

Manual

para mejorar la atención a
la salud materna
en adolescentes



"ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO. AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA."

Manual

*para mejorar la atención a
la salud materna*

en adolescentes

Lograr una maternidad sin riesgo significa eliminar cualquier forma de discriminación hacia las mujeres desde la niñez.

María del Carmen Elu. Fundadora del Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgo.



**GOBIERNO
FEDERAL**



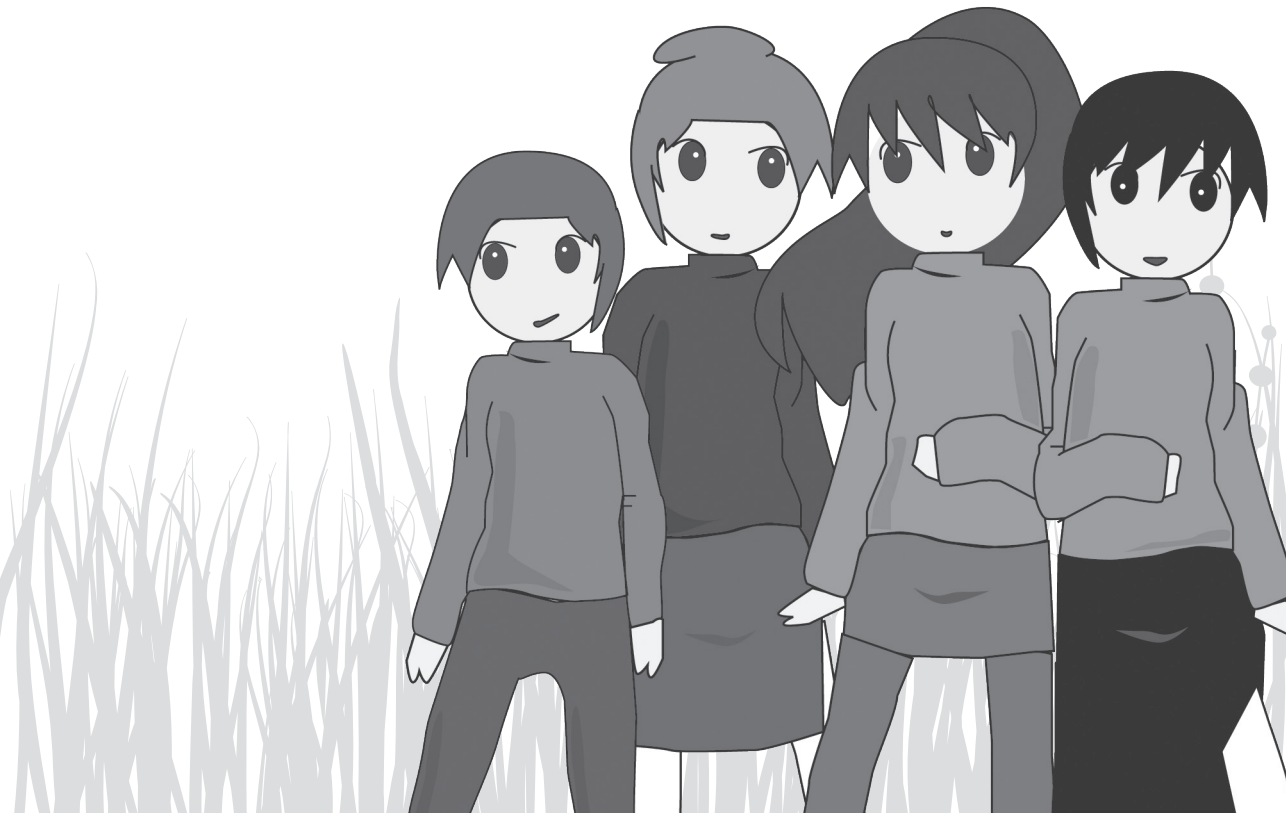
Vivir Mejor

"ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA."

Índice



1. Introducción _____	07
2. Líneas conceptuales para abordar la mortalidad materna en adolescentes ____	09
3. Perspectiva de género en los servicios de salud. Carta descriptiva _____	22
4. Derechos sexuales y derechos reproductivos en la atención a la salud materna en adolescentes. Carta descriptiva _____	27
5. Recomendaciones del personal de salud _____	35
6. Anexo. Línea de prejuicios _____	37



Introducción

Durante siglos -y hasta hace menos de uno- era algo común en muchos lugares del país que las mujeres se unieran o casaran y tuvieran su primer hijo o hija alrededor de los 14 ó 15 años de edad. En la actualidad esto tiene una significación diferente pues implica diversos riesgos sociales, psicológicos y biológicos.

Mujeres de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de niños o niñas cada año en el mundo. Y la principal causa de muerte entre las mujeres de este grupo de edad es la ocasionada por problemas relacionados con el embarazo. En la actualidad, sabemos que las mujeres embarazadas menores de 19 años tienen el doble de probabilidad de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 30 años de edad; sabemos también que en aquellas de 15 años de edad o menos, el riesgo aumenta 5 veces.

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países llamados en desarrollo, ya que si bien el embarazo en la adolescencia conlleva riesgos, también las condiciones económicas, sociales y culturales así como calidad de la atención médica que recibe la adolescente pueden disminuir el riesgo de manera significativa.

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de la profunda desigualdad social al estar íntimamente relacionado con la pobreza, con la falta de acceso a servicios de salud con calidad y con la existencia de obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Ante este contexto se diseñó una propuesta de capacitación cuyo objetivo es el de favorecer la inclusión de la perspectiva de género y de derechos humanos en la atención a la salud materna en adolescentes embarazadas. Este documento sistematiza la experiencia de la capacitación a personal de salud de Hospitales y Centros de Salud de las Jurisdicciones Sanitarias de Iztapalapa y Gustavo A. Madero que se llevó a cabo en el mes de noviembre del 2011. Contiene las herramientas teóricas y metodológicas que permitan mejorar la atención a la salud materna en adolescentes por medio de los siguientes apartados: En el primero se presentan las líneas conceptuales que justifican la importancia de realizar acciones para disminuir los riesgos de muerte materna en adolescentes embarazadas por medio de generación de servicios de salud amigables y con perspectiva de género y de derechos. En el segundo apartado se muestra las cartas descriptivas de un taller de 8 horas para sensibilizar al personal de salud, y en el último apartado se incluye una lista de recomendaciones para mejorar los servicios de salud, mismas que surgieron del propio personal capacitado.

2. Líneas conceptuales para abordar la mortalidad materna en adolescentes

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: requisito necesario para abatir la mortalidad materna

El Estado mexicano se comprometió a abatir la mortalidad materna en diversos acuerdos internacionales, como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)¹ y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekin, 1995)². La disminución de la mortalidad materna también forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000),³ al comprometerse México junto con los países miembros de las Naciones Unidas, a reducir las muertes maternas en tres cuartas partes entre 1990 y el 2015, así como a lograr el acceso universal a la salud reproductiva en el 2015, como parte del Objetivo 5 Mejorar la Salud Materna.

Aún muy lejos de cumplir con los compromisos establecidos en estos acuerdos internacionales,⁴ representan de alguna manera el reconocimiento de que las políticas públicas para abatir la mortalidad materna tienen como condicionantes el cumplimiento de promover, proteger y respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres así como garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva con calidad.

Un avance significativo para atender la problemática de la mortalidad materna en adolescentes, está reflejado en la Ley de las y los Jóvenes del Distrito Federal⁵, en donde se plasman en el Capítulo V de dicha Ley, los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes, señalando:

Artículo 18.- Todas las y los jóvenes tienen el derecho de disfrute y ejercicio pleno de su sexualidad y a decidir, de manera consciente y plenamente informada, el momento y el número de hijos que deseen tener.

Artículo 19.- El Gobierno debe formular las políticas y establecer los mecanismos que permitan el acceso expedito de las y los jóvenes a los servicios de información y atención relacionados con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como a la detección temprana, la atención y el tratamiento integral del cáncer de mama y cérvico uterino.

Artículo 20.- El Plan debe incluir lineamientos y acciones que permitan generar y divulgar información referente de salud reproductiva, ejercicio responsable de la sexualidad, VIH-SIDA, educación sexual, embarazo en adolescentes, maternidad y paternidad responsable, la detección temprana, la atención y el tratamiento integral del cáncer de mama y cérvico uterino, entre otros.

1 En http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm

2 En <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>

3 En <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/ODM.htm>

4 Ver Gobierno Federal. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2010. México, agosto de 2011.

5 Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 12 de julio de 2011, última modificación.



Datos epidemiológicos: un breve diagnóstico

En el mundo

La OMS señala que en el mundo, cada día mueren alrededor de 1000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2008 murieron 358 mil mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en los llamados países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.⁶ Aunado a lo anterior, la gravedad es aún más profunda si se toma en cuenta que según la OMS, por cada muerte materna en el mundo, hay 135 casos de complicaciones o enfermedad.⁷ La mortalidad materna se concentra en África subsahariana y en Asia meridional, áreas donde en 2008 se produjo el 87% del total mundial de esas muertes.

Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas en el mundo, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto) la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), la obstrucción del parto y los abortos peli-grosos. Las demás son causadas por enfermedades como el paludismo, la anemia o la infección por VIH/sida en el embarazo.

En América Latina y El Caribe, mueren más de 22 mil mujeres anualmente por causas relaciona-das al embarazo y el parto.⁸ Según reportes de la OPS, en los países de América predominan las causas obstétricas directas de muerte, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmen-te en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. La hipertensión del embarazo es un riesgo importante de mor-bilidad y mortalidad materna. El aborto, especialmente aquel que es provocado, es un problema importante de salud pública. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, y la calidad de su atención es a veces deficiente.

La mortalidad materna en América representa una de las expresiones de mayor inequidad en el mundo. Por ejemplo, en Canadá hay 4 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití. Chile presenta una tasa de mortalidad materna de 23 por 100.000 nacidos vivos, frente a 390 en Bolivia. Aunado a lo anterior, la mortalidad materna varía enormemente dentro de los países, pues las inequidades se reflejan en las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de calidad.

El Informe mundial 2011 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, señala que la tasa de morta-lidad materna en la región conformada por los países desarrollados, era para 2008 de 17 muertes por 100.000 nacidos vivos, mientras que en la región de países en desarrollo era de 290 muertes por 100.000 nacidos vivos.⁹ Ahí se expresa que desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en el mundo un 34%, lo que representa que entre 1990 y 2008 la razón de mortalidad materna mundial sólo ha disminuido en un 2.3% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5.5% anual necesaria para alcanzar el ODM5.

6 OMS. Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°348. Noviembre de 2010.

7 CLAP/OPS. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico. s/f

8 CLAP/OPS. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico. s/f

9 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011. Junio de 2011.

En México

Algunos cálculos, señalan que en México ocurren anualmente alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales sólo llega a término de la gestación el 60%, es decir, aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año. El restante 40%, alrededor de 1 millón 680 mil embarazos, termina por abortos ya sea espontáneos o inducidos.¹⁰ En 2010, la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años en todo el país fue de 56.9, mientras que en el Distrito Federal fue de 36.4.¹¹

En el país, mueren anualmente más de mil mujeres por razones asociadas al embarazo, esto es, diariamente ocurren 3 muertes maternas en el país. Si bien, la tendencia de la mortalidad materna parece ir disminuyendo lentamente, las variaciones extremas de dicha tendencia, como lo muestra la siguiente tabla, no reflejan una reducción firme y concisa a nivel nacional.

Es importante señalar que existen discrepancias en las cifras sobre muertes maternas en el país, según la fuente consultada. En algunos casos, la variación de un mismo dato es mínima, sin embargo, en otros pueden ser significativa; esto se debe, fundamentalmente a un problema de subregistro y a errores en la clasificación de las muertes maternas. Hasta antes del 2000, se consideraba que en México existía un subregistro de muertes maternas de 33% o mayor. Desde entonces, diversos esfuerzos se llevan a cabo con el fin de corregir los registros y mejorar la calidad de la información.¹²

La tasa de mortalidad materna en el país es como sigue:

Tasa de mortalidad materna*					
Entidad federativa	1995	2000	2005	2010	Meta de reducción para el 2012*
Oaxaca	148.6	112.2	99.2	88.7	57.6
Guerrero	98.5	116.3	123.7	87.1	100.4
Chihuahua	46.2	60.0	89.3	68.1	52.7
Chiapas	117.2	80.2	84.1	66.8	70.0
Veracruz	104.8	88.1	61.1	65.3	48.5
Michoacán	83.5	57.4	58.5	65.2	51.7
Hidalgo	103.2	57.9	79.6	63.4	45.2
Puebla	149.8	79.6	64.3	58.8	45.5
Distrito Federal	83.1	77.9	61.2	55.7	42.8
Tlaxcala	161.9	66.3	62.5	54.7	53.5
Durango	48.8	47.5	45.2	52.6	67.4
Quintana Roo	73.5	96.0	55.6	52.5	41.2

10 Díaz de León, M. F., Gasman, N., Campos, C. A. Mortalidad Materna. IPAS México. s/f

11 La tasa de fecundidad se refiere al Número de hijos nacidos vivos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad en un determinado año. Fuente de las cifras: CONAPO-INEGI-COLMEX. Conciliación demográfica. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2030. Censo de Población y Vivienda 2010.

12 Ver Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. Síntesis Ejecutiva 16. Medición de la mala Clasificación de la Mortalidad Materna en México, 2002-2004. México, diciembre 2005.



<i>Tasa de mortalidad materna*</i>					
Entidad federativa	1995	2000	2005	2010	Meta de reducción para el 2012*
Tamaulipas	25.3	64.0	53.7	50.5	45.4
Campeche	58.3	49.4	77.7	48.4	53.3
Coahuila	42.3	41.9	48.3	47.3	22.7
San Luís Potosí	83.2	74.0	50.0	47.0	34.4
Estado de México	100.1	92.7	72.8	46.6	43.3
Aguascalientes	57.0	70.2	30.1	44.6	34.3
Zacatecas	59.5	66.7	28.7	43.5	41.6
Nayarit	108.1	65.5	101.5	42.1	29.2
Guanajuato	72.7	59.5	40.5	41.1	34.9
Querétaro	89.8	102.4	47.4	40.1	43.1
Jalisco	45.6	53.7	39.1	39.6	47.2
Tabasco	39.2	52.7	53.2	39.5	41.1
Baja California	23.2	48.4	51.8	39.1	30.8
Sinaloa	22.0	50.8	47.8	38.3	31.9
Yucatán	96.0	83.0	58.1	32.8	24.2
Baja California Sur	35.0	21.9	31.6	30.8	31.6
Morelos	103.8	63.9	78.7	28.2	43.2
Sonora	49.4	39.1	40.7	25.4	40.6
Nuevo León	22.4	49.0	25.6	22.6	24.8
Colima	44.7	56.0	59.0	0.0	28.9
Total tasa nacional	83.2	72.6	61.8	51.3	45.6

*Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos estimados por CONAPO
Fuente: Elaboración propia con datos del V Informe de Gobierno Federal. México, septiembre de 2011. "Indicadores básicos de salud por entidad federativa". PP.587-597

Numeralia de la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes a nivel nacional

- A nivel nacional, una de cada tres mujeres con hijos, tuvo su primer embarazo en la adolescencia y en la actualidad cerca del 21% del total de partos atendidos en el país corresponde a mujeres menores de 19 años.¹³
- Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, la edad mediana para la primera relación sexual de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) ocurre a los 17.8 años.

¹³ Datos de la SS en Comunicado de prensa N° 325. 23 de septiembre de 2009. 90. CONAPO, Elena Zúñiga, Secretaría Nacional. Discurso realizado el 30 de octubre del 2007 en la Ciudad de México en www.conapo.gob.mx/prensa/discursos2007.

- De acuerdo con la ENADID 2009, 6 de cada 10 adolescentes no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual y la edad mediana para el primer uso de anticonceptivos en las mujeres ocurre hasta los 21.7 años.
- El 25% de las mujeres adolescentes no usa anticonceptivos a pesar de no desear un embarazo.
- La unión a temprana edad está muy vinculada al embarazo no planeado: 8 de cada 10 adolescentes que viven en pareja ya tienen un hijo o se encuentran embarazadas, y de estas últimas, el 75 % no planeaba tener hijos o no deseaba embarazarse en ese momento.¹⁴
- Un estudio realizado en el 2009 el marco de los 35 años de planificación familiar en México, señala que la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE) se encuentra entre los métodos menos conocidos; refiere que “más de 60% de las adolescentes y jóvenes no ha oído hablar de la PAE”. El mismo estudio señala como preocupante que prácticamente “el 70% de las adolescentes del país que han escuchado de las pastillas de emergencia, no sabe cuánto tiempo después de la relación sexual se deben tomar”.¹⁵
- Los datos sobre el número de adolescentes embarazadas al momento de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, revelan que el 27.8% de las jóvenes dijo tener un embarazo no planeado y el 12.8% un embarazo no deseado.
- Más del 50% de las adolescentes atendidas por un evento obstétrico en las unidades de la Secretaría de Salud egresan sin un método anticonceptivo.¹⁶

En el Distrito Federal

El Distrito Federal se encuentra entre las 10 entidades con la tasa de mortalidad más alta en el país. En el 2010 ocupó el 9° lugar. (Ver tabla arriba). Si bien, la muerte materna en el D.F. muestra una tendencia de disminución, llama la atención el hecho de que el D. F. cuenta con una amplia infraestructura hospitalaria y avances significativos hacia la universalidad del acceso a servicios de salud.

El número de mujeres que fallecieron durante 2009 por causas asociadas al embarazo por delegación, se muestra en la siguiente tabla. Es importante señalar que si bien la delegación Iztapalapa es en donde ocurrió el mayor número de muertes maternas (15 mujeres), son las delegaciones Iztacalco, Cuauhtémoc, Atzacapotzalco, Tláhuac, Benito Juárez y Miguel Hidalgo, las que contaron con las tasas más altas de mortalidad materna en el 2009 en Distrito Federal.



14 INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006.

15 Mendoza, Doroteo; Sánchez, Miguel; Hernández, María Felipa y Mendoza, Ma. Eulalia. “35 años de planificación familiar en México” en La Situación Demográfica de México 2009. CONAPO. P.40

16 Secretaría de Salud. Panorama de la Muerte Materna 2010. Reunión Nacional APV. Diciembre de 2010.

Mortalidad Materna en el Distrito Federal 2009

Delegación	Muertes maternas 2009	Nacidos vivos estimados por CONAPO 2009	Tasa de mortalidad materna*
Iztacalco	8	5407	148.0
Cuauhtémoc	6	6334	94.7
Azcapotzalco	5	5323	93.9
Tláhuac	6	6683	89.8
Benito Juárez	2	2235	89.5
Miguel Hidalgo	3	3673	81.7
Milpa Alta	2	2538	78.8
Xochimilco	5	7078	70.6
Cuajimalpa	2	3065	65.3
Coyoacán	4	6843	58.5
Álvaro Obregón	5	10952	45.7
Iztapalapa	15	33010	45.4
Tlalpan	3	9197	32.6
Magdalena Contreras	1	3913	25.6
Gustavo A. Madero	4	17563	22.8
Venustiano Carranza	1	6097	16.4

*Tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos estimados por CONAPO

Fuente: Elaboración propia con cifras de Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, México, 2010. "Municipios con muertes maternas en 2009".

El registro de muertes maternas en el Distrito Federal de 2002 a 2009, por Delegación es como sigue:

Mujeres que fallecieron por razones asociadas al embarazo en el Distrito Federal 2002 a 2009

Delegación	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Azcapotzalco	4	5	2	1	5	1	3	5
Coyoacán	2	7	9	2	7	4	1	4
Cuajimalpa	3	1	2	4	2	1	2	2
Gustavo A. Madero	11	14	10	11	11	11	8	4
Iztacalco	3	3	3	4	3	9	2	8
Iztapalapa	20	21	26	24	17	15	18	15
Magdalena Contreras	4	4	2	3	1	3	1	1
Milpa Alta	-	1	1	1	-	3	2	2
Álvaro Obregón	7	10	9	4	2	5	3	5

Tláhuac	4	2	4	7	1	10	2	6
Tlalpan	3	5	5	5	10	5	6	3
Xochimilco	6	9	2	7	4	3	1	5
Benito Juárez	3	1	3	1	2	1	2	2
Cuauhtémoc	4	5	5	2	7	7	6	6
Miguel Hidalgo	1	2	-	2	4	2	4	3
Venustiano Carranza	2	6	4	2	2	8	8	1
Total	77	96	87	80	78	88	69	72

Fuente: Elaboración propia con cifras de "Defunciones por muertes maternas según municipio y año de registro de la defunción". En INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de defunciones 2002-2008. Para cifras de 2009, Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, México, 2010. "Municipios con muertes maternas en 2009".

Según datos preliminares del 2011, el Distrito Federal han ocurrido 63 muertes maternas y es la 3ª entidad con mayor número de muertes maternas en el país, sólo después del Estado de México (con 124) y de Veracruz (con 65); con lo que el DF representa el 7.7% del total de muertes maternas en el país.¹⁷

Numeralia de la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes en el Distrito Federal.

- De los partos atendidos durante el 2009 en el Sistema de Salud del D. F., 24 mil 875 partos fueron de mujeres jóvenes menores de 20 años de edad. Es decir, que el 21.4 % de los partos correspondieron a mujeres menores de 20 años.¹⁸
- De las 24 mil 875 mujeres embarazadas menores de 20 años de edad, 1 295 tenían menos de 15 años de edad, mientras que 23 mil 580 tenían entre 15 y 19 años de edad.¹⁹

Reducir la Mortalidad Materna: desde perspectiva integral que incorpora la perspectiva de género, el enfoque de juventudes y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

Una muerte materna es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.²⁰ Así, la muerte materna en adolescentes es aquella que ocurre en mujeres de entre 10 y 19 años de edad.²¹


17 SSA. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica: semana epidemiológica 44 con información actualizada al 1º de noviembre de 2010.

18 Agenda Estadística 2009. Secretaría de Salud el D.F. En <http://www.salud.df.gob.mx>

19 Ibidem

20 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

21 La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud definen a la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad. La ONU define como "jóvenes" a las personas que se encuentran en el rango de edad de 15 a 24 años. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, ha adoptado las siguientes definiciones de trabajo: "adolescente" se refiere a cualquier persona de entre 10 y 19 años de edad; "persona joven" se refiere a cualquier persona de entre 10 y 24 años de edad; y "joven", a personas de entre 15 y 24 años. En México, El Instituto Mexicano de la Juventud define como "jóvenes" a quienes están en el rango de 12 a 29 años de edad. Mientras que en el Distrito Federal, la Ley de las y los Jóvenes define "joven mayor de edad" a quienes están el rango de 18 a 29 años de edad. Y "joven menor de edad" a quienes se encuentran entre los 14 y 17 años de edad



La Organización Mundial de la Salud, OMS, señala que el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.²²

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son precisamente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento. En el caso del embarazo, factores de tipo económico, social, cultural y la calidad con que se proveen los servicios de salud juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación.²³

La maternidad en la adolescencia es una opción de vida en algunos contextos culturales y socioeconómicos del país. En estos casos el sector salud juega un papel importante: el de llevar a cabo acciones de prevención indicando los riesgos que conlleva la maternidad en esa etapa temprana de la vida, y el de dar una atención oportuna y de calidad durante el embarazo y al momento del parto.²⁴

Además de los riesgos para la salud que conlleva la maternidad en etapas tempranas de la vida, existen diversas limitaciones a las cuales las madres jóvenes se enfrentan tales como las menores posibilidades de acceder a estudios o bien el abandono o postergación de éstos, lo que redundan en el incremento de las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo y en limitaciones a su desarrollo personal y profesional. Son las jóvenes de condiciones socioeconómicas más desfavorables quienes más frecuentemente experimentan un embarazo antes de los 20 años, jóvenes con poca educación y con altas posibilidades de construir hogares uniparentales y sin redes de solidaridad y protección. Estas condiciones perpetúan las desigualdades de género y potencializa el círculo de la pobreza y la exclusión.

La muerte materna es el resultado último y más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que viven un sector de las mujeres mexicanas por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales. Asimismo, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una posición de franca desventaja.²⁵

En ese sentido, la mortalidad materna es un indicador básico de desarrollo y de salud que refleja las condiciones de acceso a servicios de salud con calidad así como las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En México son diversos y numerosos los esfuerzos que se llevan a cabo para disminuir la mortalidad materna, sin embargo, no es posible hablar de una tendencia de disminución significativa, firme y sostenida. La falta de integralidad en las acciones dirigidas a ello, es sin duda uno de los obstáculos para el logro sostenido de estos avances.

Una visión integral de la mortalidad materna en adolescentes es la que incorpora tres dimensiones fundamentales de la problemática que son la perspectiva de género, el enfoque de juventudes y el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Estas tres dimensiones permiten un acercamiento más profundo a la problemática así como ubicar estrategias para mejorar la atención a la salud materna de las adolescentes. Estas dimensiones deben incorporarse en la atención a la salud materna en los servicios de salud. Es una realidad que los servicios de salud

22 OMS. Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°348. Noviembre de 2010.

23 Ballesté, Mercedes. "Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género" en Elu, María del Carmen y Santos, Elsa. A lo Largo del Camino. Comité por una Maternidad sin Riesgos /Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C. México, abril del 2005.

24 Palma, Y. La salud de los adolescentes en Foro Nacional Las políticas de población en México: Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2007-2012; Sesión 8, Mesa: Población y salud. México, junio, 2007.

25 Castañeda, M. et al. La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas, Fundar-UAM Xochimilco, México, 2004.

poco contemplan las necesidades de las y los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva y que existe un estigma que les considera inmaduros e incapaces para ejercer una sexualidad responsable, estigma que limita la posibilidad de que las y los adolescentes acudan directa y confidencialmente a los servicios de salud.²⁶

La perspectiva de género

La categoría de Género surgió para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres. El género es el carácter construido culturalmente de lo que cada sociedad considera lo masculino y lo femenino y cuánto poder se asigna a cada uno, así, el género estructura todos los aspectos de nuestras vidas, incluyendo la vida sexual.

La perspectiva de género, como categoría de análisis, intenta esclarecer las atribuciones culturales y sociales que implican obligaciones y prohibiciones para hombres y mujeres; determina las actividades sociales, políticas y económicas que cada persona debe realizar según su género, en donde las mujeres han tenido menores condiciones para tomar decisiones no sólo en el ámbito social y político, sino también en el ámbito privado, incluso en su vida sexual y reproductiva.²⁷

En cada contexto histórico y cultural se construyen modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad. Mientras el sexo se encuentra determinado biológicamente, el género refiere a la construcción social y cultural de los atributos, roles e identidades esperadas y asignadas a las personas en función de su sexo. Por tanto, en la medida que es construido social y culturalmente, es plausible de ser re-inventado, de-construido, modificado y redefinido por la propia cultura.²⁸

En la salud se expresan diversas consecuencias de la desigualdad entre hombres y mujeres. Si bien, existen diferencias de riesgo debidas a los factores biológicos, también existen de manera preponderante diferencias producto de las relaciones de poder desiguales derivadas de los factores socioculturales de género. Los factores biológicos de sexo y socioculturales de género no influyen en la salud de manera separada o aislada; por el contrario, se relacionan e inciden en el estado de salud de las mujeres y los hombres.

La desigualdad de género tiene efectos nocivos en la salud sexual y reproductiva de las jóvenes. Las contradicciones culturales que por un lado sobrevaloran y enaltecen la maternidad, convertida ésta para muchas mujeres jóvenes en la vía de acceso al "estatus de mujer", pero que a su vez, no existen las condiciones sociales para que una mujer viva de manera voluntaria y placentera su embarazo y éste sea atendido con calidad. Asimismo, la violencia, como una dimensión presente en la vida de muchas mujeres, jóvenes y niñas, suele incrementarse durante el embarazo.

En ese mismo sentido, la desigualdad de género se refleja en los servicios de salud, en donde particularmente las pacientes mujeres son maltratadas por el personal de salud, sin tomar en cuenta las condiciones en las que viven y el hecho de que no han podido contar con los elementos y las herramientas suficientes para tomar decisiones para el cuidado de su salud.

26 Ver SIPAM. Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual. México, 2011.

27 Lagarde, Marcela. Los Cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. PUEG/UNAM. México, 2003.

28 López, A. Quesada, S. Guía Metodológica: Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a equipos técnicos de los Centros CAIF". UNFPA, Plan CAIF. 2002

Otro hecho producto de la desigualdad de género y su influencia sobre la salud y su atención²⁹ es el hecho de que a menudo se excluye de responsabilidades a los hombres tanto en las medidas anticonceptivas, como durante el proceso de atención pre y postnatal de la mujer embarazada. Se piensa que todo lo que atañe a las funciones reproductivas les corresponde a las mujeres. Este estereotipo determina también que no se promuevan suficientemente estrategias para que los hombres acudan más a los servicios a favor de su propia salud sexual y reproductiva y la de sus parejas.

Por lo anterior, en la prestación de servicios de salud se tiene el reto de comprender al género como una determinante de la salud en tanto las desigualdades de género contribuyen a que hombres y mujeres tengan diferentes posiciones tanto como usuarios y proveedores en el cuidado de la salud, es importante que las políticas en salud aseguren que las mujeres reciban un trato similar en el acceso a la información y a los servicios ya que con frecuencia, las necesidades de las mujeres son desatendidas, además de que tienen una carga desproporcionada de cuidados de la salud en sus hogares y comunidades. Asimismo, la participación de las mujeres como prestadoras de servicios en los sistemas de salud es predominante, aunque son los hombres quienes continúan dominando los puestos de influencia y poder.³⁰

Un enfoque de juventudes

En casi todas las culturas, la juventud está marcada por el término de la niñez y el inicio de una nueva etapa de vida. En las sociedades modernas, la edad se ha convertido en el elemento práctico para clasificar a las personas y establecer lo que socialmente se prescribe como comportamientos o tareas propias y adecuadas. Así, la edad es otra de las condiciones con que se regula y norma el ser y quehacer. Son personas adultas quienes generalmente imponen los "comportamientos adecuados" a las generaciones jóvenes, creándose expectativas sociales sobre lo que una persona debe hacer a cierta edad y cualquier transgresión expone a las y los jóvenes al rechazo social. Así, la normatividad social de la edad es un sustento más de las relaciones de poder y subordinación que se construye en la sociedad y se expresa en los géneros y en las generaciones, particularmente en las mujeres.³¹

El estigma y la discriminación de las personas jóvenes, y en particular de las mujeres, tiene graves afectaciones en su salud sexual y reproductiva. La idea generalizada de que las mujeres no tienen "la edad suficiente", como el argumento más socorrido para estigmatizar la sexualidad de las jóvenes,³² se refleja en el hecho de que la difusión del uso de los anticonceptivos comienza después de que las jóvenes tienen su primer hijo, lo que muestra que los servicios de salud reproductiva actúan fuera de tiempo o a partir del indicador de la maternidad y no al comienzo de la sexualidad activa de las mujeres jóvenes.

En la prestación de servicios de salud prevalece el reto de que las y los jóvenes se acercan a los servicios, particularmente de salud sexual y reproductiva, para lo cual es fundamental integrar, además de la perspectiva de género, un enfoque de juventudes que permita incorporar y tomar en cuenta como válidas la diversidad de experiencias, proyectos y necesidades presentes de las personas jóvenes.

29 Tomado de Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, 2010.

30 Langer, Ana y Cano, Jennifer. Un análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano. Salud Pública de México, Vol.49, suplemento 1, 2007.

31 Ver P. Bourdieu. La juventud no es más que una palabra en Sociología y Cultura. CONACULTA/Grijalbo. Colección Los Noventa. México, 1990.

32 Ver Román, Rosario. Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes. Instituto Mexicano de la Juventud. México, 2000. <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/clr/libros/libros.php?libro=009>

Este enfoque invita a entender y a acercarse a la población joven, desde una mirada que propicie la realización de actividades efectivas que impacten en su pleno desarrollo personal y social, permite un abordaje libre de prejuicios que contemple las particularidades que definen el ser, hacer, pensar y recrear de una o un joven. Considera diversos aspectos tales como la clase social de pertenencia, el género, el origen étnico, la localización territorial, la adscripción cultural, entre otros. Estas características tienen un peso significativo en la conformación de las identidades y en cómo se vive el ser joven.

Este enfoque reconoce las capacidades y potencialidades de las y los jóvenes como sujetas y sujetos que aportan a la construcción social, cultural y política de sus comunidades y se opone al estigma y prejuicios que depositan grandes expectativas de cambio social en la juventud, sin generar propuestas de mejora y desarrollo que contemplen su diversidad.³³

Un enfoque de derechos

La Organización Mundial de la Salud,³⁴ OMS, define:

La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

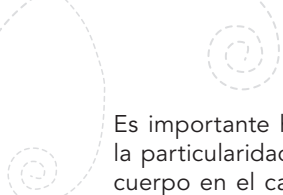
La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos.

Abordadas de esa manera, la salud sexual y reproductiva conlleva la existencia de una serie de condiciones previas para hacerlas realidad, condiciones que implican, también, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Desde el enfoque de derechos, es de gran relevancia comprender que si bien los derechos sexuales y los derechos reproductivos están interrelacionados, se refieren a distintos ámbitos.

Los derechos sexuales se refieren al ejercicio de la sexualidad, a contar con las condiciones para disfrutar de manera plena y placentera la sexualidad, independiente de la reproducción. Los derechos reproductivos se refieren al ejercicio de la facultad reproductiva y se basan en el derecho básico fundamental de todas las personas para decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas.

³³ Tomado de SIPAM. Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual. México, 2011. p.9
³⁴ Ver <http://www.paho.org/spanish/>



Es importante hacer notar que los derechos sexuales y los derechos reproductivos comparten la particularidad de que ambos hacen referencia al cuerpo de las personas, a los derechos del cuerpo en el campo de la sexualidad y la reproducción, privilegiando la autodeterminación de las personas jóvenes. Por eso, todas las decisiones sobre nuestro cuerpo en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción deben tomarse con autonomía e información y han de ser respetadas tanto por el Estado como por el resto de las personas.³⁵

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y forman parte de un derecho humano más amplio que es el derecho a la salud, entendida ésta como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”. En ese sentido, el derecho a la salud incluye, además del derecho a la atención a la salud, las condiciones determinantes de la salud con las cuales las personas pueden tener una vida digna y saludable, tales como la alimentación, la vivienda, el acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas y seguras tanto en el trabajo como en el medio ambiente, etc.³⁶ El Estado está obligado a respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud y todos los derechos humanos. Por ello, es importante conocer lo que estas tres obligaciones implican:³⁷

Las obligaciones de respeto suponen que el Estado debe abstenerse de realizar aquellas prácticas que puedan lesionar a las personas o que impidan el ejercicio de los derechos. Las obligaciones de protección suponen que el Estado tiene el deber de impedir que terceras personas vulneren el derecho a la salud. El Estado está obligado a proteger a las personas frente a posibles intervenciones arbitrarias de otros actores potenciales violadores de los derechos. Debido a que los derechos fundamentales también pueden ser vulnerados por agentes privados, el Estado debe ampliar su esfera de protección hasta ese ámbito.

Con la obligación de cumplir, el Estado debe adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para garantizar la plena efectividad de los derechos.

El enfoque de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos permite fortalecer los procesos democráticos de la sociedad a la vez que contribuye a la autodeterminación de las personas, en particular de las mujeres jóvenes, para tomar decisiones libres, informadas y responsables sobre su sexualidad y su reproducción.

35 Ver Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Cuerpo y derecho. Legislación y Jurisprudencia en América Latina. CRLP, 2001.

36 Ver El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Observaciones Generales, Abril de 2000. En <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>

37 Tomado de Pérez Argüelles, Mariana (Coord.). Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. Cinco Miradas sobre el Derecho a la Salud. Fundar, México, 2010.

Estrategias para disminuir la mortalidad materna en adolescentes

En el ámbito internacional existe consenso en la necesidad de mejorar la salud materna para disminuir de manera consistente la mortalidad, considerándose como condiciones indispensables para ello:³⁸


- Los sistemas de salud deben ser capaces de responder a las necesidades específicas de atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.
- Fortalecer los sistemas de salud desde una perspectiva de derechos humanos.
- Prevención de embarazos no deseados. Acceso universal a métodos anticonceptivos y garantizar el abastecimiento constante de los insumos requeridos en estos servicios, con énfasis en población adolescente. Acceso a información completa para satisfacer las necesidades sexuales y reproductivas a lo largo de los ciclos de vida.
- Disminuir las desigualdades de género y promover el empoderamiento de las mujeres y los riesgos de salud relacionados con las desigualdades; particularmente, la violencia y coerción sexual.
- Que todas las mujeres tengan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados y cuenten con atención obstétrica de emergencia puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.
- Asegurar la atención calificada durante las 24 horas del día los 365 días del año por personal calificado, para resolver las urgencias obstétricas en todas las unidades de referencia.
- Elevar la calidad de la atención, tanto en la capacidad de identificación oportuna de los riesgos como en la capacidad de referencia oportuna y la capacidad resolutive para atender urgencias obstétricas, sobre todo en donde la mortalidad materna es más elevada. Es fundamental que se identifiquen los signos de peligro y se busque atención rápidamente. Es necesario disponer de medios de transporte y tener al alcance servicios que dispongan de equipamiento y personal adecuados.
- El acceso de las mujeres a servicios de salud materna con características de universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad.
- Aseguramiento de insumos para contar con las cantidades adecuadas de los productos adecuados, en la condición adecuada, en el momento adecuado y al precio adecuado. Los insumos para la salud reproductiva se dividen en 4 grandes categorías: 1) Planificación familiar 2) Salud materna y neonatal 3) Infecciones de transmisión sexual y 4) Prevención de VIH. Y servicios y laboratorios de diagnóstico bien equipados y organizados, con normas y protocolos que regulen los tratamientos.
- Fortalecer la anticoncepción post-evento obstétrico.
- Promover la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva. Contar con las condiciones de equidad necesarias para tomar decisiones de manera voluntaria e informada.
- Promover la responsabilidad de los hombres sobre su reproducción así como su participación en el cuidado de la salud de las mujeres y los hijos, en la asistencia a las consultas prenatales.
- Mejorar la calidad del registro de muertes maternas.

38 Tomado de:

OMS/OPS. Agenda de la Salud para las Américas 2008 – 2017. Panamá, junio de 2007.

OMS/OPS. Plan de acción para acelerar la reducción de la Mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Resolución CD51.R12 acordada en 51.º Consejo Directivo/ 63.a Sesión del Comité Regional realizada en Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011.

UNFA. Metas para el programa estratégico del programa de UNFPA 2008-2011.



En México, en la política federal rectora así como en la Ciudad de México se han dado pasos importantes hacia algunas de estas estrategias. Sin embargo, su implementación no ha sido ni contundente ni generalizada.

Aunado a lo anterior, la ausencia de una perspectiva que incorpore la perspectiva de género, de juventudes y de derechos humanos ha impedido la implementación de manera integral de las acciones, particularmente aquellas dirigidas a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. Asimismo, la falta de etiquetación de los recursos destinados a la atención de la salud materna y en particular, a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, impide hacer una realidad la disminución de las muertes maternas como uno de los ejes prioritarios y estratégicos en materia de salud.

Por otra parte, es necesario fortalecer la rendición de cuentas con la que debe cumplir el sistema de salud (municipal, estatal y federal) para poder dar seguimiento el ejercicio del presupuesto y a la aplicación detallada de los programas y acciones dirigidas al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva para con ello, evaluar de mejor manera el impacto y resultados de dichos programas y acciones.

3. Perspectiva de género en los servicios de salud

Las y los jóvenes son un sector que cuenta con un menor acceso a la información científica sobre sexualidad, a una educación integral en sexualidad, falta de servicios de salud de calidad que contemplen las particularidades de esa población, así como a pocas posibilidades de acceder a métodos anticonceptivos. Sólo es necesario mirar las cifras en nuestro país para confirmar la aseveración, ya que a nivel nacional se registran alrededor de 300 mil embarazos en jóvenes de 15 a 19 años de edad, muchos de los cuales no fueron planeados. No es de sorprender entonces que algunos de los métodos anticonceptivos más utilizados por la población joven, son lo mal denominados “métodos naturales” que según la norma oficial mexicana de planificación familiar tiene una efectividad del 70 % si su utiliza correctamente, es decir que de 10 parejas que lo usan habitualmente, 3 se embarazan.

En los países de América Latina y el Caribe, los y las adolescentes pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten fuertes restricciones en el acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación encaminadas a mejorar su salud sexual y reproductiva. Desde hace algunos años las organizaciones civiles que trabajan desde una perspectiva de los derechos sexuales, han insistido en el alto riesgo que conlleva una visión conservadora que supone que el inicio de la vida sexual en las y los jóvenes se posterga mientras menos información sexual tengan. Sin embargo, la realidad nos muestra que el inicio de la vida sexual en las personas está condicionada por una serie de factores culturales y sociales como es el reconocimiento social, el inicio de la vida sexual como una forma de transición de la niñez a la etapa adulta en los varones, la consolidación de una relación de pareja en las mujeres, o incluso la violencia sexual en específico la coerción, que representa una forma de violencia en el noviazgo y afecta principalmente a las mujeres jóvenes. Las y los adolescentes inician su vida sexual independientemente de si cuentan o no con información para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, pero el contar con información puede generar un cambio en la probabilidad de que utilicen un método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Los nacimientos no deseados en mujeres jóvenes, así como los riesgos a la salud a causa de abortos mal practicados, han sido también el resultado de un limitado acceso en las y los jóvenes

a servicios de salud de calidad. La realidad en nuestro país demuestra que las y los jóvenes difícilmente acuden a los servicios de salud, ya sea por miedo a ser víctima de discriminación, o por falta de información para acceder a los servicios, tal como lo muestran los siguientes testimonios:

Soy Carla fui en secreto al Centro de Salud de mi colonia, para que me colocaran un dispositivo intrauterino. La enfermera me reconoció y aprovechó la visita de mi tía – que había ido al Centro de Salud a vacunar a uno de sus hijos – para informarle que yo está usando anticonceptivos. Mi tía fue inmediatamente a informarle a mi mamá.

Soy Claudia y tengo 15 años. Después de largo tiempo mi novio y yo decidimos tener relaciones sexuales, fui al centro de salud para pedir información acerca de métodos anticonceptivos y la trabajadora social que me atendió me dijo que yo era muy joven para iniciar mi vida sexual y que las personas de mi edad no tenemos la capacidad de tener una sexualidad responsable.³⁹

Una estrategia que favorece la creación de servicios amigables dirigidos a jóvenes, es la capacitación a personal de salud, ya que es un grupo poblacional que requiere de la adquisición de conocimientos y herramientas metodológicas que permitan identificar las particularidades sociales y culturales que favorecen la reproducción de comportamientos que pueden implicar un riesgo a su salud sexual y reproductiva. También es importante incorporar en el personal de salud una perspectiva de género y de derechos humanos en la atención a la salud que les permita ser sensibles a las necesidades, realidades y vivencias de las personas jóvenes y se disminuya de esta forma la discriminación y el estigma asociado al ejercicio sexualidad en las y los jóvenes.

Es por tal motivo que se diseñó una capacitación para favorecer la incorporación de la perspectiva de género y de derechos humanos en el personal de salud de Hospitales y Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Esta capacitación la facilitó la organización civil SIPAM durante el 2011, y estuvo dirigida a personal de salud de las delegaciones de Gustavo A. Madero e Iztapalapa en el Distrito Federal, tanto de Centros de Salud como de Hospitales, en total fueron 6 talleres mediante los cuales se piloteo la capacitación y se generaron propuestas para mejorar la atención a la salud en mujeres adolescentes embarazadas. Mediante la capacitación se realizó una reflexión acerca de cuáles son los factores que llevan a las mujeres adolescentes a embarazarse, cuáles son las significaciones negativas relacionadas al embarazo en la adolescencia que impacta en la violencia, discriminación y malos tratos a los servicios de salud, al interior de la familia, la escuela y la comunidad, por qué las mujeres adolescentes pueden no acudir a la atención perinatal o por qué puede haber riesgos a la salud durante el embarazo adolescente. A continuación se presenta la carta descriptiva de la capacitación y el análisis, propuestas, procedimientos y recomendaciones para mejorar la atención a la salud de adolescentes embarazadas, mismas que fueron expuestos por el personal de salud durante las capacitaciones.



39 Tomado de SIPAM. Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual. México, 2011. p.35

Carta descriptiva. Perspectiva de género en los servicios de salud

Objetivo:

Brindar herramientas para mejorar la incorporación de la perspectiva de género en la atención y prevención de problemáticas de salud sexual en adolescentes y jóvenes embarazadas.

Duración: 4 hrs.

Actividades	Desarrollo	Requerimientos	Tiempo
Presentación	Presentación, objetivo, programa, lineamientos de trabajo con el grupo		15 min.
Se busca	<p>Se le pide a los y las participantes que llenen el cartel de "Se busca", haciendo un dibujo de ellos(as) mismos(as). El formato del cartel es el ilustrado en la página anterior:</p> <p>2. En la casilla inicial solo debe aparecer el dibujo y no el nombre de la persona.</p> <p>3. Se recogen los carteles y se distribuyen nuevamente entre los participantes, al azar, de manera que ninguno vuelva a tener su propio cartel.</p> <p>4. Se le pide a las personas que lean las características de quien le correspondió y traten de localizarlo(a).</p> <p>5. Una vez "encontrado(a)" deberá pagar la recompensa y escribir el nombre en el cartel.</p> <p>6. Los carteles deben pegarse en una pared en el salón para que puedan ser vistos por el resto de los y las participantes.</p> <p>Se recuperan estereotipos y se aclara las propuestas del concepto de género</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sillas movibles ● Salón amplio ● Cinta adhesiva ● Formatos fotocopiados, una por participante. ● Premios: bolsa de dulces (un dulce por participante) 	35 min.
Trabajo individual, en equipo y plenaria	<p>De manera individual se les solicita que respondan a la pregunta:</p> <p>¿Por qué se embarazan las adolescentes y jóvenes?</p> <p>Después se les pide formar equipos, compartir semejanzas y diferencias en las respuestas y escribirlas en hojas de rotafolio.</p> <p>Posteriormente cada equipo expone sus conclusiones al resto del grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hojas de rotafolios y plumones 	30 min.
Exposición de conceptos	Qué es género, roles, estereotipos. Público y privado.		30 min. 2.10
Dramatizaciones sobre embarazo y adolescencia	Se solicitan 6 personas voluntarias. Se forman dos equipos y les pide que un equipo represente las características de un buen padre y una buena madre. Y a otro equipo que represente lo que significa la paternidad y la maternidad.		30 min. 3.05

Acciones futuras	Se les pide que formen equipos interdisciplinarios para dar respuesta a la pregunta: Qué acciones pueden implementar desde su quehacer cotidiano en el centro de salud para favorecer mejores condiciones de salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes y jóvenes		35 min
------------------	--	--	--------

Resultados del trabajo con el personal de salud.

A continuación se presenta algunas reflexiones del personal de salud en torno a el embarazo en las adolescentes, mismas que surgieron durante las sesiones de capacitación en el tema de perspectiva de género.

Sentimientos que te genera ver a una adolescente embarazada


- Tristeza
- Abandono de estudios
- Dificultad
- Falta de experiencias
- Riesgo
- Pobreza
- Ignorancia
- Incertidumbre
- Más embarazos
- Soledad
- Desnutrición
- Problemas económicos
- Depresión
- Impotencia

Es de llamar la atención que en este listado no hubo ningún sentimiento positivo para con las adolescentes embarazadas lo que podría cuestionar si en algún momento se le pregunta a las chicas cómo se sienten respecto a su embarazo y cómo se ven en el futuro, ya que aunque las adolescentes se embaracen en contextos de violencia, desinformación y falta de acceso a métodos anticonceptivos, no implica que ellas no vivan un embarazo con sentimientos positivos, más aún en un estado en el que existe la posibilidad de interrumpir un embarazo no deseado de manera legal y gratuita. Los sentimientos negativos expresados durante el taller pueden responder al estigma en torno al ejercicio de la sexualidad en adolescentes, sin considerarlas sujetas de derecho a decidir sobre su reproducción.

¿Por qué factores se embarazan las jóvenes adolescentes?

- Falta de educación sexual de acuerdo a la edad.
- Desconocimiento del uso adecuado de los métodos anticonceptivos.
- Falta de comunicación e información adecuada (padres, escuela).
- Entorno familiar, cultural y académico.
- Falta de valores.
- Por falta de información.
- Porque las quieren separar de su pareja.
- Falta de educación sexual desde la niñez.
- Déficit familiar en el fomento de valores, autoestima, apoyo, cuidados.
- Violencia familiar.
- Abuso sexual.
- Presión de grupo.



- 
- Repetir patrones familiares.
 - Inadecuada comunicación con los padres.
 - Obtener información inadecuada entre su mismo grupo.
 - (Tener información).
 - Servicios amigables a los jóvenes.

¿Qué acciones pueden implementar desde su quehacer cotidiano para mejorar los servicios dirigidos a las adolescentes embarazadas?

- Trato amable, amigable y confiable de todo el personal.
- Curso de embarazadas adolescentes.
- La consulta que responda a las necesidades de la usuaria y su pareja (tiempo, deseo de que esté la pareja, etc.)
- Lenguaje apropiado.
- Crear equipos interdisciplinarios (funcionales).
- Módulos especiales para su atención.
- Elección de la usuaria del equipo que la va a atender.

¿Cómo se incorpora la perspectiva de género en su trabajo?

- Personal comprometido y dispuesto a trabajar la atención.
- Capacitación periódica.
- Tener un equipo multidisciplinario.
- Espacio disponible.
- Difusión y promoción.
- Incluir en el curso de embarazo los temas de género, sexualidad, roles y estereotipos.
- Darle más tiempo al curso de embarazo
- Darles prioridad para su consulta. (en primeras semanas de gestación).
- Contar con espacio y material adecuado.
- Capacitación del personal.
- Taller de madres adolescentes (orientación y consejería).
- Asegurar la atención materna, puerperio, lactancia y control del niño sano.

4. Derechos sexuales y derechos reproductivos en la atención a la salud materna en adolescentes.

Objetivo:	Que el personal de salud reflexione acerca de las diversas formas en las que se construyen las juventudes y establezcan una relación empática con las adolescentes embarazadas a fin mejorar la calidad de la atención, desde un enfoque de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
------------------	---

Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/ Requerimientos
Presentación de objetivos	Que las y los asistentes al taller conozcan los objetivos de toda la capacitación.	La facilitadora expondrá de forma breve cuál es el objetivo e importancia de todo el curso.	10 min. Presentación ppt.
Técnica de reconocimiento de vida sexual en los jóvenes	Que los jóvenes reconozcan las posibilidades de iniciar una vida sexual activa	<p>Los asistentes se distribuyen en todo salón. La facilitadora realiza las siguientes preguntas:</p> <p>¿Quién utilizó algún método de anticonceptivo en su primera relación sexual?</p> <p>¿A quién le ha fallado su método anticonceptivo?</p> <p>¿Quién considera que las y los jóvenes usuarios tienen la información necesaria para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual?</p> <p>¿Quién ha sufrido algún tipo de discriminación por género?</p> <p>¿Quién vive ha vivido algún tipo de discriminación por edad?</p> <p>¿Crees que es importante hablar de sexualidad con las y los jóvenes usuarios?</p> <p>¿Consideras que tienes las herramientas necesarias para hablar de sexualidad con las y los jóvenes usuarios?</p> <p>Las respuestas no son contestadas verbalmente, se establece previamente dos áreas espaciales de respuestas: negativas y afirmativas La única indicación es que no pueden permanecer en el centro del salón, es decir, indefinidos ante los enunciados.</p>	30 min.



Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/ Requerimientos
Línea de prejuicios	Que los participantes reflexionen sobre la manera en que se relacionan con su entorno y cómo influye a discriminación en su relación con la cultura en que se desarrollan	<p>Pega en el piso, aprox. a 3 mts de una pared amplia, una línea de masking tape en la que quepan todas y todos los participantes parados. Después pide a los participantes que se paren sobre la línea de masking tape.</p> <p>Reparte a cada participante una de las tarjetas con características de personajes. Pídele que la lean y no la muestren a nadie más. (anexo1)</p> <p>Pregúntales si entienden completamente su tarjeta y de tener dudas pídeles que se acerquen a ti para preguntarte y después regresen a su lugar sobre la cinta.</p> <p>Explica al grupo que pedirás que avance o retroceda un paso la persona cuyo personaje tenga alguna característica específica. Si los datos de su personaje no les permiten avanzar o retroceder deberán quedarse en su lugar.</p> <p>Da un paso atrás si tienes menos de 18 años Da un paso atrás si tienes más de 80 años Da un paso adelante si tienes empleo Da un paso atrás si ese no es un empleo formal en que tengas un contrato o es socialmente reconocido como indecente Da un paso adelante si a pesar de no tener empleo tienes un ingreso económico fijo da un paso adelante si tus atributos físicos son los comúnmente apreciados (ser rubia/o, delgadez, altura) Da un paso atrás si tienes el virus del VIH Da un paso atrás si está embarazada Da un paso atrás si eres indígena Da un paso adelante si terminaste un carrera profesional Da un paso adelante si tu clase socioeconómica es alta da un paso atrás si eres migrante Da un paso atrás si no acabaste la primaria Da un paso atrás si eres homosexual Da un paso adelante si vives en la capital Da un paso adelante si eres una mujer embarazada y con VIH Da un paso atrás si eres usuario de drogas inyectables</p> <p>AL terminar pide a las y los participantes que vean donde se encuentran en relación con sus compañeros y reflexionen qué elementos propiciaron estar en ese lugar. Después pregunta.</p> <p>¿Cómo se sintieron durante la actividad? ¿Cuándo reflexionaron sobre el lugar en el que estaban y sobre sus personajes que cosas pensaron?</p> <p>Cierra con una reflexión sobre la forma en que las personas discriminamos consciente o inconscientemente.</p>	40 min. Maskign tape tarjetas de personajes

Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/Requerimientos
Collage	Que las y los participantes reflexionen sobre las identidades juveniles y su vínculo con los derechos sexuales	Se pide que le pongan las características que consideran tienen las y los jóvenes de su comunidad y que inventen una historia. Al final se presenta en plenaria y se reflexiona sobre los prejuicios y estereotipos que existe sobre las personas jóvenes	60 min. Hojas de rotafolio plumones gises pinturas

Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/Requerimientos
Técnica ideas, sentimientos y prejuicios ante un embarazo no deseado.	Que las y los participantes expresen ideas y prejuicios que ellos tienen, o la sociedad en general, en torno a un embarazo no deseado.	Los participantes se colocan en círculo. Se escoge una chava y un chavo para colocarles un disfraz que representa que están embarazada y embarazado. Pedirles que se imaginen como un joven o una joven de 17 años. Habrá tres momentos en la técnica: - Un primer momento en donde el y la embarazada serán entrevistados con las siguientes preguntas: ¿A tus 17 años qué te gusta hacer en tus ratos libres? ¿Cuáles son tus planes a corto y largo plazo? ¿Cómo te llevas con tu pareja, si es que tienes? ¿Cómo cambiaría tu vida un embarazo no deseado? Segundo momento: -Los participantes elaborarán una tarjeta con la palabra del sentimiento, idea o problemática a la que les remite ver a uno de sus compañeros/a embarazado(a). Tercer momento: -La facilitadora abrirá un espacio para que los participantes que lo deseen, expongan a todo el grupo las razones por las cuales escogieron su tarjeta.	60 min. Disfraz, tarjetas con palabras y en blanco, plumones. Masquin.



Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/Requerimientos
Técnica ideas, sentimientos y prejuicios ante un embarazo no deseado.	Que las y los participantes expresen ideas sentimientos y prejuicios que ellos tienen, o la sociedad en general, en torno a un embarazo no deseado.	<p>Los participantes se colocan en círculo. Se escoge una chava y un chavo para colocarles un disfraz que representa que están embarazada y embarazado. Pedirles que se imaginen como un joven o una joven de 17 años.</p> <p>Habrán tres momentos en la técnica:</p> <p>✓Un primer momento en donde el y la embarazada serán entrevistados con las siguientes preguntas: ¿A tus 17 años qué te gusta hacer en tus ratos libres? ¿Cuáles son tus planes a corto y largo plazo? ¿Cómo te llevas con tu pareja, si es que tienes? ¿Cómo cambiaría tu vida un embarazo no deseado?</p> <p>✓Segundo momento: Los participantes elaborarán una tarjeta con la palabra del sentimiento, idea o problemática a la que les remite ver a uno de sus compañeros/a embarazado(a).</p> <p>✓Tercer momento: La facilitadora abrirá un espacio para que los participantes que lo deseen, expongan a todo el grupo las razones por las cuales escogieron su tarjeta.</p>	60 min. Disfraz, tarjetas con palabras y en blanco, plumones. Masquin.

Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/Requerimientos
Análisis de la situación de las y los jóvenes en torno a su salud sexual y reproductiva con énfasis en las estrategias de acción desde una mirada de los derechos humanos.	Que las y los participantes reflexionen acerca de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, y conozcan la perspectiva juvenil que permite el abordaje teórico y metodológico para el trabajo con jóvenes.	La facilitadora expondrá por medio de una presentación en power point alguno, conceptos básicos acerca de la salud y la sexualidad de las y los jóvenes, y hará énfasis en la perspectiva juvenil como una herramienta metodológica para el trabajo con jóvenes.	40 min. Presentación power point

Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/Requerimientos
Sociodrama	Que las y los participantes identifiquen cuáles son algunos obstáculos en la atención a la salud en adolescentes embarazadas	<p>Se divide al grupo en 3 equipos (de ser posible por equipos interdisciplinarios) se les dice que tendrán que representar un sociodrama en el que el equipo interdisciplinario realice una intervención con una mujer adolescente embarazada</p> <p>Equipo 1: Una joven de 14 años, que está estudiando la secundaria, ella quiere continuar con el embarazo e irse a vivir con su novio que tiene 18 años.</p> <p>Equipo 2: Una joven de 17 años no terminó la secundaria. Acaba de enterarse que está embarazada y todavía no sabe cómo van a reaccionar en su casa.</p> <p>Equipo 3: Una joven de 16 años, estudiante de preparatoria, no quiere continuar con su embarazo, pero sus padres quieren obligarla a que lo lleve a término.</p> <p>Se pide al grupo que reflexione, si consideran que violentaron alguno de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las usuarias, además de reflexionar si durante su intervención existieron prejuicios y estereotipos sobre la sexualidad de las mujeres jóvenes.</p>	50 min.

Nombre	Objetivo	Descripción	Tiempo/Requerimientos
Cierre	Que las y los participantes expresen como se sintieron durante el taller	Se les pide que dibujen una carita que represente como se sintieron durante el taller al final quieren que compartan el por qué dibujaron esa carita	10 min. Plumones caritas de colores

¿Qué características tienes las personas jóvenes que asisten al centro de salud donde laboras? Vulnerables

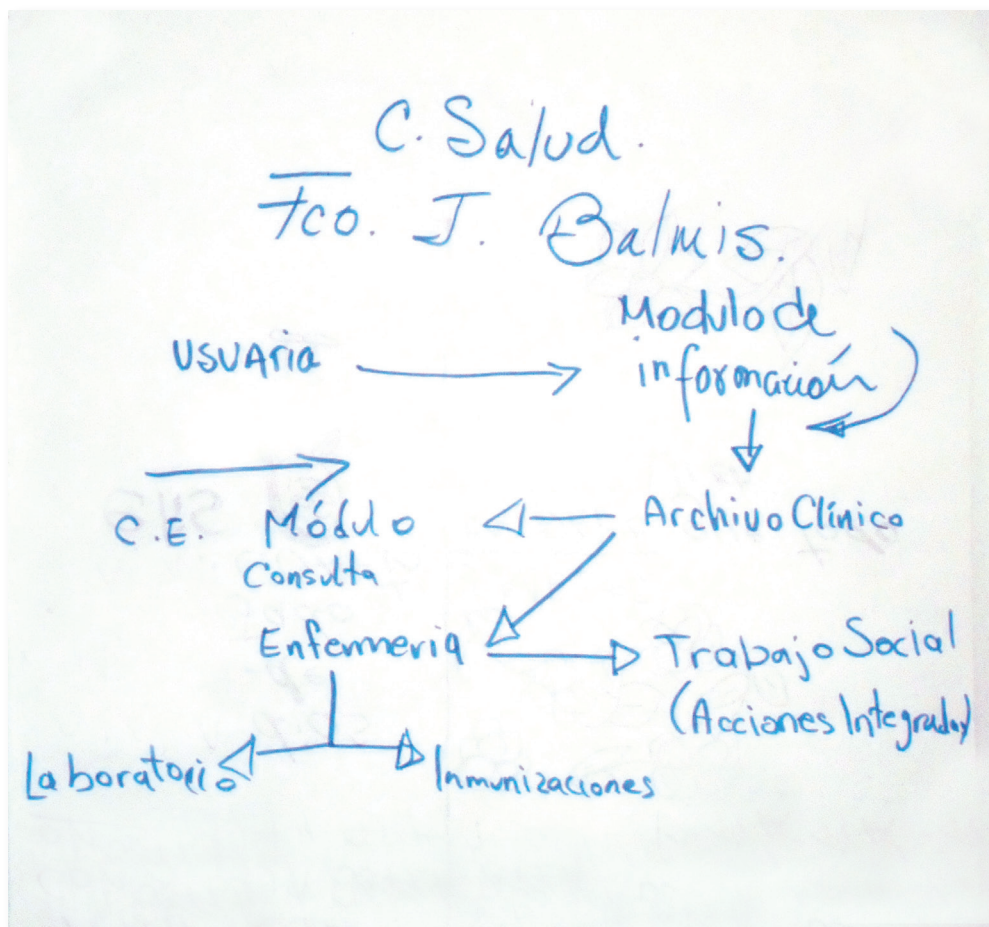
- Moda
- Adrenalina
- Se emborrachan más
- Mas rebeldes
- Confrontan
- Beben
- Tecnología
- Creativos.



A través de este ejercicio podemos identificar los principales prejuicios en torno a la población joven que tiene en el imaginario social el personal de salud, y que intervienen en la atención a la salud en ese grupo poblacional.

Por medio del trabajo en equipos durante las sesiones que se facilitaron a personal de salud de los Centro de Salud Rafael Carrillo, Dr. Balmis y Guillermo Román y Carrillo, se rescataron estrategias muy importantes para mejorar la atención a jóvenes y adolescentes embarazadas como es la realización de flujogramas para la atención a jóvenes. A continuación se presentan los flujogramas elaborados por el grupo multidisciplinario de los Centros de Salud:

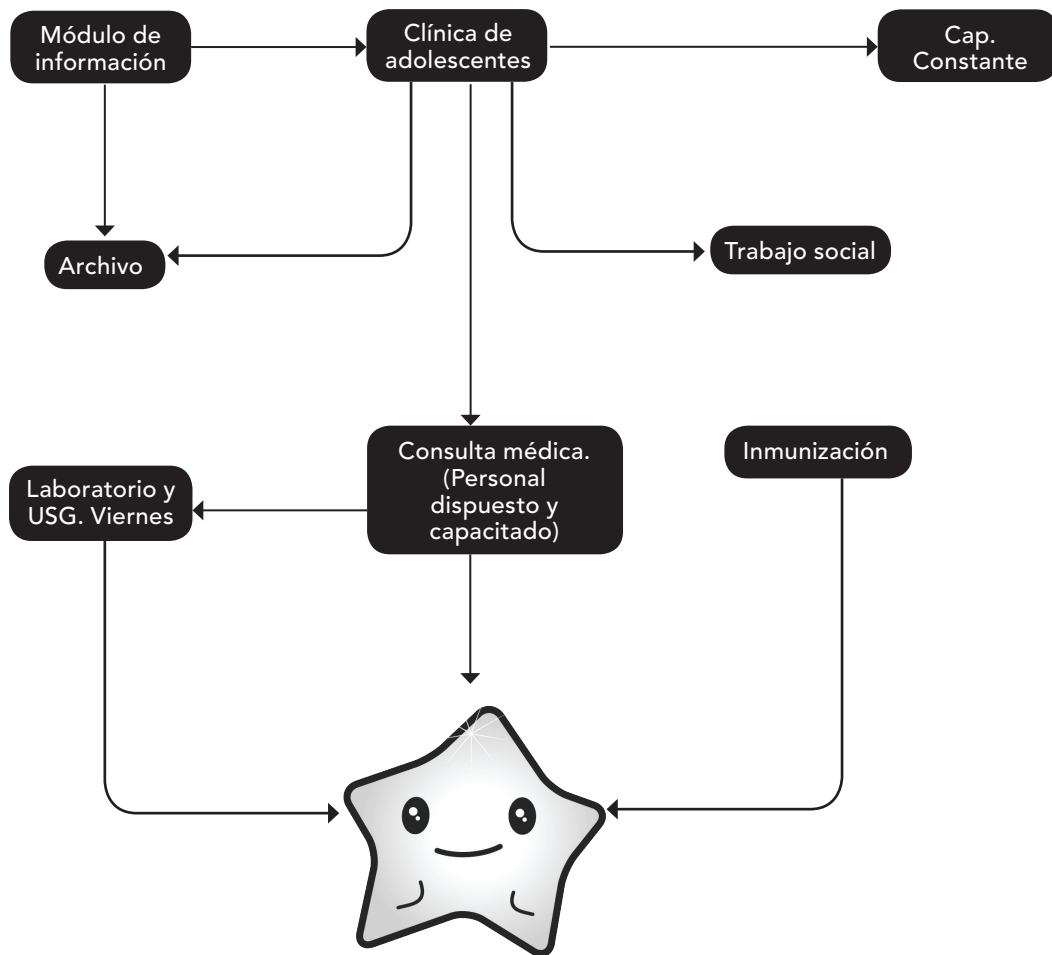
Gráfico 1. Flujograma de atención del Centro de Salud Dr. Balmis



Fuente: Capacitación a personal de salud del Centro de Salud Dr. Balmis, en la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa¹

¹ La propuesta de atención del Centro de Salud Dr. Balmis fue realizada por la Dra. Mercedes Ballesté, la Trabajadora Social Claudia Esther Arce Morales, Enfermera Norma Salinas Hernández.

Gráfico 2. Flujograma de atención Centro de Salud Dr. Guillermo Roman y Carrillo²

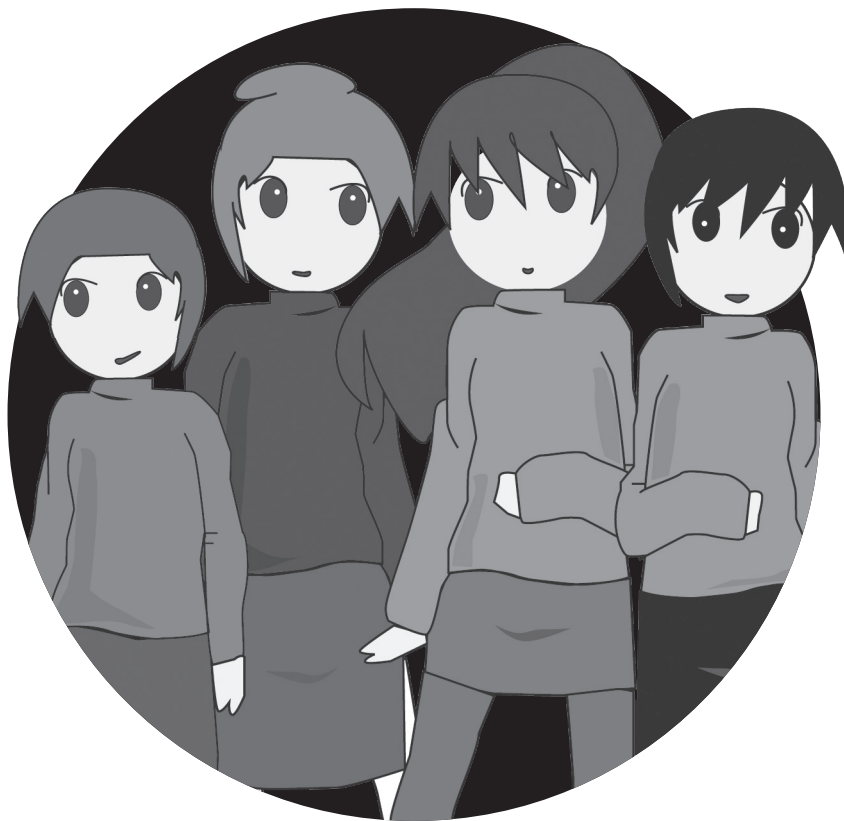
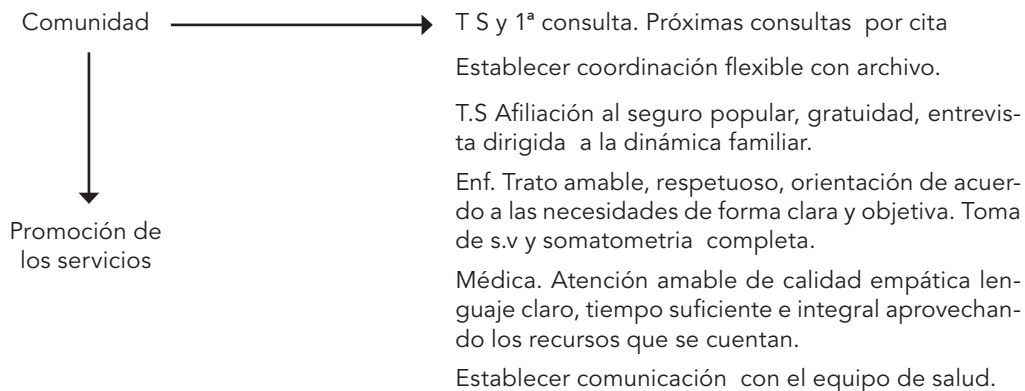


Fuente: Capacitación a personal de salud del Centro de Salud Dr Guillermo Román y Carrillo, en la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa

² La propuesta de atención del Centro de Salud Dr. Guillermo Román y Carrillo fue realizada por la Dra. Taren Miriam Yante López Narváez, la Trabajadora Social María Cristina Ramírez Legorreta, Enfermera Patricia Mayoral Cruz.



Gráfico 3. Flujoograma de atención Centro de Salud Dr. Rafael Carrillo³



³ La propuesta de atención del Centro de Salud Dr. Rafael Carrillo fue realizada por la enfermera Delia Macías Martínez, la Trabajadora Social Liliana Alejandra Vázquez Martínez y la Dra. Karla Casillas Guevara.

5. Recomendaciones para favorecer una relación empática entre el personal de salud y las adolescentes embarazadas⁴

- Fortalecer los cursos de adolescentes embarazadas, para que sean continuos y se lleven a cabo cada 8 o 15 días, a través de los cuales, las adolescentes encuentren un espacio de aprendizaje en relación a su proceso de gestación, se les brinde herramientas cotidianas que favorezcan el empoderamiento juvenil, visibilicen la salud como un derecho y obtengan herramientas para exigir mejores tratos en los servicios de salud. Atender la parte emocional de la experiencia en el embarazo adolescente que permita tener una relación de cercanía con otras adolescentes embarazadas que facilite el análisis de las condiciones de riesgos durante el embarazo, y la redes de apoyo con sus iguales. Incluir en los cursos temáticas fundamentales para el empoderamiento juvenil como es la perspectiva de género, la sexualidad y los roles y los estereotipos. Crear grupos de reflexión coordinados por el personal de salud en los que se construya un espacio de confianza en el que se puedan detectar problemas de violencia en sus diferentes modalidades, con el fin de poder canalizar a los servicios de apoyo adecuados para esta problemática.
- Crear un espacio de diálogo, reflexión y acompañamiento en donde la adolescente exprese su decisión de continuar o no con el embarazo, favoreciendo en caso de que sea necesario, la referencia rápida y oportuna a los Hospitales creados para la atención de la Interrupción Legal del Embarazo.
- Llevar a cabo consultas con tiempos adecuados que permitan hacer una atención integral en lo físico y emocional utilizando un lenguaje sencillo, no descalificador, que potencie la relación médico/a –usuaría, que contenga una perspectiva juvenil⁵ con la finalidad de crear confianza y deseos de regresar al control prenatal periódico, abatiendo así el escaso número de consultas prenatales reportadas en los centros de salud.
- Permitir que la adolescente embarazada decida quién quiere que le acompañe en la consulta. Esto permitirá que exprese si existe algún problema, de abandono, discriminación o violencia por parte de la pareja o de la familia.
- Colocar a la adolescente embarazada como protagonista de su embarazo y dejando a la pareja si la hay o familiar en un papel de acompañante, con la finalidad de reforzar las decisiones que ella tome en la consulta.
- Invitar a la adolescente embarazada a regresar a consulta tantas veces considere necesario, es decir, si tiene alguna molestia, malestar duda o preocupación en torno a su salud y su embarazo. Aún cuando ya se haya hecho la referencia al Hospital que la va a atender.
- Asegurar la atención materna, del puerperio, la lactancia y control del niño sano de manera integral y oportuna.

4 Propuestas sistematizadas por la Dra. Mercedes Ballesté Gálvez, personal de salud del Centro de Salud Dr. Balmis y ex Consejera de la Organización Civil Salud Integral para la Mujer A. C.

5 La perspectiva Juvenil implica la incorporación de una serie de lineamientos en la realización de acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las personas jóvenes y adolescentes, tales como: La horizontalidad, la corresponsabilidad, la inclusión de las personas jóvenes en las acciones, la empatía y la solidaridad.

- Crear equipos interdisciplinarios (funcionales). Reforzar los equipos interdisciplinarios con la incorporación de personal de trabajo social, enfermería, medicina, nutrición, odontología, psicología, que de manera coordinada lleven a cabo un programa de atención integral para las embarazadas adolescentes, en donde la perspectiva juvenil, de género y de los derechos humanos sean los ejes rectores de la atención
- Favorecer por parte de las autoridades, el que los equipos de trabajo cuenten con espacio y material adecuado para el desarrollo óptimo de su trabajo.
- Contar con capacitaciones continuas para los equipos que brindan atención a adolescentes, encargado del programa en temas de perspectiva de género, juvenil salud y derechos reproductivos.
- Favorece que la embarazada adolescente pueda elegir al equipo que desee la atiende durante su control prenatal.

6. Anexos. Línea de prejuicios¹

<p>Eres una chava de 21 años, estudiaste arquitectura en una de las mejores universidades del extranjero, eres clase media alta y trabajas en uno de los mejores despachos de arquitectos de Monterrey. Hace un año que descubriste que eres VIH-Positivo.</p>	<p>Eres un chavo de 15 años, no pudiste terminar la primaria pero trabajas ayudando a tu tío como maestro de obras. Te sientes orgulloso de pertenecer a la cultura Punk al igual que tus amigos. Vives en Nezahualcoyotl. Te acabas de enterar que eres VIH-positivo</p>
<p>Eres una chava de 16 años, vives en la capital de estado, terminaste la secundaria y estás trabajando de secretaria, eres muy católica y la única güerita y delgada de tu familia.</p>	<p>Eres una chava de 16 años, eres indígena mazahua, emigraste a la Ciudad de México para buscar trabajo de trabajadora domestica, ahora trabajas en una casa de Polanco, donde te contrataron gracias a que terminaste tercero de primaria y sabes leer y escribir pero aún así te pagan menos que el salario mínimo.</p>
<p>Eres un hombre de 30 años, eres administrador pero acabas de perder tu trabajo, y ahora vives otra vez en casa de tus papás, aunque ellos no pueden mantenerte. Eres homosexual pero ellos aún no lo saben. Tu actual pareja vive con VIH y no cuenta con seguridad social, no sabes que hacer pues no tienes dinero para ayudarlo y no quieres decirle a tu familia.</p>	<p>Eres una chava de 20 años, trabajas haciendo el aseo en una telesecundaria de la comunidad, vives con tus papás y eres lesbiana. Quieres irte a vivir con la pareja que has tenido los últimos 2 años, pero tienes miedo de que tus papás no te quieran volver a ver cuando sepan cual es tu orientación sexual.</p>
<p>Eres un hombre de 35 años, emigraste hacia Estados Unidos en busca de un trabajo con el cual pudieras mantener a tu familia. Cuando estabas en el extranjero tuviste relaciones sexuales sin protección y contrajiste el VIH. Ahora que regresaste no piensas decirle a tu esposa lo que te ocurre, aunque está embarazada.</p>	<p>Eres una mujer de 30 años, tu esposo se fue a Estados Unidos a trabajar. Ahora estas nuevamente embarazada. En el Centro de Salud de la comunidad te realizaron una prueba de VIH y salió positiva, no sabes cómo pasó, pues solo tienes relaciones sexuales con tu marido.</p>
<p>Eres una chavo de 17 años, clase media, vives en casa de tus papás, ellos te mantienen mientras estudias la preparatoria, eres heterosexual y tienes gran pegue con las chavas por ser güero, alto y de ojos azules.</p>	<p>Eres una chava de 20 años, eres bisexual, clase media, vives con tus papás y ellos te mantienen mientras acabas la universidad. Tienes gran pegue con los chavos por ser delgada, alta y de ojos verdes. Pero no sabes como van a reaccionar tus papás ante tu orientación sexual.</p>

¹ Técnica retomada del Manual para promotores de Mexfam y modificada por SIPAM A. C.



Eres una chava de 18 años, trabajas de mesera en el negocio de tu papá en Tuxtla Gutiérrez, donde vives. Pero aunque no te pagan puedes quedarte con las propinas y con eso te alcanza para estudiar la preparatoria abierta. Te acabas de enterar que estas embarazada y sabes que ese dinero no te alcanzara.

Eres un chavo de 13 años, vives en Iztapalapa, estudias la secundaria por las mañanas y por las tardes ayudas a tu tío en un taller mecánico aunque tu verdadera pasión es la patineta y aunque los vecinos se quejan de tus amigos y de ti no te importa. Fuiste al centro de salud de tu comunidad y te negaron los condones que solicitaste, por tu apariencia

Eres una madre soltera de 35 años, vives en la Ciudad, a pesar de no haber terminado la secundaria gracias a que eres alta y delgada te contrataron en un table dance como bailarina y de eso vives.

Eres una señora de 85 años, eres pensionada del IMMS y hace un año perdiste la vista por tus problemas de diabetes. Vives con tu hija mayor que es VIH-positiva

Eres un chavo de 21 años, te acabas de titular de Ingeniero pero a pesar de haber estudiado en una Universidad muy cara, pues tu familia tiene mucho dinero, aún no encuentras trabajo, lo bueno es que tu abuelo seguirá pagando tus gastos hasta que encuentres trabajo, pues sabe que para una persona paralitica como tú puede resultar difícil hacerlo.

Eres una chava de 15 años, vives en Coyoacan y tus papás te mantienen mientras estudias. Tienes novio y quieres tener relaciones sexuales con él, por eso fuiste al centro de salud a solicitar un método anticonceptivo, pero el/la medica te lo negó por ser muy joven.

Eres un chavo de 18 años, tienes mucho pegue con las chavas pues eres alto, delgado y atractivo. Estudias la prepa y aunque estabas a punto de terminarla, te acaban de correr de la escuela porque se enteraron que eres VIH-positivo.

Eres una chava de 18 años de Iztacalco. Trabajas medio tiempo y vas a la prepa por las tardes. Fuiste al Centro de Salud a solicitar PAE y además de hacerte esperar mucho tiempo para atenderte, te las negaron pues según la enfermera eran abortivas.

Eres una chava de 20 años, eres bisexual, clase media, vives con tus papás y ellos te mantienen mientras acabas la universidad, y tienes gran pegue con los chavos por ser delgada, alta y de ojos verdes. No sabes como van a reaccionar tu papás ante tu orientación sexual

Eres una chava de 25 años, acudiste al centro de salud para que te atendieran, pues te cortaste la mano en la cocina de tu casa. Pero como les informaste que Eres VIH-positiva, los prestadores de servicios de salud te negaron la atención, pues te dijeron que tenían miedo de infectarse.

Tienes 25 años, acabas de titularte con mención honorífica y estas buscando trabajo. Te enfermaste y acudiste al Centro de Salud de tu comunidad pero no quisieron atenderte debido a que eres una persona transexual.

Notas



Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la
Perspectiva de Género para el Ejercicio Fiscal 2011

México D. F. 2011