

GESTIÓN DE SERVICIOS

Es la forma en que las personas responsables de los servicios, movilizan y administran los recursos del sistema para cumplir con los objetivos del Modelo y organizar las acciones que faciliten el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Este componente aporta al Modelo la estructura que permite ordenar los recursos y los procesos en función del logro de los objetivos trazados, en un ciclo de mejoramiento continuo de calidad y eficiencia. Los elementos que se aprecian en el esquema siguiente son parte de este componente.

ESQUEMA 3



1.1 PLANEACIÓN

Esta actividad parte de un diagnóstico situacional que permite identificar y priorizar las necesidades que requieren mayor atención. Con base en este diagnóstico, se formulan los objetivos de la implantación del Modelo de acuerdo con los estándares de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes y las posibilidades existentes en cada caso, y se define un esquema de actividades y estrategias dentro de un plan de trabajo con plazos establecidos. Por último, se asignan o fijan los requerimientos de las diversas actividades en cuanto a equipo, insumos y presupuesto.

No importa si se está planeando para una unidad, región, estado u organización; las preguntas que se formulan en el proceso de planeación para la implementación del Modelo serán las mismas:

- a) ¿Para qué estamos aquí?
- b) ¿Por qué lo queremos hacer?
- c) ¿Qué intentamos lograr?
- d) ¿Hasta dónde queremos llegar y cómo lo vamos a hacer?

1.1.1 DIAGNÓSTICO

Esta tarea es primordial, puesto que permite:

- Conocer la situación de la población adolescente en relación con su salud sexual y reproductiva.
- Determinar y priorizar las necesidades que se deben atender.
- Prever barreras que pueden interferir en la prestación de servicios (institucionales, culturales o personales, tanto de las y los adolescentes como del personal de salud).
- Disponer de un conocimiento acerca del contexto en que se inserta el Modelo (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas).
- Tener información útil para orientar decisiones y compartir con la comunidad, a fin de que ésta conozca cuáles son las necesidades en salud sexual y reproductiva de sus adolescentes y pueda entonces involucrarse en la atención y/o solución de éstas.

Conviene que el diagnóstico se haga en los diferentes niveles administrativos y de atención de servicios. Por ejemplo: unidad médica de primer nivel, unidad hospitalaria de segundo nivel, jurisdicción o su equivalente, estado.

En el caso del nivel jurisdiccional o su equivalente, el diagnóstico deberá ser un reflejo de la suma de las unidades que prestan estos servicios en el primer y segundo nivel del área de influencia, en cada caso.

Por su parte, el diagnóstico estatal deberá reflejar la integración de los niveles jurisdiccionales o su equivalente.

A partir de la delimitación de la zona geográfica correspondiente, el diagnóstico deberá recabar información sobre las siguientes condiciones:¹⁴³

- Demográficas: tamaño de la población adolescente desagregada por edad, sexo y nivel educativo y por unidad de salud.
- Sociofamiliares de la población adolescente: edad en la que se da la unión o se contrae matrimonio, religioso y/o civil; inserción social (trabajo y/o estudio); composición del grupo familiar; entre otras.
- Estado de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente a partir de indicadores como edad de inicio de relaciones sexuales; edad del primer embarazo; conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos; incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).
- Utilización de los servicios de salud de las unidades de atención que existen en la localidad o jurisdicción. Por ejemplo: número de consultas que se proporciona a la población adolescente; principales motivos de consulta; número de adolescentes embarazadas; número de adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos; número de adolescentes que han aceptado la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

¹⁴³ Para ampliar información sobre diagnóstico participativo, véase FCI y UNFPA (2006).

- Recursos humanos institucionales: características del personal que proporciona o podría proporcionar atención en salud sexual y reproductiva a los grupos adolescentes; actitudes y conocimientos en relación con el desempeño que se requiere.
- Organizaciones locales de adolescentes o que atienden a esta población: tipo de trabajo que realizan, enfoque ideológico, potencial de colaboración con los servicios de salud.

Con base en la información anterior, se procede al análisis procurando responder a los siguientes interrogantes sobre la salud sexual y reproductiva de la población adolescente:

- ¿Cuáles son los principales problemas de este grupo etario en este ámbito?
- ¿Los servicios que se ofrecen en materia de salud sexual y reproductiva son acordes con sus necesidades?
- ¿Existen los recursos suficientes para poder atender los problemas adecuadamente?
- ¿En qué problemática(s) se puede incidir mediante las actividades que se programen?
- ¿Cómo focalizar las acciones para responder apropiadamente a las necesidades singulares de la población adolescente localizada en áreas rurales e indígenas?

1.1.2 PLAN DE TRABAJO

Un plan de trabajo es un instrumento que proporciona el encuadre para organizar las actividades encaminadas al cumplimiento de objetivos previamente planteados. En él se establece un orden para la realización de las actividades, se asignan responsables de su ejecución, se fijan los momentos de su inicio y culminación, se estipulan los recursos materiales y financieros para realizarlas y se indica el lugar donde se desarrollan. Es una exposición de acciones que tienen un orden lógico, en el que cada una se deriva de manera congruente de la anterior.

Cuando no se cuenta con un plan de trabajo, las actividades se desarrollan un poco al azar, y aunque puede ocurrir que algo resulte útil, al desconocerse con precisión hacia dónde se va, se desperdicia el potencial para apoyar de una manera intencionada algún elemento que así lo requiera.

En términos generales, la elaboración de un plan de trabajo sigue un proceso que se puede describir de la manera siguiente:

- a) existe un problema o necesidad (derivados del diagnóstico);
- b) se requiere una solución;
- c) se fijan prioridades;
- d) se establecen objetivos;
- e) se identifican las acciones y recursos que se requieren para obtener los resultados deseados, y
- f) se sistematizan las acciones en un plan.

Tomando como marco los componentes del Modelo, los planes en cada unidad trazan su ruta desde su propio punto de partida. De acuerdo con su situación particular, fijan las acciones que se llevarán a cabo en un periodo determinado, que en este caso corresponde a un año.

El plan de trabajo es una guía para la implementación del Modelo y es la base para su supervisión. Por lo tanto, indica lo que se debe hacer y en qué orden, identifica quién debe responsabilizarse de cada actividad y determina cuándo ha de empezar y cuándo ha de finalizar la ejecución de las acciones.

Asimismo, el plan de trabajo ayuda a justificar la gestión de presupuesto y también permite ver, a medida que se identifican responsables de cada actividad, si el personal cuenta con la capacidad y el tiempo necesarios para cumplir de manera razonable y satisfactoria las responsabilidades que le han sido asignadas.

La elaboración de planes de trabajo no significa que se debe empezar de cero, sino que éstos se deben articular con el plan anterior para ampliarlo, fortalecerlo o, en algunos casos, rectificarlo. Una buena manera de iniciar es revisando de qué modo se han realizado hasta el momento las acciones.

Un cronograma o calendario de actividades no es un plan de trabajo. Un coordinador o coordinadora puede esforzarse en preparar un calendario, enlistando las tareas por hacer, día a día, para cierto periodo; y aunque esto es útil, por supuesto, no es precisamente un plan de trabajo ya que no establece los objetivos y los resultados que se quieren conseguir, ni el cómo, ni el porqué.

1.1.2.1 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La palabra objetivo significa fin al que se dirige o encamina una acción u operación; expresa, en otras palabras, la intencionalidad que tienen las acciones y los esfuerzos.

Los objetivos definen el alcance de las actividades y especifican los resultados y beneficios cuantificables y esperados cuando se lleva a cabo una estrategia o actividad. Expresan una intención particular y mensurable que puede, por sí misma o en colaboración con otras, apuntalar la implantación de las acciones.

Cumplen, entre otras, las funciones siguientes:

- Sirven de guía para la ejecución de las acciones, justifican las actividades del programa y actúan como estándares para evaluar las acciones y la eficacia de la organización.
- Proporcionan a quienes son responsables de un programa una serie de pautas que orientan la toma de decisiones, la eficiencia de la organización, las características del personal y la evaluación del desempeño.

En general, se debe pensar tanto en los resultados que se quieren lograr como en el proceso que se desarrollará para alcanzar los resultados. Al tratarse de un programa se formulan varios objetivos específicos, los cuales pueden estar relacionados con los servicios y/o los cambios en la organización.

Los objetivos del servicio definen globalmente el impacto que el plan trazado desea tener en determinada población al cabo de un cierto tiempo especificado en el proceso de planeación. Los objetivos organizacionales definen los cambios internos y las mejoras que la organización debe realizar para obtener el impacto deseado.

Al establecer los objetivos, hay que asegurar que los gastos no serán superiores a los recursos disponibles. A veces se cometen errores, como plantear objetivos que no tienen relación con el problema o tema y que luego resultan inmanejables. Estos errores llevan a la dispersión en el uso de recursos y van en detrimento de la calidad de los servicios. En este sentido, en el momento de definir los objetivos es necesario establecer escalas de prioridad que puedan ubicarlos en un orden de cumplimiento de acuerdo con su importancia o urgencia.

El Modelo es un sistema en el que los componentes están interconectados y se sustentan mutuamente; sus objetivos, a su vez, forman una red de resultados deseados, que podrán ser alcanzables en función de la estrategia que se elija.

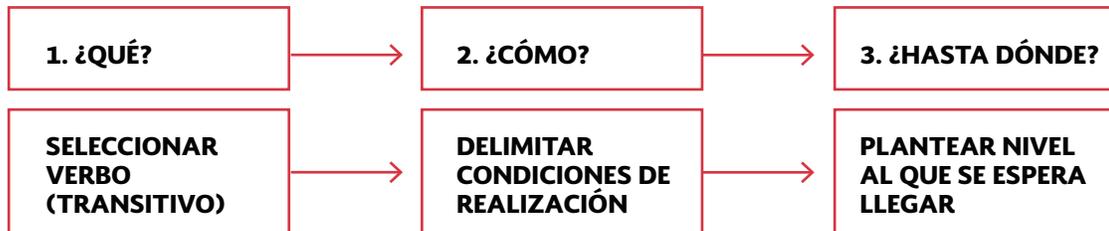
Cada rubro de acciones puede tener uno o más objetivos específicos, los cuales plantean resultados por anticipado; por ello, los objetivos deben reunir varias condiciones:

- Ser coherentes, que significa estar apegados a la normatividad y no oponerse entre sí.
- Ser medibles, para permitir el seguimiento y las evaluaciones a fin de determinar con precisión y objetividad su cumplimiento.
- Ser apropiados, para enfrentar los problemas, alcanzar los objetivos generales y consolidar los componentes del Modelo.
- Ser temporales, con un periodo de tiempo determinado para alcanzarlos.
- Ser específicos, para evitar confusiones en su interpretación.
- Ser viables, esto es, alcanzables, con sentido y realismo.

A manera de apoyo, es útil considerar la fórmula siguiente.

ESQUEMA 4

FÓRMULA PARA DEFINIR OBJETIVOS



Es deseable conformar un equipo de planeación que pueda llegar a un acuerdo sobre qué objetivos perseguir y cómo alcanzarlos; de esta manera, todas las personas vinculadas (adolescentes, personal de salud y grupos comunitarios) pueden compartir una misma visión e ideas específicas para superar obstáculos comunes a fin de alcanzar los objetivos previstos. La conformación de un equipo también permite que los desacuerdos sobre la definición de los objetivos o cómo lograrlos se resuelvan dentro del proceso de planeación; de ese modo, los conflictos internos no surgen posteriormente como obstáculos para la ejecución de las actividades.

1.1.2.2 ACTIVIDADES

Las actividades son las intervenciones necesarias para lograr cada objetivo específico. En cualquier ejercicio de planeación se debe empezar por definir dónde se quiere estar al final del periodo considerado en el plan de trabajo, e identificar los pasos necesarios para llegar ahí a partir de la situación actual.

Las siguientes preguntas sirven como base para las discusiones y reflexiones:

- ¿Qué queremos?
- ¿Qué tenemos?
- ¿Cómo utilizar lo que tenemos para conseguir lo que queremos?
- ¿Qué pasará cuando lo consigamos?

Con el fin de alcanzar los objetivos que se han establecido, es preciso definir y ordenar las actividades que permitirán hacerlo e identificar los recursos humanos, financieros y materiales que se requieren como apoyo para su ejecución.

Si bien existe una lógica lineal en la que de un objetivo se deriva una actividad y de ahí se identifican qué recursos se requieren, lo cierto es que el proceso de la planeación es dinámico e implica un paso para adelante y otro paso para atrás. Es posible que al tratar de plantear las actividades y estimar los recursos para llevarlas a cabo surjan situaciones no consideradas originalmente y haya que replantear el objetivo, ya sea porque es insuficiente o porque no es viable cumplirlo con los recursos o posibilidades de acción existentes.

Una vez definidas las actividades que se van a realizar para conseguir los objetivos y completar los resultados (y luego de haberlas organizado secuencialmente, con claridad sobre quién o quiénes deben realizarlas, cuándo, cómo, dónde y con qué), se puede hablar de un plan de trabajo, que servirá dentro o fuera del grupo que lo implementa para describir los objetivos y resultados que se buscan para justificar las acciones.

1.1.2.3 EQUIPO, INSUMOS, PRESUPUESTO

Un aspecto que también corresponde al plan de trabajo tiene que ver con los recursos que se requieren para llevar a cabo las actividades trazadas. Para cada actividad es importante indicar los requerimientos tan detalladamente como sea posible. Para realizar esta tarea hay que cubrir varios pasos:

- a) Hacer una descripción de las actividades necesarias.
- b) Situar las actividades en la secuencia en que se deben emprender, ordenándolas por fases si es posible, y asignarles un tiempo para su realización.
- c) Identificar los recursos e insumos que se requieren (personal de salud y administrativo, equipo médico e instrumental, medicamentos, espacios, mobiliario, presupuesto, formatos de historia clínica, fichas, material informativo, folletería, actividades de capacitación y actualización del personal de salud, etcétera) y las cantidades de recursos que se necesitan, determinando qué existe y qué hace falta para llevar a cabo cada actividad.
- d) Precisar cómo adquirir o generar esos recursos y cómo asignar las actividades.
- e) Definir los diferentes grupos o personas que estarían involucrados y las tareas que se asignarían a cada uno.
- f) Fijar y distribuir los recursos necesarios para ejecutar las acciones.

1.2 COORDINACIÓN

El objetivo de la coordinación es lograr la participación interdisciplinaria y comprometida de quienes tienen la responsabilidad y la capacidad de intervenir en la educación, la prevención y la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

El Modelo considera, con particular interés, que las acciones que se ejecuten trasciendan las paredes de las unidades de salud y se apoyen con otras instituciones locales del mismo sector u otros (coordinación intrasectorial e intersectorial). Más aún, plantea la necesidad de que dentro de las mismas instituciones se establezcan los mecanismos necesarios para que fluya la coordinación de tipo intrainstitucional.

La coordinación permite vincular a las instituciones y organismos para lograr la articulación de las acciones en salud sexual y reproductiva, con el objeto de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos: personal, equipos, suministros, financiamiento, servicios, actividades, materiales educativos, campo de experiencia, y otros.

En tal sentido, el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) 2013-2018, plantea que la coordinación, en todas sus modalidades, es condición indispensable para avanzar hacia el logro de un acceso universal a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva (Objetivo 1).

1.2.1 COORDINACIÓN INTRASECTORIAL

Se refiere a la que se establece entre entidades gubernamentales en los niveles federal, estatal o municipal. Deberá favorecer la vinculación entre los diferentes aliados –directos, indirectos y estratégicos–, con la finalidad de potenciar las acciones programadas. En el nivel nacional, la vinculación entre el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es un ejemplo.

1.2.2 COORDINACIÓN INTERSECTORIAL O INTERINSTITUCIONAL

Es la que se establece entre instituciones con distinto carácter y distintas formas de funcionamiento: organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas, centros de apoyo e instituciones privadas.

El Modelo plantea la necesidad de contar –en el nivel nacional y en los estados–, con grupos interinstitucionales de salud sexual y reproductiva que determinen las acciones estratégicas para la atención de la población adolescente en este campo y articulen las diferentes coordinaciones existentes en su área de influencia.

En esta coordinación es importante incluir a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las OSC, a la Secretaría de Educación Pública (SEP), al Consejo Nacional de Población (CONAPO), a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDPI), al Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), al Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). En el nivel estatal, dichas instituciones deberán ser representadas por sus homólogas estatales.

En este ámbito, la recomendación central del capítulo sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes del Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012 realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP),

es el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional en materia de atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Esto, para lograr una mejor calidad, permitir la incorporación de innovaciones necesarias basadas en la evidencia científica y avanzar hacia un uso costo-efectivo de los recursos limitados de los cuales se dispone.¹⁴⁴

1.2.3 COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL

Es la que integra los esfuerzos de una misma institución y promueve la corresponsabilidad de todos los estamentos involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Estas modalidades de coordinación representan un mecanismo de gran utilidad para que la población adolescente pueda obtener una atención integral de calidad y para promover cambios culturales que ayuden a la consolidación de los servicios diferenciados en salud sexual y reproductiva. Las relaciones frecuentes que el personal de salud establece con otras instituciones gubernamentales y de la sociedad civil para llevar a cabo programas conjuntos o actividades puntuales favorecen su capacidad de convocatoria para alcanzar la sinergia interinstitucional deseada.

¹⁴⁴ Allen, B. (2013).

Para llevar a cabo esta tarea de coordinación, es conducente realizar lo que sigue:

- Elaborar un registro de organizaciones que trabajen con adolescentes y jóvenes en la comunidad (OSC, escuelas, grupos deportivos, promotores y brigadistas juveniles, organizaciones juveniles y comunitarias, centros recreativos, laborales y otros). Esta tarea suele ser parte del diagnóstico.
- Identificar posibles coordinaciones o registrar las que ya estén establecidas.
- Establecer procedimientos de coordinación interinstitucional e intersectorial, en el nivel local, con OSC, medios de comunicación y las instancias estatales de organismos gubernamentales como SEP, CENSIDA, CONAPO, INMUJERES, IMJ y otros.
- Establecer convenios de trabajo interinstitucionales e intersectoriales.
- Definir acciones de apoyo con otras instituciones de salud, del mismo o de diferente nivel de complejidad.
- Delimitar las atribuciones y fijar las responsabilidades operativas de cada participante, bien sea por áreas de intervención o por tipo de servicio.
- Definir los mecanismos de funcionamiento, un programa de trabajo conjunto, mecanismos concertados de evaluación y seguimiento, y un manejo compartido de la información.
- Unificar criterios para el manejo de temas como sexualidad, salud reproductiva, perspectiva de género y violencia, que permitan una difusión coherente de la información.
- Analizar algunas dificultades en esta coordinación y buscar de qué manera se pueden resolver.

La mayor parte de las actividades de salud integral para adolescentes se realizan en el nivel primario de atención. Este nivel coordina y establece mecanismos de

referencia y contrarreferencia expeditos con los niveles secundario y terciario de atención de salud, así como con las instituciones comunitarias que trabajan con adolescentes y jóvenes, especialmente las escuelas. Los niveles primario, secundario y terciario de salud se deben organizar para cumplir con los requisitos de una atención amigable al adolescente. (...)

(...) No resulta fácil lograr que adolescentes y jóvenes acudan a los servicios de salud, más aún aquellos que se encuentran en riesgo, los que deben acceder a una consulta de atención integral bio-psico-social de mayor complejidad y duración. Pueden utilizarse diversas estrategias para lograr el objetivo de que todos los adolescentes cuenten con una evaluación de salud integral. Es por ello que se estimula a que cualquier oportunidad pueda ser utilizada como puerta de entrada para el o la adolescente.¹⁴⁵

1.3 MONITOREO O SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento o monitoreo alude, en términos generales, al proceso de verificar regularmente la situación de un programa por medio de la comparación de la ejecución de las actividades con el plan de trabajo, con el objeto de saber si las actividades están siendo realizadas según el tiempo especificado, se están gastando los fondos presupuestados de acuerdo con el plan, se necesita algún cambio en el manejo o implementación de las actividades, o bien, si el plan de trabajo debería modificarse.

Por otra parte, la evaluación tiene como meta medir el progreso logrado en lo que se refiere a la consecución de los objetivos y a su impacto (si los cambios anticipados han tenido lugar). Este proceso incluye la medición del alcance de los cambios que se han realizado y la medida en que éstos pueden atribuirse a las actividades del plan de trabajo.

A pesar de que existen diferencias entre el monitoreo y la evaluación, ambos procesos funcionan juntos para lograr un mismo fin, que es producir información que puede ser utilizada para mejorar la administración de un programa y lograr los objetivos planteados en el corto plazo, así como los resultados de largo plazo. Uno no puede reemplazar al otro.

¹⁴⁵ Robledo, P. (2009).

El seguimiento observa los avances en relación con lo previsto mediante la reunión y el análisis de datos sobre los indicadores establecidos con este fin. Proporciona información continua sobre el nivel de progresos alcanzados en el camino hacia el logro de resultados (productos, efectos directos), mediante sistemas de registro de información y de presentación de informes periódicos. Asimismo, examina la evolución de los procesos programáticos y los cambios operados en las condiciones de los grupos e instituciones a los que están dirigidos como resultado de las actividades programadas. Determina, del mismo modo, los puntos fuertes y débiles de la ejecución del plan. Por tales motivos, es necesario disponer de herramientas que permitan el flujo oportuno, suficiente y confiable de la información para favorecer los procesos de evaluación y la toma de decisiones.

Los métodos de recopilación de datos cuantitativos y cualitativos son, entre otros, los siguientes: entrevistas individuales o colectivas, pláticas con grupos focales y entrevistas comunitarias; realización de encuestas y observación de personas, procesos, objetos, condiciones y situaciones.

Tanto los métodos cuantitativos como los cualitativos de recolección de datos tienen ventajas y desventajas, y son apropiados para responder a diferentes tipos de preguntas.

Por medio de los métodos cuantitativos se podrá establecer, entre otros:

- a) el alcance de las actividades de capacitación en la cobertura de grupos diversos (adolescentes, personal de salud, comunitario y educativo);
- b) el número de grupos de adolescentes que se hayan conformado (líderes, brigadistas, promotoras y promotores adolescentes);
- c) el número de usuarias y usuarios de primera vez y subsecuentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.

De las técnicas disponibles, el Modelo sugiere las siguientes:

Informes. Cada institución deberá elaborar un informe tomando como base su sistema de información. La periodicidad de los reportes responderá a las necesidades específicas de cada institución. Esta información deberá servir para el seguimiento de los indicadores que se determinen en el grupo interinstitucional nacional y estatal de salud sexual y reproductiva. Una definición pronta y limitada de indicadores es indispensable para poder contar con información uniforme sobre el avance de la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes.

Encuestas. Con la finalidad de conocer la opinión de la población adolescente, de los prestadores y prestadoras de servicios de salud o de algunos otros actores, como padres y madres de familia, docentes, etcétera, se deberán realizar encuestas de opinión, de salida, o similares.

Cliente simulado. Esta técnica deberá aplicarse con la finalidad de conocer directamente la calidad de la atención que proporcionan los prestadores y prestadoras de servicios. Para ello, personas adolescentes, previamente capacitadas en el tipo de atención que vayan a solicitar, se presentarán simulando ser usuarias de los servicios.

El seguimiento deberá realizarse de manera continua, examinando los avances o el cumplimiento de los objetivos propuestos, a fin de recoger información que permita corregir las desviaciones ocurridas en el cumplimiento de los objetivos previstos en el plan de trabajo. Este seguimiento puede realizarse de manera global, considerando el plan de trabajo en su conjunto, o en forma desagregada, considerando los diversos componentes o actividades.

La evaluación, por su parte, es el proceso integral y continuo de investigación y análisis de los cambios más o menos permanentes que se materializan al inicio, a mediano y a largo plazo, en el contexto, la población y las organizaciones participantes, como consecuencia directa e indirecta de las acciones realizadas. Constituye una herramienta para la transformación.

La razón primordial para evaluar un programa es su mejoramiento. Todo el tiempo y la energía que se invierten en una evaluación se vuelven inútiles si los resultados no se usan para elaborar mejores planes en el futuro, conocer los cambios que hay que introducir, compartir las experiencias con otros programas que puedan beneficiarse de ellas, determinar cuáles son los puntos fuertes, cuáles los débiles y dónde se pueden hacer mejoras, conocer hacia dónde se está avanzando y si ese es el rumbo que el Modelo establece.

Dada la posibilidad de que una intervención con una planeación deficiente puede exponer a las y los adolescentes a mayor riesgo o infligir un daño no intencional, es responsabilidad de todo programa invertir en la evaluación y monitoreo de sus actividades. Por ejemplo, ¿qué sucede si una sesión de capacitación, lejos de cambiar prejuicios y concepciones erróneas acerca del condón femenino, los refuerza?

Al estar el seguimiento y la evaluación incluidos en la planeación, será posible evaluar la efectividad del Modelo (cuál es la magnitud del impacto actual en la población a la que va dirigido, comparado con el impacto que se planeó), así como su eficiencia (si se dio el mejor uso posible a todos los recursos).

Mejor aún, la información procedente de las evaluaciones ayudará a abrir el paso a una futura certificación de los servicios diferenciados para adolescentes, con el concurso de las instancias correspondientes para la evaluación de las unidades médicas por medio de indicadores que garanticen la calidad y calidez del servicio proporcionado.

Es conveniente evaluar los procesos y los resultados de cada etapa del Modelo e ir tomando decisiones que contribuyan a mejorar el desarrollo de cada una de dichas etapas. Un ejercicio práctico, que se sugiere en otros países, es tomar los datos de una semana considerada como semana regular (pues durante ésta se verifica una oferta de servicios y una asistencia regular de usuarias y usuarios en la institución) a fin de obtener datos que posibiliten construir una línea de base que pueda ser comparada periódicamente. Para contrastar estos datos, es recomendable hacer el mismo ejercicio en otro periodo.¹⁴⁶

Tomando en consideración las características y los lineamientos del Modelo, se recomienda:

- Involucrar en los procesos evaluativos –referentes al grado de avance de las actividades y acciones– a todas las personas que intervienen en la implantación del Modelo: personal de salud, adolescentes y otras personas actores de la comunidad. Al respecto, la titular de la Secretaría de Salud (SSA) menciona que el PAESSRA 2013-2018 tiene muy en cuenta la participación activa de la población adolescente en la evaluación de la calidad de los servicios que se le proporcionan, ya que “ellas y ellos serán quienes determinen qué, cuándo, dónde, quién y cómo desean que se atiendan sus demandas en salud”.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Ministerio de la Protección Social y UNFPA (2008).

¹⁴⁷ SSA (2014).

- Realizar la evaluación del Modelo desde dos vertientes: interna y externa. En el primer caso, cada institución u organización la llevará a cabo conforme a sus propios instrumentos y procedimientos. En el segundo, se hará cargo alguna organización de la sociedad civil.
- Combinar metodologías de corte cualitativo y cuantitativo al evaluar los servicios de salud y educación, a fin de lograr una apreciación más completa de la manera en que se están prestando esos servicios y de cuáles están siendo sus resultados.¹⁴⁸

Además de instaurar los mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación –para obtener, de manera periódica u ocasional, información oportuna, suficiente y confiable que favorezca los procesos de toma de decisiones para un mejoramiento continuo de la calidad–, las personas responsables de la planeación deben acordar los indicadores de evaluación que constituyan los criterios cuantitativos y cualitativos para la medición o evaluación de los logros de las actividades y de los objetivos propuestos. Los indicadores mostrarán hasta qué grado se han alcanzado los objetivos de cada actividad, y por este motivo deberán ser explícitos, pertinentes y objetivamente verificables.

Se pueden tener indicadores de diversos tipos. El Modelo prevé la construcción de indicadores en los rubros siguientes: estructura, proceso y resultados.

A continuación se presenta una lista de variables sujetas a la construcción de indicadores:

Estructura

Profesionales y personal de los servicios de salud

- Capacitación en servicios amigables
- Interdisciplinariedad
- Especificidad

¹⁴⁸ Para ampliar información sobre las características de distintos métodos cualitativos y cuantitativos y obtener instrumentos de investigación y evaluación, véase http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/oversight/toolkit/tool5_part4_es.pdf

Disponibilidad de una amplia gama de servicios

- Oferta de servicios individuales
- Oferta de servicios colectivos
- Oferta de servicios integrales
- Oferta de servicios de extensión

Proceso

Acceso de adolescentes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación

- Accesibilidad geográfica
- Identificación del servicio
- Ambiente
- Horarios adecuados y programación de citas
- Habilitación de los servicios
- Reconocimiento del servicio

Procedimientos administrativos y de atención

- Políticas institucionales
- Costos del servicio
- Procedimientos para la atención
- Registro
- Seguimiento de pacientes

Participación juvenil, social y comunitaria

- Participación de la población juvenil (promotores y brigadistas juveniles)
- Participación de la población adulta
- Integración del servicio a la comunidad
- Coordinación intersectorial e interinstitucional

Resultado

- Acceso a los servicios
- Cobertura
- Prevalencia

Los diversos mecanismos evaluativos que se impulsan desde el Modelo apuntalan de manera directa la Estrategia 2.3 del PAESSRA 2013-2018, que plantea: *Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes, por medio de la implementación de sistemas*

homologados de información (Línea de acción 2.3.1), y la instauración de mecanismos de supervisión continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (Línea de acción 2.3.4).

1.4 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La calidad es, más que un logro, un atributo de los servicios que día a día buscan acercarse mejor a los propósitos trazados. Implica, por lo tanto, la existencia de un acompañamiento de los distintos procesos, etapas, acciones y resultados para poder saber qué está ocurriendo y cómo se puede mejorar.

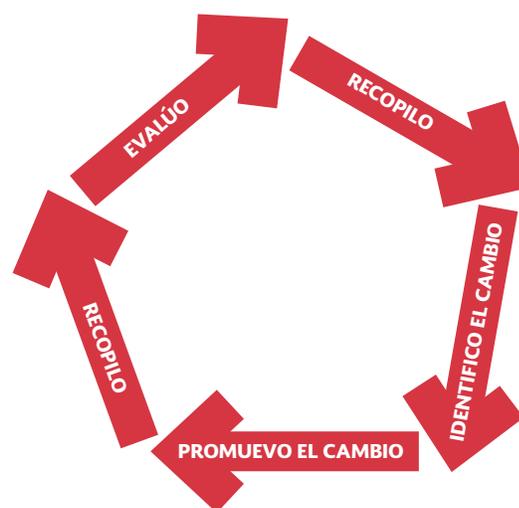
La preocupación de los servicios de salud por la calidad de la atención que brindan puede encontrar en la metodología del Mejoramiento Continuo de la Calidad una oportunidad para poder alcanzar y mantener un sistema que responda de manera eficiente a las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios y usuarias, optimice el uso de los recursos, involucre al personal en la identificación de los problemas y acreciente su compromiso como parte de las soluciones que se vayan definiendo. De esta manera, se hace una contribución tanto al aprendizaje como al mejoramiento del proceso.

El método del mejoramiento continuo de la calidad consiste en evaluar permanentemente los procesos para hacerlos más efectivos. Tiene un desarrollo cíclico que abarca tres tipos de actividades: el diseño de la calidad, el monitoreo de la calidad y el mejoramiento de los procesos (o resolución de los problemas).

Este grupo de actividades se desglosa en cinco pasos, como se observa a continuación.

ESQUEMA 5

CICLO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD



1.4.1 PASOS

Un punto de partida necesario para quienes son responsables de organizar la implantación del Modelo es saber dónde están y a dónde se quiere llegar. Se plantea, entonces, un primer paso: → RECOPILO.

La recopilación incluye toda la información posible para planear el servicio, dirigirlo hacia el punto al que hay que llegar, identificar los recursos que se requieren y saber con cuáles de éstos se cuenta. A partir de esta información, sigue un segundo paso: → IDENTIFICO EL CAMBIO.

En esta identificación subyace una necesidad, que puede ser la de conocer más a las y los adolescentes, de mejorar las competencias técnicas del personal, de aunar esfuerzos con otras OSC, de incrementar la participación de adolescentes en la gestión de los servicios, de eliminar barreras que interfieren en la prestación, u otras.

Es una necesidad cuya atención requiere un tercer paso: → PROMUEVO EL CAMBIO.

Este paso implica atraer la atención de las personas implicadas, diseñar estrategias, movilizar recursos, emprender acciones de manera individual y/o colectiva. Cada cambio tiene una intención y es preciso que en un plazo razonable se verifique de qué manera está siendo obtenido. Es la manera de poder saber cuán lejos o cuán cerca se está de los objetivos trazados. Se plantea, otra vez, la necesidad de allegar información: → RECOPILO.

Esta recopilación es la oportunidad de identificar espacios para mejorar, de revisar qué se logró en relación con lo esperado, si la manera en que se realizó fue adecuada y si se puede optimizar. En otras palabras: → EVALÚO.

Con esta evaluación, se reinicia el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Este esfuerzo debe guardar relación con el uso de indicadores que capturen los datos relevantes de las diferentes dimensiones de los servicios de salud y permitan monitorear las mejoras respectivas. Se podrá, de esta manera, tener la certeza de que las necesidades que surgen están basadas en hechos y no en intuiciones.

Los equipos de las unidades de salud deben en todo momento estar en condiciones de iniciar un proceso de mejora continua de la calidad para problemas específicos, y buscar permanentemente pruebas de que los cambios han sido incorporados a sus procedimientos de rutina.

Con la integración de esta metodología se puede esperar que cada unidad de salud tenga un mayor autocontrol de su trabajo y de la operación del Modelo.

1.4.2 BUENAS PRÁCTICAS

En términos generales, el concepto de “buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, como también a toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto. Considerarlas como parte del proceso de gestión, especialmente en las acciones relacionadas con el mejoramiento de la calidad, puede orientar y apoyar, en muchos casos, los procesos de toma de decisiones. En tal sentido, el PAESSRA 2013-2018 alienta la gestión de proyectos de investigación generadores de evidencias científicas que sirvan de insumo en el momento de elegir entre varias opciones (Línea de acción 2.3.3).

Con pleno conocimiento de que no todos los esfuerzos que se realizan en el país están reflejados en este apartado, las pocas prácticas que a continuación se reseñan responden fundamentalmente a dos criterios: están documentadas y dan cuenta de un trabajo específico con grupos adolescentes.

1.4.2.1 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL ADOLESCENTE RURAL (MAISAR)

Durante los años 1997 y 1998, el Programa Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) –comprometido con la causa de abatir la muerte materna entre las mujeres de 15 a 49 años– tomó una decisión sin precedentes, tanto por su alcance como por su magnitud: abrir las Unidades Médicas Rurales (UMR) y los Hospitales Rurales (HR) para informar y ofrecer servicios educativos y de salud a adolescentes rurales e indígenas. En febrero de 1998 surgió el MAISAR, orientado a promover el desarrollo integral de este grupo etario de las comunidades rurales e indígenas mediante

la educación en salud sexual y reproductiva, desarrollo humano y habilidades para la vida. El modelo se asentó en la participación y la organización comunitarias que el Programa ha desarrollado durante tres décadas en las comunidades rurales e indígenas de 19 estados de la república. Sostenido por esta sólida relación y participación de las comunidades, el MAISAR ha logrado establecer y mantener 3,637 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). Estos espacios, que funcionan dentro del predio de las UMR y los HR, han permitido que las y los adolescentes se acerquen a los servicios de salud y encuentren allí la convivencia y el ambiente cordial para satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva (de tipo médico, de educación, información y consejería), en un ambiente amigable dedicado a ellas y ellos. De esta manera, los CARA han brindado durante más de 15 años atención integral a la salud de adolescentes del medio rural e indígena, con el objeto de favorecer conductas y actitudes informadas y decisiones libres tomadas de manera responsable y segura, que les permitan cuidar su salud, su sexualidad –a la que pueden añadir el disfrute– y su capacidad reproductiva. El tipo de intervenciones preventivas que se idearon y se pusieron en marcha, hace hincapié en las actitudes y emociones a través de la educación entre pares, es decir, entre personas de la misma edad o que poseen intereses y características comunes.

Las y los líderes adolescentes –llamados animadores– juegan un papel central, junto con el personal de salud adscrito al Programa IMSS Oportunidades. Con esta estrategia, de 2007 a 2011 se mantuvieron activos 11,941 equipos juveniles.¹⁴⁹ Estos equipos manejaban un conjunto integral de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y desarrollaron la capacidad de identificar y evadir conductas de riesgo, además de trabajar en el desarrollo de la autoestima y disponer de herramientas que apoyaban su capacidad de tomar decisiones asertivas y de comunicarse con sus pares. En los últimos años, además de las actividades en cada uno de los CARA, se impulsaron encuentros juveniles con el propósito de fortalecer los nexos entre adolescentes de distintas regiones. Las capacitaciones, así como las actividades creativas y recreativas dentro de los encuentros, han ampliado la visión del mundo de estos grupos de adolescentes rurales e indígenas y han aumentado su confianza en su propio potencial como seres humanos.

¹⁴⁹ IMSS (2012).

En el periodo 2006–2012,¹⁵⁰ se calculó que en los CARA se lograron formar 109,151 grupos educativos en los que se capacitó a más de 2.6 millones de jóvenes y adolescentes, brindándoles elementos para disponer de un conocimiento sobre su sexualidad y un cuidado de su salud sexual y reproductiva. Al dejar la adolescencia, estas personas dejan de participar en las actividades de los CARA. Para entonces, un cúmulo de reflexiones, orientaciones, conocimientos, habilidades y actitudes, ya forma parte de su experiencia. Lo que será de provecho, cuando llegado el momento, tengan que tomar las decisiones que guiarán tanto su formación ciudadana, como su vida familiar, de pareja, sexual y reproductiva.

Actualmente, se registra que los equipos juveniles derivaron a 321,530 adolescentes a las unidades médicas para recibir atención en salud sexual y reproductiva; a 226,880 embarazadas adolescentes para su control prenatal; y a 134,659 con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo.¹⁵¹

Desde 2007, fecha en que se realizó un esfuerzo de sistematización del MAISAR, sus resultados en el desarrollo de las y los adolescentes fueron notorios, no sólo en términos de la disminución de los daños secundarios a su salud sexual y reproductiva producto del rezago histórico, sino también en el cambio de visión y expectativas para su vida, lo que representa uno de sus logros más importantes.¹⁵²

1.4.2.2 HERRAMIENTAS DE IEC CULTURALMENTE SENSIBLES A LA ADOLESCENCIA RURAL

Los grupos en situación vulnerable tienen necesidades específicas de información y servicios que reflejan su situación social y económica. Tanto los hombres como las mujeres adolescentes en el medio rural, tienen con frecuencia bajas tasas de alfabetismo, y las minorías étnicas muchas veces enfrentan barreras del idioma y culturales para el acceso a la información y los servicios. La comprensión de estas necesidades es crucial para crear un programa de salud sexual y reproductiva que llegue a la población vulnerable de manera efectiva. Puede ser difícil para las y los adolescentes rurales, indígenas y/o pobres identificarse con los materiales informativos que representan a jóvenes de raza blanca, urbanos o de clase media como modelos. Los materiales que

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Véase Arango, M.C. et al. (2007).

suponen una alta tasa de alfabetismo marginan a los grupos que no han completado la escuela, y los materiales que solamente consideran las relaciones heterosexuales pueden ser agresivos para personas con diferente orientación sexual.

La organización AFLUENTES condujo una investigación etnográfica sobre los más de siete millones de adolescentes y jóvenes rurales en edades de 10 a 24 años que asisten a los CARA. Diseñó un estudio sistemático sobre las prácticas de las relaciones románticas y la sexualidad en el México rural contemporáneo en el que se analizaron temas relativos a la dinámica familiar, vida laboral e identidades sexuales. Con base en este estudio realizó, además de otros materiales, una telenovela en cinco episodios que abarca una gama de temas de salud sexual y reproductiva sensibles y apropiados a sus necesidades. La telenovela está basada en las realidades de estas personas, porque se les permitió participar en la redacción del guión, la actuación y producción de la misma. La participación en el desarrollo de programas que están diseñados para satisfacer sus necesidades es esencial para reconocer las valiosas contribuciones de la gente joven y su capacidad de tomar decisiones. Las prestadoras y prestadores de servicios de salud que participaron en la evaluación reportaron que la telenovela tuvo un efecto significativo en personas adultas, así como en el público adolescente. Tal impacto alcanzó una cobertura casi total del universo de CARAS en el momento de realizarse esta experiencia.¹⁵³

1.4.2.3 MEJORAMIENTO CONTINUO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SERVICIOS

La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), decidió evaluar críticamente su servicio de consejería sobre anticoncepción de emergencia (AE) para determinar sus fortalezas y debilidades, con el fin de instituir una vía de mejoramiento.

Se crearon varios instrumentos cuantitativos y cualitativos para evaluar este servicio, tanto desde la perspectiva de quienes proveen los servicios como desde el punto de vista de las usuarias de éstos. MEXFAM había supuesto que solamente quienes coordinaban el Programa Gente Joven estaban proporcionando el servicio de consejería en AE; pero, mediante el proceso de revisión, encontró que personal de enfermería y consejeras jóvenes también proporcionaban este servicio. Con base en tales resultados, se identificó la necesidad de elaborar un manual de capacitación y un currículo sobre consejería en AE y de incluir a todas y todos estos miembros del personal en su plan de capacitación sobre consejería en AE.

¹⁵³ Véase IPPF/RHO (2007).

Por medio de visitas de asistencia técnica para constatar la implementación de la consejería en AE y una revisión sobre la forma en que los materiales que habían sido entregados durante la capacitación estaban siendo utilizados, MEXFAM pudo ver que el personal necesitaba apoyo y diálogo continuos, por lo que creó mecanismos para garantizarle la existencia de un foro en el que pudiera extender su aprendizaje en el tiempo.

Para mantener un contacto regular con este personal, se estableció un sistema a partir de MSN Messenger, de tal manera que el grupo de consejeras y consejeros capacitados pudiera analizar conjuntamente los casos y aclarar cualquier duda que surgiera. Estas sesiones de apoyo “a larga distancia” tenían lugar cada tres semanas. Adicionalmente a las sesiones de grupo por medio de Messenger, MEXFAM ofreció educación continua a los consejeros y consejeras de AE en ciertas clínicas, en forma de reuniones mensuales con gente experta sobre un tema específico relacionado con la AE. Los contenidos tratados se seleccionaban con base en las dudas expresadas por este grupo, así como en los resultados de la evaluación, la cual mostró cuáles áreas necesitaban ser fortalecidas.

La revisión de programas en curso como una preocupación de mejoramiento continuo llevó a indagar sobre las necesidades de capacitación, y se recolectó información útil para definir áreas temáticas y mecanismos de capacitación.

En situaciones en que el personal no labora en el mismo sitio, el uso creativo de la tecnología ha resultado muy productivo.¹⁵⁴

1.4.2.4 PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ENTRE LA JUVENTUD

La organización ELIGE promueve los derechos sexuales y reproductivos de la juventud con el fin de fortalecer la ciudadanía en la gente joven. ELIGE propuso una alianza con el programa del Gobierno del Distrito Federal y el INMUJERES, con el propósito de mejorar los servicios para mujeres jóvenes en la capital del país.

Habiendo sido diseñada con base en el modelo de corresponsabilidad, esta alianza garantizó que tanto representantes gubernamentales, como ELIGE y otros jóvenes participantes tuvieran el poder de tomar decisiones y de actuar, así como compartir

¹⁵⁴ Ibid.

la responsabilidad en el proyecto. Esto se logró por medio del Equipo Coordinador, compuesto por representantes de la gente joven, del gobierno y de ELIGE, quienes llevaron a cabo la planeación e implementación del proyecto. Aprovechando los recursos y habilidades de cada una de las partes, el proyecto creó tres nuevos centros amigables de salud sexual y reproductiva bajo el nombre genérico de “El Espejo de Lila”, para atender a mujeres jóvenes en la Ciudad de México, a las que ofrece servicios de consejería, métodos anticonceptivos y referencias a otros servicios especializados. INMUJERES proporcionó la infraestructura para construir los centros juveniles; ELIGE contribuyó con sus conocimientos y su experiencia en temas de género, juventud, derechos humanos, salud sexual y reproductiva, así como sensibilizando y capacitando a las agencias colaboradoras y al personal de los centros juveniles. Por su parte, los colectivos de jóvenes añadieron su valiosa perspectiva al proceso.

Los equipos multidisciplinarios en cada centro ofrecían consejería en temas de salud sexual y reproductiva (prevención del embarazo, acceso a abortos legales, negociación y uso de anticonceptivos, AE, condones femeninos, prevención de la violencia y defensa personal, prevención y atención de ITS); daban información sobre sexualidad y derechos humanos y sexuales; distribuían, de manera gratuita, condones masculinos y femeninos, AE y materiales educativos. Adicionalmente, se refería a servicios “amigables” de salud sexual y reproductiva, se daba asistencia psicológica y legal por medio de INMUJERES y se ofrecía defensa contra violaciones de los derechos humanos.

Con la finalidad de elevar en las comunidades la conciencia acerca del proyecto, el equipo planeó varias actividades informativas en temas como derechos sexuales y reproductivos, prevención de la violencia e información sobre los nuevos centros y la oferta de servicios. El equipo utilizó varias estrategias para llevar sus mensajes a las comunidades a través de la radio comunitaria, películas, eventos culturales y campañas de sensibilización. El proyecto fue evaluado al final de cada fase de implementación, y en cuanto a la operación de los tres centros –que contaban con promotoras y promotores capacitados, materiales educativos y capacidad de distribuir anticonceptivos (incluyendo AE)–, se constató que la mayoría de las usuarias fueron adolescentes en edades entre 12 y 19 años que habían oído acerca del servicio a través de las actividades comunitarias.

Así, 53% de las usuarias calificó el servicio de “excelente”; 69% dijo que era “cómodo”; 91% reconoció que le había representado una solución a su demanda de servicios, y 80% manifestó que regresaría porque el espacio era amigable y le inspiraba confianza.

ELIGE tiene planes de diseminar la experiencia entre instituciones de gobierno y otras OSC que trabajan con jóvenes y adolescentes, con la esperanza de promover y abrir nuevas formas de participación de estos grupos.¹⁵⁵

1.4.2.5 ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COMUNIDADES INDÍGENAS

En los últimos años del siglo pasado, la SSA formalizó una propuesta institucional enfocada en la salud reproductiva de las comunidades indígenas del país, las cuales se destacaban como uno de los grupos poblacionales que reunía mayores condiciones de vulnerabilidad y rezago.¹⁵⁶

Se buscó la manera de concretar tal propuesta en un modelo de atención a la salud reproductiva de las comunidades indígenas que se sustentara en el respeto hacia sus valores culturales y tradicionales, lo que representó un proceso de varios años de consulta, investigación, sensibilización e integración del personal institucional de salud con las comunidades, terapeutas y parteras/os tradicionales.

El desarrollo de este proceso estuvo marcado por contradicciones y tensiones. Si bien era claro que la promoción de la salud no era posible sin la participación comunitaria, lo cierto es que en el perfil de las y los profesionales de la atención primaria no estaba integrada la sensibilidad ni los conceptos ni las herramientas para el desarrollo de actividades comunitarias. Predominaba el acto médico individual sobre cualquier otro abordaje de tipo intersectorial, comunitario y participativo para elevar el nivel de salud de la población en su conjunto.

En lo que respecta a la comunidad, sus terapeutas y parteras/os tradicionales, tampoco fue fácil para ellas y ellos encontrar los canales que les permitieran una comunicación y una participación sobre la base de la posibilidad de tomar decisiones y tener capacidad de influencia. Cuando se habla de promover la participación comunitaria, se tiene que pensar en un proceso dinámico en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder que tienen que ver con sus intereses y necesidades, entre otros, la salud.

Durante un tiempo, buena parte de los esfuerzos estuvo puesta en la capacitación del personal de servicios de salud institucional y comunitario, así como en la elaboración

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ Véase SSA (2009) y SSA (s/f).

de materiales de comunicación educativa que contribuyeran a mejorar la calidad de los servicios a partir de un entendimiento de los elementos socioculturales locales, asociados con los procesos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población indígena.

Las acciones realizadas desde el sector institucional de salud para acercarse, conocer los retos, ubicar las oportunidades y desarrollar procesos integradores de capacitación constituyeron un impulso dinamizador en el aprendizaje de los procesos e interacciones comunitarios para el abordaje de sus problemas, demandas y necesidades.

Aunque sea el centro de salud el que tome la iniciativa o promueva un proceso de participación comunitaria, la perspectiva es traspasar el protagonismo a la propia comunidad. El equipo de atención primaria es un recurso más, junto al resto de los servicios presentes en cada territorio.

La participación comunitaria tiene unas características específicas de continuidad en el tiempo, así como diversidad de intereses y de recursos, que definen su naturaleza. Es un proceso continuo de implicación de la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y su calidad de vida que tiene inicio en un momento determinado, pero que no tiene fin. Además, la participación y la autonomía crecientes que van adquiriendo las comunidades permiten el surgimiento de situaciones antes no consideradas y la aparición de estrategias diferentes de las establecidas.

En el trayecto, los rezagos en la salud, a la luz de la perspectiva de género, indicaron las múltiples discriminaciones que recaían sobre las mujeres en general –pero particularmente sobre las más jóvenes–, y se fueron perfilando las necesidades relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Las condiciones socioculturales características de la forma de vida de la población joven de las áreas indígenas exigían, asimismo, alternativas diferentes de trabajo. En este marco fue que se adoptó la estrategia de las Brigadas Juveniles (BJ) Indígenas, que tienen como propósito motivar a las y los adolescentes de ambos sexos a fungir como agentes de cambio de los servicios de salud sexual y reproductiva y contribuir a la disminución de los problemas de salud de sus comunidades. Dicha estrategia se ha implementado en los estados

de Chiapas, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Yucatán. Hasta la fecha se han formado 202 BJ, con un total de 3,707 brigadistas.

Las BJ son grupos de adolescentes indígenas que reciben capacitación del personal de los centros de salud y los servicios amigables sobre salud sexual y reproductiva. Los temas que se trabajan recogen sus inquietudes, y en las sesiones educativas se integran actividades prácticas que les permiten aplicar y desarrollar habilidades para expresarse en público, elaborar material de promoción, organizar trabajos y desenvolverse de una manera empática y respetuosa con las demás personas de su comunidad. Se busca, de esta manera, brindarles preparación para que apoyen al personal de los servicios de salud y en los servicios amigables en algunas de las actividades intra y extramuros que realizan.

Quienes integran las BJ proceden, por lo general, de los centros educativos de la localidad y cursan la secundaria o el bachillerato pero también las y los adolescentes que no están en centros educativos pueden participar. Son mujeres y hombres de entre 13 y 20 años.

La coordinación con los centros escolares contribuye a que el reconocimiento social de que éstos gozan se haga extensivo a las BJ. Al requerirse la anuencia de las autoridades educativas, docentes, madres y padres de familia, se legitima el trabajo en torno a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, se abren canales de comunicación entre las familias, el personal de salud y la comunidad docente, y se comprenden los beneficios del trabajo voluntario de las y los brigadistas en el autocuidado de su salud y en el fomento de la salud de sus compañeras y compañeros de escuela, amigas y amigos, familia y comunidad. Esta apropiación de conocimientos es vista como una manera de promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

Quienes integran las BJ juegan un rol crucial en la comunicación con otros grupos de adolescentes. Además, su cualidad de ser bilingües facilita la interacción del personal de salud con las personas adultas de la comunidad y el acercamiento con las parteras/

os y las médicas/os tradicionales cuyos roles y prácticas curativas en el ámbito de la salud reproductiva se reconocen así como valiosos.

Al menos una vez al año, se organiza un Encuentro Juvenil en cada estado participante, al que asisten los miembros de las BJ. Dichos encuentros representan un reconocimiento a su trabajo voluntario y una oportunidad para que ellas y ellos expongan la labor que realizan, conozcan los retos a los que se enfrentan otras brigadas e intercambien experiencias.

Al darse cuenta de la existencia de otras brigadas que tienen objetivos y discursos similares, las y los brigadistas adquieren una visión más global de su trabajo y le atribuyen un sentido y una función sociales. Cuando se relacionan con otras BJ, se amplía su visión, no sólo de los problemas, sino de las estrategias para abordarlos. Así, estas voluntarias y voluntarios van construyendo su identidad a partir de su pertenencia a distintos referentes: su propia comunidad, grupo de edad, servicios de salud, brigadas y otros más.