

Reflexiones sobre un programa social de atención al embarazo en adolescentes en Tlaxcala

René Elizalde Salazar¹

Resumen

En el presente texto se reflexiona sobre los resultados de una investigación realizada en 2016 sobre uno de los principales programas que articulan la política social de prevención y atención al fenómeno de embarazo en adolescentes en Tlaxcala. La investigación consideró un monitoreo al Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), un mecanismo para transferir recursos financieros federales e insumos a las secretarías de salud estatales, destinados a programas sustantivos en salud pública como el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSyRA) mediante un modelo de servicios estandarizado que opera en los llamados Módulos Amigables para la atención a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Además, en la investigación se aplicó la técnica de usuarios simulados, quienes acudieron a dichos módulos como parte de la evaluación a los servicios que ofrecen.

De igual forma, en el trabajo se analizan datos y registros de diferentes encuestas y estudios que hacen evidentes la limitación de los resultados alcanzados por la política social de prevención y atención a los embarazos en adolescentes, cuyos efectos para la vida de este grupo de jóvenes generalmente tienen un impacto negativo. Dicha política social considera de manera preponderante a este fenómeno como un complejo problema de salud sexual y reproductiva, y focaliza su estrategia en la promoción y dotación de preservativos, limitando de esta manera la promoción y utilización de otras alternativas de prevención y cuidado de la salud reproductiva.

Sin embargo, tal como se muestra en el desarrollo del texto, los insuficientes resultados obtenidos debieran obligar a repensar el enfoque con el que ha sido abordado el problema y la aplicación de las estrategias con las que se ha pretendido prevenir y atender dicho fenómeno.

Finalmente, a partir de la información generada en la investigación, se plantea

¹Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx).

un conjunto de propuestas para el análisis y la implementación de las políticas de prevención y atención del embarazo en adolescentes en la entidad.

Abstract

The paper reflects on the results of a research done in 2016 about Tlaxcala's social policy on teenage pregnancy attention and prevention. The research included monitoring the Strengthen of Public Health Actions in the States Agreement (AFASPE for its acronym in Spanish), which is a mechanism to transfer federal financial resources and materials to State's Health Departments to be used in public health programs, such as the Specific Action Sexual and Reproductive Health for Teenagers Program (PAESSyRA for its acronym in Spanish), through a standardized service model which operates in the Módulos Amigables (Friendly Office) which provide attention to youth's sexual and reproductive health. Fake users, who went to Módulos Amigables as part of their service evaluation, were also included in this research.

Data from different surveys and studies which show limited results of the social policy on teenage pregnancy attention and prevention –most of the time, teenage pregnancy has a negative impact in this social group's life-, were also analyzed. This social policy considers the teenage pregnancy phenomenon mainly as a complex sexual and reproductive health problem, and focus its strategy on promoting and giving condoms, which limits the promotion and use of other birth control and reproductive health alternatives.

However, this report shows that the poor results may be indicative of the need to rethink the approach on the phenomenon and the strategies applied to prevent it and face it.

Finally, from the information generated by the research, a set of proposals for the analysis and implementation of teenage pregnancy attention and prevention policies in the State are given.

Palabras clave/ Keywords: salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, Módulos Amigables, política social, métodos anticonceptivos/ sexual and reproductive health, teenage pregnancy, social policy, contraceptive methods.

Introducción

Las reflexiones planteadas en el siguiente texto se han concebido a partir de los resultados de una investigación realizada en 2016 sobre el fenómeno de embarazo en adolescentes en el estado de Tlaxcala. Es necesario señalar que el texto completo está en revisión para ser publicado en un libro y también cabe destacar que se envió un informe ejecutivo a dependencias locales —delegación

de la Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Salud y el Consejo Estatal de Población (Coespo)— para darles a conocer la complejidad, magnitud e impacto del fenómeno del embarazo en adolescentes tlaxcaltecas, y en este sentido destacar que se requiere de la participación más amplia de instituciones y sectores de la sociedad para la implementación efectiva de políticas de atención y prevención.

Tabla 1. Tasa global de fecundidad por entidad federativa: 2009 y 2014

Entidad federativa	2009 ^a	2014 ^b
Estados Unidos Mexicanos	2.29	2.26
Aguascalientes	2.62	2.26
Baja California	2.13	2.08
Baja California Sur	2.08	2.31
Campeche	2.26	2.16
Coahuila de Zaragoza	2.31	2.52
Colima	2.05	2.26
Chiapas	2.84	2.90
Chihuahua	2.24	2.30
Distrito Federal	1.78	1.47
Durango	2.56	2.53
Guanajuato	2.47	2.41
Guerrero	2.81	2.57
Hidalgo	2.33	2.26
Jalisco	2.64	2.32
México	2.11	2.12
Michoacán de Ocampo	2.33	2.47
Morelos	2.03	2.19
Nayarit	2.58	2.58
Nuevo León	2.15	2.19
Oaxaca	2.39	2.42
Puebla	2.46	2.44
Querétaro	2.28	2.23
Quintana Roo	2.20	2.15
San Luis Potosí	2.52	2.44
Sinaloa	2.16	2.21
Sonora	2.35	2.22
Tabasco	2.09	2.31
Tamaulipas	2.18	2.45
Tlaxcala	2.37	2.33
Veracruz de Ignacio de la Llave	2.27	2.18
Yucatán	2.06	1.98
Zacatecas	2.63	2.66

Nota: La TGF se refiere al total de hijos que en promedio tendrá una mujer al final de su vida reproductiva.

^a Corresponde a la estimación para el quinquenio de 2004 a 2008.

^b Corresponde a la estimación para el quinquenio de 2009 a 2013.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* (Enadid) 2009 y 2014.

Ahora bien, el trabajo de investigación comprendió la realización de un monitoreo al Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) de 2014; entrevistas a usuarios de los Módulos Amigables que funcionan en el estado; y la evaluación de los servicios que ahí se brindan por medio de reportes de usuarios simulados.

La situación que se observa en torno al fenómeno creciente de embarazos en adolescentes es que en contraste con el porcentaje de la tasa global de fecundidad nacional que se ha estabilizado, e incluso en algunas entidades disminuido (ver tabla 1), la tasa específica de fecundidad para el grupo de mujeres adolescentes — de 15 a 19 años— se ha incrementado de manera significativa a nivel nacional, de acuerdo con los resultados de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* (Enadid) 2009 y 2014 (ver tabla 2).

Los datos que se pueden observar a través de estas encuestas evidencian la limitación de resultados alcanzados por la política social de prevención y atención a los embarazos en adolescentes, que considera a dicho fenómeno como un problema complejo de salud sexual y reproductiva. Los insuficientes resultados obtenidos con la política social que implementa la entidad para atender este fenómeno debieran obligar a repensar el enfoque con el que ha sido abordado y la aplicación de las estrategias con las que se ha pretendido prevenir y atender el problema (Stern, C., 2012).

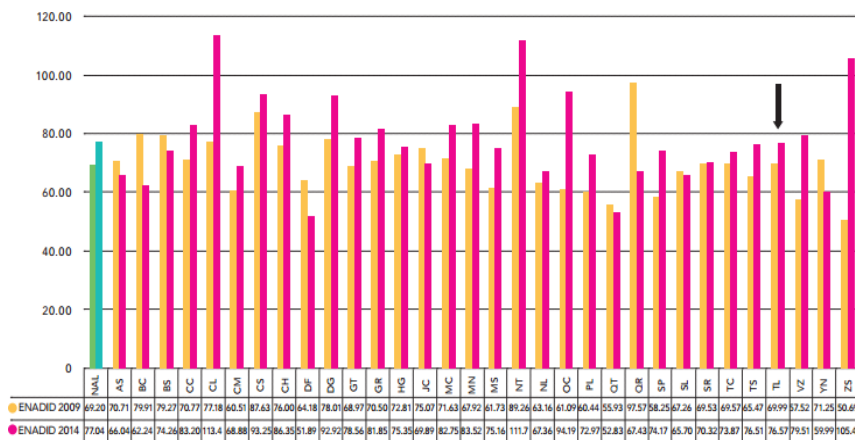
Tabla 2. Tasas específicas de fecundidad (nacimientos por cada mil mujeres)

Grupos de edad	Enadid 2009	Enadid 2014
15 a 19 años	70.9	77.0
20 a 24 años	129.9	126.0
25 a 29 años	116.6	113.1
30 a 34 años	82.4	77.2
35 a 39 años	39.4	38.1
40 a 44 años	10.0	10.0
45 a 49 años	1.0	0.6

Fuente: INEGI, Enadid 2014 (boletín de prensa núm. 271/15).

En Tlaxcala, la tasa específica de fecundidad en adolescentes se incrementó por encima del parámetro nacional, pasando de 69.99, según la Enadid 2009, a 76.57, de acuerdo con la Enadid 2014.

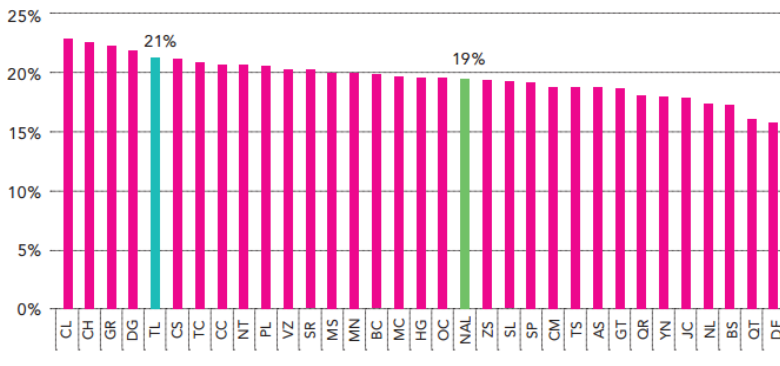
Gráfica 1. Tasas específicas de fecundidad en adolescentes, Enadid 2009 y 2014



Fuente: IPAS México, 2016.

De acuerdo con el Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac) proporcionado por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), en 2015 en el estado de Tlaxcala se reportaron 24 mil 730 nacimientos. De estos, 21 por ciento correspondió a mujeres menores de 20 años, lo que sitúa a Tlaxcala como la quinta entidad con los registros más elevados en el país con respecto a este indicador. A nivel nacional esta proporción fue de 19 por ciento (IPAS, 2016: 5).

Gráfica 2. Proporción de nacimientos en menores de 20 años por entidad federativa. Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac) 2015



Fuente: IPAS México, 2016.

Resulta importante destacar que este fenómeno es considerado en la agenda nacional como uno de los problemas de salud pública urgente de atender. En este sentido, desde el gobierno federal se ha convocado a diversas instituciones a diseñar estrategias de prevención y para mejorar su atención. Uno de los mecanismos con el que se pretende articular esfuerzos interinstitucionales es la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea), que constituye el documento rector con el que se busca orientar la atención a este fenómeno social. Asimismo, existen programas federales —como el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSyRA)— que se proponen hacer llegar servicios de apoyo a los adolescentes a través de los llamados Módulos Amigables.

Sin lugar a dudas, estas acciones representan esfuerzos importantes de atención dirigidos a este fenómeno social; sin embargo, a la luz de los resultados obtenidos han sido insuficientes y mal enfocados. Por lo que, en principio, se debiera replantear la visión estrecha de considerar que el embarazo adolescente es un problema fundamentalmente de salud pública, pues resulta evidente que al tratarse de un fenómeno multifactorial el enfoque debiera ser más integral.

Cabe destacar que el desarrollo de este trabajo se sustenta en una perspectiva sociológica. Este enfoque difiere del de salud reproductiva con el que se han desarrollado los diagnósticos y atención de las políticas públicas respecto al embarazo en adolescentes. Desde una perspectiva social se consideran otras variables como el género; la atención a la diversidad de perfiles de adolescentes —con características económicas y culturales muy específicas—; cobertura de los módulos; accesibilidad; difusión de los servicios que se ofrecen, etcétera. Variables que —de acuerdo a los datos generados en la investigación y que se exponen en este trabajo— muchas veces aparecen como factores determinantes en la dinámica del embarazo en adolescentes.

Para darnos una idea general del contexto social que se vive en el estado de Tlaxcala se puntualizan algunos datos en torno a la población, escolaridad y economía prevalecientes.

De acuerdo con la *Encuesta Intercensal* (2015) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Tlaxcala cuenta con 1 millón 272 mil 847 habitantes², lo que representa 1.1 por ciento de la población total del país. De los 310 mil 504 hogares tlaxcaltecos, un porcentaje importante —27 por ciento— tiene jefatura femenina, mientras que el resto de los hogares —73 por ciento— es dirigido por un hombre.

El INEGI reportó en el Censo de 2010 que 80 por ciento de la población vive en localidades urbanas y 20 por ciento, en el medio rural.

En lo que respecta al tema educativo, el promedio de **años de** escolaridad de

²La población tlaxcalteca está compuesta por: 658 mil 282 mujeres y 614 mil 565 hombres.

la población de 15 años y más es de 9.3, equivalente a la secundaria concluida —mientras que la media nacional se encuentra en 9.2—. No obstante, cuatro de cada 100 tlaxcaltecas de 15 años y más no saben leer y tampoco escribir —a nivel nacional, seis de cada 100 habitantes son analfabetas—.

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) reportó que en el primer trimestre de 2018 la población económicamente activa (PEA) era de 583 mil 710, de los cuales, 561 mil 990 se encontraban ocupados y 21 mil 720, desocupados. Las principales actividades económicas del estado son: los servicios, la industria manufacturera, el comercio, la construcción y las actividades agropecuarias. De la población ocupada, la mayoría —38 por ciento— gana de uno a dos salarios mínimos por el desempeño de su labor; 22 por ciento percibe de dos a cinco salarios mínimos; 20 por ciento, menos de un salario mínimo; siete por ciento no recibe remuneración; dos por ciento percibe de cinco a 10 salarios mínimos; y solo 0.4 por ciento recibe más de 10 salarios mínimos. El porcentaje restante no especificó cuánto percibe por su trabajo.

Respecto a la sexualidad, el Consejo Nacional de Población³ (Conapo) señala que “la mitad de las mujeres de Tlaxcala tuvo [sic] su primera relación sexual en la adolescencia; sin embargo, el uso del primer método anticonceptivo⁴ es hasta cuatro años después” (Conapo, s/f.: 2). También se reportó que la edad media del inicio de la primera relación sexual de las mujeres fue a los 17.9 años —mientras que la media nacional se encuentra a los 17.7 años—. El porcentaje de mujeres adolescentes que utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual es de 67.3 por ciento —en comparación con la media nacional que es de 54.8 por ciento—.

El embarazo adolescente

Según estimaciones del Conapo, en la actualidad existen en el país 22.4 millones de adolescentes. En el contexto nacional, uno de los fenómenos que ha concentrado la atención de autoridades e investigadores ha sido el creciente número de embarazos que se presentan en este segmento poblacional.

El fenómeno adquiere gran relevancia debido a dos importantes razones. En primer lugar, porque las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el segmento más numeroso entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y en segundo lugar porque se ha observado que, en contraste con otros grupos de edad de mujeres fértiles, la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor.

En su informe *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*, el Fondo de las Naciones Unidas para la

³Basándose en la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* de 2014 (INEGI, 2015).

⁴La edad mediana en 2014 para el uso del primer método es a los 22.2 años —la media nacional es a los 21.9 años—.

Infancia (Unicef) describe así la situación del embarazo adolescente:

Pese a los resultados de la ronda de los censos nacionales efectuada en el 2010, que corresponden a siete países (Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Uruguay y Venezuela), sugieren una inflexión de esta tendencia, los porcentajes de fertilidad adolescentes continúan siendo más altos que el promedio mundial y, en la región, mayores a los porcentajes que arrojaron las estadísticas de la década de los noventa, salvo en los casos de Costa Rica y Panamá. Asimismo, el descenso en los porcentajes contrasta con el aumento sostenido en la proporción de nacimientos correspondientes a madres adolescentes. La División de Población de ONU-DAES, en sus proyecciones más recientes, plantea que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá prácticamente estable durante el periodo 2020-2100. Se prevé, igualmente, que los partos en menores de 15 años se incrementen a tres millones por año en esta región para 2030. En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014: 19).

Dicho informe destaca como causas subyacentes del embarazo adolescente al

matrimonio infantil, desigualdad de género, obstáculos a los derechos humanos, pobreza, violencia y coacción sexual, políticas nacionales que restringen el acceso a la planificación familiar y una educación sexual adecuada a la edad, falta de acceso a la educación y servicios de salud reproductiva, subinversión en el capital humano de niñas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014: 15).

Además, se debe considerar que esta situación también es propiciada por el limitado uso de anticonceptivos en un contexto de vida sexual activa y cada vez más temprana como se observa en este grupo de edad, de acuerdo a los siguientes datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut) 2006: en relación con el uso de anticonceptivos, solamente 37.6 por ciento de las adolescentes hizo uso de algún tipo de ellos en su primera relación sexual, mientras que 45 por ciento de ellas lo utilizó en la última relación sexual.

Paralelamente, se observa un incremento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente activa. Según datos de la Ensanut 2006, a nivel nacional el porcentaje de población de 12 a 19 años que había iniciado su vida sexual era de 15 por ciento, mientras que para 2012 se vio incrementado a 23 por ciento. Y de acuerdo con las cifras de la Enadid 2009, la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9

años. En este contexto, cabe suponer que una consecuencia de estas tendencias es el incremento en el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes: de 15.6 por ciento a 18.7 por ciento en 2003 y 2012, respectivamente (Enapea, 2015).

El impacto que este fenómeno social tiene para los adolescentes se refleja en diferentes dimensiones de su vida. En primer término, porque entre los eventos que marcan la vida de los individuos se identifica a la primera unión sexual y el nacimiento del primer hijo, principalmente por las implicaciones que estas experiencias producen en la vida de los individuos, como la obligación de asumir nuevos roles: pareja conyugal, jefatura de familia o convertirse en padre o madre. Se trata de nuevas situaciones que conllevan un cambio sustancial de los roles asignados a la infancia y adolescencia y la asunción de nuevas y más complejas responsabilidades (Welti, C., 2005).

Según datos de la Universidad Autónoma de México (UNAM)⁵, México ocupa el primer lugar entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en embarazo adolescente. A raíz de este fenómeno se han puesto en marcha programas y políticas con líneas de acción implementadas a nivel nacional.

De manera particular, desde las políticas públicas se ha considerado el embarazo en adolescentes como un problema de salud pública, ya que afecta negativamente la salud de las mujeres jóvenes y la de sus hijos e hijas, pues se le vincula a la muerte materno-infantil y al aborto (Enapea, 2015). Se argumenta que:

Las y los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, mortalidad infantil, menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, menores habilidades y capacidad de aprendizaje cuando entran a pre-escolar [...] alcanzar menos logros académicos y desertar de la educación secundaria y media superior, repetir el patrón de fecundidad temprana y tener hijos o hijas durante la adolescencia y, estar desempleado(a) o subempleado(a) en la etapa adulta (Enapea, 2015: 21).

De acuerdo a las observaciones que se han hecho de este fenómeno, los impactos negativos permanecen a pesar de que el embarazo se produzca en condiciones menos desfavorables que las que incrementan la probabilidad del embarazo en la adolescencia, como la pobreza; tener madres y padres con niveles educativos bajos; crecer en familias con padre o madre ausentes; y tener poca permanencia y bajo desempeño escolar.

Los efectos perniciosos se agudizan en el caso de las madres entre los 10 y

⁵De acuerdo con el Boletín UNAM-DGCS-457 del 8 de agosto de 2015.

14 años, que, según un estudio reciente, representan 0.7 por ciento de los más de 8 millones de nacimientos registrados en el periodo 2008-2011. Solo una de cada siete de estas adolescentes de 10 a 14 años que tuvo un parto residía en un municipio con muy baja marginación, lo que muestra que este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza, sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social como la violencia familiar, sexual y de género (Enapea, 2015).

De acuerdo a datos estadísticos, las madres adolescentes llegan a tener mayor descendencia que las que aplazan su primer embarazo a una edad mayor. El seguimiento que se ha hecho de las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia muestra que terminan su periodo reproductivo hasta con tres hijos o hijas más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años. De las menores de 15 años que tuvieron un hijo o hija en 2011, nueve por ciento había tenido un hijo/hija previamente y 7.5 por ciento dos o más hijos/ hijas. Entre las de 15 a 19 años, 23 por ciento ya había tenido uno o más hijos o hijas anteriormente (Enapea, 2015).

Otra dimensión donde el embarazo en adolescentes impacta negativamente es la educativa, porque incide en la deserción o bajo rendimiento escolar de los jóvenes. Se ha observado que el embarazo puede truncar la trayectoria educativa de las y los adolescentes, principalmente la de ellas, tal como lo muestran las siguientes cifras: de acuerdo con datos del 2010, 17.7 por ciento de las mujeres menores de 18 años y 30.7 por ciento de las menores de 15 años que se embarazó, dejó de ir a la escuela después de tener un embarazo.

Sin embargo, dejar de ir a la escuela incrementa significativamente el riesgo de un embarazo, pues más de 90 por ciento de las mujeres de 12 a 19 años de edad que ha tenido un hijo o hija no acuden a la escuela, comparado con 24 por ciento en el grupo de edad que no los ha tenido; mientras que 57 por ciento de las mujeres mexicanas nacidas entre 1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvo su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12 por ciento de aquellas de las que al menos han cursado el bachillerato (Enapea, 2015).

Tal como lo muestran los datos de Organización Internacional del Trabajo (OIT), la falta de oportunidades de empleo impacta particularmente a los jóvenes. Por ello, cuando los adolescentes enfrentan un embarazo, su situación se complica aún más, pues también afecta las oportunidades laborales y en consecuencia sus posibilidades de generar ingresos. Habitualmente la madre adolescente no tiene empleo ni ingreso independiente al momento de procrear a sus hijos e hijas.

De acuerdo con datos del INEGI, de las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un hijo/hija en 2011, 8.3 por ciento tenía una actividad laboral remunerada. En cuanto a las adolescentes de 10 a 14 años que tuvieron un hijo/hija, presentan mayor probabilidad de verse obligadas a buscar trabajo en una etapa en la que deberían estar en la escuela; de este segmento, siete por ciento reportó una

actividad remunerada (Enapea, 2015).

De esta manera, los jóvenes en estas circunstancias se sitúan en condiciones de mayor vulnerabilidad laboral al posibilitar mano de obra barata y reducir o de plano cancelar a futuro el acceso a oportunidades laborales de calidad y un desarrollo humano sustentable; se genera así una mayor exposición a situaciones de inseguridad y desprotección laboral.

El contexto de mayor vulnerabilidad que enfrentan las madres adolescentes, particularmente en las dimensiones de educación y empleo, se reflejan claramente en el fenómeno de los “ninis”, jóvenes que no estudian ni trabajan, pues de acuerdo con los datos consignados en el informe de la OCDE, *Panorama de la Sociedad 2016*, 22.1 por ciento de los jóvenes entre 15 y 29 años lo constituyen ninis, situando a México como el quinto país perteneciente a esa organización con el mayor porcentaje de jóvenes en esa condición.

De acuerdo a lo datos de este informe, las mujeres tienen una posibilidad cuatro veces mayor que los hombres de ser ninis y más de 50 por ciento de las mujeres en esta condición son madres. En dicho informe se plantea que la prevalencia de ninis mujeres se debe a la determinación de los roles de género tradicionales, donde a ellas se les asigna socialmente la responsabilidad del cuidado de los niños y del trabajo doméstico.

Por ello, resulta importante destacar que, generalmente, la experiencia de un embarazo tiene un impacto negativo para el curso de vida en este grupo de jóvenes.

Es evidente que el panorama que se vive en el país con respecto al creciente fenómeno social de embarazos en adolescentes significa un reto complejo para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan eficazmente no solo a disminuir su constante incremento, sino a prevenir y atender al amplio segmento de población que ya enfrenta, en circunstancias adversas, el desafío de ser padres adolescentes.

Los programas sociales encaminados a disminuir el embarazo adolescente y la necesidad de su evaluación

La relevancia de la evaluación de los programas sociales como un momento específico del proceso de implementación de políticas públicas se ha convertido en una de las piezas clave para conocer los efectos causales que se derivan de los cursos de acción que impactan en la vida de la sociedad, y que debieran ser implementados rigurosamente por las distintas instituciones del Estado o los gobiernos en cualquiera de sus tres niveles: federal, estatal o municipal.

Entre los propósitos más recurrentes que justifican la evaluación de los programas, se encuentra el hecho de la identificación de los parámetros sobre los elementos relacionados con el costo-beneficio, costo-eficacia o costo-efectividad

en razón de las múltiples prioridades que tienen las agencias evaluadoras para identificar de manera muy específica el uso de los diferentes recursos económicos, materiales, humanos, entre otros, y siempre en comparación a los resultados obtenidos.

Con esa información de por medio es posible identificar, de manera puntual, si el conjunto de esfuerzos emprendidos por la institución se justifica a raíz de que el resultado se valora positivamente para continuar con los mismos cursos de acción o, en el caso contrario, cuando existe la detección de problemas, establecer los cambios o ajustes al momento de su ejecución.

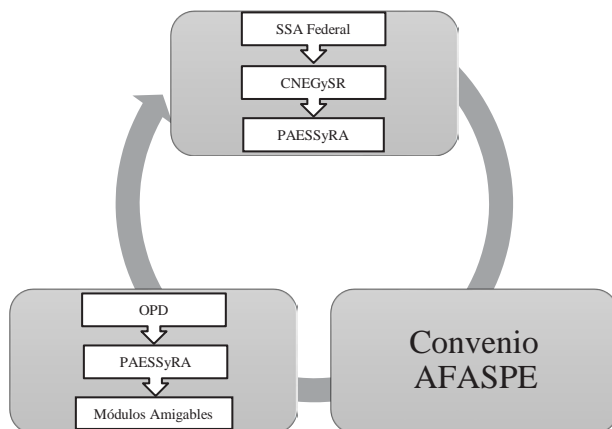
En virtud de estas consideraciones y particularmente ante la evidencia de los limitados resultados obtenidos hasta ahora en la prevención y atención de los embarazos en adolescentes, y ante las proyecciones que se han hecho de la dinámica futura en ascenso de este fenómeno en el país, resulta pertinente que las evaluaciones a las políticas y programas de atención ya referidos sean revisados con mayor cuidado y atención para implementar los ajustes que sean necesarios.

Ahora bien, en el contexto de la política social de prevención y atención al embarazo en adolescentes, el AFASPE es un mecanismo para transferir recursos financieros e insumos a las secretarías de salud estatales destinados a programas sustantivos en salud pública que se materializa a través de la firma de un convenio marco del cual se derivan otros específicos con el fin de fortalecer acciones de prevención y promoción, aunque también se incluyen intervenciones, específicamente, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR); en resumen, se transfieren recursos a siete programas (Observatorio de Mortalidad Materna, 2012: 46).

Para el caso que aquí nos ocupa, nos referimos al Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes (PAESSyRA), el cual tuvo su origen al crearse el CNEGySR en 2003 como una instancia de la Secretaría de Salud que se encargaría de generar programas específicos a los que se les incorporó la perspectiva de género como: cáncer de mama y cervicouterino; salud materno-infantil; violencia familiar y sexual; planificación familiar; salud sexual y reproductiva de los adolescentes; e igualdad de género.

Derivado de un diagnóstico realizado en 2004 en las 32 entidades federativas, se diseñó un modelo de atención, previendo horarios de atención, integrando un equipo de personal multidisciplinario y espacios apropiados para la atención a la población adolescente. En 2007, la Secretaría de Salud elaboró el primer PAESSyRA 2007-2012 y en 2013 se institucionalizó el Modelo Integral para la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Gráfico 1. Operación del programa



Fuente: elaboración propia.

Bajo estas consideraciones, el ejercicio realizado, consistente en el monitoreo del AFASPE aplicado en Tlaxcala y la observación a la calidad de la atención en los Módulos Amigables, se diseñó con el propósito de contribuir a valorar diferentes aspectos que inciden en la adecuada operación de las políticas y programas de atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, tales como el acceso a recursos y calidad en el servicio. Los resultados obtenidos constituyen una contribución a las evaluaciones cuantitativas y cualitativas contempladas en la Enapea 2015.

Monitoreo al convenio AFASPE 2014 del PAESSyRA en Tlaxcala

En este ejercicio se monitoreó el proceso de gestión del convenio AFASPE del PAESSyRA correspondiente a 2014 que incluyó acciones y metas comprometidas para ese año al Organismo Público Descentralizado (OPD) Salud de Tlaxcala que se centran en: campañas de difusión; implementación de Módulos Amigables; capacitación de personal de estos servicios; y promoción para que adolescentes acepten algún método anticonceptivo.

El convenio específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades se celebra entre la Secretaría de Salud federal (SSA) a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y es asistido en este caso por el titular del CNEGySR; y por la otra parte, el Gobierno del Estado de Tlaxcala a través del secretario de Salud y

director general del OPD Salud de Tlaxcala, con la participación del secretario de Planeación y Finanzas.

El 10 de octubre de 2012, la SSA y la entidad celebraron el acuerdo marco de coordinación⁶, y el convenio AFASPE entre la SSA y la entidad⁷ se celebró el 20 de febrero de 2014, en el que se incluyó el PAESSyRA donde establece obligaciones que involucran responsabilidades para la Secretaría de Finanzas estatal⁸ (Sefina), el congreso local y el OPD Salud de Tlaxcala⁹.

Para la realización del estudio, se utilizó la metodología diseñada por el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM), previa valoración de su aplicabilidad, rigor y pertinencia para los propósitos de nuestro trabajo. Específicamente, para la realización del monitoreo del convenio AFASPE 2014 del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Tlaxcala se desarrollaron tres procesos: una revisión documental del convenio y programa, comparando lo establecido en ambos documentos con los resultados obtenidos en campo; presentación de solicitudes de información mediante el sistema Infomex; y trabajo de campo, que consistió en la aplicación de cuestionarios a usuarias y usuarios de los Módulos Amigables, así como la visita a los módulos de atención de Servicios Amigables mediante la técnica de usuarios simulados para observar el cumplimiento de lo establecido en el PAESSyRA.

Los aspectos explorados fueron: las metas, los objetivos, los subsidios otorgados por el gobierno federal y cómo fueron distribuidos.

Ahora bien, el PAESSyRA identifica como retos para el periodo 2013-2018 la prevención de embarazos en las adolescentes, por lo que se plantea promover el acceso a métodos anticonceptivos y mejorar la calidad de los servicios. Otros retos identificados son:

Impulsar estrategias integrales para la reducción del embarazo en la adolescencia, en la que participen todos los actores del sector público, social y privado involucrados con este tipo de población.

Difundir el marco legal en el que se sustenta la atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, a efecto de contrarrestar prejuicios que prevalecen al interior de las diferentes instancias gubernamentales (federales, estatales, municipales y locales).

Desarrollar alianzas interinstitucionales, así como con organizaciones de

⁶Con el objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general y fijar las bases y mecanismos generales a fin de ministrar recursos presupuestarios federales y/o insumos federales mediante la suscripción de los instrumentos específicos correspondientes" (AFASPE Tlaxcala, 2015: 1).

⁷Señalado en el texto del convenio como "la Secretaría" haciendo referencia a la Secretaría de Salud Federal y "la Entidad" como el Gobierno del Estado.

⁸Recibe y transfiere los recursos al OPD Salud de Tlaxcala a una cuenta bancaria específica productiva que haya sido creada ex profeso.

⁹El OPD Salud de Tlaxcala debe informar de la suscripción del convenio al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en la entidad.

la sociedad civil, para establecer estrategias de información, educación y comunicación acordes a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, así como para aumentar la cobertura del programa en poblaciones o áreas con mayor rezago, principalmente en comunidades rurales e indígenas.

Incentivar la participación activa de las y los adolescentes en el diseño y operación de estrategias diferenciadas para atender sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva.

Eliminar los factores que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y de la salud reproductiva de la población adolescente particularmente en áreas rurales e indígenas (PAESSyRA, 2014: 44).

A continuación se presenta un resumen de los principales problemas detectados durante el monitoreo al convenio AFASPE 2014 del PAESSyRA. El documento en extenso incluye las encuestas a jóvenes y entrevistas a los usuarios de los Módulos Amigables, e integra el reporte técnico que se hizo llegar a las instituciones responsables de operar y contribuir a implementar los programas de atención a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Tlaxcala.

Observaciones por rubro

1. Planeación, firma y modificaciones al convenio AFASPE

A. El personal operativo y directivo de los Módulos Amigables no es considerado en el proceso de planeación del convenio.

B. Las metas contempladas son mínimas, por lo que su cumplimiento no incide en una mejora efectiva en el servicio.

C. Hay un desfase entre la firma del convenio y la transferencia de los recursos financieros e insumos al OPD Salud de Tlaxcala, y la posterior entrega de insumos para la operación de los servicios amigables para los adolescentes

D. El convenio 2014 señala la posibilidad de realizar convenios modificatorios, originados usualmente por la SSA para realizar ajustes —incrementos— a los montos destinados a los programas; estos se realizan en meses ya avanzados —agosto y noviembre—.

2. Ejercicio de los recursos

E. Las respuestas proporcionadas por el OPD Salud de Tlaxcala no permiten identificar el procedimiento en el ejercicio de los recursos financieros y la manera en que son distribuidos a las unidades de primer y segundo nivel para la operación de los servicios amigables, lo cual es indicador de la opacidad con la que se

realiza el gasto de los mismos. En el mismo sentido, no es posible identificar a los responsables directos del ejercicio del recurso y los criterios utilizados para ejercerlos.

F. En el informe de los gastos reportados por el OPD Salud de Tlaxcala que fueron realizados con recursos financieros del convenio AFASPE 2014, se identifica la compra de artículos como computadoras personales y de escritorio, papelería, impresoras multifuncionales, dos cámaras fotográficas, dos videoproyectores y el pago de honorarios para un profesional de trabajo social y uno más de psicología, así como pago de servicio de conectividad al internet, lo que representa la falta de apego a lo establecido en el convenio.

G. Otra de las inconsistencias que se observó en la aplicación y comprobación de los recursos, fue la devolución de un monto por la cantidad de 1 mil 342.25 pesos a la Tesorería de la Federación.

3. Transparencia y rendición de cuentas

H. Se identifica que el OPD Salud de Tlaxcala incumplió parcialmente con la difusión del convenio, ya que no se difundieron los dos modificatorios, ni los informes trimestrales correspondientes que permitan dar seguimiento a su cumplimiento.

Valoración de la atención en los Módulos Amigables a través de usuarios simulados

El trabajo de gabinete —realizado durante el monitoreo al convenio AFASPE— ya fue discutido líneas arriba. En esta sección se destacarán las actividades realizadas durante el trabajo de campo.

Esta investigación integra una metodología mixta. Por un lado, está basado en la técnica de usuarios simulados —metodología cualitativa— y por otro lado, se realizaron encuestas —metodología cuantitativa— a usuarios de los Módulos Amigables.

La técnica de usuarios simulados ha sido retomada por el OMM para aplicarla en los servicios de salud de la siguiente manera: se prepara a una persona para que asista a una unidad de salud y solicite atención médica, simulando una situación específica, por ejemplo en el caso de una mujer joven, que le coloquen un dispositivo intrauterino. El objetivo es captar las respuestas, reacciones y trato del personal de salud. Esta técnica también ha sido empleada por otras instancias, por ejemplo en las bibliotecas de España¹⁰.

¹⁰[Los usuarios simulados] se presentan en la biblioteca para hacer uso de los servicios habituales. Se emplean procedimientos de observación sistematizados. Esta técnica permite ver a través de los ojos de un usuario cómo se percibe el servicio. [...] Unos investigadores acuden a cada una de las bibliotecas y actúan como socios haciendo uso de los

En el siguiente cuadro se resumen el proceso metodológico de este trabajo.

Metodología mixta					
Fase cuantitativa: Encuestas a usuarios	Fase cualitativa: Usuarios simulados				
<p>a) Se acudió a las tres sedes donde se encuentran los Módulos Amigables.</p> <p>b) Se aplicaron 88 encuestas entotal. Se quería conocer cuáles son los servicios más solicitados, la calidad de la atención que les brindaron, si les ofrecieron algún material impreso o método</p>	<p>a) Teniendo como base una guía de observación, se capacitó a cuatro adolescentes para corroborar si el personal y las instalaciones cumplen con las disposiciones del PAESSyRA y, por otro lado, para conocer su percepción sobre la atención que les brindaron en los módulos.</p> <p>b) Estos cuatro jóvenes fungieron como usuarios simulados, quienes acudieron a los tres Módulos Amigables que existen en Tlaxcala, cada uno con una problemática propia de los adolescentes. Estas son las características de cada usuario simulado:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 10%;">H15</td> <td>Hombre de 15 años pidió consejería sobre métodos anticonceptivos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">M15</td> <td>Mujer de 15 años presentó un caso de violencia en el noviazgo</td> </tr> </table>	H15	Hombre de 15 años pidió consejería sobre métodos anticonceptivos	M15	Mujer de 15 años presentó un caso de violencia en el noviazgo
H15	Hombre de 15 años pidió consejería sobre métodos anticonceptivos				
M15	Mujer de 15 años presentó un caso de violencia en el noviazgo				

servicios que ofrecemos y permite constatar prácticas que funcionan bien y detectar aquellas que necesitan una mejora. Esta técnica nos ha permitido determinar los aspectos de calidad positivos y continuar con la difusión de las mejores prácticas para incorporarlas a nuestro Plan de Calidad de Atención al Cliente" (Riaza, M., 2007: 56).

anticonceptivo, etcétera.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 10%;">H19</td> <td>Hombre de 19 años reveló un problema de autoestima</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">M19</td> <td>Mujer de 19 años exteriorizó adicción al cigarro</td> </tr> </table> <p>c) Posterior a la visita, se les entrevistó y describieron su experiencia al acudir a los módulos; sobre todo, se hizo énfasis en que expusieran sus percepciones sobre: la infraestructura; los materiales que les dieron o que no les ofrecieron; y la calidad de la atención del personal.</p>	H19	Hombre de 19 años reveló un problema de autoestima	M19	Mujer de 19 años exteriorizó adicción al cigarro
H19	Hombre de 19 años reveló un problema de autoestima				
M19	Mujer de 19 años exteriorizó adicción al cigarro				

A continuación se despliegan los resultados por módulo, contextualizados con los comentarios de los usuarios simulados.

principales servicios en varias visitas. El perfil de dichos investigadores varía en las diversas visitas pudiendo ser un joven estudiante, un padre y su hijo o una abuela con su nieta. A través de esta técnica vemos cómo perciben nuestros socios los servicios que ofrecemos y permite constatar prácticas que funcionan bien y detectar aquellas que necesitan una mejora. Esta técnica nos ha permitido determinar los aspectos de calidad positivos y continuar con la difusión de las mejores prácticas para incorporarlas a nuestro Plan de Calidad de Atención al Cliente" (Riaza, M., 2007: 56).

Módulo de Huamantla

1. Para darles consulta, los jóvenes deben tener de 10 a 19 años y realizar una cita previa. Si no tienen cita, el personal sí los atiende pero deben esperar.

2. La confidencialidad del paciente:

Testimonio de M15: Me pasaron al segundo cubículo, en el cual estuve con la psicóloga. Sí me daba la confianza para poderle decir mi problema, me dio algunos consejos y me dio cita para la próxima semana y sí tuve orientación por parte de ella. Igual me guardó la confianza de que todo lo que yo le decía iba a ser confidencial, de que si en algún momento llegaba un familiar u otra persona cercana supuestamente a mí y quería información mía, ella iba a pedirme primero mi autorización para poder decirle a esa persona lo que yo había ido a pedir.

3. Cuando consideran que es necesario dar continuidad al problema que presentan los adolescentes, les dan cita para otra consulta.

Testimonio de M19: Al llegar el trato fue bueno, de hecho el psicólogo me atendió con seriedad. Al querer catalogar mi problema, me observaba mucho, yo creo que eso es algo importante. Me preguntaba que si en mi familia tomaban o fumaban, si tenían problemas con la ley o en la familia. En la consulta no me mostraron, ni dieron ningún folleto, pero en el módulo donde me canalizaron tenían imágenes sobre el tabaco. [...] Tardé en consulta aproximadamente media hora y me agendaron una cita para el jueves.

Testimonio de H19: [La psicóloga] me dijo que estableciera más comunicación con toda mi familia, que si me siento enojado debería leer, escuchar música, salir a caminar o hacer una actividad para que en ese momento me relajara más y no me sintiera tan frustrado. Me dijo que fuera practicando esto, que era como una tarea y que ya cuando la volviera a ver el 10 de julio íbamos a hacer muchas actividades, que me iba a dar material para que yo lo trabajara desde mi casa y ya cuando llegara yo al cubículo pues le dijera cuáles son los resultados y me explicara la finalidad de la actividad, por lo mismo, de que el espacio [del módulo] no es tan amplio, pues no se pueden realizar las actividades que ella decía.

4. El material impreso que brindan es un apoyo para los adolescentes.

Testimonio de H19: Ya los revisé y sí, creo que te brindan información, es útil y te sirve; igual de los métodos anticonceptivos porque hay unos que están raros y antes no los conocía y ahora [los conozco] más.

5. M15 se presentó en el Centro de Salud y preguntó por los Módulos Amigables; lo primero que le solicitaron fue “ir acompañada de un mayor de edad”.

6. Después de pedir a un adulto que la acompañara¹¹, M15 presentó ante el personal del módulo un problema por violencia en el noviazgo; fue bien atendida, buscaron folletos para darle, pero como no encontraron “le dieron preservativos”. La cuestión que se observa es que entregan material —sea trípticos o métodos anticonceptivos—, pero no les explican cómo deben utilizarse, qué tan efectivos son estos si se emplean correctamente, etcétera.

Testimonio de H19: Tenían muchos folletos pegados en la pared, son de diferentes temas: psicológicos, médicos, de salud sexual; también había condones. No era muy amplio el espacio y pues yo no vi mucho material con que se trabaje: no sé, tal vez como un esqueleto o donde te muestren aparatos [reproductores masculino y femenino], solo tenía folletos, no tenía lapiceros, ni pulseras [...]. Me preguntó si necesitaba algún tipo de información, que tenía condones, folletos y medio de: salud sexual, derechos sexuales, infecciones de transmisión sexual, otro de métodos anticonceptivos y uno más que era de salud mental y adicciones. Nada más me los dio y me dijo: Para que los leas en tu casa. Pero no me los explicó, no sé si sea por el tiempo. [...] Y me dijo que podía tomar unos condones de la pecera. Media hora duró la consulta.

Módulo de Chiautempan

1. El personal es atento con los adolescentes y si en el momento que acuden no se encuentra el especialista que pueda atenderles, buscan la manera de que los chicos sean valorados por personal del Centro de Salud.

Testimonio de H15: Acudí al módulo de Chiautempan a preguntar acerca de los métodos anticonceptivos, qué métodos había y cuáles estaban a mi disposición. Me recibió un doctor¹², me explicó brevemente los métodos... no me los explicó muy a fondo porque no tenía mucho tiempo e incluso me ofreció una operación y por obvias razones me negué. La problemática que hubo aquí es que no había personal disponible para ser atendido en una plática o una charla para hablar acerca del tema, entonces no [pudieron ser resueltas] mis dudas y algunas cuestiones que yo tenía del tema.

¹¹Sin embargo, después de que M15 regresó en compañía de un mayor de edad, al pasarla al módulo para ser atendida, ya no fue necesario que el adulto entrara con ella.

¹²El profesional médico que atendió a H15 no era personal del módulo, sino del Centro de Salud.

2. M15 presentó un caso de violencia en el noviazgo y derivado de que la psicóloga no se encontraba, quien la recibió le recomendó que mejor fuera a atenderse “hasta el Módulo Amigable de Apizaco”, porque al día siguiente — lunes— tampoco sabía si la psicóloga llegaría al módulo de Chiautempan.

Testimonio de M15: Yo le dije que no podía ir hasta Apizaco y no quería esperar hasta el lunes para consulta porque ya había estado desde las nueve de la mañana buscando el módulo. Entonces me llevó a un lugar [área de Psicología del Centro de Salud] para que me dieran una consulta, pero me dijeron que si no estaba afiliada, me iban a cobrar o debía llevar requisitos y documentos personales para inscribirme y me puedan atender sin cobrarme. [...] Entonces, fue mucho tiempo y [el módulo] está muy escondido y no me atendieron en ninguno de los lados.

3. Por lo tanto, los usuarios simulados, no lograron una consulta como tal.

Testimonio de M15: No tuve una buena experiencia, bueno solo en ese [el módulo de Huamantla]; en ese aspecto de Apizaco, Tlaxcala y Santa Ana [Chiautempan] no fue nada bueno el trato y si yo fuera otra persona, un chico que de verdad lo necesita, una chica que de verdad lo necesita, ¿sabes qué?, pues mejor ya no voy, ya no regresaría.

Módulo de Apizaco

La localización del módulo es más accesible. En la parte frontal del Centro de Salud hay una lona que establece días y horarios de atención, en los cuales se acudió, pero no se encontró al personal en la mañana ni en la tarde. Se preguntó en las oficinas contiguas al módulo y nos indicaron que si el personal no estaba, era porque habían ido a escuelas para dar pláticas —cuestión que resulta extraña, pues el trabajo de campo se efectuó cuando los estudiantes ya estaban en periodo vacacional—.

Testimonio de M15: Llegando, había una lona en la parte de afuera, era totalmente visible que invitan a los jóvenes a que vayan a consultas; la lona decía Modulo Amigable, atención de drogadicción, violencia familiar, violencia en el noviazgo... muchas cosas y hasta abajo los horarios: ocho de la mañana a ocho de la noche. Iba con una persona mayor de edad, que era mi tía y por lo que decía la lona, supusimos que sí estarían las personas que se van a encargar de atendernos. Entrando

[al Centro de Salud] preguntamos por el Módulo Amigable a unas personas [enfermeras], lo que ellas nos dijeron fue: Ah, lo que pasa es que ellos [el personal del Módulo Amigable] salen, entonces, quién sabe si se encuentren en este momento; puede pasar a preguntar a recepción. Nos dirigimos a recepción y la persona que estaba ahí nos mandó al fondo, a Trabajo Social y en Trabajo Social nos dijeron que saliéramos de nuevo y diéramos la vuelta en la parte de atrás y efectivamente, nos fuimos y vimos un leterrito que decía “Módulo Amigable”, pero estaba un poquito escondido. Nos dirigimos hacia allá y entrando estaban unas enfermeras y al preguntar por el personal del Módulo Amigable, nos dijeron: Pregúntenle a las otras enfermeras (que eran las mismas que ya nos habíamos encontrado hace unos momentos). Llegamos con ellas y les dije que si necesitábamos alguna cita o que si nos podían atender un psicólogo o un trabajador social, no sé, alguien que estuviera ahí; y bueno, ya nos contestaron más grosero, así de: Si ya les dijimos que aquí no están, ¿por qué no hacen caso? Entonces respondimos: ¿Entonces en qué horario están? Y empezaron a decir: Es que ellos no tienen horario. Nosotros nos quedamos así [viéndonos]. Se supone que en la pancarta decía que era de ocho de la mañana a ocho de la noche. Ellos dijeron: No, es que ellos salen a varios lugares. Y bueno, uno se pone a pensar... se supone que ya es periodo vacacional, entonces ¿a qué escuelas van a dar sus pláticas? En conclusión: no nos quisieron atender, fueron totalmente groseros y nos fuimos de ahí.

Reflexiones finales y ejes de discusión para posteriores investigaciones

1. Las acciones que se implementan a través de programas institucionales dirigidos a las y los adolescentes orientados a la prevención de embarazos tempranos han sido de utilidad para avanzar en la atención del fenómeno; sin embargo, tal como lo muestran las cifras en ascenso de embarazos en este grupo de edad, los resultados obtenidos son limitados e insuficientes, ya sea por la cobertura que, como el caso de Tlaxcala, es muy restringida en la atención que ofrecen los Módulos Amigables; el financiamiento, operación o la continuidad de los programas y estrategias que, como en el caso del convenio AFASPE que fue monitoreado, presenta diversos problemas que dificultan su operación y principalmente su eficacia.

2. De igual manera, la coordinación que debiera existir entre las instituciones consideradas para la aplicación de las políticas de atención a este fenómeno no muestra resultados positivos. Por ejemplo, la Enapea considera la participación de 13 dependencias del gobierno federal, entre ellas: Secretaría de Gobernación (Segob), Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), SSA, Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), Conapo, Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI); cuyas acciones, cuando se producen, muestran escasa coordinación, lo que reduce de manera significativa la eficacia de estrategias y programas de atención a los adolescentes. Las actividades monitoreadas en Tlaxcala así lo muestran, pues prevalece fundamentalmente el enfoque de salud sexual y reproductiva y son las instituciones de este sector las que impulsan el mayor número de acciones.

3. La estrategia de prevención del embarazo en adolescentes se ha focalizado en la perspectiva de salud sexual y dentro de ella el proveer de condones a los y las adolescentes ha sido una de las actividades privilegiadas, por lo que, en todo caso, se requiere ampliar la oferta de métodos anticonceptivos.

Tal como lo señala la Enapea,

históricamente, los servicios de prevención del embarazo que se ofrecen a los y las adolescentes han enfatizado la promoción del condón como medio para una doble protección del embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, la tasa de falla del condón es de hasta 18 % en uso típico, y su efectividad depende del uso correcto y constante. Igualmente, la continuidad en el uso a los doce meses posteriores es de entre un tercio y la mitad de los que inician.

Estas tasas de efectividad y continuidad son similares o mayores a las de los óvulos, jaleas y espumas, que también están entre las opciones más usadas por las personas adolescentes. La siguiente opción más promovida son las pastillas anticonceptivas, las cuales también tienen problemas de adherencia y continuidad en el uso, por lo que, al igual que el condón, ponen a las adolescentes en riesgo de embarazo.

Los métodos anticonceptivos con menor probabilidad de falla son los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), como los inyectables, los dispositivos y sistemas intrauterinos y los implantes (2015: 38).

Los cuales, por cierto, no son promovidos para su utilización por los adolescentes en los servicios de los Módulos Amigables

De igual manera, otra opción que debe ser promovida es la anticoncepción hormonal poscoito o de emergencia. De acuerdo a experiencias en otros países, se ha observado que puede ser de gran utilidad la entrega anticipada de pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) a adolescentes en la medida en que reduce el tiempo entre el coito no protegido y la toma de la pastilla, incrementando su eficacia contra la incidencia de ITS sin modificar los porcentajes de uso de otros

anticonceptivos, ni la frecuencia de comportamientos de riesgo (Enapea, 2015).

4. Los resultados del monitoreo AFASPE 2014 nos permitieron identificar problemas específicos y, a partir de ello, sugerir las siguientes recomendaciones:

A. Es necesario involucrar al personal operativo y directivo de las unidades de primer y segundo nivel en los que operan los módulos, ya que ellos son los que atienden y tienen contacto con los adolescentes, por lo tanto, cuentan con una mejor perspectiva de las necesidades de los adolescentes. Es importante establecer metas acordes a la población objetivo, así como a la oferta y demanda de los servicios.

B. Si bien la planeación del convenio se realiza oportunamente en el último trimestre del año previo, es conveniente que su suscripción se realice con la misma oportunidad en el primer mes del año para que se agilice la ministración de los recursos financieros para que los servicios amigables tengan los insumos necesarios a fin de brindar la atención a las y los adolescentes desde el primer mes del año. De igual manera, es necesario transparentar el procedimiento para el ejercicio de los recursos financieros, precisar quiénes los realizan y que su aplicación se apegue a los compromisos establecidos en el convenio; asimismo, es importante transparentar cómo se efectúa la distribución de los mismos a las unidades médicas de primer y segundo nivel.

5. Los resultados obtenidos en el monitoreo al convenio AFASPE y la evaluación de los módulos a través de los usuarios y usuarios simulados generaron los insumos de información para realizar una valoración de la operación y servicio que brindan los Módulos Amigables, al contrastar su funcionamiento con algunos de los criterios enunciados en la Enapea referidos a la accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud.

El criterio de accesibilidad tiene que ver con la posibilidad de obtener los servicios de salud disponibles con tiempos cortos de espera, con o sin cita en tales lugares, con horarios y costos al alcance de las y los que estudian o trabajan. Bajo este criterio, encontramos situaciones contrastantes. Una primera cuestión de fondo se refiere a la ubicación geográfica de los módulos y la cobertura a la población de adolescentes en el estado.

En Tlaxcala, con una población de 245 mil 77 adolescentes,¹³ solamente existen tres Módulos Amigables para atenderlos y que además se encuentran ubicados en zonas urbanas: Chiautempan, Apizaco y Huamantla. Si bien se espera que estos módulos atiendan a población de los municipios vecinos, lo cierto es que el restante 80 por ciento de población adolescente queda vulnerable. La situación se agrava aún más, pues a través de entrevistas a usuarios y del reporte de usuarios simulados se detectó que algunos de los módulos ni siquiera estaban abiertos para brindar servicios y los que sí estaban en funcionamiento, lo hacen con horarios

¹³De acuerdo con la *Encuesta Intercensal* del INEGI (2015), del total de adolescentes, 123 mil 873 son hombres y 121 mil 204 mujeres.

acotados por la dinámica institucional y no en función de las necesidades de los usuarios.

El criterio de aceptabilidad se refiere a que las y los adolescentes estén dispuestos a utilizar servicios atendidos por proveedores empáticos y que no emitan juicios morales; con instalaciones atractivas e higiénicas; donde se ofrezca información y educación en diferentes formatos. Por lo tanto, se debe procurar no solo mayor difusión de la ubicación de los Módulos Amigables, así como de los servicios que ofrecen, sino que se debe garantizar que el personal que los atiende esté bien capacitado y sea empático con las problemáticas que los adolescentes presentan, de tal forma que los motive a hacer uso de los módulos y los servicios disponibles.

Todo parece indicar que se han generado políticas o directrices respecto a la salud sexual y reproductiva del adolescente sin considerar la existencia de una diversidad de perfiles de los adolescentes, quienes se encuentran inmersos en contextos socioculturales diversos, con necesidades específicas y diferentes prácticas culturales y sexuales.

Un aspecto importante que es muy importante observar, se refiere a que las campañas de salud sexual y reproductiva generalmente se focalizan en los centros educativos de nivel medio básico y superior y captan a los adolescentes en las escuelas; sin embargo, una gran parte de población adolescente que por diversas circunstancias no acude a la escuela queda fuera de la cobertura de este tipo de campañas. Basta recordar que en el país tenemos cerca de 8 millones de niñas. De igual forma, el fenómeno de deserción escolar en nivel preparatoria se incrementa de manera significativa, situación que propicia que exista un porcentaje significativo de jóvenes que no se encuentra estudiando, y que muchos de ellos queden sin acceso a servicios de salud gratuitos y sobre todo oportunos.

El criterio de equidad se refiere a que las y los adolescentes de los diferentes grupos sociales puedan acceder a los servicios de los programas de atención. Al respecto, los resultados del estudio evidencian que ninguno de los módulos existentes en el estado se encuentra en zonas rurales, aun cuando las estadísticas corroboran que los espacios donde más prevalece este tipo de embarazos son, precisamente, las zonas rurales.

Catherine Menkes y Olga Serrano (2016), del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, describen las características sociodemográficas de mujeres de 15 a 19 años en las que se presenta de manera más recurrente el embarazo: el perfil es de chicas sin escolaridad o con primaria incompleta que viven en unión libre, provenientes de estratos socioeconómicos bajos y que habitan en zonas rurales. Con los datos originados a partir de este estudio se patentiza que no se está llegando a los adolescentes que más necesitan información sexual.

Cabe destacar que una carencia importante que se observa en el diseño e implementación de las políticas de atención a este fenómeno ha sido la poca o nula

atención a las y los adolescentes que no asisten a la escuela y que constituyen la población más vulnerable¹⁴ y susceptible de experimentar un embarazo, pues de acuerdo con datos del INEGI, el Conapo, la SEP y el IMJUVE, 62 por ciento de jóvenes entre 15 y 17 años está fuera de la escuela.

Adicionalmente, es abrumadora la carencia de estrategias diferenciadas para atender a la población adolescente casada, unida o soltera, que se encuentra laborando o bien que está desempleada, que es indígena o pertenece a otros grupos de población.

6. Resulta de gran relevancia que se pueda considerar en la implementación de programas y estrategias de atención a este fenómeno, que las acciones de intervención y los servicios para adolescentes no se limiten a la atención de la salud sexual y reproductiva, sino que adopten un enfoque integral de la salud, incluyendo por lo menos detección y referencia a servicios de atención de salud mental; obesidad y otros desórdenes metabólicos o alimenticios; prevención de adicciones; prevención, detección y atención a la violencia familiar y de género; entre otros rubros. Y, sobre todo, que en un enfoque integral más amplio también se consideren las necesidades de educación, empleo y seguridad que padecen los jóvenes que deben ser atendidas de manera amplia, si se desea realmente mejorar los resultados de las estrategias de prevención y atención a este fenómeno.

7. Como punto final habría que señalar que en nuestra sociedad, lamentablemente, prevalece una visión polémica del ejercicio de la sexualidad de los y las jóvenes, en donde el peso de los criterios morales y la prevalencia de un paradigma patriarcal nubla la posibilidad de una reflexión racional. El reto es mayúsculo, pues ante la magnitud del creciente fenómeno y los escasos resultados obtenidos, urge el avanzar en una estrategia de atención integral que abarque campañas de sensibilización y formación en una visión de equidad de género. El cambio que se requiere impulsar es principalmente cultural y debe iniciarse en la escuela y en los hogares con una participación activa de los padres de familia. Un cambio cultural que considere no solamente la salud y educación sexual, sino cuestionar y cambiar la visión cultural patriarcal que hegemoniza las relaciones entre los géneros a partir de roles preestablecidos y que limita el ejercicio de una sexualidad libre y saludable entre los jóvenes, construida a partir de relaciones de equidad. Educar en una nueva forma de asumir la masculinidad que rompa con el modelo androcéntrico, definido a partir de la dominación masculina mediante un conjunto de prácticas socioculturales sostenidas por una ideología de poder que pretende justificar la dominación y menosprecio de la mujer en nombre de la

¹⁴El informe *Panorama de la sociedad 2016. Un primer plano sobre los jóvenes* (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2016) resalta que en México, la tasa de ninis —jóvenes entre 15 y 19 años que no trabajan, no estudian y no están en capacitación— fue de 22.1 en 2015. Identifica además que la mayoría de esos jóvenes inactivos son mujeres, es decir, que las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades de ser nini en comparación con los hombres. Los datos más relevantes de este informe muestran que en nuestro país más de la mitad de esas ninis son madres y que menos de la mitad de las madres de niños entre tres y cinco años cuenta con un trabajo.

naturaleza y la razón. La tarea se antoja muy compleja y casi utópica, pero sin duda es la ruta que nos permitiría disponer de una atención integral al fenómeno y la posibilidad de avanzar en un ejercicio de la vida sexual de los jóvenes sustentada en un compromiso de responsabilidad compartida. Un compromiso que deje atrás la percepción de la mujer como objeto sexual al servicio del hombre y la empodere como sujeto con derechos plenos.

Anexo: glosario de siglas y abreviaturas

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados
ARAP	Anticonceptivos reversibles de acción prolongada
CDI	Comisión Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Coespo	Consejo Estatal de Población
Conapo	Consejo Nacional de Población
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DGIS	Dirección General de Información en Salud
Enadid	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Enapea	Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo en adolescentes
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Infomex	Es un sistema desarrollado por la Secretaría de la Función Pública. Esta herramienta permite el ejercicio del derecho de acceso a la información pública, a través de solicitudes de información por medios electrónicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
IPAS	Organización internacional no gubernamental dedicada a eliminar las muertes y discapacidades evitables atribuibles al aborto inseguro. Cuenta con alianzas locales, nacionales e internacionales
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMM	Observatorio de Mortalidad Materna
ONU-DES	Organización de las Naciones Unidas – Departamento de Asuntos Económicos y Sociales
OPD	Organismo Público Descentralizado
PAESSyRA	Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes
PEA	Población Económicamente Activa
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
Sefina	Secretaría de Finanzas (estatal)
Segob	Secretaría de Gobernación
SEP	Secretaría de Educación Pública
SSA	Secretaría de Salud
Sinac	Subsistema de Información de Nacimientos
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
Unicef	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

Bibliografía

Aguilar, Luis, 2010, *Política Pública*, México, Siglo XXI Editores.

Cardozo, Myriam, 2006, *La evaluación de políticas y programas públicos*, México, H. Cámara de Diputados LIX Legislatura/Miguel Ángel Porrúa.

Comisión Económica para America Latina y el Caribe, 1997, *Panorama social de América Latina*, Chile, Naciones Unidas/Comisión Económica para America Latina y el Caribe.

Cohen, Ernesto y Franco Rolando, 1996, *Evaluación de Proyectos Sociales*, México, Siglo XXI Editores.

Consejo Nacional de Población, s/f, *Salud sexual y reproductiva. Tlaxcala*.

Disponible en:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Libros_Salud/TX/files/assets/downloads/SaludSexualyReproductivaTX.pdf

(Consultado el 12 de junio de 2018.)

Convenio AFASPE-Tlaxcala, 2014a, *Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas*.

Disponible en:

http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/convenios/original_afaspe_2014/CONVENIO-AFASPE-TLAX-2014.pdf

(Consultado el 20 de octubre de 2016.)

Convenio AFASPE-Tlaxcala, 2014b, *Convenio Modificadorio al Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas*.

Disponible en:

http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/convenios/modificadorio1_afaspe_2014/01-CM-AFASPE-TLAX-2014.pdf

(Consultado el 21 de octubre de 2016.)

Convenio AFASPE-Tlaxcala, 2014c, *Segundo Convenio Modificadorio al Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas*.

Disponible en:

http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/convenios/modificadorio2_

afaspe_2014/02-CM-AFASPE-TLAX-2014.pdf
(Consultado el 21 de octubre de 2016.)

Cortés, Fernando, Agustín Escobar y Mercedes González, 2008, *Método científico y política social*, México, Colegio de México.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014, *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*.

Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
(Consultado el 4 de noviembre de 2016.)

Gobierno de la República, 2015, *Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo en adolescentes (ENAPEA)*.

Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25687/ENAPEA_0215.pdf
(Consultado el 25 de septiembre de 2016.)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*.

Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
(Consultado el 5 de octubre de 2016.)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, s/f, *Cuéntame. Información por entidad. Tlaxcala*.

Disponible en:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tlax/poblacion/default.aspx?tema=me&e=29>
(Consultado el 8 de junio de 2018.)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, s/f, *México en cifras. Tlaxcala*.

Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=29>
(Consultado el 8 de junio de 2018.)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, s/f, *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Consulta interactiva de indicadores estratégicos (infolaboral)*.

Disponible en:
http://www.beta.inegi.org.mx/app/tmp/infoenoe/Default_15mas.

aspx?s=est&c=27736

(Consultado el 11 de junio de 2018.)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Instituto Mexicano de la Juventud, 2011, *Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados generales*.

Disponible en:

http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-Resultados_Generales_18nov11.pdf

(Consultado el 22 de julio de 2015.)

IPAS México, 2016, *Información básica del estado de Tlaxcala. Salud reproductiva*. Disponible en:

<https://docplayer.es/73329324-Informacion-basica-del-estado-de-tlaxcala-sa-lud-reproductiva.html>

(Consultado el 18 de agosto de 2016.)

Menkes Catherine y Olga Serrano, 2016, *Condiciones sociodemográficas del embarazo adolescente en México*.

Disponible en: http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/M_8_1.pdf

(Consultado el 28 de enero de 2016.)

Nirenberg, Olga, Josette Brawerman y Violeta Ruiz, 2003, *Programación y Evaluación de Proyectos Sociales*, Buenos Aires, Paidós.

Nirenberg Olga, Josette Brawerman y Violeta Ruiz, 2007, *Evaluar para la Transformación*, Buenos Aires, Paidós.

Observatorio de Mortalidad Materna, 2012, *Modelo de Monitoreo de Políticas Públicas Orientadas a la reducción de la mortalidad materna en México*.

Disponible en:

http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Modelo_afaspe_20ag.pdf

(Consultado el 23 de noviembre de 2016.)

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2016, *Panorama de la sociedad 2016. Un primer plano sobre los jóvenes*.

Disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/sag2016-mexico.pdf>

(Consultado el 15 de noviembre de 2016.)

Organización Internacional del Trabajo, 2010, *Trabajo decente y juventud en*

América Latina 2010.

Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_180132.pdf
(Consultado el 5 de agosto de 2016.)

Riaza, Maribel, 2007, "Nuevas técnicas de estudios de usuario aplicadas a bibliotecas", *Revista General de Información y Documentación*, vol. 17, núm. 2, pp. 45-61.

Secretaría de Salud, 2014, *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018.*

Disponible en:

http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf
(Consultado el 24 de septiembre de 2016.)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018, *Información laboral. Tlaxcala.*

Disponible en:

<http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/pdf/perfiles/perfil%20tlaxcala.pdf>
(Consultado el 11 de junio de 2018.)

Stern, Claudio, 2008, *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, México, El Colegio de México.

Stern, Claudio, 2012, *El problema del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*, México, El Colegio de México.

Welti, Carlos, 2005, "Inicio de la vida sexual y reproductiva en México", *Papeles de población*, volumen 11, núm. 45, pp. 143-176.