

Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género

Gobierno del Estado de Baja California Sur, Instituto
Nacional de las Mujeres, Instituto Sudcaliforniano de la
Mujer

META I

***‘LINEAMIENTOS PARA ESTABLECER UNA BASE DE DATOS QUE
PERMITAN ESTABLECER EL SEGUIMIENTO DEL FLUJO DE
EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LOS HOSPITALES
INVOLUCRADOS. LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR***

Dra Noemi Ehrenfeld Lenkiewicz

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un tema que adquiere la mayor relevancia por sus implicaciones, tanto para las mujeres como para diferentes ámbitos de la sociedad. Si bien los enfoques para su estudio son diversos, se ha hecho énfasis en los aspectos que conciernen a la salud reproductiva de las adolescentes por los efectos que la reproducción tiene en la vida y salud de las mujeres. Sin embargo, día con día las ciencias médicas, las ciencias sociales e incluso los enfoques económicos de la sociedad amplían el espectro de sus enfoques teóricos y metodológicos en torno al embarazo en adolescentes, ya que incorporan otros ámbitos ineludibles como la sexualidad, las concepciones culturales de diferentes grupos sociales y comunidades, los valores éticos, la educación y la diversidad de creencias y prácticas.

El embarazo es una constatación clara y unívoca de la pre-existencia de vida sexual activa, de relaciones interpersonales heterosexuales (en la mayoría de los casos), de relaciones donde se expresarán todas las ideologías y las culturas a las que están adscriptas las personas involucradas.

Las instituciones que intervienen en estos ámbitos buscan de diferentes modos, la ‘regulación’ tanto de las relaciones sexuales y de la sexualidad como de de los embarazos resultantes, en términos de salud y de bienestar, con lo cual establecen pautas y criterios de ‘valoraciones’ en torno al tema. Este sistema de criterios institucionales no siempre logra sus objetivos ni satisface las necesidades y realidades de la población adolescente, con lo cual se complejizan no sólo las teorizaciones sino una comprensión más profunda

de la problemática, así como la generación de satisfactores acordes a las condiciones de las adolescentes, entre ellos, servicios de salud integral de calidad.

La sexualidad adolescente y la unión, ya sean por matrimonio o libre, son dos ámbitos importantes de relevancia particular a lo concerniente a la salud reproductiva de los adolescentes. La sexualidad, como una construcción social e histórica, está configurada con sistemas simbólicos que producen y crean significados. Entonces, la sexualidad es un producto cultural vinculado a las relaciones sociales que tienen diferentes significados y expresiones en diferentes contextos sociales.

Szasz (1998) plantea que en las sociedades de América Latina, el *deseo de procreación está ligado con el de la unión*; que los controles estrictos que se ejercen sobre la sexualidad de la mujer y la sexualidad son inseparables de la reproducción. Siguiendo su argumento, declara que *las normas actuales niegan a la mujer la posibilidad de sentir y disfrutar placeres sexuales, al igual que el placer de relaciones sexuales no procreativas*. El propósito final del individuo femenino es un estado marital o de cónyuge¹.

Los hallazgos de otras investigaciones consideran otra hipótesis: *la unión es un horizonte inevitable –forzado por las normas culturales- para la procreación*, en particular en una estructura social donde el aborto es ilegal, salvo recientemente en la Ciudad de México y en escasa excepciones en el

¹ Szasz, I. & Lerner, S. (1998) *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde las perspectivas de las ciencias sociales*. El Colegio de México. CEDDU. México.

UNFPA (2001) *Salud Sexual y Reproductiva Adolescente en el comienzo de siglo XXI en América Latina y el Caribe*, México.

resto del país. Ehrenfeld (2011) propone, con base en los hallazgos, **que la procreación está ligada a una demanda social y cultural fuerte para las mujeres: el convertirse en madres**².

Según Stern y Menkes (2008), el 80% de los embarazos en la adolescencia en México ocurren entre jóvenes de 15 a 19 años que ya están unidas o que se unen con su pareja a raíz del embarazo.³

Investigar y conocer los importantes cambios que ocurren y coexisten en diferentes grupos sociales y de jóvenes en cuanto a sus prácticas sexuales, la sexualidad, la fecundidad, la formación de uniones (matrimonios o uniones) y la persistencia de las mismas, es un desafío dada la complejidad de las mismas relaciones sociales y de las estructuras económicas del mundo actual.

El embarazo en adolescentes se ha referido y estudiado con menos cuidado que en otros ciclos reproductivos de mujeres de otras edades y el tratamiento del tema revela contradicciones sociales concernientes con la moral hegemónica y con las prácticas sexuales en adolescentes, que se supone son resistentes a los estándares prevalecientes. Existen varias formas de dirigirse al tema: embarazo adolescente, embarazo no deseado, embarazo temprano, etc. La mayoría de ellos ha puesto un comentario restrictivo o negativo ya sea hacia la edad, o al estatus marital, mientras que implícitamente consideran a las conductas sexuales en las adolescentes como inapropiadas. Esto es una valoración producida y derivada en gran parte de las ideologías

² Ehrenfeld Lenkiewicz, N. (2011) *PREGNANCY IN MEXICAN ADOLESCENTS, REDEFINING EXPERIENCES. Sexuality, reproductive health and public policies: the voices of pregnant adolescents*. LAMBERT Academic Publishing, Germany-USA-GB

³ Stern C. y Menkes C. (2008) "Embarazo adolescente y estratificación social"; Susana Lerner e Ivonne Szasz (Coordinadoras). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Tomo 1, El Colegio de México, pp.347-396

institucionales, que buscan ‘normalizar’ y regular tanto las sexualidades como las prácticas y por ende, adscriben estos criterios al evento reproductor, el embarazo. Existe también la creencia común que la mayoría de los embarazos no son deseados o son sin planear; este enfoque en particular, ha sido y aún es propio de las políticas preocupadas por disminuir la tasa de fecundidad de este sector de la población no sólo en México, sino en otros países del mundo.

JUSTIFICACIÓN

La condición de de las adolescentes es motivo de preocupación en el Municipio de La Paz y en el Estado de Baja California Sur en general. La preocupación tiene diferentes causas:

- 1- La situación en términos de la salud sexual y reproductiva de las jóvenes.
- 2- Los aspectos demográficos que implican el supuesto crecimiento de la tasa de fecundidad en esta población, comparada con jóvenes y mujeres de mayor edad
- 3- La vulnerabilidad que presentan las jóvenes, en diversos sentidos, en sus condiciones de vida: la propia de las condiciones emocionales de las adolescentes, el significado de un embarazo /hijo en estas edades tempranas, su permanencia o exclusión del sistema educativo formal
- 4- La susceptibilidad que tienen a la violencia de género dadas sus escasas posibilidades de identificar la violencia y de excluirse de los círculos de violencia
- 5- Las condiciones reales de acceso y uso de los servicios de salud disponibles así como a los programas específicos institucionales para una atención de calidad

- 6- Su capital cultural, las redes con que cuentan y las condiciones familiares que podrían influir en su vida después del nacimiento del hijo/a
- 7- Sus posibilidades reales de incorporarse al sistema educativo formal después del nacimiento del hijo/a así como su inserción en un mercado laboral.

Por lo anterior, es necesario un breve panorama acerca de qué significa ser adolescente en Baja California Sur, La Paz en especial para este documento, las magnitudes y su comportamiento.

En lo que concierne al número de nacimientos por edad de la madre: **del total registrados en Baja California Sur** el año 2000, 17.5% corresponde a madres adolescentes menores a los 19 años.

El municipio que tiene el porcentaje más elevado sobre el total de nacimientos registrados es el de Mulegé con 21.2%, seguido por los municipios de Los Cabos con 18.9%, Loreto con 17.83% –aunque existen vacíos en la información de Loreto–, Comondú con 16.9% y La Paz con 16.9%.⁴

Otras cifras arroja el Censo elaborado por INEGI, para el años de 2010, que indican variaciones. En la búsqueda de cifras que pueden apoyar un análisis exhaustivo, siempre se encuentran discrepancias, debidas generalmente a metodologías utilizadas que no son comparables estrictamente. También hay un elemento que debe ser tenido en cuenta: Los expertos y CONAPO han encontrado y argumentado que en el censo de 2000 hubo subregistro de gran cantidad de datos poblacionales, lo cual pudiera ser parte de las variaciones en las cifras.

⁴ Observatorio de Violencia Social y de Género de Baja California Sur

TABLA I

BAJA CALIFORNIA SUR

Año	Total	Mujeres	Hombres
2000	424,041	207,791 (49%)	216,250 (51%)
2010	637,026	311,593 (48.9%)	325,433 (51.1%)

2000		Mujeres $\Sigma=207,791$			
Edades	Total	Sin hijos	No especifica	Con hijos	
12-14	12,579 (6.1%)	10,692 (84.9%)	1,848 (14%)	39 (0.3%)	
15-19	20,454 (9.8%)	15,093 (73.8%)	2,291 (11.2%)	3,070 (15%)	

2010		Mujeres $\Sigma=311,593$			
Edades	Total	Sin hijos	No especifica	Con Hijos	
12-14	16,519 (5.3%)	15,964 (96.6%)	518 (0.3%)	37 (0.2%)	
15-19	27,983 (8.9%)	23,135 (82.6%)	490 (1.7%)	4358 (15.6%)	

Fuente: INEGI 2000, 2010

En la siguiente Tabla, se puede observar por municipios, los porcentajes de nacimientos de madres adolescentes, en un comparativo de los años 2000 a 2010.

Es posible apreciar que el incremento de mujeres 15-19 años con hijos para La Paz, es de 0.4%, en relación con el dato correspondiente a 2000. Sin embargo, esta cifra no es del todo confiable, ya que cabe la duda de si la captada por el Censo 2000 es realmente la que corresponde a la realidad.

TABLA II**Incremento de la población por Municipio, periodo 2000-2010**

		LA PAZ	COMONDÚ	MULEGÉ	LOS CABOS	LORETO
Mujeres	2000	9,891 10%	3,223 10.1%	2,080 9.2%	4,644 9.3%	616 10.8%
15-19	2010	11,116 8.8%	3,147 9.1%	2,778 9.7%	10,246 8.8%	696 8.8%
Mujeres	2000	1,161 11.7%	469 14.5%	399 19.2%	932 20%	109 17.7%
15-19 con hijos	2010	1,347 12.1%	493 15.6%	554 19.9%	1,810 17.6%	159 22.8%

El embarazo en adolescentes, su magnitud y su impacto en los servicios médicos de atención a la salud reproductiva de las adolescentes es una de las preocupaciones en el Sector Salud. Considerando que este Sector no se encuentra uniformado en cuanto a la población que atienden, las características que registran, las edades que abarcan el concepto de ‘adolescentes’, y los programas que apuntan a atender a esta población, las características de cada institución (Secretaría de Salud, ISSSTE e IMSS) adquieren perfiles diferentes.

Si bien todas las instituciones contemplan programas que atienden a la salud reproductiva, la atención del embarazo en adolescentes requiere de una permanente capacitación para la sensibilización y capacitación conceptual y teórica de los prestadores de servicios de salud en su conjunto (médicos/as, trabajadores sociales, enfermeras, personal administrativo, autoridades).

OBJETIVOS

GENERALES

Los objetivos a lograr son:

- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a las y los adolescentes, a través de talleres formativos que incorporen los elementos para la detección de la violencia hacia las mujeres en los servicios.
- Proponer los lineamientos para establecer una base de datos que permitan seguir la trayectoria de las embarazadas adolescentes en las instituciones de salud involucradas
- Proponer los lineamientos básicos para establecer un sistema de referencia y contra-referencia con centros de salud aledaños.

ESPECÍFICOS

- Impartir 5 talleres conceptuales de 20 horas cada uno, a prestadores de servicios de salud y responsables, sobre aspectos de Salud sexual y reproductiva de las adolescentes, con inclusión de la perspectiva de género y la atención de las violencias de género, incluyendo violencia en el embarazo.
- Obtener una evaluación reflexiva pre y post taller sobre cómo sugieren y perciben los prestadores de servicios de salud de las instituciones los aspectos del embarazo en adolescentes y propuestas sobre la utilidad de establecer una Base de datos en las instituciones de salud involucradas
- Obtener la percepción y aceptación acerca de generar una modalidad básica más operativa del sistema de referencia y contra-referencia con

los centros de salud aledaños o unidades dependientes de las instituciones de salud que permitan un seguimiento de las condiciones de las adolescentes embarazadas una vez atendidas en las instituciones de salud involucradas.

METODOLOGÍA

- LOS TALLERES

Las metodologías para lograr los objetivos planteados difieren de acuerdo a los universos.

En relación con la impartición de los talleres y el trabajo de contacto previo, de los dos talleres, que aceptaron los oficios remitidos por el Instituto Sud-Californiano de la Mujer, fueron gratamente aceptados en la Escuela de Enfermería, para trabajar con pasantes de enfermería de la Secretaría de Salud del Estado. Esta población, jóvenes varones y mujeres, se mostraron altamente sensibles y participativos. La Mtra. Teresa Camacho Barajas responsable por las tardes de la Escuela de Enfermería, fue un apoyo invaluable tanto en la difusión de los dos cursos que se impartieron, a diferentes grupos, y participaron también personal administrativo de la misma Escuela.

Desde el planteamiento inicial de esta investigación la obtención de respuesta y de datos concretos solicitados con anterioridad a la iniciación de las actividades ha representado un problema y un obstáculo: los hospitales a los que fueron remitidos los oficios del Instituto Sud-Californiano de la Mujer, solicitando la información necesaria para poder desarrollar este trabajo, no

proporcionaron respuesta. La información solicitada abarca los primeros seis meses del año en cada institución.

Esto demuestra una falta de conciencia y compromiso por parte de las autoridades de las instituciones de salud sobre la necesidad de trabajo colaborativo interinstitucional para poder tener un impacto en la salud y aspecto de la vida de las jóvenes adolescentes de La Paz que, por otra parte, señalan el embarazo en adolescentes como un ‘problema’.

- **Las instituciones de salud**

La necesidad de incluir la perspectiva de género en la práctica médica, así como en otros espacios institucionales, es no sólo un tema de interés nacional y estatal sino una condición imprescindible para lograr mayor equidad, disminuir la violencia de género, incorporar los derechos sexuales y reproductivos y los humanos y hacer de la civilidad y de la democracia una práctica incorporada a la vida cotidiana institucional y a una cultura cívica y no sólo discursiva. Esta es una meta que aún se encuentra pendiente en la agenda de los servicios médicos y que requiere de un trabajo constante de capacitación, educación y formación permanente de quienes prestan servicios de atención a la salud, desde las autoridades que dirigen un hospital o centro de salud hasta quienes están en contacto directo con la población.

Por estas razones, la realización de los talleres en las instituciones de salud representa una oportunidad no sólo de capacitar al personal médico y paramédico, sino también de apreciar la apertura y disponibilidad intelectual, emocional y laboral de los participantes, así como reflexionar sobre las

resistencias a cambiar de opiniones y muchas veces, de prejuicios en relación al tema de la salud reproductiva de las adolescentes.

Una de las principales fuentes de información de los hospitales que sirven como base para la construcción de las estadísticas nacionales son las estadísticas vitales de los hospitales. Éstas últimas fueron obtenidas, finalmente, a solicitud personal en una de las visitas a cada institución y a través de la intervención de redes de conocidos y amistades, en donde el papel de Enfermería resultó clave.

La información es útil per se, pero la finalidad es poder pensar y proponer un sistema de recopilación de datos en una base que permitan el seguimiento de las embarazadas adolescentes y establecer o fortalecer un sistema de referencia y contra-referencia.

INFORMACIÓN NECESARIA PARA UNA PROPUESTA SOBRE LINEAMIENTOS PARA ESTABLECER UNA BASE DATOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL FLUJO DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LOS HOSPITALES INVOLUCRADOS.

El objetivo de construir un sistema de seguimiento de las embarazadas adolescentes en los hospitales involucrados, implica la diferenciación de distintos ámbitos hospitalarios en los que existen programas diferentes de atención a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes en las mismas instituciones de salud. En este sentido, la interpretación y el análisis sobre la información obtenida en los talleres impartidos en estas instituciones, son fundamentales para la reflexión de cómo instituir un sistema de seguimiento

eficaz, basado en una base de datos que se capturarían y procesarían en cada institución.

De allí que las opinión emitida por quienes asistieron a los Talleres impartidos, sea un insumo fundamental, tanto para conocer el grado de información acerca de diversos aspectos que confluyen en la presencia de estos embarazos de adolescentes, como para reflexionar sobre la posibilidad, las actitudes y la disposición de los participantes para esta tarea a realizar.

Un elemento crítico a tener en cuenta en esta propuesta, que se resumirá más adelante, es la diferencia que existe entre los hospitales involucrados, ya que tienen sus propios programas, criterios de atención diferentes, cobertura diferente, etc. No es posible homologar en una propuesta criterios que ‘normalicen’ generar esta base de datos, ni los lineamientos, ya que atienden a poblaciones diferentes y son independientes entre sí.

Es necesario analizar algunas características de la información colectada acerca del tema con pasantes de Enfermería de la SSA y en los hospitales en los que trabajó:

Opiniones más relevantes acerca de la necesidad de un sistema que permita el seguimiento en los hospitales de las embarazadas adolescentes⁵.

Talleres con pasantes de Enfermería de la SSA (2 talleres impartidos)

- 1- ... ‘es necesario llevar un registro de adolescentes embarazadas que acuden a los centros mencionados”

⁵ Estas opiniones fueron tomadas textualmente de las evaluaciones pot-talleres impartidos.

- 2- ...”proporcionar información en los lugares más concurridos como escuelas, etc. donde la población adolescente predomine para que la información fluya de manera más constante”.
- 3- ...” un programa encargado de dar seguimiento a cada mujer embarazada, llevar un control desde el inicio al final”.
- 4- “ crear una unidad donde se les den pláticas de salud reproductiva y de control prenatal que contara con personal especializado”
- 5- “ que el sector de Salud tenga consultorios donde se les de orientación a las y los adolescentes así como son las consultas de médicos y psicólogos para que resuelvan sus dudas”
- 6- “ que se les apoye aunque no tengan Seguro ya sea ISSSTE, Salvatierra y que no se les cobre”
- 7- “un seguimiento desde casa para ver los problemas más a fondo y así trabajar más con ellas”.
- 8- “ un módulo de atención y seguimiento”
- 9- “un consultorio específico para dudas y problemas de las adolescentes”!
- 10- “ crear un grupo o institución, como en este curso, que oriente a la población adolescente embarazada en uso de métodos preventivos, cuidado de sus hijos”
- 11- “consultorio **Sólo** para adolescentes. Ir cada 2 semanas a la casa de las embarazadas para ver el producto”
- 12- “hacer un censo de adolescentes embarazadas según corresponda a cada sector salud”

Taller III- ISSSTE

La pregunta en la evaluación post-taller en los Hospitales fue la siguiente:

- **Considera que ha adquirido elementos para incorporar tanto en la comprensión, atención y referencia de aspectos que incluyan la perspectiva de género y la atención de violencia en *su propio trabajo con adolescentes embarazadas*? Y a la pregunta siguiente, abierta de **Cuáles aspectos y qué propondrían**, son notables las siguientes referencias:**
- “impulsar los programas ya establecidos de educación para la salud reproductiva en adolescentes intra y extramuros (hospitales, escuelas, grupos comunitarios)
- “ crear una unidad donde se les den pláticas de salud reproductiva y de control prenatal que contara con equipo especializado”
- “un seguimiento por un grupo especializado que las contacte y haga seguimiento desde la consulta hasta el domicilio para ver los problemas más a fondo y así trabajar más con ellas”.
- “ un módulo de atención y seguimiento”
- “un equipo interdisciplinario específico para dudas y problemas de las adolescentes”!
- “ crear un grupo o institución, como en este curso, que oriente a la población adolescente embarazada en uso de métodos preventivos, cuidado de sus hijos”
- “consultorio **Sólo** para adolescentes. Ir cada 2 semanas a la casa de las embarazadas para ver el producto”
- “hacer un censo de adolescentes embarazadas según corresponda a cada sector salud”
- “un módulo para adolescentes”
- “manejar el tema de forma natural, fuera del morbo, y darle seguimiento a la información que se brinde”

- “que se creara un área que sólo se dedicara a la orientación y cuidados de las adolescentes embarazadas”

Taller IV- Seguro Social (IMSS)

Ante la misma pregunta que en el Taller anterior, son notables las referencias, tanto escritas como planteadas en las discusiones, a la imposibilidad de modificar algún elemento dentro de la institución: el apego a la normatividad y la preocupación de sanciones es una barrera muy difícil de desarmar en las discusiones.

‘no podemos modificar nada puesto que nos debemos a un programa ya elaborado e implementado en mi Unidad ‘

‘empatía realista y cambiar la canalización, dar seguimiento a la problemática’

‘ver la visión de las adolescentes de acuerdo a la praxis y no teóricamente’

‘elaboración de programas realizados de acuerdo a las necesidades propias de la entidad’

‘base de datos real por institución y una buena coordinación de referencia de enlace’

‘...se implante módulo especial para el programa y sobre todo la concientización de las autoridades para autorizar recursos económicos’

‘un programa de seguimiento de procesos de objetivos reales y a largo plazo’

‘fomentar la promoción de programas, comunicarse entre las instituciones para llevar a cabo seguimiento de transferencias y contratransferencias’

Nuevamente, se plantean las propuestas repetidas de que el embarazo en adolescentes se puede tratar de un modo institucional, integral, con calidad y que es necesario para la calidad de vida de las jóvenes, pero que lo consideran un cambio difícil dado las limitaciones burocráticas.

Sin embargo, en TODAS las discusiones sostenidas en el grupo durante todo el taller, así como en comunicaciones personales, se señala claramente el límite estricto y burocrático de la institución IMSS de manera aún más clara que en el ISSSTE. Lamentan que aún cuando tomaran iniciativas personales para aumentar la calidad de atención, no pueden transgredir las normas que los regulan por miedo a penalizaciones de ‘hacer lo que no está contemplado en el contrato de trabajo’. Por otra parte, es muy marcado el apego irrestricto – y carente de reflexión crítica- a las normatividades institucionales, a lo que se señala como ‘procedimientos y formatos’.

Taller V- Hospital General JUAN MARÍA de Salvatierra

“la capacitación y humanización del personal de salud para que de una atención integral a cada caso, que se incluyan consultorios que aporten grupos de apoyo y prevean soluciones concisas a las problemáticas”.

“El taller permitió la capacidad de analizar con un enfoque más ético y menos normativo la atención y comprensión de las diferentes situaciones”

“dar atención o crear servicios especializados para la atención de los adolescentes”

“asignar áreas específicas donde se de seguimiento con todos los recursos existentes y posibles como, historia clínica, métodos anticonceptivos, información y talleres constantes”

“Estadísticas confiables, los cuestionamientos constantes acerca del tema que te ponen a pensar y a darte cuenta de la realidad”

“organizar un club de adolescentes embarazadas para darles seguimiento y dar el apoyo necesario de acuerdo al derecho de cada una de ellas”

“...consultorios para consejería especial para adolescentes”

Un comentario y conclusión que se generalizó en la discusiones en todos los talleres, es la necesidad de una ‘educación sexual’ – a partir de los talleres, se utilizó el concepto *educación para la sexualidad* – ya que los participantes coincidieron en que ésta era insuficiente, inoportuna y las más de las veces, inadecuada. Argumentan que las adolescentes, aun las escolarizadas, llegan al hospital y en su condición de embarazo desconociendo aspectos fundamentales de su sexualidad y de su salud sexual, que impacta en el comportamiento reproductivo.

Un hallazgo fundamental para sustentar con evidencias la necesidad de dar seguimiento intra-hospitalario y crear o reordenar en la institución un área especializada en la atención y seguimiento, una base datos, es que de todas las respuestas más relevantes y concretas con que se explora en la pregunta (30 seleccionadas entre las más importantes), 28 plantean que sería deseable tener un control preciso de las embarazadas adolescentes, ya sea creando un consultorio específico , formación de equipos especializados que den atención

y seguimiento a las jóvenes, generar estadísticas confiables, generar un censo, y seguimiento desde el hospital hasta domiciliario.

CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES VISITADOS.

Para la propuesta de generar los Lineamientos comprometidos, se enfatiza que para poder proponer lineamientos para una base de datos de seguimiento de las embarazadas adolescentes en cada hospital, es necesario conocer los perfiles de la población que reciben, así como parcialmente sus estadísticas vitales.

Si bien las estadísticas vitales en relación a los eventos reproductivos de adolescentes menores de 20 años se tendrían que concentrar en una base única, esto no sucede así. Una vez más, se recuerda que cada institución que compone el Sector Salud tiene sus propias regulaciones y criterios, por lo cual es necesario hacer referencia particular a cada una de las modalidades.

Cabe señalar que tanto el IMSS como el Hospital Gral. Salvatierra fueron los que más información estadística presentaron, mientras que en el ISSSTE no fue posible obtenerlas de primera mano.

IMSS

El IMSS NO atiende a población de menores de 16 años por causa de embarazo, a menos que sea la hija de un derechohabiente –seguro facultativo– o la esposa, y que se encuentre estudiando. De hecho, en este taller se discutió que no le corresponde al IMSS, en realidad, la atención al embarazo en consulta prenatal propiamente dicha de adolescentes así como su parto. Es por esta razón que hay una estadística diferente a la de otros registros que refiera el número de personas atendidas en pre-consulta en el IMSS, ya que no hay

tal. En caso de atención prenatal e inclusive, de algunos partos cuyos embarazos han cursado con toda 'normalidad' en cuanto a indicadores de salud, esta atención se realiza en las Unidades de Atención de Medicina Familiar.

Sin embargo, el Hospital del IMSS sí tiene datos específicos sobre los partos y abortos atendidos en este nosocomio, ya que los casos complicados se refieren al hospital de La Paz para su atención, desde las Unidades Familiares de los diferentes Municipios.

Si bien el grueso de la población adolescente embarazada se atiende en la Secretaría de Salud, es interesante observar algunas cifras del IMSS, por la proporción importante en La Paz de la población asegurada en esta institución.

De este modo ilustrativo, se observan los siguientes datos:

PERÍODO ENERO-JULIO 2012

Total de de consultas a mujeres embarazadas (1° vez), de 10 a 40 años y más

3, 680 consultas

Total consultas mujeres adolescentes embarazadas 10 a 19 años (1° vez)

476 consultas

Las adolescentes en ese rango, representan el **12.9% del total.**

Partos atendidos en adolescentes menores de 20 años en los 5 municipios:

158 partos y cesáreas.

Abortos realizados en mujeres adolescentes menores de 20:

33 abortos

Hay que señalar que la atención de las consultas prenatales, así como los partos que se desarrollan sin problema alguno, SÓLO se atienden en las Unidades de atención Médico Familiares y es sólo cuando presentan alguna complicación, cuando se refieren al Hospital de La Paz. Ya se cuenta con hoja

de referencia electrónica, lo cual favorece el seguimiento de las pacientes y el sistema de referencia y contra-referencia es monitoreado electrónicamente, como se discutirá más adelante. El IMSS tiene un Programa de atención a los adolescentes, el JUVENIMS, que tiene un control bastante cercano en cuanto a la atención médica en las Unidades y en el Hospital de La Paz.

HOSPITAL GENERAL JUAN MARIA SALVATIERRA

Jurisdicción Política y Sanitaria La Paz

Este estudio se concentró en las características de este Hospital, del Centro de Salud Urbano y de las Unidades Periféricas, que son:

- centro de salud Lázaro Cárdenas
- centro de salud Flores Magón
- centro de salud Agustín Olachea
- Centro de salud 8 de octubre
- centro de salud Chametla
- centro de salud Centenario
- centro de salud Calafia
- centro de salud Mezquitito
- centro de salud Calandrios

Al Hospital Salvatierra también llegan las referencias de las Unidades que se consideran de áreas 'rurales', que son: Todos Santos, El Pescadero, San Antonio, Los Barriles, Los Planes, Las Pocitas, El Sargento y San Bartolo.

Los embarazos que cursan normalmente, independientemente de la edad de la mujeres, y que no presentan riesgo ni emergencias obstétricas, se atienden en el 1° nivel de atención (Centros de Salud), y si hay complicación, recién se refieren al Salvatierra.

Las cifras de atención a los diversos eventos, se pueden observar en los siguientes cuadros:

PERÍODO ENERO-JULIO 2012

Embarazos de 1° vez en general

Jurisdicción	Municipio	Total
LA PAZ	LA PAZ	1221

Embarazos de 1° vez menor de 15 años

Jurisdicción	Municipio	Total	%
LA PAZ	LA PAZ	16	1.31

Embarazos de 1° vez menor de 15 a 19 años

Jurisdicción	Municipio	Total	%
LA PAZ	LA PAZ	379	31.0

Nacimientos Ene a mayo en general	Nacimientos Ene a mayo en menores de 15 años	Nacimientos Ene a mayo de 15-19 años	%
TOTAL 982	9	295	30.04

La cifra obtenida para el período **Enero-Junio** del total de partos y cesáreas atendidos, es de 1135 mujeres, mientras que las adolescentes menores de 15 fueron 12 y de 15 a 19 años se atendieron 333 jóvenes, las cuales representan **el 30.4%** de la ocupación de los servicios obstétricos del Hospital.

Estas cifras, en particular el 30.4% de adolescentes atendidas por evento obstétrico en el Hospital, lo cual es una tercera parte del total de atenciones, significan una fuerte carga tanto en los recursos para los diferentes servicios como administrativa y financiera. Lo más importante, es que estos partos y cesáreas en adolescentes, según se discutirán en el documento de diagnóstico, son en teoría ‘evitables’, desde la perspectiva de la salud reproductiva y de los programas de salud, ya que se considera que estas edades no son las más adecuadas para iniciar o en algunos casos, continuar la vida reproductiva.

Una de las causas fundamentales de muertes maternas, es la deficiente atención prenatal; enfermedades previas como hipertensión y eclampsia, abortos, violencia en el embarazo y en algunas poblaciones rurales o indígenas la dificultad de acceder a un centro de salud por el control cultural ejercida por los hombres (permiso) y la consideración de que los partos se tienen que realizar en la comunidad - lo cual es una clara expresión de violencia de género- puede tener severos efectos no sólo en la salud reproductiva de la adolescente sino en la del recién nacido. La violencia de género que se ejerce en el embarazo produce daños ya desde la condición del feto, resultando en recién nacido de bajo peso, entre otras alteraciones.

En 2005 la razón de muerte materna fue de 31.8 para Baja California Sur, ocupaba el cuarto lugar entre los estados con menor tasa en el rubro, después

de Colima, Nuevo León y Zacatecas. En 2007 se obtuvo una cifra muy alta: 83.4 de razón de mortalidad materna, siendo el tercer estado con peores resultados. En 2008 la proporción fue de 51.9.

Las cifras nacionales son para 2007 de 58.8 y para 2008 de 57. A nivel nacional se fijó la meta de alcanzar para 2012 una proporción de 34.8 y para 2015 una de 22.3. De esto podemos derivar que solamente en 2005 el estado alcanzó una tasa acorde con la meta; sin embargo, falta mucho para alcanzar y sostener la Meta Nacional y la Meta del Milenio.

La situación sobre la razón de muerte materna en Baja California Sur ha sido grave. Aunque mejora algunos años, ninguna muerte materna es justificable y de acuerdo con los indicadores sobre atención –relativos a recursos de salud humanos y materiales disponibles en la entidad-, los resultados deberían ser mucho más favorables. **El dato del comportamiento errático de este indicador, incluso más acentuado que en otros estados, sugiere que lo que debe atenderse es la calidad y constancia del servicio. A nivel municipal las cifras más altas se concentran en Los Cabos y luego en La Paz.**

El hecho de no tener derecho a alguna institución de seguridad social, tener menos de siete años de escolaridad y haberse embarazado más de tres veces, son variables que afectan la búsqueda de atención prenatal. Las jóvenes adolescentes que acuden al Hospital Salvatierra, no tienen derecho a seguridad social y aquéllas que acuden de los centros rurales, deben acudir a centros urbanos, lo cual provoca una demora en la búsqueda de la atención prenatal

PROPUESTA

PROPUESTA DE LINEAMIENTOS PARA ESTABLECER UNA BASE DE DATOS QUE PERMITA EL SEGUIMIENTO DEL FLUJO DE ADOLESCENTES EN LOS HOSPITALES INVOLUCRADOS.

Las adolescentes embarazadas tienen particularidades que requieren pensar en un modo de registro y seguimiento intra-hospitalario diferente a los establecidos tradicionalmente en las instituciones de salud.

La mayoría de ellas, no acude a su consulta prenatal desde el inicio del embarazo, sino alrededor del fin del primer trimestre (las más tempranas) o en el segundo trimestre. Es bastante usual –como lo han referido los/las participantes de los talleres- que incluso lleguen ya prácticamente en trabajo de parto, lo cual es una condición muy poco conveniente ya que no se tienen los antecedentes del desarrollo del embarazo, ni de eventuales complicaciones. Hay varios criterios para la atención adecuada del embarazo, entre ellas el n° ideal de consultas prenatales.

Cuadro 22: Consultas prenatales por embarazada atendida

Entidad	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	4.4	4.6	4.6	5.0	5.0
Baja California	4.3	4.9	5.0	5.5	6.2
Baja California Sur	4.2	4.8	4.9	6.7	6.5
Chiapas	4.9	5.0	4.9	4.9	4.9
Distrito Federal	4.1	4.1	3.9	4.1	3.9
Quintana Roo	4.3	4.2	4.5	5.0	4.9
Sinaloa	4.1	4.4	4.4	4.3	4.6

Fuente: Secretaría de Salud. DGIS. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. México, 2002-2004.

Siguiendo las fuentes anteriores, la importancia de la consulta prenatal de alta calidad tiene un impacto real en evitar las muertes maternas, cuyo comportamiento se ilustró en la sección previa. De allí que generar un sistema de registro de datos, de ‘fincar’ a las adolescentes embarazadas a una consulta prenatal regular e ideal (más de 7 consultas e iniciando en el primer trimestre del embarazo), acompañado de otras estrategias, puede permitir el seguimiento del flujo de jóvenes dentro de los Hospitales.

Una experiencia exitosa, que se realizó en un hospital público de la Ciudad de México puede ilustrar lo anterior, basado más en un modelo educativo-informativo dentro de las mismas instalaciones que en una ‘norma’ a establecer en el mismo hospital Para esto, es necesario la anuencia de los directivos de la institución así como la capacitación y sensibilización del personal de gineco-obstetricia y de los demás prestadores de servicios de salud, en cuanto a las características y problemáticas de la salud reproductiva de las adolescentes.⁶

LINEAMIENTOS SUGERIDOS PARA LA FORMACIÓN DE UNA BASE DE DATOS

Generar una base de datos dentro de los hospitales para el seguimiento del flujo de las adolescentes embarazadas, no es una tarea sencilla.

Esta base de datos, que se podría lograr en el curso de un año, permitiría el seguimiento cercano, oportuno y de calidad de las adolescentes y de la salud

6

Ehrenfeld Lenkiewicz, Noemi. EDUCACIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, **Salud Pública Méx. 1994; Vol. 36(2):154-160**

del binomio madre-hijo, al poder tener información no sólo de la joven madre sino de las condiciones de la salud del recién nacido.

Para generar esta base de datos, se sugiere el siguiente protocolo:

Generar una Base de datos específica para adolescentes menores de 20 años que acudan a los hospitales. Las variables mínimas necesarias que se requiere recabar son las siguientes:

- La historia clínica completa que se genere anexada
- Variables socio-demográficas: trabajo, escolaridad, con quien/es vive, si tiene pareja o no en este embarazo, edad del varón, empleo, si aporta para los gastos y necesidades de la joven, consumo de sustancias legales e ilegales.
- Registro si la adolescente viene por una referencia o accede por primera vez al hospital de manera espontánea
- Registro si es consulta prenatal (mes de gestación), aborto, para atención de parto inminente o para atención post-parto y complicación.
- Registro de datos básicos de la salud del neonato: peso, Apgard
- Registros de género: capturar si hay/hubo violencia en la familia, psicológica o emocional por motivo del embarazo, violencia física previa por parte de familiar, violencias de las características previamente mencionadas por parte de la pareja (violencia en el embarazo). Registrar abandono de la pareja durante el embarazo.

Esta información permite hacer visible la eventual participación del varón, de la pareja y qué modalidades adopta esta participación, así como su eventual ausencia.

- **Crear un comité de Evaluación y Reflexión** sobre los diferentes datos recabados. Es conveniente que se integre con profesionales de diferentes disciplinas (médicas, trabajadora social, psicóloga, enfermera) ya que la interdisciplina permite un análisis más detallado y general de la información a explorar. El cruzamiento de la información capturada permite el seguimiento de la adolescente embarazada durante su tránsito hospitalario, conocer el contexto del embarazo, la presencia o no de violencia durante el mismo o con anterioridad, el consumo de sustancias y su condición familiar. La información capturada permite no sólo la protección de la salud sexual y reproductiva de la madre sino el cuidado precoz del recién nacido, ya que se pueden identificar factores de riesgo antes de su nacimiento y tomar las prevenciones necesarias desde el primer momento. Esta información y evaluación permitirá la focalización de programa, refinándolo progresivamente de acuerdo a los hallazgos que surjan, ampliando o seleccionando la ‘alimentación’ de la base con nuevos reactivos.

Tiempos

El comité se puede reunir cada 6 meses, para discutir y evaluar los concentrados que se obtengan de la base.

Se considera que un año es un período suficiente para poder generar esta Base de datos, construir el software o adaptarlo, hacer pruebas piloto, limpiar la información, y probar los tiempos de captura.

El insumo que requiere esta base de datos, es un equipo de cómputo con las características suficientes y necesarias, con la posibilidad de ampliación para formar una Red (Intranet) entre los hospitales, generar un software adecuado,

capacitar al personal técnico para la constante alimentación de la Base, capacitar al personal que vaya a utilizar esta herramienta. Lo ideal, es que se pueda contar con una terminal en los consultorios que atienden a las jóvenes embarazadas, y que dispongan en ella ya el formato de captura de datos, con lo cual se agiliza todo el proceso y se está actualizando de manera permanente.

El IMSS ya cuenta con un sistema de información computarizado, con historia clínica electrónica, de modo que generar esta Base puede representar un esfuerzo menor al que tiene que realizar la Secretaría de Salud y el ISSSTE. Sin embargo, con la creación y funcionamiento del nuevo Hospital del ISSSTE, se plantea tener una consulta prenatal especializada así como iniciar con la Historia Clínica Electrónica, lo cual sería un gran avance.

Recogiendo las propuestas reflexionadas y sugeridas por el personal asistente a los Talleres, se propone integrar los siguientes lineamientos y acciones para construir un Modelo de Atención Integral Hospitalaria de la Salud Reproductiva y la Sexualidad de Adolescentes:

- 1- Sensibilización y capacitación mediante talleres específicos de alta calidad de contenidos sobre género, salud sexual y reproductiva y adolescencia al personal directivo y especialistas de obstetricia, al personal de enfermería, trabajo social y administrativos en el Hospital Salvatierra y en el Centro Urbano, así como IMSS e ISSSTE
- 2- Acordar un horario ‘preferente’ para las citas de consulta prenatal. Esto consiste en a todas las menores embarazadas de 20 años que acuden al Hospital, se las cita en su segunda vez en horas en que se puedan

concentrar todas las jóvenes, SIN detrimento de la atención de mujeres de más edad. Esto hace que ellas se sientan menos discriminadas, ven que no son una excepción no siempre aceptada socialmente y por sus familias, establecen vínculos entre ellas y a lo largo del embarazo establecen una red de amistades, se apoyan con sus hijos previos y al nacimiento de sus hijos, suelen persistir estas amistades generadas en el hospital. Para el personal médico, significa que se concentran en la atención de estas jóvenes y al estar sensibilizados, se incrementa la calidad de la atención así como la calidad del registro de las historias clínicas.

- 3- Buscar un consultorio específico para la atención de adolescentes, bien identificado, para que acudan regularmente a ‘su consultorio’, aún cuando el personal médico y para-médico vaya rotando.
- 4- Incorporar una psicóloga al equipo de médicos, para las consultas referidas acerca de problemáticas que aquejan con frecuencia a las jóvenes: depresión, miedos, violencia, deserción escolar, falta de comunicación y falta de pareja en muchas ocasiones.
- 5- Incorporar al equipo a una trabajadora social para apoyar a las adolescentes en las relaciones intrafamiliares , en particular cuando son conflictivas. Las trabajadoras sociales son fundamentales en los casos de violencia y de violencia sexual (violación), para apoyar y acompañar a las jóvenes en el proceso de decisión de denuncia del delito, apoyado por la psicóloga.

- 6- De ser posible, generar un temario de pláticas de interés para las jóvenes, durante la espera de la consulta externa o en una reunión semanal a las que se las cita. Los temas pueden ser:
- ‘que me sucede cuando llego al hospital para el parto?’
 - ‘Los primeros días del recién nacido’
 - ‘he sido sujeto de violencia...qué hago para no volver a esa situación?’
 - ‘cómo enfrento un embarazo por violación’
 - ‘el control de la salud del hijo/a’
 - ‘Mi salud física y emocional, quiero una vida sin violencias’
 - ‘La importancia de seguir con mi educación’ (referencia a PROMAJOVEN, esto se explicará en el documento de Diagnóstico)
- 7- Otros temas, seleccionados por las características propias de cada hospital, que tienen que ser del interés de las jóvenes y que las apoyen en su experiencia cotidiana.

Esta propuesta no implica altos costos económicos ni excesivos recursos adicionales, requiere sobre todo, de una clara intención y voluntad de generar un servicio de atención prenatal de alta calidad, con incremento en las consultas prenatales y la con la consiguiente reducción de la mortalidad materna.

La transversalidad de políticas tendientes a la disminución de la violencia de género y a la introducción de la perspectiva de género en el Hospital Salvatierra y en IMSS e ISSSTE requiere no sólo de la promoción por parte de INMUJERES en este sentido, sino de una verdadera conjunción de esfuerzos entre los sectores, de la participación activa del sector salud y del apoyo político por parte de las autoridades, incluyendo gobierno, ya que se

trata de una tarea permanente para poder lograr resolver la agenda pendiente que se tiene con la población adolescente, buscando mejorar su vida, posponer el primer evento reproductivo y en los casos que ya lo enfrentan, que tengan la mayor cobertura posible para tener una mejor calidad de vida.

Las realidades que demuestran las adolescentes embarazadas obligan a pensar en el rediseño y en una reconceptualización de este ‘problema’. Las políticas han de reconocer que como mujeres y además muy jóvenes, las adolescentes son particularmente vulnerables a factores como el control de sus vidas y decisiones, tanto por parte de los varones como de las instituciones.

Las Instituciones de Educación y Salud, junto con otras, deben confluir sus esfuerzos en estrategias creativas que promuevan el conocimiento y la práctica de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, en especial de las mujeres, para poder hablar de una prevención real de la condición del embarazo en adolescentes y para que promuevan y garanticen salud, equidad y futuro en la sociedad y en la mujeres adolescentes.

DOCUMENTO SOBRE LOS LINEAMIENTOS BÁSICOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA CON CENTROS DE SALUD ALEDAÑOS.

El tema de las referencias de pacientes y contra-referencias es una agenda pendiente en las instituciones de la Secretaría de Salud y en otras instituciones del Sector. Hay muchos factores que intervienen en este tema, en particular la contra-referencia, que a lo largo de los años no se han podido subsanar.

Es necesario señalar que en relación a la contra-referencia, la información de experiencias previas y del mismo sistema de salud indica que nunca ha resultado exitosa, por diversas causas:

- Muchas veces se hace en forma oral y no con un formato oficial
- Las pacientes no regresan después de haber ido a su sitio de referencia a informar el resultado de la cita o no regresan el formato, en caso de que se los hayan entregado.
- Salvo casos en que hay un interés o preocupación personal del médico/a que hace la referencia, de las enfermeras o trabajadoras sociales, el ‘caso’ de la mujer se pierde
- Llenar el formato de la referencia les representa a los médicos/as y a las trabajadoras sociales una carga adicional en su presionada rutina, por lo cual muchas veces no lo hacen, siendo esto su principal argumento y comentario recabado de sus opiniones en los Talleres impartidos.

Estas razones, que son las de la realidad en campo y no las de los protocolos, hacen que las más de las veces no se pueda saber el resultado de un evento reproductivo, ya sea parto, aborto o cesárea o lo que es más importante, el estado de las mujeres una vez concluida su estancia o paso por alguna institución de salud. Sin embargo, desde la perspectiva de la paciente, esta falta de seguimiento conlleva a una mayor exposición a riesgos de diversa índole, desde su estado de salud inmediato a post-evento así como a una concepción más amplia de salud, que considera su estado de bienestar.

La pérdida en el seguimiento de las adolescentes embarazadas o que ya tuvieron a sus hijos, las exponen a riesgos mayores que involucran a las jóvenes, a la salud de sus hijos, y se desconoce la situación en sus contextos de vida, incluyendo la posibilidad del regreso a una circunstancia de vida con violencia de género.

Esto representa una pérdida importante de información en lo que respecta a la ‘calidad de servicios’, pero desde hace décadas no se ha podido resolver, en particular en los hospitales de la Secretaría de Salud. Los centros de salud (Unidades Periféricas), incluyendo los rurales, refieren al Centro de salud Urbano y éste a su vez, lo hace al Hospital General con los casos que amerita su referencia.

Los factores que intervienen en la problemática de la referencia y contra-referencia son de diversa índole:

- **Factores físicos:** las distancias, las dificultades geográficas (lejanía, accidentes naturales), la falta de transporte oportuno, altas temperaturas en horarios matutinos del verano.
- **Factores institucionales:** la falta de presupuesto para movilizar los vehículos, falta de gasolina, la falta de llenado de referencia y del formato de la contra-referencia

- **Factores adjudicables a las pacientes:** la pérdida de las hojas de referencia por parte de las pacientes, desidia, enfermedad o malestar, carecer de la conciencia de la importancia de seguir el proceso, olvido, desapego a los servicios de salud.
- **Factores del contexto de las adolescentes embarazadas:** problemas familiares, falta de dinero para el transporte, impedimento por parte de la familia, impedimento por parte de la pareja, violencia emocional o física.

Es un hecho que la presión en la consulta externa por el número de pacientes que se tienen que atender en las 6 hs. de trabajo institucional inhibe a los prestadores de servicios de salud del llenado de este formato, con lo cual se pierde no sólo la información para las estadísticas desagregadas y detalladas del hospital, sino que también se desconoce el resultado final de la condición de la mujer atendida por eventos obstétricos u otras causas.

Con los hallazgos de esta investigación se proponen algunas pautas que en el caso de implementarse, podrían subsanar los aspectos negativos señalados y con ello, incrementar la protección de la salud de las jóvenes y sus eventos reproductivos, lo cual redundaría en un mayor estado de bienestar de toda la población.

omover y contribuir a establecer un sistema de referencia y contra-referencia se hace mención especial al Hospital de la Secretaría de Salud H. Salvatierra, ya que es este ámbito del Sector salud donde se presentan las mayores dificultades. Los lineamientos básicos propuestos se resumen en lo siguiente: el PROCESO consiste fundamentalmente en tres ámbitos:

1- La demanda espontánea de las usuarias a los centros de salud de nivel primario. En el caso de La Paz, se denominan Unidades Periféricas y hay un Centro de Salud Urbano, ubicado en el área urbana céntrica de la Paz.

En estos centros de salud se tienen que atender y resolver las demandas de servicios de adolescentes embarazadas vecinas en la comunidad que presentan un estado saludable aceptable y que están cursando un embarazo sin complicaciones. El parto se resuelve en este mismo nivel de atención. Los centros de salud, en la medida que tengan más calidad, tienen que tener la competencia de resolver la gran mayoría de los casos que acuden a ellos, ya que esto significa no sólo menor carga económica para los hospitales que tienen especialidad, sino que implica el buen estado de la salud comunitaria, estrategias de prevención primaria (educación para la salud, vacunación) y buenas condiciones generales de vida, como la alimentación, vivienda, infraestructura de agua y otros satisfactores.

2- Referencia de la adolescente embarazada de nivel primario a nivel secundario.

Cuando se detecta alguna causa que pueda poner en riesgo el buen desarrollo del embarazo, tanto desde la perspectiva materna como del feto, se hace la referencia al Hospital Salvatierra, que cuenta con la infraestructura de recursos humanos especializados, técnicos y asistenciales para poder efectuar estudios de imagen y laboratorio que permiten diagnosticar y subsanar las condiciones del embarazo de la adolescente.

Cabe señalar que las unidades periféricas refieren al Centro de Salud Urbano los casos en que aún no requieren de una asistencia especializada por gravedad o urgencia, ya que se pueden resolver en este Centro Urbano.

Si se presentan circunstancias que representan un riesgo para el binomio madre-hijo, ya sea durante el embarazo o para el parto, se refiere al Hospital Salvatierra.

Es en esta referencia donde se utiliza una hoja específica, de referencia, que se entrega a la adolescente para que a su vez la presente en el hospital.

En esta forma se inscribe la condición de la embarazada y la razón de su referencia.

3- Contra-referencia de la adolescente al nivel de atención primaria.

Una vez resuelto el problema, la joven es re-enviada a su centro de salud o Unidad de atención para que desde éste se la siga atendiendo en sus demandas y necesidades de atención a la salud. Se le entrega un formato en el que se indican los procedimientos, técnicas, estudios de laboratorio, imagen, cirugías, etc. y el diagnóstico final de la resolución de su problema de salud reproductiva.

Los formatos referidos en el punto 2 y 3 son los que no cumplen necesariamente con los requisitos que garanticen la claridad en cuanto a la atención, las causas de la referencia y las condiciones de salud de las adolescentes embarazadas o con problemas de salud reproductiva.

Los factores adjudicables a distintos ámbitos que intervienen antes dichos, participan en este proceso de pérdida de la información y del cuidado de las jóvenes.

Hay Unidades de atención y centros de salud que desarrollaron estrategias para fincar a las adolescentes a su consulta prenatal, como las ‘reuniones’ de las jóvenes o fijar un día con el propósito de concentrar a las

adolescentes. Sin embargo, esto no se realiza ni en todas las unidades y tampoco acuden todas las jóvenes citadas, por motivos diversos.

Ante esto, en la propuesta de lineamientos básicos para establecer vínculos más estrechos en la referencia y contra-referencia, se sugieren diferentes acciones:

- Elaborar en un pequeño formato (un octavo de hoja carta) el nombre de la adolescentes, el nombre del Centro de Salud que la recibe y el nombre del Hospital al que la refiere. Este formato se tiene que engrapar a la hoja de referencia oficial, y se le pone un sello una vez que la joven llega al hospital. Una vez resuelta su situación de salud en el Hospital, ella debe entregar este formatito en la unidad de salud.

Se puede argumentar, con cierta razón, que si no entregan o pierden la hoja institucional, también pueden perder o quitar este formatito. Sin embargo, al explicarles que esto significa una mejor atención para ella y su futuro hijo/a, puede enfatizar la motivación a regresar para sus ulteriores controles.

El principal problema en el sistema de referencias, es la poca conciencia sobre la importancia básica que tiene la consulta prenatal. Esto es un obstáculo serio, que requiere de intervenciones multi-institucionales y de una fuerte colaboración inter institucional a nivel de la comunidad, de los barrios y pueblos:

- 1- Informar, desde las escuelas y como parte de la educación formal, sobre los aspectos benéficos y protectores de la salud de la consulta prenatal. Esto implica la participación de la Secretaría de Educación en conjunto con la Secretaría de Salud.

- 2- Las actitudes y aptitudes del personal de los Centros de salud, de las unidades y del hospital, en cuanto al trato adecuado, respetuoso y amistoso de las adolescentes embarazadas. Para esto, la capacitación y formación continua del personal médico y para médico que está en contacto con las adolescentes es fundamental. El ejercicio de poder que se ejerce en las instituciones también es parte de una cultura hegemónica que ejerce, muchas veces, violencia institucional. Esta capacitación es tarea ardua y debe ser permanente, un programa de formación continuo con esfuerzos interdisciplinarios para poder lograr cambios reales y tangibles de actitud.
- 3- Incorporar, desde todos los ámbitos formativos e informativos, los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes a una vida sana, exenta de violencias. El uso de la radio puede ser una herramienta poderosa de difusión de esta información, más que folletos impresos que pocos leen.
- 4- La difusión de los derechos de las mujeres y de las instancias existente para la atención de las violencias de género tienen que llegar también a las familias y a las mujeres de las comunidades y barrios. Difundir esta información en radio o en charlas informales en centros de reunión comunitaria, mercados, actos festivos, clubes u otros centros se vuelve una necesidad, ya que es en las familias donde se generan y viven las violencias, pero también son las familias los nichos de apoyos a las adolescentes embarazadas.

El Instituto Sud-Californiano de la Mujer tiene un papel y un compromiso central en estas acciones, al establecer estrechos lazos de colaboración inter-institucional desde todos sus programas. Sin embargo, la evaluación reflexiva

del impacto que estas acciones tienen es una necesidad, para focalizar y reorientar estrategias que quizás requieran de cambios. Si bien a nivel de las autoridades de las instituciones como Salud y Educación reconocen y aprecian la presencia del Instituto, es necesario que éste tenga una presencia más tangible a nivel de la ciudadanía, como una institución de guía y apoyo para mejorar la condición de las mujeres, en particular de las jóvenes, que están en el inicio de sus vidas.

Se sugiere, como lineamiento, que en La Paz, se tendría que establecer inicialmente un sistema electrónico de referencia de pacientes entre el Hospital Salvatierra y el Centro de Salud Urbano, ya que este último recibe las referencias de los 10 centros de salud del municipio. En una segunda fase, se pueden incorporar los demás centros de salud, para conformar una Red de Referencias y contra-referencias funcional y verdaderamente eficaz. Considero que la ‘modernización’ del Sector Salud y sobre todo de la Secretaría de Salud, implica necesariamente la instrumentación de las historias clínicas electrónicas, cosa que ya sucede en el IMSSS con excelentes resultados. Con esto, el problema de la pérdida de información se ha resuelto en esta última institución que tiene un excelente y eficiente sistema electrónico.

En la actualidad, es básico pensar en un destino presupuestal gubernamental para dotar a los consultorios de terminales de computadoras, conectadas a un servidor y un software especializado, que vinculen permanentemente las referencias y las contra-referencias, sobre todo en pacientes obstétricas que a su vez, ya han sido referidas de los centros de salud más distantes. Esto sin duda, representa una erogación importante para el Estado, pero redundará en una disminución de muertes maternas, el costo más caro para una sociedad, así

como disminuirá los costos de atención de las complicaciones obstétricas en el Hospital Salvatierra. Sin duda, las adolescentes serán las más beneficiadas con esta medida, pero toda la sociedad gana en calidad y en igualdad de condiciones de género en todos los ámbitos de la vida social.