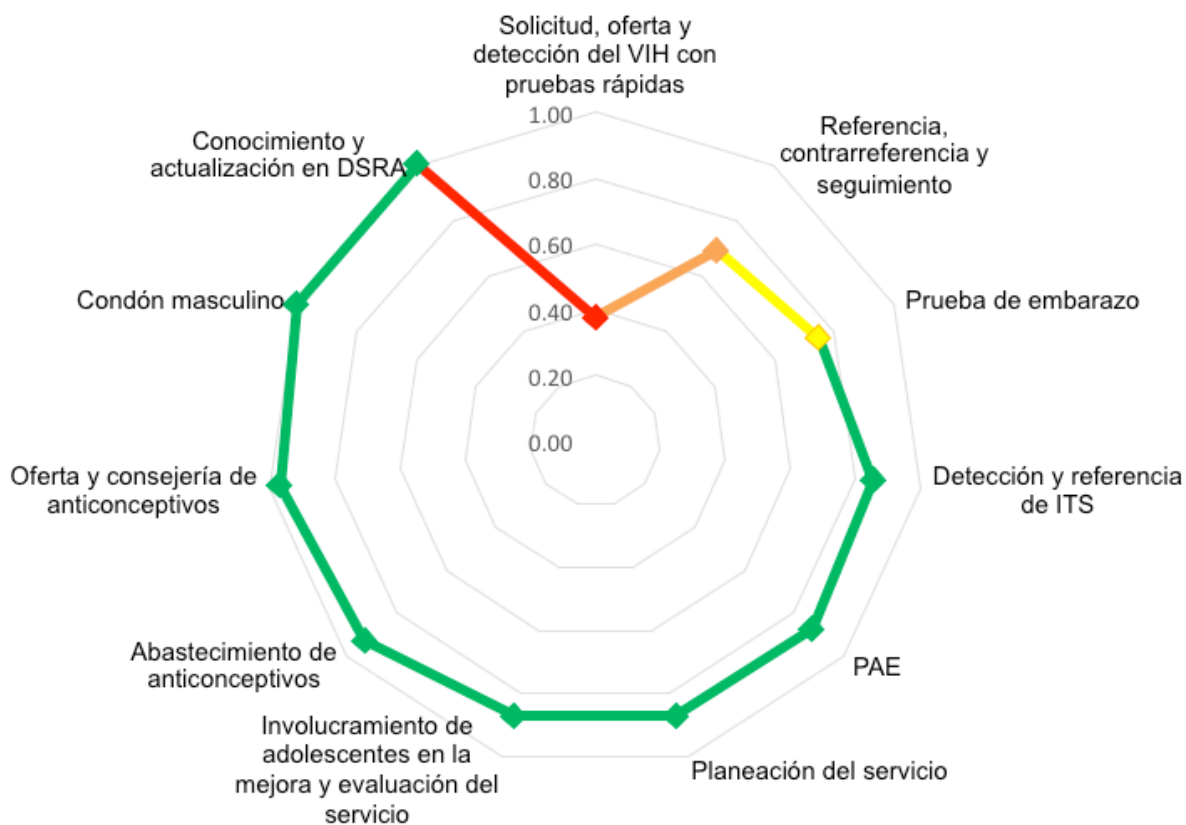
Hay que recordar que los módulos no tienen la capacidad para tratar ITS u otorgar pruebas rápidas, ni tampoco un anticonceptivo distinto al condón. Por ello el seguimiento de referencias y contrarreferencias es fundamental en estos módulos y su desempeño fue mediano. Cinco de los jóvenes entrevistados tienen relación con los servicios de salud, sin embargo el resto no y uno de ellos no sabía dónde se encontraba el CS y en tres casos no conocían al personal de salud, sin embargo, en cinco casos habían solicitado apoyo a los prestadores de los servicios de salud. En ocasiones las relaciones con los CS o clínicas son ambiguas: Por un lado abren espacios a los responsables de los módulos para que den pláticas a las y los beneficiarios de Oportunidades, no obstante, estos momentos y lugares son los del CS, entonces parece que en lugar de recibir apoyo del CS, las y los jóvenes dan apoyo al CS; por otro lado, el personal de otros CS se muestra renuente y sin interés de colaborar con los módulos.

Casi todos, 12 de los 13 entrevistados se habían relacionado con las autoridades de educación, es por ello que se tiene un buen desempeño en actividades extramuros, que consisten en dar pláticas en las escuelas secundarias o primarias, apoyando con temas como el desarrollo del cuerpo humano; a través de varias estrategias se vinculan con los enfermeros o enfermeras del ISECH o IMSS-O y utilizan el espacio que tienen de jóvenes con Oportunidades, hablan con los directores de las escuelas o las orientadoras para el acceso a grupos en el

Colegio de Bachilleres o el director refiere a los alumnos al módulo o los jóvenes se organizan para solicitar pláticas en el módulo. Los temas de mayor interés son aquéllos relacionados con métodos anticonceptivos.

No obstante en varios municipios la coordinación de actividades con algunas de estas instituciones no deja de estar exenta de dificultades. En algunas escuelas los directores o profesores se niegan a dar permiso a sus alumnos para asistir a alguna plática o evento organizado por los responsables de los módulos, argumentando que no tienen tiempo para esas actividades porque interfieren con su calendario escolar o bien porque “no les interesan esos temas”.

**GRÁFICA 12. ÍNDICES DE CONSEJERÍA Y RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

El resto de índices tuvo desempeño bueno y está relacionado con los temas que más utilizan en el módulo y con el involucramiento de los jóvenes en el servicio y su planeación.

Entre los casos que consideran exitosos nos refieren:

Un compañero en la escuela tuvo relaciones con su novia, se dio cuenta que no estaba bajando su regla, le ayudé, le di la prueba para detección de embarazo, resultó que no estaba embarazada, sólo se había retrasado. (Entrevista a encargado de módulo, julio, 2014)

Llegó un joven que tuvo relaciones y no se protegió, estaba preocupado, no sabía si había embarazado a su novia, después me dijo que no era su novia y le di una pastilla de emergencia, pero antes le dije que no podía andar así con cualquier mujer y embarazarla y que lo obliguen a casarse con ella, eso no es bueno, le dije. Les platicué cómo cuidarse. Esto pasó con un compañero de clase. (Entrevista a encargado de módulo, julio, 2014)

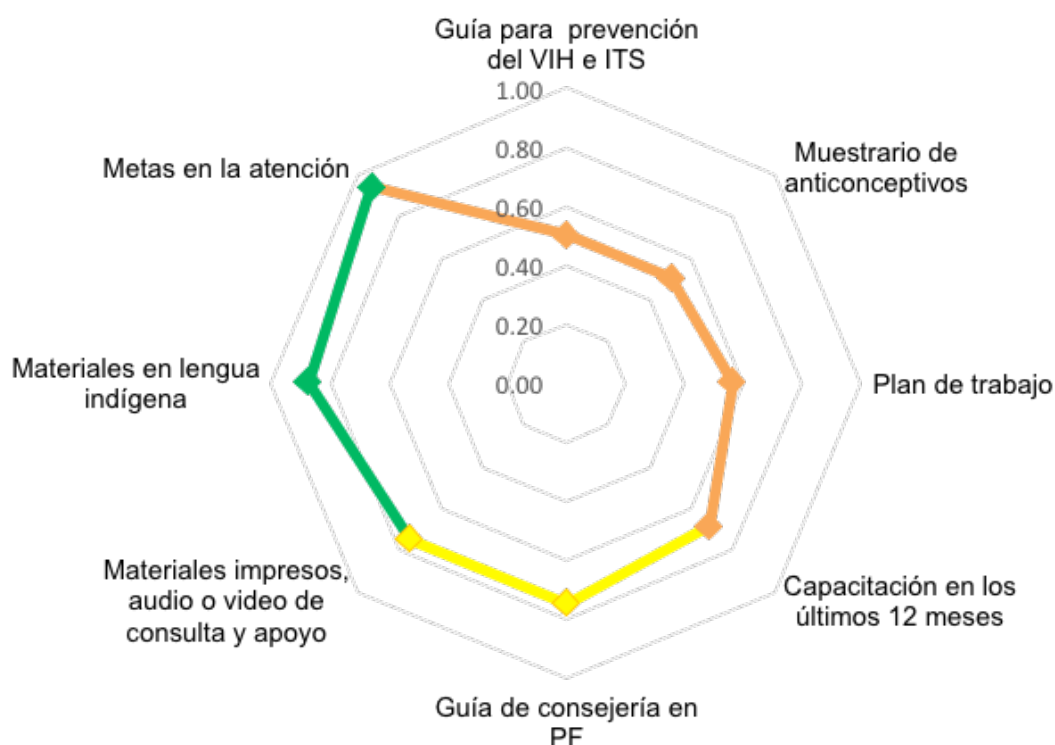
Una joven pensó que estaba embarazada [...] creía que estaba embarazada. Se le hizo la prueba del embarazo porque tenía retraso menstrual. Pero tenía anemia, le dijeron en la clínica. (Entrevista a encargada de módulo, julio, 2014)



## Recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales

Aunque en este paquete no se tuvieron calificaciones bajas, tres intervenciones tuvieron desempeño mediano: guías de prevención para VIH e ITS, guías de consejería de PF, disponibilidad de muestrarios de anticonceptivos y de plan de trabajo. Los jóvenes identificaron como áreas de oportunidad el abastecimiento de guías sobre SSR que se puedan consultar con los responsables del servicio y que los usuarios mismos puedan revisar para resolver sus dudas, así como materiales audiovisuales culturalmente adecuados sobre SSR, porque consideran que con lo disponible no es suficiente. Sería necesario “Crear materiales, como loterías, buscar a alguien que enseñe a hacer cajitas decoradas, manualidades y juegos” dijo una de las entrevistadas; “Pegar carteles, repartir folletos o hacer juegos” señaló otro de los encargados de los módulos por pares (Gráfica 13 y Anexo II: Cuadro II.13).

**GRÁFICA 13. ÍNDICES DE RECURSOS HUMANOS, CAPACITACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE MATERIALES, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



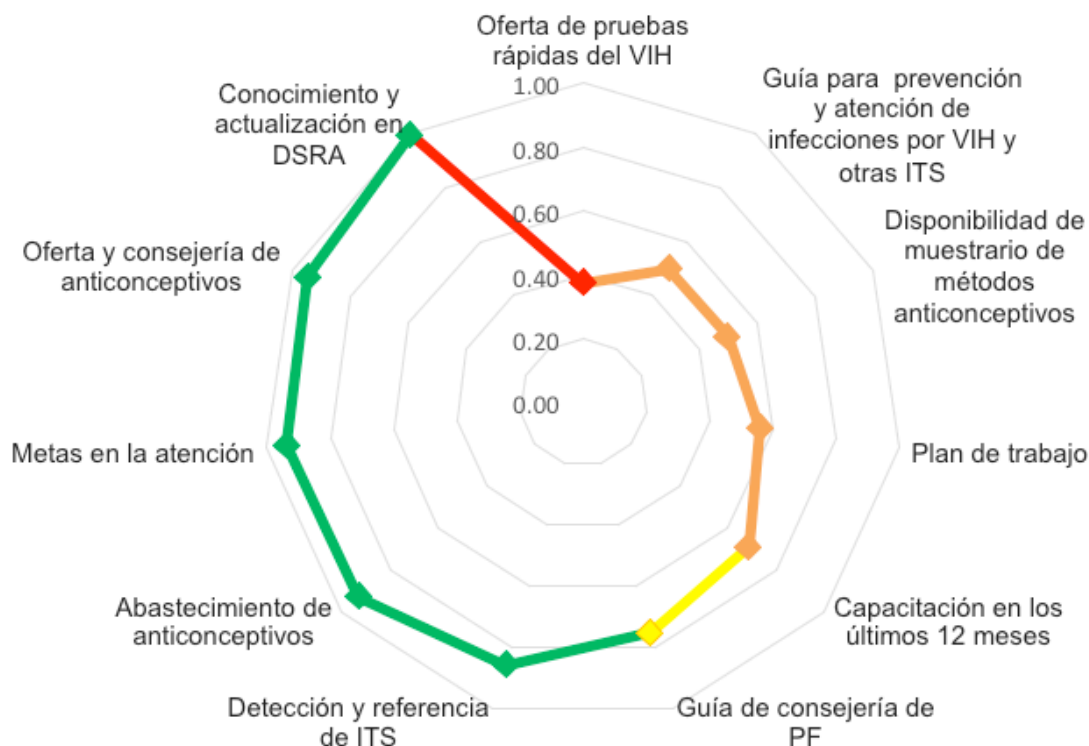
Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

## DIMENSIONES DE LOS SERVICIOS

La misma información obtenida en la encuesta es analizada desde otras ópticas. Se analizaron tres dimensiones: la administración con desempeño bueno de 0.86, la de prestación del servicio con índice de 0.77 y de accesibilidad y continuidad en el servicio de 0.80, ambas con desempeño adecuado. El índice general de dimensiones fue 0.80, también con desempeño adecuado.

La prestación del servicio incluye aspectos que contribuyan a la competencia técnica de la prestadora o prestador de servicios de salud como son guías y normas que permitan el acceso al conocimiento, capacitación y prácticas de atención.

**GRÁFICA 14. ÍNDICE DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO, MÓDULO POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

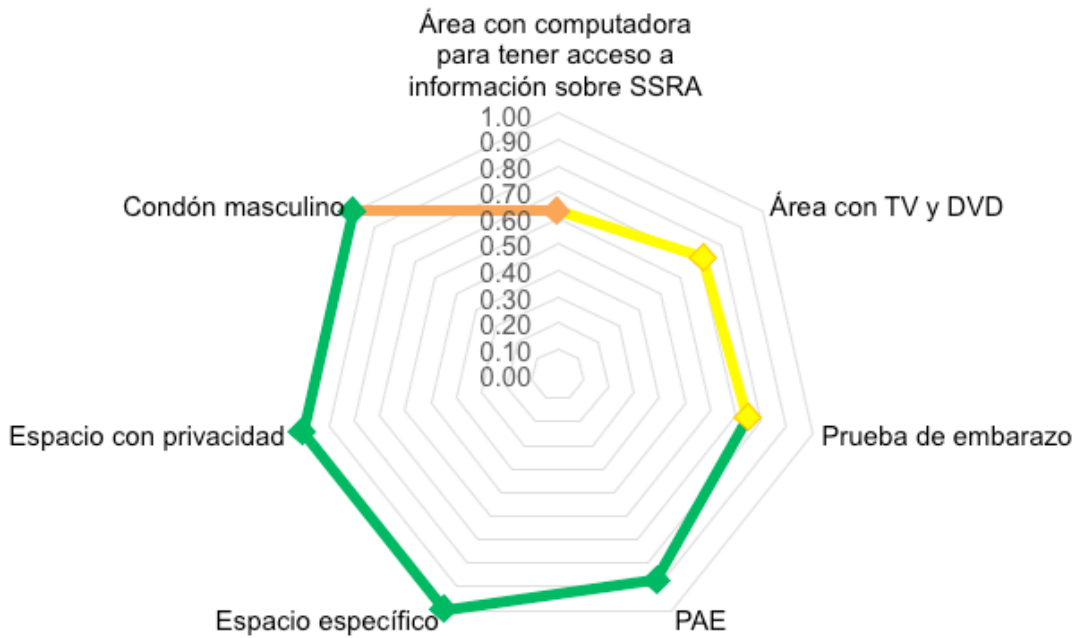
Las y los prestadores de servicio de los módulos por pares son capacitados a través de un diplomado a cargo de ACASAC y Sakil Nichim. La primera generación de jóvenes se capacitó a lo largo de un año, sin embargo al momento del monitoreo había jóvenes que recién habían ingresado como prestadores y a la capacitación que otorgan estas OSC, lo cual ha resultado en que los conocimientos no sean homogéneos.

En conocimientos nos interesaba reconocer la disponibilidad de archivos impresos, electrónicos, digitales o vía *internet* de materiales de difusión, información y educación para la orientación y consejería para adolescentes y, sobre todo, los criterios para otorgar métodos anticonceptivos a una o un adolescente con vida sexual activa, menor de edad, cuando la solicita. La disponibilidad de guías, plan de trabajo y capacitación tuvo desempeño mediano y adecuada disponibilidad de guías de consejería. El abastecimiento de anticonceptivos, la detección y referencia de ITS y metas de atención tuvieron buen desempeño (Gráfica 14 y Anexo II: Cuadro II.14).

La dimensión administrativa o de organización del servicio describe la disponibilidad de PAE, condones, pruebas de embarazo e infraestructura (Gráfica 15 y Anexo II: Cuadro II.15). El acceso a una computadora tuvo desempeño mediano, el área de atención con TV y DVD así como la prueba de embarazo tuvieron desempeño adecuado y el resto de índices tuvo desempeño bueno.

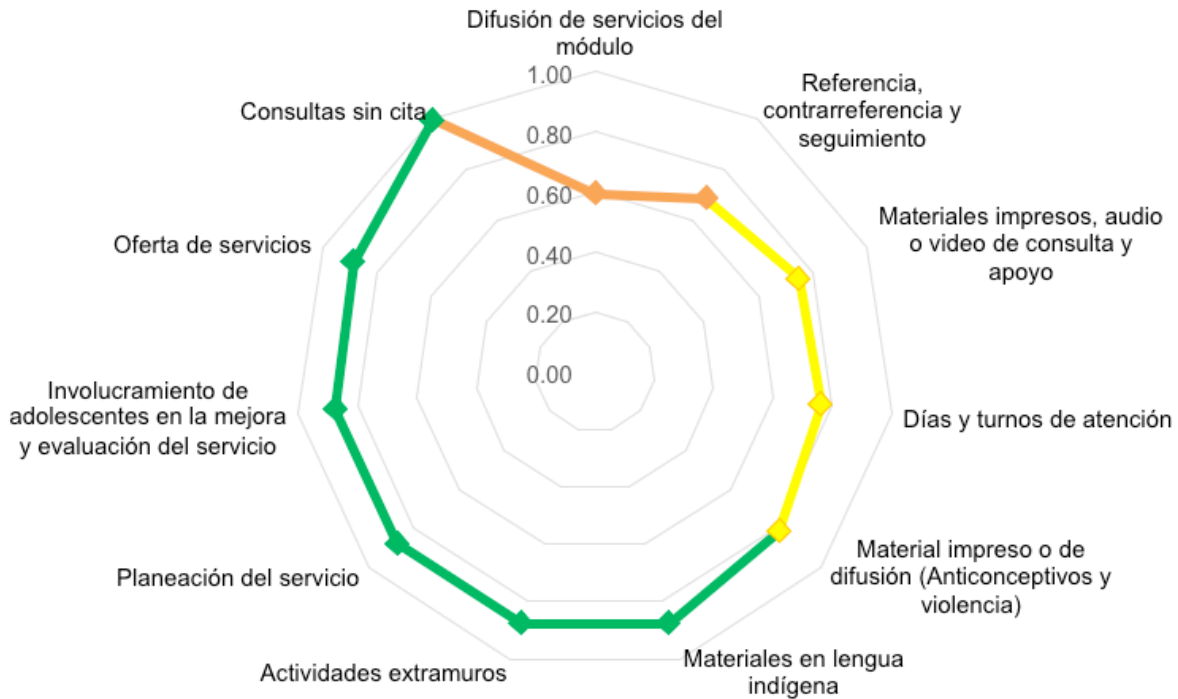
La última dimensión es la de accesibilidad y continuidad en el servicio e incluye aquellos aspectos que la aseguren, como materiales de difusión para la población, y referencia y seguimiento de pacientes. Los resultados muestran desempeño mediano en la difusión de los módulos y en la referencia y seguimiento de usuarias, el resto de índices presentó desempeños adecuados y buenos (Gráfica 16 y Anexo II: Cuadro II.16).

**GRÁFICA 15. ÍNDICE DE LA DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**GRÁFICA 16. ÍNDICE DE ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS Y LOS USUARIOS

Los ocho módulos monitoreados tienen periodos diferenciales de funcionamiento: los de Chalchihuitán, Santiago el Pinar y Aldama han prestado servicios durante todo 2014, Chanal, Chenalhó y Larráinzar tienen seis meses, San Juan Cancuc tiene tres meses y Pantelhó un mes. Solamente se obtuvo información de cinco módulos sobre los y las usuarias, registrando en este periodo 671 consultas personalizadas, 45% a mujeres y 55% a hombres; 94% de las y los jóvenes tenían 21 años y menos, y 6% entre 22 y 45 años.

El estado conyugal se asentó solamente en 23% de los registros, siendo en su mayoría solteros(as) (22%). El mayor porcentaje de consultas (70%) se ha dado en Santiago el Pinar y Chalchihuitán, la mayoría estudiantes; a quienes les preguntaron cómo se habían enterado del módulo señalaron que a través de pláticas y anuncios. La mayoría de usuarios(as) (más de 50%) se interesa en los métodos anticonceptivos, AE, embarazo, embarazo no planeado y matrimonio forzado, ITS y VIH, en ese orden de importancia.

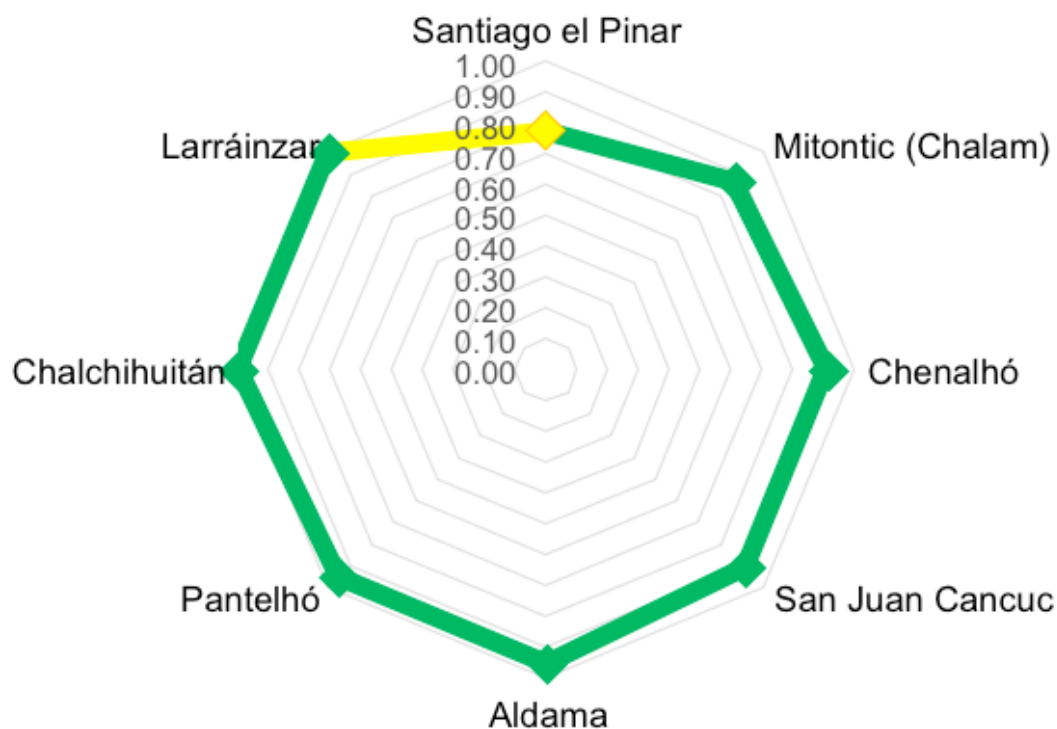
### Satisfacción de las y los usuarios

Las y los usuarios simulados que participaron en este estudio son jóvenes tsotsiles (una mujer y un hombre) y jóvenes tseltales (una mujer y un hombre), quienes solicitaron atención relacionada con la SSR en los ocho servicios.

Con estos resultados construimos un paquete de satisfacción del usuario que permitiera dar cuenta de las competencias humana, cultural y técnica para la prestación del servicio e incluimos el análisis cualitativo que se realizó a partir de las narrativas de la experiencia de estos usuarios.

Podemos reconocer que, con excepción de Santiago el Pinar, todos fueron calificados con buen desempeño (Gráfica 17 y Anexo II: Cuadro II.17).

**GRÁFICA 17. ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO(A) POR MUNICIPIO, MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

Los aspectos evaluados se pueden reconocer en la Gráfica 18, que considera: espacio con privacidad y manejo de privacidad; acceso al servicio que incluye tiempo de espera, accesibilidad del módulo, requisitos para conseguir una consulta, sensibilidad del prestador o prestadora y trato amable, que pueden ser elementos de evaluación de la competencia humana y se basa en la percepción de los usuarios o usuarias; la resolución del problema por el que acudió a consulta, que se basa en la capacidad técnica del prestador o prestadora y el lenguaje utilizado, que estaría traduciendo la competencia cultural en el servicio.

En los resultados destaca que casi todas las intervenciones fueron calificadas con buen desempeño, el manejo de la privacidad con desempeño adecuado y la resolución de la solicitud con mediano desempeño (Gráfica 18 y Anexo II: Cuadro II.18).

La competencia cultural está determinada, como se ha señalado, no sólo por el manejo de la misma lengua, sino por la empatía de las y los jóvenes en los problemas de sus coetáneos.

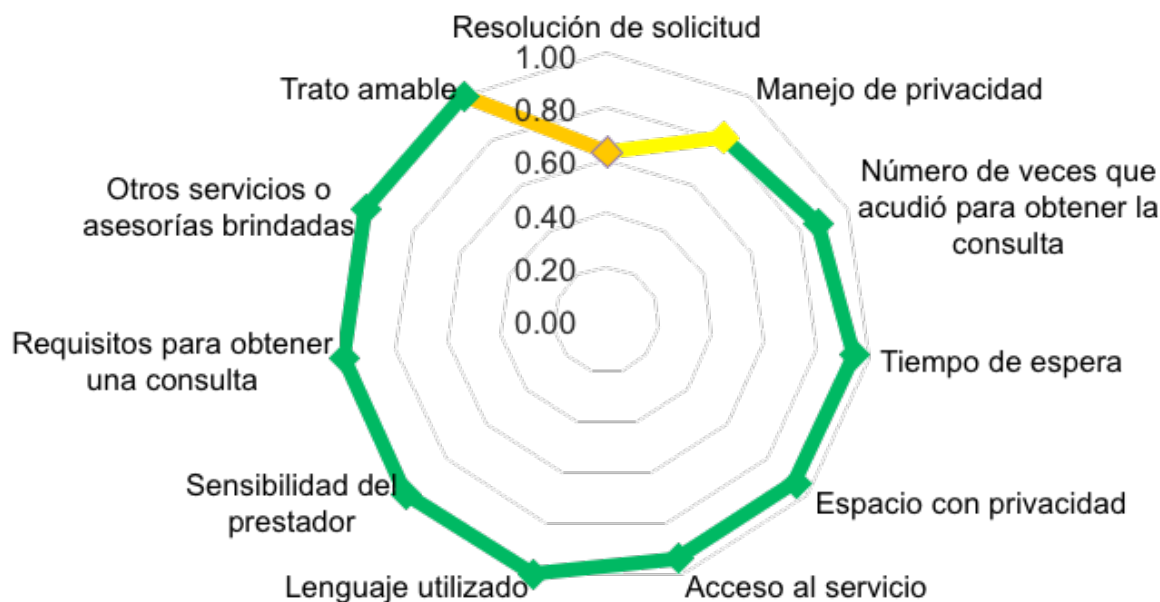
Los y las usuarios mencionaron que se sintieron bienvenidos al módulo y muy cómodos durante la consulta. Un elemento que puede ser conflictivo es la diferencia de sexo entre usuario y prestadores. Una de las prestadoras de servicio del módulo indicó sentirse “[...] antes nerviosa, ahora más tranquila, perdí el miedo, con seguridad” y uno de los jóvenes señaló “Al inicio con pena, después cómodo, ya no me da pena, porque manejo mejor los temas.”

Otra joven expresó sentirse:

Muy bien y segura de lo que digo porque no veo mal hablar de eso. Algunos no lo toman en cuenta, lo ven como un relato de la misma manera. Me siento bien explicándoles, con mi compañero.

También señalaron el interés que mostraron las y los usuarios por el problema que les aquejaba, que llegó a ser no sólo de su interés sino una genuina preocupación, la transparencia con la que señalaron sus limitaciones cuando tenían que resolver un problema de ITS.

**GRÁFICA 18. ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE USUARIO(A), MÓDULOS POR PARES, LOS ALTOS, CHIAPAS, 2014**



Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

## A continuación incluimos la narración de un caso donde la diferencia de sexos fue problemática:

Julia llegó al módulo y sólo tuvo que esperar un minuto para que la atendiera el joven responsable. Con un trato muy amable se sentó en su escritorio y prestó atención al caso que Julia iba a exponerle. Ella le dijo que hacía algún tiempo había tenido relaciones con su pareja y ahora estaba preocupada porque se había enterado de que esa persona había estado con otras mujeres, así que quería saber si su pareja estaba sana y si no le había contagiado alguna enfermedad, como el VIH.

El joven puso atención a sus preguntas y le explicó que el VIH se transmite a través de relaciones sexuales, por medio de objetos punzocortantes como rastrillos, cuando te realizas un tatuaje o vía jeringas que han sido previamente utilizadas por otra persona. Le dijo que la forma de prevenirlo es a través del uso del condón y que podía acudir a un centro de salud a que le aplicaran una prueba rápida para que saliera de dudas.

Julia preguntó si el VIH/sida era la única enfermedad que se podía adquirir teniendo relaciones sexuales. El responsable del módulo le dijo que había otras enfermedades, como el herpes y empezó a buscar entre los papeles que tenía en el escritorio. Después de un momento le dijo a Julia que por el momento no contaba con los documentos necesarios pero que sí había otras enfermedades. Le recomendó regresar al otro día, en otro horario, cuando el módulo era atendido por una mujer. Hasta ese momento toda la consulta había sido en tsotsil pero el joven empezó a hablar en español y le dijo, apenado, que sí tenían información sobre otras enfermedades pero en ese preciso momento no contaba con ella. Desde que empezó a decirle el motivo de la consulta, Julia percibió al joven un poco nervioso, especialmente cuando ella le dijo que había tenido relaciones sexuales con su pareja y estaba preocupada, pero aun así se sobrepuso y continuó escuchándola. Al dar su explicación el joven se puso nervioso otra vez, Julia notó que no encontraba palabras en tsotsil para explicarle y echaba mano de palabras en español para ayudarse, estaba incómodo.

El joven le explicó qué es el VIH/sida, sus formas de contagio y las maneras de prevenirlo. Le habló de la prueba rápida y le dijo en qué consistía, aunque no le informó sobre las consecuencias de que ésta resultara positiva o negativa, ni qué tan confiable era.

Le explicó cómo se pueden prevenir las ITS pero no le dijo qué molestias ocurren en caso de una ITS, seguramente porque le daba vergüenza. Le habló del preservativo pero no de otros métodos para prevenir un embarazo.

## Solicitud de consulta por ITS en un joven varón:

Cuando Óscar subió las escaleras que llevan a las oficinas del DIF municipal, se encontraban en la puerta unos señores que cuidan. Les preguntó por el módulo de atención a jóvenes y le indicaron el lugar. La puerta del módulo estaba abierta y pudo observar a dos varones y una señorita que se encontraban dentro con una señora que parecía ser una maestra. A Óscar no le fue difícil entrar a la consulta, sólo tuvo que esperar dos minutos antes de que la maestra les indicara que lo atendieran.

Una vez adentro les dijo a los tres jóvenes que le daba pena hablar de su caso con la muchacha ahí, así que le pidió que los dejara solos. Ella accedió y salió del consultorio. Enseguida los dos varones preguntaron el motivo de su llamada y él les contó que hacía una semana había tenido relaciones sexuales sin protección y ahora sentía picazón, dolor y ardor al orinar.

Uno de ellos le dijo que actualmente existe una serie de enfermedades que les pueden dar a los hombres. Óscar les dijo que le daba pena y el otro joven le comentó que no sintiera vergüenza porque a cualquiera le puede suceder y estaban entre hombres, que la muchacha ya había salido. Le contó la historia de uno de sus primos, al que le pasó lo mismo pero por pena no quiso ir a que lo revisara un médico. Cuando ya estaba grave, ante la necesidad de que lo ayudaran, se le quitó la pena y “hasta con las enfermeras se encueró”. Por eso, le dijo el joven a Óscar, no debía tener pena.

Le preguntaron si tenía granitos, pus, algo así como quemaduras o si le salía agua amarilla del pene. Óscar respondió que no. Le preguntaron también si tenía dolor de cabeza, fiebre o mareos y él respondió negativamente.

Uno de los jóvenes le dijo que probablemente tenía gonorrea, por los síntomas que les había expuesto. Le dijo que descartaba el sida “porque cuando te da el sida te da mucho mareo, fiebre, mucho vómito” y remató: “pero no creo que tengas esa enfermedad, gracias a Dios”.

Le preguntaron si era alérgico a algún medicamento y al contestar que no, le dijeron que le podía ayudar una inyección de penicilina o ampicilina tomada, al mismo tiempo que le advirtieron que dolía mucho. Le indicaron que lo mejor era que lo revisara un médico, uno de ellos le recaló la importancia de que lo viera un médico y se ofreció a acompañarlo al día siguiente con un doctor que él conocía, que no debía tener pena porque si no, no se iba a curar.

Le preguntaron después si conocía los condones y Óscar dijo que no. Le enseñaron un condón y cómo ponerlo, utilizando un modelo anatómico de un pene (dildo) que ellos mismos habían elaborado. Primero colocaron el condón en el modelo anatómico y luego le dieron la explicación. Le dijeron que debía ver la fecha de caducidad, abrir la bolsita por las puntas, colocar el condón en el pene y al terminar la relación sexual, sacar el condón tomándolo con papel higiénico “para que no quedara la enfermedad de la mujer” en sus manos.

Los jóvenes insistieron en que lo debía revisar un médico y le dijeron a Óscar que en el DIF había una doctora, que le podían llamar. Él les respondió que le daba pena que lo revisara y le contestaron que no lo iba a revisar, que sólo le iba a indicar qué medicamentos tomar. Hasta ahora, toda la interacción de Óscar con los vigilantes y los jóvenes del módulo había sido en tseltal. Cuando entró la doctora, uno de los chicos le expuso el caso de Óscar y la médica dijo en español que era importante que lo revisara un médico, que no podía determinar qué medicamentos recetarle sin una revisión, le dijo que el centro de salud estaba abierto por las tardes y si sentía que su caso era muy grave, tendría que ir a un hospital. Uno de los jóvenes se ofreció a acompañarlo al hospital en ese momento. Óscar exclamó que ya sabía dónde estaba el hospital y se apresuró a dar las gracias por la atención y a salir del módulo. Uno de los jóvenes le dio su teléfono para que le llamara y les informara si lo habían atendido en el hospital.

Óscar consideró que los jóvenes estuvieron muy preocupados por su caso y en todo momento fueron muy amables, pero señaló que les hace falta capacitación sobre ITS y VIH/sida, además de materiales para que puedan mostrar a los pacientes los diferentes métodos y enfermedades, recuerda que como no tenían papel higiénico para retirar el condón del dildo, usaron una hoja de papel *bond*. Por otra parte, percibió que los dos jóvenes utilizaban para explicar estos temas, muchas palabras prestadas del español, porque no encontraban traducción al tseltal.

Los jóvenes no tocaron el tema de la prueba rápida para el VIH/sida, así que tampoco le dijeron en qué consiste, qué tan confiable es ni qué consecuencias tendría en caso de que fuera positiva o negativa.

En la mayoría de los módulos no ofertaron la prueba rápida, no mencionaron en qué consiste, su confiabilidad o las consecuencias de que fuera positiva. En algún caso el responsable no sabía de la existencia de esta prueba.

En todos los casos los usuarios simulados describieron los módulos como espacios limpios y ordenados, con privacidad. Todas las consultas realizadas fueron atendidas por los responsables en tsotsil o en tseltal. En algunos módulos las explicaciones sobre las dudas expresadas, así como sobre la existencia y prevención de ITS y VIH/sida, las molestias que ocasionan y la utilización de métodos anticonceptivos, fueron extensas y claras. La atención fue expedita y los usuarios simulados prácticamente no tuvieron que esperar a que los atendieran, además de que reportaron trato amable y respetuoso.

En varios casos los usuarios simulados mencionaron la falta de materiales en los módulos para que les explicaran o les enseñaran los distintos métodos de PF y de prevención de ITS y VIH/sida. En algunos casos no tenían un dildo adecuado para mostrar el uso del condón, papelería, condones suficientes o muestrarios con los diferentes métodos, por lo que los tenían que dibujar en hojas blancas para enseñar cómo son.

Las explicaciones de los responsables en varias ocasiones fueron incompletas. Por ejemplo a una joven que fue a pedir información sobre la pastilla de emergencia y métodos anticonceptivos, la responsable del módulo sólo le habló del condón masculino y del parche, le dijo que existía el condón femenino pero no tenía uno a la mano y no mencionó otros métodos. En otros casos los responsables expresaron dudas o vergüenza en su explicación, pidieron a los usuarios regresar al otro día para completar la información.

En algunos casos el horario de funcionamiento de los módulos se complicó porque se encuentran ubicados en las instalaciones del DIF o la presidencia y los responsables dependen de que abran o no esos espacios. Generalmente la asistencia de los responsables era puntual, sólo hubo un caso en que la responsable llegó casi una hora tarde. Únicamente en un par de casos se les complicó el acceso al módulo, en uno de ellos porque no había un letrero que indicara dónde estaba el módulo y en el otro porque éste se encontraba en la presidencia y los policías que cuidaban la entrada no dejaban entrar al usuario y le preguntaban por qué quería entrar, lo que le incomodó.

## Perspectiva intercultural (lengua indígena y usos y costumbres)

Una ventaja sobre la pertenencia de estos jóvenes a su comunidad no solamente radica en que saben la lengua y las costumbres sobre salud y enfermedad sino que conocen las problemáticas de las y los jóvenes, entre las que han identificado: relación con padres de familia, embarazo no planeado, embarazo a temprana edad, matrimonio forzado, adicciones, deserción escolar, violencia doméstica, alcoholismo, padres alcohólicos e hijos alcohólicos y desigualdad de género. Un aspecto que se pudo reconocer en la prestación de servicio a través de las y los usuarios simulados es que se sintieron muy cómodos con la atención por parte de estos jóvenes y reconocieron que los problemas de consulta los asumieron como propios, mostrando verdadera preocupación.

No obstante, al menos en dos ocasiones los usuarios simulados mencionaron las dificultades a las que se enfrentan las y los jóvenes responsables de módulos para traducir ya sea al tsotsil o al tseltal, términos referentes a las ITS o al VIH/sida. Si los responsables de módulos no encuentran palabras que traduzcan estos términos técnicos, se puede suponer que los jóvenes de sus municipios que acuden a pedir información no entiendan dichos conceptos. En futuros talleres sería recomendable identificar con ellos una lista de estos términos y encontrar juntos frases o maneras de traducirlos a sus respectivos idiomas.

## DOCUMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

La disponibilidad de pruebas de embarazo y PAE permite proporcionar servicios adecuados al tema del embarazo no planeado.

La atención en los módulos de ACASAC es culturalmente competente en términos de ser atendidos por pares, jóvenes que comparten los mismos valores y normas culturales que las y los usuarios, comprenden las dificultades que enfrentan adolescentes y jóvenes en sus municipios, porque ellos son también adolescentes y jóvenes. De esta forma saben cómo dirigirse a ellos, conocen las formas de tratar con autoridades y padres de familia temas delicados como las ITS y el VIH/sida, saben cómo empezar a sensibilizar a los adultos sobre los problemas que aquejan a las y los jóvenes así como sobre sus DSR. Así, varias y varios responsables de módulos nos informaron que con los padres o las autoridades empiezan hablando de la importancia de que sus hijas no se embarquen a temprana edad y del significado que tiene el hecho de que los hombres se protejan de tener una ITS, lo que posibilita la intervención en problemáticas locales como el matrimonio forzado.

Involucrar a jóvenes en actividades extramuros y sacarlos del espacio escolar, ver con ellos una película y después darles una plática sobre SSR, jugar basquetbol, mostrarles videos temáticos, son otras formas de compartir la información con ellos de manera más humana.

Estar capacitados sobre los DSR y el respeto a la diversidad sexual, otorga a las y los jóvenes responsables de módulos de ACASAC las competencias humanas para saber ponderar el valor de las y los usuarios como personas y no interponer prejuicios o actitudes despectivas en las consultas. Lo anterior no sólo les brinda herramientas para la mejor atención de sus usuarios, sino que los hace mejores personas. En todos los casos los usuarios simulados reportaron trato respetuoso y amable, con seriedad a la hora de tratar temas delicados como la sexualidad o al momento de dejar al usuario que practique la colocación del condón de muestra, lo que determina su competencia y habilidad para enseñar el uso del condón con la ayuda de materiales artesanales.

Las buenas prácticas se pueden registrar también a través de documentación de casos exitosos en la atención de adolescentes y jóvenes usuarias y usuarios de los municipios, sobre temas de AE, pruebas de embarazo o matrimonios forzados. A continuación reproducimos algunos testimonios al respecto:

Tengo una conocida, no es amiga, simplemente es mi conocida, nos llevamos bien, pero un día me contó que... que sí, que tuvo relaciones y que tenía miedo que estuviera embarazada [porque no utilizaron protección] y ya habían pasado dos días y ya... ella tenía miedo; no sabía qué hacer y yo le recomendé la pastilla de emergencia. [La tomó]... Pues si no fuera por eso, hubiera quedado embarazada. (Entrevista a responsable de módulo, Chalchihuitán)



Pues un compañero de la escuela llegó, tuvo relaciones creo que con su novia. Entonces su novia se dio cuenta que ya no estaba bajando su regla y me pidió ayuda. Me dijo, oye pues lo que pasa es que yo hice esto con mi novia y pus no sé qué hacer, ayúdame. Entonces pues yo [le dije] ¿no te has enterado que nosotros estamos dando módulo y todo allá abajo? Entonces yo le ayudé y le di prueba de embarazo y resultó que no, que nada más se retrasó. Y de ahí pues como se enteró que nosotros estábamos atendiendo en el módulo allá, ahorita ya está llegando, cada vez que creo tiene relaciones con su novia, llega a comprar condón o pastilla de emergencia... [la pastilla de emergencia] no es anticonceptivo, de hecho ya le he dicho, cuando hay una emergencia que es cuando se rompe el condón; también no se usa varias veces, sólo se usa una vez al año, o dos cuando mucho. Y de hecho o sea, le conté todo lo que sé y como le dije a mi compañero que si tienes relaciones sexuales diario, o semanalmente, es mejor que ella use pastillas de 28 días ó 21 días. (Entrevista a responsable de módulo, Chalam)

Es una chava, tenía problemas familiares donde este... la vieron pues así, con su novio. Su papá y su mamá. Y pues me dijo una amiga pues que si podría apoyarla y fui a buscarla a esa chavita y le dije tal información que... sobre el noviazgo y pues le di consejos y pues sí le solucioné el problema... pues le dije que si te casan a fuerzas no te dejes, simplemente sé fuerte y no te dejes intimidar por tus padres porque también tienes tus derechos... [Le dijo en tsotsil]... "Tú tienes tu palabra como mujer". Pues [ella] platicó con sus padres y también llegó el novio a platicar con los padres y sólo les dieron permiso nada más [de ser novios]. Pues que todo salió bien. (Entrevista a responsable de módulo, Larráinzar)

## ÁREAS DE OPORTUNIDAD

### Infraestructura

Los jóvenes identificaron como áreas de oportunidad, para algunos módulos, el abastecimiento de materiales de oficina como papelería y plumones; información escrita como una guía sobre SSR que se pueda consultar para investigación por adolescentes y jóvenes o para resolver dudas, así como materiales audiovisuales culturalmente adecuados sobre SSR, DSR, violencia intrafamiliar, métodos anticonceptivos, embarazos no deseados, drogadicción. En general sobre los temas que más aquejan a los y las jóvenes de sus municipios.

En general estas recomendaciones hechas por jóvenes se dirigen a realizar actividades más atractivas para adolescentes y jóvenes de sus municipios, entre las que mencionaron el cine y debate, así como organización y realización de juegos y/o deportes, realización de murales sobre temas de salud para jóvenes, láminas sobre anatomía del cuerpo humano. En algunos módulos se necesitan sillas y mesas para realizar actividades con jóvenes. En este sentido, ACASAC tiene el reto de crear o fomentar la creación de más materiales didácticos, como imágenes y dibujos para que los responsables de módulos puedan variar sus actividades.

Otra recomendación fue la propuesta de continuar con la gestión a nivel municipal, con el apoyo de Sakil Nichim Antsetik y ACASAC para mejorar los espacios, por ejemplo cuando no hay luz o los espacios que son muy pequeños o se encuentran en lugares que comprometen la privacidad y confidencialidad de los jóvenes que van a pedir información o atención.

El lugar no es tan adecuado y a veces cierran y nadie puede pasar. Además se encuentra hasta el fondo. Hay mucha gente afuera, es lo que... no sé... les da pena a los jóvenes entrar. Las mujeres casi no llegan... de vez en cuando llegan, pero llegan más hombres, además los polis municipales, hay veces que las molestan. Así que el lugar no es muy adecuado. No es fácil, lugares no hay muchos... Fuimos al DIF, pero es igual y Casa de la Cultura está muy retirado y se juntan muchos borrachos. Así que no conviene... (Entrevista a responsable de módulo)

### Perfil del personal que atiende los módulos

Una capacitación más amplia sobre temas vinculados con la SSR, fundamentalmente ITS y VIH-sida. Algunos jóvenes todavía tienen información confusa sobre métodos de prevención y detección del embarazo, como la AE y pruebas de embarazo; otros tienen información errónea sobre el VIH/sida al asumir que la fiebre y el vómito son parte de la sintomatología de ser portador del VIH y desconocer los tiempos de incubación del virus y su detección por medios clínicos.

Me dijo “Tengo un problema, me pasó esto”... “No te preocupes” dije. “Me puedes comprar una prueba... una para aborto...” “No pero espera, le dije, primero tienes que hacer la prueba, para confirmar si es cierto... porque si no estás embarazada puedes quedar estéril porque es un aborto.” Tuvieron relaciones. No se protegieron... “Tienes que hacer la prueba.” “¿Cuánto cuesta?” dijo. Pues 40 ó 50 pesos... “¿Puedes hacer el favor?”... como tengo amigos que vienen a dejar medicamento acá, por eso pedí ayuda y me trajeron dos pruebas. Sí lo trajeron, salió bien. Y estoy contactando a los jóvenes, mujeres y hombres, para que todavía no tengan relaciones. Todavía no están preparados. Y que si en algún caso, pues que se protejan. (Entrevista a responsable de módulo, Cancuc)

Respecto a la formación de quienes atienden los módulos, las y los entrevistados sugirieron que los talleres de capacitación fueran más dinámicos, con más sociodramas, dibujos, títeres; mayor interacción, porque a veces son muy teóricos y como en ocasiones duran todo el día, pueden ser tediosos y se pierde la concentración.

El perfil de las y los jóvenes que actualmente atienden los módulos se enfrenta con un problema de horario. Casi todos son estudiantes y no pueden hacer promoción en las escuelas por las mañanas ni en otras instituciones como el CS, porque a la hora que ellos salen de la escuela esos lugares están cerrando, así que en la tarde no tienen muchos espacios donde interrelacionarse porque la mayoría funcionan por la mañana.<sup>27</sup> Tal vez si uno de los responsables del módulo no fuera estudiante, sino alguien que salió de la secundaria o preparatoria y que sigue viviendo en el municipio, la promoción, que es una actividad muy importante y se tiene que realizar constantemente, pudiera mejorar, además de que se captaría un sector de jóvenes al que no se está llegando.

La selección de asistentes al diplomado y a los talleres de formación, a nivel municipal, se dejó en muchas ocasiones a consideración de las orientadoras de las escuelas o de las directoras del DIF. Este procedimiento determinó que el perfil de los seleccionados fuera decidido por el criterio de estos actores, desdibujando el perfil buscado originalmente por el proyecto y permitiendo, algunas veces, prácticas clientelares. De esta manera algunos jóvenes llegaron a los talleres y resultaron seleccionados porque no había otro candidato o de manera accidental. El interés por el trabajo en el módulo en ocasiones quedó de lado y algunos seleccionados fueron elegidos de forma circunstancial, cuando en realidad no tenían interés por concursar por un lugar en el módulo.

### **Desempeño de los servicios**

Las y los responsables de los módulos han hecho hincapié en la necesidad de invitar a más jóvenes a los módulos, tanto mujeres como hombres, y realizar más promoción del módulo, por lo que solicitan mayor acompañamiento de Sakil Nichim Antzetik y ACASAC en la gestión de nuevos espacios de promoción con instituciones y autoridades del municipio y de sus comunidades. También han manifestado interés de que se les visite más seguido, para dar cuenta de que están trabajando, para documentar las buenas prácticas y las experiencias exitosas.

Como dije hace rato, la única forma para que podamos hacer funcionar el módulo... es que haya más seguimiento. Yo sé que es difícil, pero más... que den seguimiento, por lo menos una vez cada 15 días o una vez al mes. Una vez al mes estaría bien... ya tiene tiempo [que no vienen]... a veces pienso ¿por qué no vienen?... para que se den cuenta que sí hay movimiento, que sí llegan los jóvenes. (Entrevista a responsable de módulo, Chalchihuitán)

La verdad, pues que chequen más o menos cómo voy y que me den algunas ideas más o menos de cómo puedo hacer, sobre cómo dar pláticas, cómo llamar la atención. (Entrevista a responsable de módulo)

En las entrevistas se percibe que algunos responsables de módulos han hecho poca promoción. Algunos no tenían un plan de trabajo semanal o mensual, con ciertas metas a cubrir (índice de .56).

En las entrevistas con quienes atienden los módulos, casi no mencionaron organizaciones existentes en sus municipios pero en realidad debe haber organizaciones o lugares de reunión de adolescentes, hombres

<sup>27</sup> Reporte interno de entrevistas a responsables de módulos, realizado por Armelle Sacher.

y mujeres. Por las tardes por ejemplo, casi cuando empieza a anochecer, en varios municipios salen adolescentes y jóvenes, varones y mujeres, a pasear por el parque. Esos espacios y otros donde se reúnen grupos de mujeres, de deportes o de otras actividades, se pueden aprovechar para entablar relaciones con otros grupos y organizaciones en los municipios y comunidades, a fin de llegar a más jóvenes y promocionar los módulos. Resulta importante:

[...] que también se haga un mapeo de actores a nivel municipal, para saber quiénes están, qué es lo que hacen y valorar las posibilidades de colaborar con ellos. Esto podría ayudar a los responsables del módulo para difundir más información. (Reporte interno de entrevistas a responsables de módulos, realizado por Armelle Sacher)

### **Perspectiva intercultural (lengua indígena y usos y costumbres)**

Tanto los usuarios simulados como algunos responsables de módulos mencionaron las dificultades a las que se enfrentan las y los jóvenes que atienden los módulos para traducir ya sea al tsotsil o al tseltal, términos referentes a las ITS o al VIH/sida. Si los responsables de módulos no encuentran palabras que traduzcan estos términos técnicos se puede suponer que los jóvenes de sus municipios que acuden a pedir información no entiendan dichos conceptos. Esto representa un reto para el proyecto y en este sentido, la coordinadora del proyecto en ACASAC se percató de que tendría que realizar talleres formativos con responsables de módulos en tsotsil y el tseltal, porque de otro modo las y los jóvenes no contaban con el vocabulario para explicar en palabras correctas cuestiones de sexualidad. Los talleres se daban en español (con algunas intervenciones en la lengua) porque se tenían dos grupos lingüísticos. A partir de esta recomendación los talleres se duplican a tsotsil y tseltal. A continuación el testimonio de un responsable de módulo:

Para mejorar, en la forma, de cómo decirlo con palabras más sencillas para que nosotros lo podamos compartir después con otros jóvenes. (Entrevista a responsable de módulo)

## **BARRERAS QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES INDÍGENAS EN EL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON BASE EN RESTRICCIONES INSTITUCIONALES, SOCIOCULTURALES Y/O ECONÓMICAS**

La principal barrera es que los llamados SA como servicios especializados para adolescentes que implicarían exclusividad y servicios comprensivos no están disponibles en las comunidades indígenas. Por ello, como se documentó en este monitoreo, frecuentemente los y las adolescentes son canalizadas a servicios regulares de atención, con el consecuente abandono de la consulta o asesoría.

Las y los jóvenes que pueden acudir a buscar atención en la SSA sobre temas de SSR son quienes cursan la secundaria y preparatoria. Generalmente los horarios de clases en sus escuelas son matutinos y las horas en las que la SSA atiende, también. Las y los jóvenes podrían acudir en la tarde pero en esos horarios la SSA ya no da servicio, por lo que se dificulta la búsqueda oportuna de atención. No hay estrategias para aquellos adolescentes que solamente cursaron la primaria y que no continúan sus estudios.

Las visiones tradicionales acerca de los temas relacionados con la sexualidad siguen predominando en sectores de la población y se convierten en barreras para que adolescentes y jóvenes tengan acceso a información sobre SSR. En las entrevistas con jóvenes responsables de los módulos por pares, varios de ellos y ellas coincidieron en apuntar que en ocasiones los maestros de las secundarias o preparatorias les impedían dar pláticas u organizar una actividad con estudiantes, argumentando que no tenían tiempo y que eso interfería con sus programas de estudios.

En otros casos, los y las jóvenes comentaron que se les dificulta tratar directa o abiertamente el tema del uso del condón o del VIH/sida con las autoridades municipales, porque de ser así se opondrían al funcionamiento de los módulos o a sus actividades; las y los responsables de módulos han señalado ante las autori-

dades, la importancia de brindar información para evitar embarazos no deseados, en lugar de hablar sobre el condón.

El control comunitario sobre la sexualidad también puede convertirse en una barrera de acceso. Una de las razones por la que algunos jóvenes no se acercan a los servicios de SSR que brinda la SSA, es el temor a ser vistos acudiendo al CS a pedir condones o información sobre sexualidad. Muchas veces algún miembro de la comunidad trabaja como personal de intendencia o de enfermería en los CS y las y los jóvenes temen que trascienda la noticia y que se entere el resto de la población y su familia. Más aún, las jóvenes que acuden a los SA a solicitar métodos son incluidas a los programas regulares de PF, en una lista en la que muy probablemente pueda estar un familiar.

En algunos CS es difícil encontrar a los y las psicólogas que atienden el programa de SA para adolescentes y jóvenes. Durante el trabajo de campo para la presente evaluación, uno de los CS fue visitado seis veces por un usuario simulado y no le fue posible encontrarlo, le decían que tenía un permiso o que ese día no había ido. En otro CS la psicóloga le negó la atención a un usuario simulado argumentando que rebasaba la edad a la que le podía atender, aunque era un joven que fue atendido en otros CS. Prácticamente ningún módulo funcionó más allá de las dos de la tarde a pesar de que el horario de salida es a las 15:00 horas. Esto está determinado porque ninguna de las entrevistadas vivía en el lugar de trabajo, inclusive hay personal que vive en Tuxtla Gutiérrez, es decir hace más de dos horas y media de trayecto, además que en Chiapas frecuentemente hay toma de carreteras principales, por ello es frecuente la inasistencia a estos módulos; inclusive, la disponibilidad del personal en los módulos ha sido una de las barreras para realizar el monitoreo en todos los módulos, ya que desde el mes de septiembre han tenido actividades continuas hasta finales de noviembre, es decir casi tres meses sin servicios.

## **SINERGIAS POTENCIALES ENTRE EL PROGRAMA “SERVICIOS AMIGABLES” Y “POR PARES”**

La mayoría de los servicios por pares se otorga en el horario vespertino y el de SA en el mejor de los casos hasta las 14:00 horas, por ello consideramos que los horarios pueden ser complementarios; adicionalmente el conocimiento con que cuentan las psicólogas puede fortalecer a las y los jóvenes a través de asesorías continuas. Por otro lado, las y los jóvenes en los servicios por pares pueden beneficiarse no sólo de esta formación sino de insumos (métodos anticonceptivos) y materiales didácticos que puedan compartir los módulos amigables. Los y las jóvenes cuentan con competencia cultural y los prestadores de servicios con competencia técnica e insumos: esto permitiría a corto plazo mejorar los servicios para jóvenes.

Los resultados del monitoreo muestran que en algunas ocasiones se da la interrelación en casos de ITS así como en consejerías de métodos o pruebas para el VIH, de esta manera la relación continua entre servicios por pares y SA permitirá una mejor atención a adolescentes y jóvenes.

Para la sustentabilidad a largo plazo y la mejora de los SA es necesario diseñar una estrategia que a mediano plazo fortalezca los recursos humanos locales. Los servicios horizontales incluyen entre sus actividades la conformación del GAPS, iniciativa que tiene como objetivo crear vínculos entre los servicios de salud y este grupo en particular. Uno de los hallazgos de esta investigación fue que una de las jóvenes formaba parte del GAPS. No todos o todas las jóvenes que estudian secundaria o bachillerato continúan con estudios universitarios, entre estas jóvenes se podrían identificar aquéllas que por su desempeño en los GAPS pudieran jugar este papel protagónico en los servicios por pares. A diferencia de las psicólogas que actualmente dan servicios en los módulos que ofrecen SA, estos o estas jóvenes tendrían mayor arraigo a la localidad, además de que tienen conocimientos sobre prácticas y representaciones de la sexualidad y la reproducción humana que privan en la comunidad. De esta manera se estarían formando recursos humanos locales, HLI y fortaleciendo el desarrollo de las comunidades al formar parte integral de los servicios de salud.

# Bibliografía

ACASAC, 2012, *Relatoría del Primer foro multicultural con jóvenes en Chiapas. Todas las culturas hablamos de salud sexual y reproductiva: Son Nuestros Derechos*, México, ACASAC/Fundación Mac Arthur, pp. 105.

ACASAC y Argüello, H. E., 2013, Sistematización de resultados del foro multicultural con jóvenes en Chiapas. *Todas las culturas hablamos de salud sexual y reproductiva: Son Nuestros Derechos*, México, ACASAC/Fundación Mac Arthur.

Berrío, L., 2013, *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. Tesis de doctorado en Ciencias Antropológicas, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa, pp. 397.

Dannenberg, A. *et al.*, 1995, "Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 172 (5), 1557-1564.

De León, L., 1999, Verbs Roots and Caregiver Speech in Early Tzotzil (Mayan) Acquisition, en Barbara A. Fox, Dan Jurafsky y Laura A. Michaelis, *Cognition and Function in Language*, Publications Center for the Study of Language and Information, Stanford, California, USA.

De León, L., 1998, "Socializing emotion and moral agency", ponencia presentada en American Anthropological Association, diciembre, USA.

Fazio, J. y Ruiz-Contreras A., 1998, Domestic Violence; Cultural Competency in the health care setting, en *Trainers Manual for Health Care providers*, San Francisco, CA, EUA, Family Violence Prevention Fund.

Ferreira G., 1989. *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de violencia doméstica*, Buenos Aires, Argentina, Sudamericana.

Freyermuth, G., 2003, *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, CIESAS/ Porrúa.

Freyermuth, G., 2008, Realidad y disimulo: complicitad e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina, en Mercedes Olivera (Coord.), *Violencia Feminicida en Chiapas. Razones visibles y ocultas de nuestras luchas, resistencia y rebeldías*, Colección Selva Negra, México, UNICACH/Centro de Derechos de la Mujer de Chiapas, A. C./ Oxfam Novib, pp. 129-201.

Freyermuth, G. y Argüello, H. E., 2011, "La muerte prematura de mujeres en Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia", *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (10): <[http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art\\_06.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art_06.html)> (25 de septiembre, 2011).

Freyermuth, G., et al., 2011, *Monitoreo a la atención de las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*, Cuadernos de Trabajo 29, México, INMUJERES/CIESAS: <[http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29\\_o.pdf](http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf)> (11 de septiembre, 2014).

Freyermuth, G., M. Luna y J. A. Muños, 2014, *Observatorio de Mortalidad Materna en México. Indicadores, 2012, Mortalidad Materna en México*, México, CIESAS/Fundación MacArthur en México/OMM.

Guiteras, C., 1992 [1944], *Cancuc. Etnografía de un pueblo tseltal de Los Altos de Chiapas*, Serie Nuestros Pueblos, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Gobierno del Estado de Chiapas/Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, primera edición, octubre.

Guiteras, C., 1986 [1956], *Los peligros del Alma. Visión del mundo de un tzotzil*, México, Fondo de Cultura Económica.

Hermitte, E., 1970, *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*. Chiapas, México, Colección Cuadernos Municipales, Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura.

Holland, W., 1964, *Medicina Maya en Los Altos de Chiapas*, México, Instituto Nacional Indigenista, primera edición.

INEGI, 2010, *Censo Nacional de Población y Vivienda*, México, Aguascalientes.

INEGI y Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2010, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2010, Metodología y tabulados básicos*, México, pp. 300.

INMUJERES, UNIFEM e INEGI, 2006, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006*:

[http://www.inmujeres.gob.mx/dgpe/vidasinviolencia/documentos/ENDIREH/Violencia\\_Endireh\\_2006.pdf](http://www.inmujeres.gob.mx/dgpe/vidasinviolencia/documentos/ENDIREH/Violencia_Endireh_2006.pdf) (6 de enero, 2010).

Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, *Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas: ENSADEMI 2008*, primera edición, 2008:

[http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/Ensademi\\_2008.pdf](http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/Ensademi_2008.pdf) (6 de enero, 2012).

INSAD, 2014, *Modelo de intervención comunitaria para la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes indígenas de ACASAC, Sistematización del modelo y resultados principales*.

Juárez, F. y otros, 2010, *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades*, New York, Guttmacher Institute, pp. 35.

López, J., 2007, *La práctica médica tradicional y sus representaciones en los problemas de salud que ocasionan la muerte materna en San Juan Chamula*, Tesis de licenciatura en Antropología Social, México, Universidad Autónoma de Chiapas.

NAHO, 2008, *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educator*, Ottawa, Canadá, NAHO.

Page, J., 2005, *El mandato de los dioses: Medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas*, México, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste/Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Serie Científica 11.

Ronsmans, C. y Khat, M., 1999, “Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh”, *The Lancet*, 354 (9188), 1448.

Santos, J. I., 2003, “La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana”, *Salud Pública de México*, vol. 45, supl.1, Cuernavaca: [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e2.php?id=001534](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e2.php?id=001534) (6 de septiembre, 2014).

SSA, 1993, *NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar*, Diario Oficial de la Federación, México, pp. 75.

SSA, 2008, *Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud sexual y reproductiva para adolescentes*, México, SSA/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, pp. 51.

SSA, 2012, *Programa de Acción Estatal de Salud sexual y reproductiva para adolescentes*, SSA, México, ISECH, Dirección de Salud Pública/Subdirección de Atención a Grupos Poblacionales, pp. 11.

SSA, s/f, *Criterios para la operación de los Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*, México, SSA/Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Dirección de Planificación Familiar, Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente.

Stern, C. y Diana Reartes, 2001, “Estudio de caso. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en México, D.F.” en Mónica Gogna (coord.), *Programas de Salud Reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México, D.F. y San Pablo*, Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, pp.117-193.





# Anexo I

## EJEMPLOS DE LA ESTIMACIÓN DE ÍNDICES

**Cuadro I.1 Índice del paquete de intervenciones Y**

Unidad médica	Intervención 1	Intervención 2	Intervención 3	Intervención 4	Valor del índice	Cálculo realizado	Número de intervenciones evaluadas
UM1	Sí=1	No=0	Sí=1	Disponible y satisfactorio =1	0.75	(1+0+1+1) (1+1+1+1)	4
UM2	Sí=1	No=0	No aplica	Disponible y no satisfactorio =.5	0.50	(1+0+0+0.5) (1+1+0+1)	3

Hay que notar que dos unidades que obtienen la misma calificación no necesariamente satisfacen exactamente las mismas características. Por ejemplo, supongamos que en la evaluación del paquete de intervenciones Y la unidad médica UM3 presenta las respuestas que se muestran en el siguiente cuadro:

**Cuadro I.2 Índice del paquete de intervenciones Y**

Unidad médica	Intervención 1	Intervención 2	Intervención 3	Intervención 4	Valor del índice	Cálculo realizado	Número de ítems evaluados
UM1	Sí	No	Sí	Disponible y satisfactorio	0.75	(1+0+1+1) (1+1+1+1)	4
UM2	Sí	No	No aplica	Disponible y no satisfactorio	0.50	(1+0+0+0.5) (1+1+0+1)	3
UM3	Sí	Sí	Sí	No disponible	0.75	(1+1+1+0) (1+1+1+1)	4
Valor promedio global del índice de la intervención Y (suponiendo una muestra total de n=3 unidades médicas)					0.67	0.75+0.50+0.75 3	

Como puede observarse, las unidades médicas UM1 y UM3 obtienen la misma calificación (0.75), aunque difieren en las intervenciones 2 y 4.

Bajo las consideraciones anteriores, el valor promedio global del índice fue el punto de partida para la evaluación de cada paquete de intervenciones en su conjunto. Posteriormente, se compararon los promedios de un paquete por tipo de población (HLI *versus* No HLI). En el ejemplo anterior, si la muestra constara sólo de las unidades médicas UM1, UM2 y UM3, el valor promedio global del índice de este paquete Y sería 0.67.

Por otra parte, también puede analizarse el comportamiento de cada *intervención* considerada en un paquete, mediante el cálculo del subíndice asociado a ella. El valor del subíndice asociado a una *intervención*, digamos la *intervención* i (al que llamaremos subíndice i) para una unidad monitoreada en particular no reviste importancia pues al ser un cociente con 1 como denominador, es equivalente al puntaje asociado a la intervención para esa unidad. En este caso, lo que aporta nueva información al análisis es el valor promedio global de cada conjunto de subíndices por *intervención*. Al igual que los índices, los subíndices tam-

bién oscilan entre 0 y 1: a mayor valor, mejor calificada la intervención correspondiente para el conjunto de las unidades.<sup>28</sup>

**Cuadro I.3 Subíndices de las intervenciones del paquete Y**

Unidad médica	Intervención 1	Intervención 2	Intervención 3	Intervención 4	Valor del sub-índice 1	Valor del sub-índice 2	Valor del sub-índice 3	Valor del sub-índice 4
1	Sí	No	Sí	Disponible y satisfactorio	1/1=1	0/1=0	1/1=1	1/1=1
2	Sí	No	No aplica	Disponible y no satisfactorio	1/1=1	0/1=0	No aplica	0.5/1=0.5
3	Sí	Sí	Sí	No disponible	1/1=1	1/1=1	1/1=1	0/1=0
Valores promedio globales de los subíndices asociados al paquete de intervención Y (suponiendo una muestra total de unidades médicas n=3)					3/3 = 1	1/3 = 0.33	2/2 = 1	1.5/3 = 0.5

<sup>28</sup> Vale la pena enfatizar que, por lo antes descrito, el valor de un índice para una unidad no es la suma de sus subíndices; el valor del índice será cercano al promedio de los subíndices pero no es resultado directo, fue calculado de manera distinta.

# Anexo II

**Cuadro II.1 Índice general de desempeño Servicios Amigables, Altos, Chiapas 2014**

MUNICIPIO	UBICACIÓN DEL MÓDULO DE SA	MEDIA 2014
Aldama	CESSA Aldama	0.75
Chamula	HBC Chamula	0.55
Chanal	CESSA Chanal	0.73
Chenalhó	CESSA Yabteclum	0.74
Las Rosas	CS Las Rosas	0.75
Oxchuc	CS Oxchuc	0.68
Pantelhó	CS Pantelhó	0.50
San Cristóbal de Las Casas	CS Los Pinos	0.84
San Juan Cancuc	CESSA San Juan Cancuc	0.50
San Andrés Larráinzar	CS Larráinzar	0.62
Santiago el Pinar	HBC Santiago el Pinar	0.55
Tenejapa	CS, Casa Materna	0.66
Teopisca	CS Urbano Teopisca	0.59
Zinacantán	CESSA Zinacantán	0.68
<b>Media de la región</b>		<b>0.65</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.2 Índices por tipo de Servicio e Información, Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Difusión de servicios del módulo	Carteles o material de difusión (audios, mantas u otros) que difunden los servicios del módulo o área de atención a las y los adolescentes	0.50
Difusión de servicios del módulo	Horarios de atención a la vista	0.11
Oferta de servicios	En este módulo ¿De qué manera se ofertan los servicios de SSRA?	0.96
Oferta de servicios	¿Se realiza oferta de los siguientes servicios?	0.84
Turnos, días de atención y actividades extramuros	¿Cuántos turnos de atención tienen para adolescentes?	0.54
Turnos, días de atención y actividades extramuros	¿Cuántos días a la semana se prestan servicios en el módulo, área o consultorio para atender a los adolescentes?	1.00
Turnos, días de atención y actividades extramuros	En esta unidad médica ¿Se realizan actividades extramuros de información y prevención, sobre embarazo no planeado, ITS, VIH/sida?	1.00
Carteles, periódico mural o dípticos informativos	Carteles o periódico mural o dípticos o cualquier material que brinde información sobre ITS	0.19

Carteles, periódico mural o dípticos informativos	Carteles o periódico mural o dípticos o cualquier material que brinde información sobre VIH	0.50
Material impreso contra la violencia	Material impreso (cartel, tríptico, etc.) o de difusión (audios, mantas u otros) de promoción sobre vida familiar sin violencia/No violencia hacia las mujeres	0.43
Material impreso de anticonceptivos	Material impreso (cartel, tríptico) o de difusión (audios, mantas u otros) que contengan información sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos	0.86
Servicios varones	¿Realizan alguna acción específica para lograr que lleguen más varones a consejería?	0.79
Consultas sin cita	¿Se realizan consultas sin previa cita?	1.00
Servicio universal	¿Hay prestación del servicio a adolescentes y jóvenes, independiente del tipo de afiliación?	1.00
Infraestructura	Área para adolescentes con acceso a una computadora para el manejo de documentos de trabajo, materiales educativos y de promoción	0.15
Infraestructura	Área para adolescentes tiene acceso a TV y DVD para la utilización de materiales educativos y de promoción	0.07
Infraestructura	En esta unidad médica ¿Cuentan con un espacio específico de consejería en SSRA?	1.00
Infraestructura	¿El espacio destinado para la orientación y la consejería en SSRA cuenta con condiciones de privacidad?	1.00

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

### Cuadro II.3 Índices en paquete Consejería y reconocimiento de los derechos de los y las adolescentes, Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014

Intervención	Pregunta	Subíndice
Métodos anticonceptivos orales	Anticonceptivos orales combinados (cualquiera de la siguiente combinación): Etilil estradiol o mestranol +(noretisterona) o + (levonorgestrel) o +(gestodeno) o + (norgestimato) o + (desogestrel) o + (acetato de clormadinona) o + (acetato de ciproterona)	0.46
Métodos anticonceptivos orales	Anticonceptivos orales de sólo progestina. Levonorgestrel 30 mcg o Linestrenol 0.5 mg	0.27
PAE	Anticoncepción de emergencia. Levonorgestrel 75 mg	0.82

Métodos anticonceptivos inyectables	Anticonceptivos inyectables combinados (cualquiera de la siguiente combinación): Cipionato de estradiol o valerianato de estradiol o enantato de estradiol + enantato de noretisterona o acetato de medroxiprogesterona o acetofenido de dihidroxiprogesterona	0.50
Métodos anticonceptivos inyectables	Anticonceptivos inyectables solos. Enantato de noretisterona o Acetato de medroxiprogesteron.	0.46
Métodos anticonceptivos subdérmicos	Anticonceptivos subdérmicos. Implanon: Consta de una cápsula o varilla o tira de acetato de etinilvinilo (EVA), que contiene 68 mg de etonogestrel de liberación prolongada hasta por tres años.	0.43
DIU	Dispositivo intrauterino	0.50
Condón masculino	Condón masculino	1.00
Condón femenino	Condón femenino	0.79
Parche anticonceptivo	Parche	0.14
Prueba de embarazo	Prueba de embarazo	0.43
Medicamentos para ITS	Penicilina G procaínica (Inyectable)	0.86
Medicamentos para ITS	Penicilina G benzatínica (Inyectable)	0.93
Medicamentos para ITS	Amoxicilina 500 mg. Tabletas	1.00
Medicamentos para ITS	Ceftriaxona 500 mg. IM	0.57
Medicamentos para ITS	Eritromicina 500 mg. Tabletas	1.00
Medicamentos para ITS	Azitromicina 500 mg. Tabletas	0.36
Conocimiento y actualización en DSRA	¿A qué edad se le otorgan métodos anticonceptivos a una o un adolescente con vida sexual activa?	0.82
Conocimiento y actualización en DSRA	¿Si a esta unidad llegara un adolescente sin el acompañamiento de un adulto a solicitar la prueba rápida de VIH se le otorgaría?	0.62
Conocimiento y actualización en DSRA	En esta unidad médica ¿se le otorga la pastilla de emergencia a una usuaria menor de edad si la solicita?	0.86
Conocimiento y actualización en DSRA	¿Reciben archivos impresos, electrónicos, digitales o vía <i>internet</i> de materiales de difusión, información, educativos para la orientación y consejería para las y los adolescentes?	0.75
Conocimiento y actualización en DSRA	¿Cuál es la conducta a seguir en caso de detectar ITS en las y los adolescentes?	1.00
Detección de VIH para adolescentes	¿Se oferta detección de pruebas rápidas de VIH a las y a los adolescentes?	0.64

Oferta y consejería de anticonceptivos	¿Qué métodos anticonceptivos se les oferta regularmente a los y a las adolescentes?	0.93
Oferta y consejería de anticonceptivos	En esta unidad médica ¿en qué casos se orienta y promueve a las y los adolescentes sobre el uso de los métodos anticonceptivos?	0.82
Oferta y consejería de anticonceptivos	A los adolescentes que se les ofrecen anticonceptivos ¿se acompaña la oferta junto con consejería?	0.93
Abastecimiento de anticonceptivos	¿Cómo considera el abastecimiento de anticonceptivos en la unidad? Lea las respuestas	0.79
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Hay una forma establecida para contactar nuevamente con cada adolescente y joven que asiste al servicio?	0.85
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias?	0.85
Identificación de actividad sexual sin protección y comportamientos de riesgo	¿Tienen estrategias que permitan identificar a adolescentes con mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo?	0.62
Planeación de los servicios que se brindan a las y los adolescentes	¿Participa en la planeación de los servicios que se brindan a las y los adolescentes?	1.00
Involucramiento de adolescentes en la mejora y evaluación del servicio	¿Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo?	0.62
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos	1.00
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre prevención y atención de ITS	0.38
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre embarazo temprano en adolescentes	0.38
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre DSR	0.75
Folletos o dípticos informativos	Folletos u otro material de difusión de información sobre métodos anticonceptivos para población adolescente	1.00

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.4 Índice por Recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales, Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Recursos humanos	¿Hay un equipo multidisciplinario que trabaje con adolescentes?	0.67
Recursos humanos	En esta unidad ¿Hay al menos una o un profesional reconocida o reconocido por su trabajo con adolescentes y jóvenes?	0.67
Protocolo de atención para adolescentes embarazadas	¿En esta unidad existe algún protocolo de atención al embarazo, parto y puerperio específico para adolescentes embarazadas?	0.17
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: a) SSRA	0.50
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: b) PF	0.50
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: c) AE	0.33
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: d) Pruebas rápidas de VIH	0.17
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: e) Prevención y tratamiento de ITS	0.17
Plan anual del trabajo con objetivos y metas de programa	Guía, documento o programa anual de trabajo con objetivos y metas del programa	0.58
Guías y documentos de consulta y apoyo	Guía de consejería en PF	0.20
Guías y documentos de consulta y apoyo	Tienen una guía para dar consejería para la prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	0.33
Guías y documentos de consulta y apoyo	Materiales impresos u otros materiales didácticos que apoyan las actividades educativas o las de consejería	0.83
Guías y documentos de consulta y apoyo	Materiales de difusión en audio o video didácticos que apoyan las actividades de promoción y educativas en SSR	0.83
Norma de los Servicios de Planificación Familiar	Documento: Norma NOM 005-SSA2-1993	0.42
Criterios operativos para los servicios amigables	Criterios Operativos para los Servicios Amigables	0.83

Programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes 2007-2012	Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012	0.83
Materiales en lengua indígena	Materiales didácticos, disponibles en video y audio, en lengua indígena	0.42
Muestrario de anticonceptivos	Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	0.92
Metodología para la atención	Metodología para la atención	0.67
Metas en la atención	¿Tienen alguna meta para la atención de población adolescente o joven?	0.67
Disponibilidad de pruebas rápidas para VIH	Disponibilidad de pruebas rápidas para VIH	0.25

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.



**Cuadro II.5 Índices de la dimensión Prestación del servicio, Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Documento sobre planeación anual del trabajo con objetivos y metas de programa	Guía, documento o programa anual de trabajo con objetivos y metas del programa	0.73
Protocolo de atención para adolescentes embarazadas	¿En esta unidad existe algún protocolo de atención al embarazo, parto y puerperio específico para adolescentes embarazadas?	0.38
Guía de consejería en PF	Guía de consejería en PF	0.25
Guía para prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	Tienen una guía para dar consejería para la prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	0.38
Documento: Norma NOM 005-SSA2-1993	Documento: Norma NOM 005-SSA2-1993	0.31
Criterios operativos para los servicios amigables	Criterios Operativos para los Servicios Amigables	0.85
Programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes 2007-2012	Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012	0.85
Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	0.83
Conocimiento y actualización en DSRA	¿Reciben archivos impresos, electrónicos, digitales o vía <i>internet</i> de materiales de difusión, información, educativos para la orientación y consejería para las y los adolescentes?	0.75
Conocimiento y actualización en DSRA	¿A qué edad se le otorgan métodos anticonceptivos a una o un adolescente con vida sexual activa?	0.82
Conocimiento y actualización en DSRA	En esta unidad médica ¿se le otorga la pastilla de emergencia a una usuaria menor de edad si la solicita?	0.86
Detección y referencia de ITS	¿Cuál es la conducta a seguir en caso de detectar ITS en las y los adolescentes?	1.00
Solicitud, oferta y detección de VIH con pruebas rápidas	¿Si a esta unidad llegara un adolescente sin el acompañamiento de un adulto a solicitar la prueba rápida de VIH se le otorgaría?	0.62
Solicitud, oferta y detección de VIH con pruebas rápidas	¿Se oferta detección de pruebas rápidas de VIH a las y a los adolescentes?	0.64
Oferta y consejería de anticonceptivos	En esta unidad médica ¿en qué casos se orienta y promueve a las y los adolescentes sobre el uso de los métodos anticonceptivos?	0.82
Oferta y consejería de anticonceptivos	¿Qué métodos anticonceptivos se les oferta regularmente a los y a las adolescentes?	0.93

Oferta y consejería de anticonceptivos	A los adolescentes que se les ofrecen anticonceptivos ¿se acompaña la oferta junto con consejería?	0.93
Abastecimiento de anticonceptivos	¿Cómo considera el abastecimiento de anticonceptivos en la unidad? Lea las respuestas	0.79
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: a) SSRA	0.58
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: b) PF	0.50
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: c) AE	0.50
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: d) Pruebas rápidas de VIH	0.17
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: e) Prevención y tratamiento de ITS	0.33
Metas en la atención	¿Tienen alguna meta para la atención de población adolescente o joven?	0.62
Metodología para la atención	Metodología para la atención	0.71
Recursos humanos	En esta unidad ¿Hay al menos una o un profesional reconocida o reconocido por su trabajo con adolescentes y jóvenes?	0.62
Recursos humanos	¿Hay un equipo multidisciplinario que trabaje con adolescentes?	0.77

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

## Cuadro II.6 Índices de la dimensión Administrativa, Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014

Intervención	Pregunta	Subíndice
Infraestructura	Área para adolescentes con acceso a una computadora para el manejo de documentos de trabajo, materiales educativos y de promoción.	0.15
Infraestructura	Área para adolescentes tiene acceso a TV y DVD para la utilización de materiales educativos y de promoción.	0.07
Infraestructura	En esta unidad médica ¿Cuentan con un espacio específico de consejería en SSRA?	1.00
Infraestructura	¿El espacio destinado para la orientación y la consejería en SSRA cuenta con condiciones de privacidad?	1.00
Disponibilidad de pruebas rápidas para VIH	Disponibilidad de pruebas rápidas para VIH.	0.36

Métodos anticonceptivos orales	Anticonceptivos orales combinados (cualquiera de la siguiente combinación): Etinil estradiol o mestranol + (noretisterona) o + (levonorgestrel) o + (gestodeno) o + (norgestimato) o + (desogestrel) o + (acetato de clormadinona) o + (acetato de ciproterona)	0.46
Métodos anticonceptivos orales	Anticonceptivos orales de sólo progestina. Levonorgestrel 30 mcg o Linestrenol 0.5 mg	0.27
PAE	Anticoncepción de emergencia. Levonorgestrel 75 mg	0.82
Métodos anticonceptivos inyectables	Anticonceptivos inyectables combinados (cualquiera de la siguiente combinación): Cipionato de estradiol o valerianato de estradiol o enantato de estradiol + enantato de noretisterona o acetato de medroxiprogesterona o acetofenido de dihidroxiprogesterona	0.50
Métodos anticonceptivos inyectables	Anticonceptivos inyectables solos. Enantato de noretisterona o Acetato de medroxiprogesteron.	0.46
Métodos anticonceptivos subdérmicos	Anticonceptivos subdérmicos. Implanon: Consta de una cápsula o varilla o tira de acetato de etinilvinilo (EVA), que contiene 68 mg de etonogestrel de liberación prolongada hasta por tres años.	0.43
DIU	Dispositivo intrauterino	0.50
Condón masculino	Condón masculino	1.00
Condón masculino	Condón femenino	0.79
Condón masculino	Parche	0.14
Medicamentos para ITS	Penicilina G procaínica (Inyectable)	0.86
Medicamentos para ITS	Penicilina G benzatínica (Inyectable)	0.93
Medicamentos para ITS	Amoxicilina 500 mg. Tabletas	1.00
Medicamentos para ITS	Ceftriaxona 500 mg. IM	0.57
Medicamentos para ITS	Eritromicina 500 mg. Tabletas	1.00
Medicamentos para ITS	Azitromicina 500 mg. Tabletas	0.36
Prueba de embarazo	Prueba de embarazo	0.43

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.7 Índices de la dimensión Accesibilidad y continuidad, Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre PF y métodos anticonceptivos	1.00
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre prevención y atención de ITS	0.17
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre embarazo temprano en adolescentes	0.17
Folletos o dípticos informativos	Folletos o dípticos u otro material de difusión sobre DSR	0.60
Folletos o dípticos informativos	Folletos u otro material de difusión de información sobre métodos anticonceptivos para población adolescente	1.00
Materiales en lengua indígena	Materiales didácticos, disponibles en video y audio, en lengua indígena	0.42
Materiales impresos, audio o video de consulta y apoyo	Materiales impresos u otros materiales didácticos que apoyan las actividades educativas o las de consejería	0.83
Materiales impresos, audio o video de consulta y apoyo	Materiales de difusión en audio o video didácticos que apoyan las actividades de promoción y educativas en SSR	0.83
Carteles, periódico mural o dípticos ITS y VIH	Carteles o periódico mural o dípticos o cualquier material que brinde información sobre ITS	0.17
Carteles, periódico mural o dípticos informativos	Carteles o periódico mural o dípticos o cualquier material que brinde información sobre VIH	0.25
Material impreso o de difusión (Anticonceptivos y violencia)	Material impreso (cartel, tríptico) o de difusión (audios, mantas u otros) que contengan información sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos	0.83
Material impreso o de difusión (Anticonceptivos y violencia)	Material impreso (cartel, tríptico, etc.) o de difusión (audios, mantas u otros) de promoción sobre vida familiar sin violencia/No violencia hacia las mujeres	0.50
Difusión de servicios del módulo	Carteles o material de difusión (audios, mantas u otros) que difunden los servicios del módulo o área de atención a las y los adolescentes	0.42
Difusión de servicios del módulo	Horarios de atención a la vista	0.25
Oferta de servicios	¿Se realiza oferta de los siguientes servicios?	0.79
Oferta de servicios	En este módulo ¿De qué manera se ofertan los servicios de SSRA?	1.00
Oferta de servicios	¿Realizan alguna acción específica para lograr que lleguen más varones a consejería?	0.67

Turnos de atención tiene el módulo o área de atención para adolescentes	¿Cuántos turnos de atención tienen para adolescentes?	0.50
Días a la semana que se prestan servicios en el módulo o área de atención para adolescentes	¿Cuántos días a la semana se prestan servicios en el módulo, área o consultorio para atender a los adolescentes?	1.00
Actividades extramuros	En esta unidad médica ¿Se realizan actividades extramuros de información y prevención, sobre embarazo no planeado, ITS, VIH/sida?	1.00
Consultas sin cita	¿Se realizan consultas sin previa cita?	1.00
Servicio universal	¿Hay prestación del servicio a adolescentes y jóvenes, independiente del tipo de afiliación?	1.00
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Hay una forma establecida para contactar nuevamente con cada adolescente y joven que asiste al servicio?	0.83
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias?	0.83
Identificación de actividad sexual sin protección y comportamientos de riesgo	¿Tienen estrategias que permitan identificar a adolescentes con mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo?	0.83
Planeación del servicio	¿Participa en la planeación de los servicios que se brindan a las y los adolescentes?	1.00
Involucramiento de adolescentes en la mejora y evaluación del servicio	¿Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo?	0.33

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

### Cuadro II.8 Índice de satisfacción de usuario por municipio, Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014

Módulos de Servicios Amigables	Media
Pantelhó	0.40
Aldama	0.45
Oxchuc	0.45
Las Rosas	0.50
Chanal	0.59
Larráinzar	0.73
Chenalhó (Yabteclum)	0.75
Santiago el Pinar	0.77
Tenejapa	0.77
Teopisca	0.80
Chamula	0.84
San Juan Cancuc	0.91
SCLC	1.00
<b>Media</b>	<b>0.69</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.9 Índices de satisfacción de usuario Servicios Amigables, Altos de Chiapas, 2014**

Módulos de Servicios Amigables	Media
Lenguaje utilizado o disponibilidad de un traductor adecuado	0.25
Resolución de solicitud	0.42
Manejo de privacidad	0.58
Sensibilidad del prestador	0.62
Otros servicios o asesorías brindadas	0.65
Trato amable	0.65
Acceso al servicio	0.77
Tiempo de espera	0.81
Número de veces que acudió para obtener la consulta	0.85
Requisitos para obtener una consulta	0.92
Espacio con privacidad	0.96
<b>Media por módulo</b>	<b>0.69</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.10 Índice general de desempeño, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014**

Municipio	Ubicación de los Módulos por pares	Media
Chenalhó	Casa de la Cultura	0.67
Pantelhó	Presidencia municipal	0.73
Aldama	Presidencia municipal	0.73
San Juan Cancuc	DIF municipal	0.74
Chalchihuitán	Centro de Desarrollo Comunitario	0.86
Santiago el Pinar	Instalaciones del DIF	0.86
Mitontic	Agencia, localidad Chalam	0.86
Larráinzar	DIF municipal	0.90
<b>Media módulos</b>		<b>0.80</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.11 Índices por Tipo de Servicio e Información, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Difusión de servicios del módulo	Carteles o material de difusión (audios, mantas u otros) que difunden los servicios del módulo o área de atención para adolescentes	0.56
Difusión de servicios del módulo	Horarios de atención a la vista	0.63
Oferta de servicios	¿Se realiza oferta de los siguientes servicios?	0.91

Oferta de servicios	En este módulo ¿de qué manera se ofertan los servicios de SSRA?	<b>1.00</b>
Turnos y días de atención	¿Cuántos turnos de atención tienen para adolescentes?	<b>0.59</b>
Turnos y días de atención	¿Cuántos días a la semana se prestan servicios en el módulo, área o consultorio para atender a adolescentes?	<b>0.94</b>
Actividades extramuros	En esta unidad médica ¿se realizan actividades extramuros de información y prevención, sobre embarazo no planeado, ITS, VIH/sida?	<b>0.88</b>
Material impreso o de difusión (anticonceptivos y violencia)	Material impreso (cartel, tríptico) o de difusión (audios, mantas u otros) que contengan información sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos	<b>0.88</b>
Material impreso o de difusión (anticonceptivos y violencia)	Material impreso (cartel, tríptico, etc.) o de difusión (audios, mantas u otros) de promoción sobre vida familiar sin violencia/No violencia hacia las mujeres	<b>0.75</b>
Oferta de servicios	¿Realizan alguna acción específica para lograr que lleguen más varones a consejería?	<b>0.75</b>
Consultas sin cita	¿Se realizan consultas sin previa cita?	<b>1.00</b>
Área con computadora para tener acceso a información sobre SSRA	Área para adolescentes con acceso a computadora para manejo de documentos de trabajo, materiales educativos y de promoción	<b>0.63</b>
Área con TV y DVD	Área para adolescentes con acceso a TV y DVD para utilización de materiales de IEC	<b>0.71</b>
Espacio específico	En esta unidad médica ¿cuentan con espacio específico para consejería sobre SSRA?	<b>1.00</b>
Espacio con privacidad	¿El espacio destinado para orientación y consejería en SSRA cuenta con condiciones de privacidad?	<b>1.00</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.12 Índices de Consejería y Reconocimiento de los Derechos de los y las Adolescentes, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
PAE	AE: Levonorgestrel 75 mg	0.88
Condón masculino	Condón masculino	1.00
Prueba de embarazo	Prueba de embarazo	0.75
Conocimiento y actualización en DSRA	¿A qué edad se le otorgan métodos anticonceptivos a una o un adolescente con vida sexual activa?	1.00
Conocimiento y actualización en DSRA	En esta unidad médica ¿se le otorga la PAE a una usuaria menor de edad si la solicita?	1.00
Conocimiento y actualización en DSRA	¿Reciben archivos impresos, electrónicos, digitales o vía <i>internet</i> de materiales de IEC sobre orientación y consejería para adolescentes?	1.00
Detección y referencia de ITS	¿Cuál es la conducta a seguir en caso de detectar ITS en adolescentes?	0.86
Solicitud, oferta y detección de VIH con pruebas rápidas	¿Se ofertan pruebas rápidas para detección del VIH a adolescentes?	0.38
Oferta y consejería de anticonceptivos	¿Qué métodos anticonceptivos se les oferta regularmente a los y a las adolescentes?	0.91
Oferta y consejería de anticonceptivos	En esta unidad médica ¿en qué casos se orienta y promueve a las y los adolescentes sobre el uso de los métodos anticonceptivos?	0.94
Oferta y consejería de anticonceptivos	A adolescentes que les ofrecen anticonceptivos ¿se acompaña la oferta con consejería?	1.00
Abastecimiento de anticonceptivos	¿Cómo considera el abastecimiento de anticonceptivos en la unidad? Lea las respuestas	0.93
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Hay una forma establecida para contactar nuevamente a cada adolescente y joven que asiste al servicio?	0.75
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado con otros servicios de salud y otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias?	0.63



Planeación del servicio	¿Participa en la planeación de los servicios que se brindan a adolescentes?	0.88
Involucramiento de adolescentes en la mejora y evaluación del servicio	¿Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para su mejora?	0.88

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.13 Índices de Recursos Humanos, Capacitación y Disponibilidad de Materiales, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: a) SSRA	0.81
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de b) PF	0.75
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: c) AE	0.75
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: d) Pruebas rápidas para detección del VIH	0.50
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: e) Prevención y tratamiento de ITS	0.63
Documento sobre planeación anual del trabajo con objetivos y metas de programa	Guía, documento o programa anual de trabajo con objetivos y metas del programa	0.56
Guía de consejería en PF	Guía de consejería en PF	0.75
Guía para prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	Tienen una guía para dar consejería sobre prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	0.50
Materiales impresos, audio o video de consulta y apoyo	Materiales didácticos impresos u otros, para apoyar las actividades educativas o de consejería	0.75
Materiales impresos, audio o video de consulta y apoyo	Materiales didácticos de difusión en audio o video para apoyar las actividades de promoción y educación sobre SSR	0.75

Materiales en lengua indígena	Materiales didácticos disponibles en video y audio, en lengua indígena	<b>0.88</b>
Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	<b>0.50</b>
Metas en la atención	¿Tienen alguna meta para la atención de población adolescente o joven?	<b>0.94</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.14 Índice de la dimensión Prestación del servicio, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014**

<b>Intervención</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Subíndice</b>
Plan de trabajo	Guía, documento o programa anual de trabajo con objetivos y metas del programa	<b>0.56</b>
Guía de consejería de PF	Guía de consejería en PF	<b>0.75</b>
Guía para prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	Tienen una guía para dar consejería sobre prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS	<b>0.50</b>
Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	Disponibilidad de muestrario (no impreso) de métodos anticonceptivos temporales que contenga al menos físicamente los siguientes métodos	<b>0.50</b>
Conocimiento y actualización en DSRA	¿Reciben archivos impresos, electrónicos, digitales o vía <i>internet</i> de materiales de IEC sobre orientación y consejería para adolescentes?	<b>1.00</b>

Conocimiento y actualización en DSRA	¿A qué edad se otorgan métodos anticonceptivos a adolescentes con vida sexual activa?	1.00
Conocimiento y actualización en DSRA	En esta unidad médica ¿se le otorga la PAE a una usuaria menor de edad si la solicita?	1.00
Detección y referencia de ITS	¿Cuál es la conducta a seguir en caso de detectar ITS en adolescentes?	0.86
Oferta de pruebas rápidas de VIH	¿Se ofertan pruebas rápidas para detección del VIH a adolescentes?	0.38
Oferta y consejería de anticonceptivos	En esta unidad médica ¿en qué casos se orienta y promueve entre adolescentes el uso de métodos anticonceptivos?	0.94
Oferta y consejería de anticonceptivos	¿Qué métodos anticonceptivos se oferta regularmente a adolescentes?	0.91
Oferta y consejería de anticonceptivos	A adolescentes que les ofrecen anticonceptivos ¿se acompaña la oferta junto con consejería?	1.00
Abastecimiento de anticonceptivos	¿Cómo considera el abastecimiento de anticonceptivos en la unidad? Lea las respuestas	0.93
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: a) SSRA	0.81
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: b) PF	0.75
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: c) AE	0.75
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: d) Pruebas rápidas para detección del VIH	0.50
Capacitación en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses ha recibido capacitación en temas de: e) Prevención y tratamiento de ITS	0.63
Metas en la atención	¿Tienen alguna meta para la atención de población adolescente o joven?	0.94

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.15 Índice de la dimensión Administrativa, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Área con computadora para tener acceso a información sobre SSRA	Área para adolescentes con acceso a una computadora para el manejo de documentos de trabajo, materiales educativos y de promoción	0.63
Área con TV y DVD	Área para adolescentes con acceso a TV y DVD para utilización de materiales de IEC	0.71
Espacio específico	En esta unidad médica ¿cuentan con espacio específico para consejería sobre SSRA?	1.00
Espacio con privacidad	¿El espacio destinado para orientación y consejería sobre SSRA cuenta con condiciones de privacidad?	1.00
PAE	AE: Levonorgestrel 75 mg	0.88
Condón masculino	Condón masculino	1.00
Prueba de embarazo	Prueba de embarazo	0.75

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.16 Índice de la dimensión Accesibilidad y continuidad, Módulos por pares, Altos**

Intervención	Pregunta	Subíndice
Materiales en lengua indígena	Materiales disponibles en video, audio y didácticos en lengua indígena	0.88
Materiales impresos, audio o video de consulta y apoyo	Materiales didácticos, impresos u otros, para apoyar las actividades educativas o de consejería	0.75
Materiales impresos, audio o video de consulta y apoyo	Materiales didácticos, de difusión en audio o video, para apoyar las actividades de promoción y educación sobre SSR	0.75
Material impreso o de difusión (anticonceptivos y violencia)	Material impreso (cartel, tríptico) o de difusión (audios, mantas u otros) con información sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos	0.88
Material impreso o de difusión (anticonceptivos y violencia)	Material impreso (cartel, tríptico, etc.) o de difusión (audios, mantas u otros) de promoción sobre vida familiar sin violencia/No violencia hacia las mujeres	0.75
Difusión de servicios del módulo	Carteles o material de difusión (audios, mantas u otros) que difunden los servicios del módulo o área de atención a adolescentes	0.56
Difusión de servicios del módulo	Horarios de atención a la vista	0.63

Oferta de servicios	¿Se realiza oferta de los siguientes servicios?	0.91
Oferta de servicios	En este módulo ¿De qué manera se ofertan los servicios de SSRA?	1.00
Oferta de servicios	¿Realizan alguna acción específica para atraer más varones para consejería?	0.75
Turnos de atención del módulo o área de atención para adolescentes	¿Cuántos turnos de atención tienen para adolescentes?	0.59
Días a la semana que se presta servicios en el módulo o área de atención para adolescentes	¿Cuántos días a la semana se prestan servicios en el módulo, área o consultorio para atender a adolescentes?	0.94
Actividades extramuros	En esta unidad médica ¿se realizan actividades extramuros de información y prevención, sobre embarazo no planeado, ITS, VIH/sida?	0.88
Consultas sin cita	¿Se realizan consultas sin previa cita?	1.00
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Hay una forma establecida para contactar nuevamente a cada adolescente y joven que asiste al servicio?	0.75
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	¿Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado con otros servicios de salud y otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias?	0.63
Planeación del servicio	¿Participa en la planeación de los servicios que se brindan a adolescentes?	0.88
Involucramiento de adolescentes en la mejora y evaluación del servicio	¿Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para su mejora?	0.88

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

### Cuadro II.17 Índice de satisfacción del usuario por municipio, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014

Módulo por pares	Media
Santiago el Pinar	0.77
Mitontic (Chalam)	0.86
Chenalhó	0.91
San Juan Cancuc	0.91
Aldama	0.95
Pantelhó	0.95
Chalchihuitán	1.00
Larráinzar	1.00
<b>Media</b>	<b>0.92</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

**Cuadro II.18 Índices de satisfacción de usuario, Módulos por pares, Altos de Chiapas, 2014**

<b>Módulo por pares</b>	<b>Media</b>
Resolución de solicitud	<b>0.63</b>
Manejo de privacidad	<b>0.81</b>
Número de veces que acudió para obtener la consulta	<b>0.88</b>
Tiempo de espera	<b>0.94</b>
Espacio con privacidad	<b>0.94</b>
Acceso al servicio	<b>0.94</b>
Lenguaje utilizado	<b>1.00</b>
Sensibilidad del prestador	<b>1.00</b>
Requisitos para obtener una consulta	<b>1.00</b>
Otros servicios o asesorías recibidas	<b>1.00</b>
Trato amable	<b>1.00</b>
<b>Media pares</b>	<b>0.92</b>

Fuente: CIESAS-INMUJERES, Encuesta de Monitoreo de servicios amigables y por pares, Altos de Chiapas, 2014.

