

MONITOREO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES INDÍGENAS EN LOS SERVICIOS AMIGABLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS Y SERVICIOS POR PARES DE ASESORÍA, CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA EN SALUD, A.C., EN LA ZONA ALTOS TSOTSIL-TSELTAL DE CHIAPAS, MÉXICO, 2014

Este proyecto plantea un monitoreo en dos modalidades de la prestación de servicios de salud para adolescentes: la que lleva a cabo el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) como parte del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) de la Secretaría de Salud (SSA) y la que realiza Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. (ACASAC) a través de sus módulos de atención por pares; modalidades de atención que son diferentes por el tipo de personal que las atiende, la infraestructura disponible, el periodo que llevan funcionando y, sobre todo, por el financiamiento del que disponen. El documento consta de un apartado de contexto en el que se documentan a través de trabajo de campo, archivo y material de diversa índole las características sociodemográficas y los factores culturales que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las y los jóvenes en la región alteña y permite reconocer las áreas de oportunidad para la transformación de prácticas y representaciones en torno a la reproducción humana, que posibiliten nuevas conductas en las y los jóvenes alteños.

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

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

Tomando en cuenta los monitoreos que ACASAC y el CIESAS han realizado de los Servicios Amigables (SA) en 2012 y 2013, se demostró que el desempeño de éstos ha mejorado a lo largo de esos años, sin embargo para 2014 tuvieron mediano desempeño.² Los módulos por pares obtuvieron adecuado desempeño, presentando diferencias significativas con respecto a los SA.

SERVICIOS AMIGABLES

En la zona Altos tsotsil-tselstal existen 14 unidades médicas que implementan la estrategia de SA, bajo la responsabilidad de 13 psicólogas y un psicólogo. Con excepción de dos unidades médicas, todas ofertan servicios en el turno matutino y de lunes a viernes, los responsables de estos servicios se encargan de entre ocho

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

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



o nueve programas o intervenciones, por lo que las actividades y objetivos de los SA tienen la misma prioridad que el resto de sus actividades.

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

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

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

Se encontraron las siguientes **áreas de oportunidad**: a) Definir una estrategia que haga posible la comunicación entre prestadores y usuarios. En un contexto en el que el prestador y las y los usuarios no comparten la lengua se debe tener a un articulador cultural que permita ir construyendo puentes entre ambas culturas; b) En el mismo sentido, la implementación de un programa de capacitación en temas de salud, en este caso, de SSR, permitiría al articulador cultural transmitir de mejor manera la información técnica desde la prestadora de servicios a las y los usuarios. Sensibilizar al personal de la unidad médica que otorga servicios o hace funcio-

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

MÓDULOS POR PARES

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

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

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

sobre VIH-sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Asimismo realizan consejería sobre matrimonio forzoso y violencia doméstica. Estas intervenciones tuvieron buen desempeño.

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

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

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

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

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

sexual, otorga a las y los jóvenes responsables de módulos de ACASAC las competencias humanas para saber ponderar el valor de los usuarios como personas y no interponer prejuicios o actitudes despectivas en las consultas.

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

BARRERAS QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES INDÍGENAS PARA EL ACCESO A LA SSR, CON BASE EN RESTRICCIONES INSTITUCIONALES, SOCIOCULTURALES Y/O ECONÓMICAS

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

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

Las visiones tradicionales acerca de los temas relacionados con la sexualidad siguen predominando en sectores de la población y se convierten en barreras para que adolescentes y jóvenes

tengan acceso a información sobre SSR. En las entrevistas con jóvenes responsables de los módulos por pares, varios de ellos y ellas coincidieron en apuntar que en ocasiones los maestros de las secundarias o preparatorias les impedían dar pláticas u organizar una actividad con estudiantes, argumentando que no tenían tiempo y que eso interfería con sus programas de estudios.

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

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

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

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

SINERGIAS POTENCIALES ENTRE LOS PROGRAMAS “SERVICIOS AMIGABLES” Y “POR PARES”

La mayoría de los servicios por pares se otorgan en el horario vespertino y el de SA, en el mejor de los casos, hasta las 14:00 horas, por lo que consideramos que los horarios pueden ser complementarios.

Adicionalmente, el conocimiento con que cuentan las psicólogas puede fortalecer a las y los jóvenes a través de asesorías continuas. Por otro lado, las y los jóvenes en los servicios por pares pueden beneficiarse no sólo de esta formación sino de insumos (métodos anticonceptivos) y materiales didácticos que puedan compartir los módulos amigables. Los y las jóvenes cuentan con competencia cultural y los prestadores de servicios con competencia técnica e insumos, lo que permitiría a corto plazo mejorar los servicios para jóvenes.

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

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

Diciembre, 2014

Elaboración:

Graciela Freyermuth Enciso
gracielafreyermuth54@hotmail.com

Hilda Argüello Avendaño
hildaue@gmail.com

Ángel Zarco Mera

**Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en
Antropología Social**
Casa Chata: Hidalgo y Matamoros s/n,
Col. Tlalpan,
Deleg. Tlalpan, México, D.F., C.P. 14000
Teléfono: (01 55) 5487 7100 ext. 1606

Instituto Nacional de las Mujeres
Alfonso Esparza Oteo 119, Col. Guadalupe Inn,
Deleg. Álvaro Obregón, México, D.F.,
C.P. 01020
Teléfono: (01 55) 5322 4200