



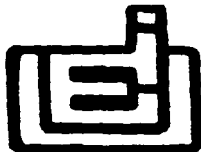
31261
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

524
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA
MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

DESCRIPCION DE UN MODELO DE ATENCION
PRIMARIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA:
EL SERVICIO DE ORIENTACION TELEFONICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN INVESTIGACION DE
SERVICIOS DE SALUD
MEDICA CIRUJANA
P R E S E N T A
ANA MARIA ELENA OCAÑA CASTAÑEDA



DIRECTORA DE TESIS:
M. EN SALUD PUBLICA MARTHA ELBA ALARCON ARMENDARIZ

MEXICO, D. F.

ABRIL 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A MIS ADORADOS HIJOS: ARTURO, DAVID, ANITA Y GUILLERMO
POR SU APOYO Y COMPRENSION**

**A ARTURO, POR SU CAPACIDAD PARA AMAR Y POR APOYARME A
SER YO MISMA.**

A MARTHA ELBA POR SU PACIENTE CONDUCCION.

AGRADECIMIENTOS

**A Alicia,
Vero G.,
Vero D.,
y Alfredo,**

por compartir y haber hecho propio el proyecto CIES.

**Al Sr. Jaime Molón,
a Giovanni de la Lanza
y a José Luis Corral
por creer en mí.**

**A la M. en I.S.S. Ana Luisa González Celis,
al Dr. Víctor Manuel Hernández Reynoso,
al Dr. Javier Rosado Muñoz,
al Dr. Ricardo Martínez Ortega,
por sus valiosos comentarios y sugerencias.**

RESUMEN

En 1978 se estableció que la estrategia específica para lograr la política de salud denominada "Salud para todos en el año 2000" debía ser la Atención primaria de la salud. Dentro de sus elementos esenciales se encuentra la planificación familiar, la cual también corresponde a un subprograma para el abordaje de la atención de la salud reproductiva dentro del Programa Nacional de Población 1995-2000. Para evaluar los servicios de planificación familiar de calidad, es indispensable tener en cuenta el marco de Bruce.

En el caso de los adolescentes, es indispensable contar con subprogramas de salud que faciliten la difusión de información y la provisión de servicios especialmente diseñados para este grupo de edad, que priorice la comprensión de su sexualidad, las alternativas de protección contra embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades por vía sexual y el riesgo de infertilidad que conllevan.

Para coadyuvar al modelo de la Atención Primaria de la Salud y al Subprograma de salud reproductiva en los adolescentes se creó el Centro de información de educación sexual (CIES-Microlínea) que es un servicio telefónico de información, orientación y referencia con respecto a temas relacionados con la salud reproductiva, sexualidad, planificación familiar, el cual es anónimo y gratuito. Con el fin de describir las características de este servicio se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de agosto de 1995 a julio de 1996, en el cual se obtuvieron 14053 consultas, con un leve predominio de mujeres (52.4%), de 16 a 25 años, solteros, estudiantes, de nivel bachillerato y licenciatura, la mayoría del Distrito Federal y área conurbada; cuatro consultas de cada 10 se refieren a planificación familiar, en particular

preguntas sobre hormonales orales e inyectables y principalmente sobre la manera de administrarlos, sus indicaciones, efectividad, definición y efectos secundarios.

De acuerdo con los resultados, el CIES es accesible, en la medida que el usuario tenga la posibilidad de utilizar una línea telefónica, y es de cobertura parcial; es capaz de proporcionar información, orientación y referencia a los servicios convencionales afines, por lo que coadyuva al modelo de la atención primaria de la salud. Además, satisface la mayoría de los criterios del marco de Bruce para un servicio de calidad en planificación familiar. Es un servicio generador de información para la toma de decisiones ya que permite conocer cuáles son las demandas de información y consejería y de servicios profesionales de salud. En consecuencia, el CIES es un servicio de orientación telefónica que coadyuva al modelo de Atención Primaria de la Salud, dentro del marco de Bruce

INDICE

RESUMEN.....	4
INDICE.....	6
I. INTRODUCCION.....	10
II. JUSTIFICACION.....	12
A. LINEAMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.....	12
B. LEY GENERAL DE SALUD Y PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA.....	13
C. INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD.....	18
III. SERVICIOS DE SALUD Y LA NATURALEZA DEL SERVICIO.....	20
A. ¿QUÉ ES EL SERVICIO?.....	20
B. CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	23
C. FILOSOFIA DEL SERVICIO.....	25
CH. ¿POR QUÉ CLIENTES/USUARIOS Y NO PACIENTES?.....	27
D. CALIDAD EN LOS SERVICIOS.....	28
MARCO DE BRUCE.....	31
E. PRESENTE Y FUTURO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	32
F. ATENCION CENTRADA EN EL SERVICIO AL CLIENTE.....	35
IV. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD	
A. CONCEPTO.....	38
B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	43
C. CORRESPONDENCIA ENTRE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y SALUD REPRODUCTIVA.....	45
V. SALUD REPRODUCTIVA	
A. CONCEPTO.....	46
B. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA NACIONAL.....	47
C. METAS DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.....	51
CH. SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD.....	53
D. SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR.....	59
E. SALUD REPRODUCTIVA PARA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO: ADOLESCENTES.....	66
VI. SERVICIOS DE ORIENTACION O CONSEJERIA TELEFONICA	
A. CONCEPTO.....	81
B. CENTRO DE INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL (CIES-MICROLINE)	
1. ANTECEDENTES.....	89
2. FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA.....	92

3. OBJETIVOS DE CIES-MICROLINE.....	92
4. ÁREAS DE CONOCIMIENTO Y MODELO DE INTERVENCIÓN.....	93
5. POBLACIÓN BLANCO.....	95
6. RECURSOS HUMANOS.....	95
VII. METODOLOGÍA	
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	97
B. HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	97
C. OBJETIVOS.....	97
CH. LIMITES EN TIEMPO, ESPACIO Y UNIVERSO.....	98
D. UNIVERSO DE ESTUDIO.....	98
E. PROCEDIMIENTO.....	99
F. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	100
G. OPERATIVIZACION DE VARIABLES.....	100
H. SELECCION DE VARIABLES.....	104
VIII. RESULTADOS	
A. CARACTERIZACIÓN DE LAS CONSULTAS.	
1. CONSULTAS RECIBIDAS.....	106
2. DURACIÓN DE LA CONSULTA.....	106
3. HORA Y DÍA DE MAYOR CONSULTA.....	106
B. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS	
1. SEXO.....	111
2. EDAD.....	111
3. ESTADO CIVIL.....	115
4. ESCOLARIDAD.....	116
5. OCUPACIÓN.....	117
6. PROCEDENCIA.....	118
7. REFERIDO POR.....	123
8. REFERIDO A.....	131
C. INFORMACIÓN SOLICITADA	
1. TEMAS PRINCIPALES.....	133
2. SUBTEMA.....	139
3. SUBSELECCIÓN.....	141
D. PROPUESTAS DE LOS ELEMENTOS DEL CIES	
1. CONTRIBUCION AL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.....	157
2. CONTRIBUCION AL MARCO DE BRUCE.....	158
E. OTROS HALLAZGOS.....	159
IX. CONCLUSIONES.....	162

X. RECOMENDACIONES.....	167
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y DE CONSULTA.....	169
ANEXOS	
ANEXO I (HOJA DE REGISTRO DE LLAMADA INDIVIDUAL)	182
ANEXO II (HOJA DE REGISTRO ACUMULADO DE LLAMADAS).....	183

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. ESTADO CIVIL	115
CUADRO 2. ESCOLARIDAD.....	116
CUADRO 3. OCUPACION.....	117
CUADRO 4. PROCEDENCIA CON RESPECTO AL DISTRITO FEDERAL.....	120
CUADRO 5. PROCEDENCIA CON RESPECTO AL EDO. DE MEX.....	121
CUADRO 6. PROCEDENCIA CON RESPECTO A OTROS ESTADOS.....	122
CUADRO 7. FUENTES DE REFERENCIA.....	123
CUADRO 8. PERIODOS DE TRANSMISION DE ANUNCIOS DE RADIO.....	126
CUADRO 9. AGENCIAS A LAS QUE SE REFIEREN LOS USUARIOS.....	132
CUADRO 10. TEMAS DE MAYOR CONSULTA.....	133
CUADRO 11. EDAD Y SEXO DE POBLACION MUESTRA.....	135
CUADRO 12. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO EN CONSULTAS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR.....	141
CUADRO 13. CC NSULTAS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR/ANTICONCEPCION.....	156
CUADRO 14. APORTACIONES DE CIES A LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.....	157
CUADRO 15. APORTACIONES DE CIES AL MARCO DE BRUCE.....	158

INDICE DE FIGURAS

FIG. 1. RELACION ENTRE EL PRESTADOR DEL SERVICIO, EL CLIENTE, LOS PROGRAMAS Y LA ORGANIZACION.....	22
FIG. 2. MODELO SISTEMICO DE LA SEXUALIDAD (MODIFICADO).....	57
FIG. 3. MODELO DE INTERVENCION TELEFONICA EN SITUACIONES EN CRISIS.....	66
FIG. 4. MODELO DE INTERVENCION DEL CIES-MICROLINE.....	66
FIG. 5. NUMERO DE CONSULTAS POR MES.....	107
FIG. 6. DURACION DE LA CONSULTA.....	108
FIG. 7. PORCENTAJE DE CONSULTAS POR HORA.....	109
FIG. 8. PORCENTAJE DE CONSULTAS POR DIA.....	110
FIG. 9. SEXO.....	112
FIG. 10. COMPARACION DE CONSULTAS TOTALES/SEXO/MES.....	113
FIG. 11. EDAD	114

FIG. 12. LUGAR DE PROCEDENCIA.....	119
FIG. 13. REFERIDO POR. (GLOBAL).....	124
FIG. 14. REFERIDO POR (ANUNCIOS EN RADIO).....	127
FIG. 15. COMPARACION DE LAS FUENTES DE REFERENCIA.....	128
FIG. 16. COMPARACION ENTRE CONSULTAS Y PRINCIPALES REFERENCIAS.....	130
FIG. 17. TEMAS PRINCIPALES.....	134
FIG. 18. COMPARACION DE PLANIFICACION FAMILIAR/CONSULTAS/SEXO/ANUNCIOS.....	138
FIG. 19. COMPARACION DE SEXO/PLANIFICACION FAMILIAR (GRUPOS 18-25 AÑOS).....	137
FIG. 20. COMPARACION DE EDAD CON PLANIFICACION FAMILIAR.....	138
FIG. 21. SUBTEMAS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR.....	140
FIG. 22. SUBSELECCION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR.....	143
FIG. 23. SUBSELECCION DE CONDON.....	144
FIG. 24. SUBSELECCION DE ESPERMICIDAS.....	145
FIG. 25. SUBSELECCION DE HORMONALES ORALES.....	148
FIG. 26. SUBSELECCION DE HORMONALES INYECTABLES.....	147
FIG. 27. SUBSELECCION DE METODOS NATURALES.....	148
FIG. 28. SUBSELECCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO.....	149
FIG. 29. SUBSELECCION DE METODOS DEFINITIVOS.....	150
FIG. 30. SUBSELECCION DE LOCALES MUJER.....	152
FIG. 31. SUBSELECCION DE IMPLANTES.....	153
FIG. 32. SUBSELECCION DE GENERALIDADES.....	155

I. INTRODUCCION

Con el propósito de contribuir al Programa Nacional de Salud 1995-2000 en cuanto a salud reproductiva y presentar la tesis para obtener el grado de Maestría en Investigación de Servicios de Salud por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, se llevó a cabo la siguiente investigación que tiene por objeto describir el modelo del Centro de Información de Educación Sexual (CIES-Microlínea), ya que es un programa innovador de servicios de salud que ofrece alternativas a las condiciones actuales en cuanto a la prestación de servicios.

Este modelo se desprende de la Atención Primaria de la Salud, la cual permite sentar las bases en cuanto a estrategias y metodología que fundamentan el desarrollo posterior de un nuevo concepto que es la Atención Primaria de la Salud Reproductiva. Se describe de qué manera la investigación se relaciona con la Maestría en Investigación de Servicios de Salud y cuáles son las prioridades de investigación de la Organización Panamericana de la Salud con las que se vincula el programa en estudio y las prioridades en investigación en población y salud reproductiva. Se incluye una revisión sobre los servicios, su naturaleza y la relación con servicios de salud y se describe la Atención Primaria de la Salud, Salud Reproductiva (particularmente lo que se refiere a la planificación familiar), y la relación entre estas y la anticoncepción; continúa con una descripción de los servicios de orientación telefónica y del CIES-Microlínea y cómo la prestación del servicio satisface las características de la Atención Primaria de la Salud Reproductiva. A continuación se describe la metodología que incluye el planteamiento del problema, objetivos, límites, universo de estudio, procedimiento de la recolección y procesamiento de los datos.

operativización de las variables, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas. Por último, se muestran los modelos para sistematización de los datos (anexos I y II).

II. JUSTIFICACION

Las etapas de transición social, como cuando ocurren crisis económicas, obligan a buscar alternativas a los modelos actuales; ésto es particularmente cierto con respecto a los modelos de prestación de servicios de salud. Es en estos momentos cuando deben reevaluarse otros paradigmas que ofrezcan la oportunidad de desarrollar programas que tengan como características fundamentales ser accesibles, universales y de bajo costo, además de ser coherentes con las necesidades del país. Por tal motivo, este trabajo presenta a los servicios de orientación telefónica, particularmente el Centro de Información de Educación Sexual (CIES-Microline), como una alternativa de interés que puedan apoyar a la estrategia de Atención primaria de la salud.

Para comprender el marco legal de esta investigación y de los servicios de orientación telefónica, es indispensable revisar los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, de la Ley General de Salud y de los Programas relacionados (Programa Nacional de Población, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar), cuáles son las prioridades en salud reproductiva y planificación familiar y cuál es la importancia de la investigación en servicios de salud, como podrá verse a continuación.

A. LÍNEAMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Esta investigación se encuentra dentro de las prioridades de investigación de la Organización Panamericana de Salud, 1995-2000, en el rubro que se relaciona con los sistemas y servicios de salud, en particular en la línea de "Equidad, cobertura y calidad de los sistemas y servicios de salud según tipos de

población y grupos sociales específicos; Análisis sobre la segmentación de la oferta de servicios según tipo de usuarios y estudios sobre accesibilidad, aceptabilidad y utilización de los diferentes servicios de salud por grupos de población, estableciendo sus relaciones con las barreras técnicoadministrativas, financieras, socioculturales y de género".¹

B. LEY GENERAL DE SALUD, PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN Y PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

1. LEY GENERAL DE SALUD

Esta investigación se encuentra dentro del marco normativo que establece la Ley General de Salud en el título primero, capítulo único, que versa sobre la Investigación para la salud, en su artículo 2º, dentro de los siguientes rubros:

- I. Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. Prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población; y

¹Organización Panamericana de la Salud (1994): Documento de trabajo OPS/HDP/HDR/93.6.

IV. Estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud².

Desde esta perspectiva, la investigación se sustenta especialmente en el inciso IV "Estudio de técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud".

2. PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN (1995-2000)

El Programa Nacional de Población (1995-2000) establece en los Lineamientos generales de la política de población que "La población es simultáneamente objeto y sujeto fundamental del desarrollo. Esta premisa básica orienta la definición e implementación de todos y cada uno de los objetivos y líneas de acción que conforman la política de población."³ Así, el logro de los objetivos y metas depende de la plena integración de la política de población con los planes sectoriales, así como de las estrategias y programas que dan cuerpo al Plan Nacional de Desarrollo.

De tal forma, las líneas estratégicas que se traducen en los subprogramas del Programa Nacional de Población son las siguientes:

1. Población y desarrollo
2. Dinámica y estructura de la población
3. Educación y comunicación en población
4. Planificación familiar y salud reproductiva
5. Fortalecimiento de la familia

²Ley General de Salud, 1984. (1995): Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, título primero, capítulo único, Artículo 2º, 12ª edición, México, Editorial Porrúa S.A., página 409.

³Poder Ejecutivo Federal (1995): Programa Nacional de Población (1995-2000), México., págs. 66- 101

6. Mejoramiento de la condición de la mujer
7. Respeto y atención a las condiciones sociodemográficas de las poblaciones indígenas
8. Descentralización de los programas y acciones de población
9. Distribución territorial de la población y migración interna
10. Población, medio ambiente y desarrollo sustentable
11. Investigación, información y capacitación de recursos humanos.⁴

Esta tesis se fundamenta especialmente en el capítulo concerniente a la planificación familiar y la salud reproductiva, ya que se relaciona con las estrategias que son: 1) Descentralización de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, 2) Ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios y 3) Información, Educación y Comunicación (IEC).

3. PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1995-2000)

Las líneas de acción del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 son: Planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, salud perinatal, riesgo preconcepcional, enfermedades de transmisión sexual, prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer, climaterio y menopausia, perspectiva de género en la salud reproductiva. La presente tesis se sustenta en particular en los objetivos que se relacionan con la planificación y salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes especialmente en lo que concierne a la "conformación de redes de centros de información integrales de salud con énfasis en salud sexual y

⁴Poder Ejecutivo Federal (1995): Programa Nacional de Población (1995-2000). *Op. cit.*

reproductiva con criterios uniformes y sistemas de referencia para la atención de los/las adolescentes".⁵

4. PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

Dentro de las prioridades con respecto a la investigación en salud, Urbina (1990)⁶ establece como necesidades de investigación en población y salud reproductiva las siguientes:

1. Investigación a nivel regional y local, necesaria para estimular los niveles y tendencias de la fecundidad, los niveles de cobertura de los anticonceptivos, la infraestructura de salud y las variables culturales y socioeconómicas que afectan la fecundidad.

2. Estudio de las relaciones entre planificación familiar y salud, desde la perspectiva de evaluar los beneficios a la salud obtenidos a través de una paridad limitada y de una mejor distribución de los nacimientos y desde la perspectiva de la investigación de los efectos colaterales que algunos métodos anticonceptivos pueden producir.

3. Estudio de la factibilidad de establecer y cumplir nuevas metas y estrategias para el uso de anticonceptivos y así lograr mayores reducciones de la fertilidad. Esto incluye la evaluación de los servicios en términos de accesibilidad, recursos humanos y materiales, y organización para la prestación de servicios.

⁵Poder Ejecutivo Federal (1995): Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar (1995-2000), Programa de Reforma del Sector Salud. México, pág. 25-32.

⁶Urbina M. (1990): "Dinámica de la población y la salud", en: De la Fuente JR, Martuscelli J, Alarcón D.: La investigación en salud. Balance y transición, 1ª edición, México, Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.

4. Estudio del peso y naturaleza de las diferentes variables relacionadas con la adopción, uso y continuidad de métodos anticonceptivos en relación con: prestación de servicios de salud, usuarios potenciales, métodos anticonceptivos, antecedentes culturales, sociales, económicos y educacionales de las parejas.

5. Estudio de la dinámica de los determinantes de uso de anticonceptivos y estudios comparativos de aceptabilidad.

6. Estudio de la calidad de los servicios.

7. Estudio de identificación de las necesidades básicas en las áreas de salud y anticoncepción.

8. Investigaciones que profundicen en el estudio de los patrones de formación familiar y del valor económico de los hijos.

9. Investigación de mercadeo social, para sugerir opciones para la accesibilidad y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, más allá de las clínicas de salud y de las farmacias, como los supermercados o tiendas de interés social. Este tipo de estudio también provee información sobre el conocimiento del usuario, preferencias por productos, el diseño de mensajes y materiales a usar en los medios masivos de comunicación, los volúmenes de ventas, restricciones en la oferta de anticonceptivos y el factor de aceptabilidad.

La presente investigación se relaciona con la identificación de las necesidades básicas en las áreas de salud y anticoncepción y en lo que corresponde al estudio de la factibilidad de establecer y cumplir nuevas estrategias para el uso de anticonceptivos ya que se evaluará un modelo innovador en la prestación de servicios de salud en el área de salud reproductiva y anticoncepción, el cual permite identificar las necesidades y demandas de servicios a este respecto.

C. INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo con Laguna (1983) "el objetivo final de la investigación en servicios de salud es de mejorar la planeación de la prestación de los servicios de salud, la revisión de un procedimiento médico, la valoración de una estructura regional, el análisis de procedimientos administrativos básicos, la evaluación de programas en el área de salud o el desarrollo de nuevas aplicaciones de la investigación de operaciones; debe conseguir información que se oriente a la evaluación de la eficacia, la eficiencia y la efectividad que permita mejorar la prestación de los servicios de salud, así como a la validación de instrumentos y técnicas de medición existentes o por desarrollarse. Es un enfoque metodológico íntimamente ligado a la planeación y la evaluación de la salud, cuya finalidad es lograr el mejoramiento de los servicios". Laguna también comenta más adelante de la importancia de la ISS y la planeación y evaluación, en particular en el establecimiento de nuevos programas, como el de planificación familiar. Dice: "Se percibe como una necesidad que la implantación de este tipo de programas requiere de una constante investigación sobre la clase de personal responsable de las tareas, las adaptaciones de los servicios de atención materno infantil (ahora salud reproductiva) para responder a las demandas de los programas, el estudio de las variables psicológicas y culturales de la comunidad, la actitud de los prestadores de los servicios en particular para promover la aceptación del programa, entre otros".⁷ Por lo tanto, la ISS debe orientarse a la búsqueda de respuestas hacia el mejoramiento de los servicios,

⁷Laguna J (1983): "Organización para el desarrollo de la ISS en México" en: Investigación en Servicios de Salud (ISS), 3ª edición, México. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Secretaría de Salubridad y Asistencia, págs. 225-228.

los cuales estén centrados en el cliente (o usuario) incorporando la estrategia de calidad para la atención.

Asimismo, el hecho de conocer a fondo las necesidades, uso y demanda de servicios de salud permite prever las consecuencias y las posibilidades de asumir compromisos de atención primaria y de atención integral por parte de los diversos sistemas económicos y sociales. Uno de los problemas importantes de la prestación de los servicios de salud en nuestro país es la falta de cobertura y los problemas de accesibilidad a los servicios.⁸

Dentro del ámbito de la ISS, esta investigación reúne las características necesarias (evaluación de los programas, adaptaciones a los servicios de atención maternoinfantil o salud reproductiva, estudio de las variables psicológicas y culturales de la comunidad), para ser incluida en el modelo mencionado por J. Laguna para hacer investigación en Servicios de Salud, específicamente en el área de la atención primaria de la salud reproductiva, la planificación familiar y la sexualidad.

⁸ Rodríguez DJ, Vandale S; (1983): "Demanda y uso de servicios" en: *Investigación en Servicios de Salud (ISS)*, 3ª edición, México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Secretaría de Salubridad y Asistencia, págs. 147-158.

III. SERVICIOS DE SALUD Y LA NATURALEZA DEL SERVICIO

Para tener un panorama más amplio de lo que son los servicios de salud en la actualidad, considero esencial hacer una breve revisión sobre el concepto de servicio, sus características, clasificación, filosofía, usuarios *versus* clientes, calidad dentro de los servicios, presente y futuro de los servicios de salud y atención centrada en el cliente. Esto es con el fin de fundamentar de dónde se desprenden los servicios de orientación telefónica y cómo el concepto moderno de organizaciones de servicio comprende la propuesta del Centro de Información de Educación Sexual, ya que como se verá más adelante, al estar centrado en el cliente, tienen las mismas características que cualquier otro servicio, sin olvidar las diferencias con los otros modelos.

A. ¿QUÉ ES EL SERVICIO?

Las palabras que giran en torno a la idea de servicio provienen del latín *servus*: siervo, de la cual se derivan servir, servidumbre, servidor, servicial, servir. Sin embargo, el término de servicios en la actualidad implica muchos elementos que no necesariamente son fáciles de definir.

El creciente interés en el sector de los servicios se ha acompañado por un desacuerdo considerable y una polémica de lo que constituye un servicio, dentro de los cuales se encuentran los servicios de salud, y de las estrategias para evaluar cómo se están llevando a cabo, es decir, de qué manera se mide la calidad, la entrega, los procesos, o simplemente de qué manera reducir los

costos de operación. Según Payne (1996)⁹ "un servicio es una actividad con cierta intangibilidad asociada, lo cual implica alguna interacción con clientes o usuarios o con propiedad de su posesión, y que no resulta en una transferencia de propiedad. Puede ocurrir un cambio en las condiciones; la producción de un servicio puede estar o no íntimamente asociada con un producto físico". En términos operativos, un servicio es aquel que solicita un cliente o usuario para la satisfacción de una o una serie de demandas intangibles, en el cual puede o no haber una transacción comercial.

Las características más relevantes de los servicios son:

- **Intangibilidad.**- Los servicios en gran medida son abstractos. Es posible evaluar o sentir el resultado del servicio hasta el momento de la prestación del mismo o después de haberlo adquirido.
- **Inseparabilidad.**- Los servicios no pueden separarse del prestador del servicio y además se crean, preparan y consumen simultáneamente. La prestación o venta directa suele ser el único canal de distribución y no se puede otorgar en varios lugares o mercados.
- **Heterogeneidad.**- Es difícil estandarizar la misma calidad del servicio y, en general, los servicios tienen alta variabilidad. A diferencia de los productos, los servicios incluyen numerosos elementos que modifican la prestación, la calidad y los resultados.
- **Caducidad.**- Los servicios no se almacenan ni se contabilizan en un inventario; cuando la demanda es constante no hay problema, pero cuando fluctúa se presentan problemas de improductividad de los recursos.^{10,11}

⁹Payne A. (1996) *La esencia de la mercadotecnia de servicios*. 1ª edición, México Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., págs 1-20.

¹⁰Payne, A. *Op. cit.*

¹¹Perez Ponce, M. (1996). Manual del diplomado "Mercadotecnia de empresas de servicios", Facultad de Contaduría y Administración, División de Educación Continua, UNAM.

Hablar del servicio es hablar de las necesidades humanas y de su satisfacción. El proveedor de servicios es un proveedor de valores, o mejor dicho, un promotor de valores. Por otro lado, el servicio no solo sirve a quien lo recibe sino también a quien lo proporciona: satisface una profunda necesidad humana.¹² Esto es importante señalarlo ya que es indispensable redefinir los servicios de salud en términos de una relación profesional entre el prestador, el cliente, los programas y la organización o servicio de salud (institución o empresa donde se lleve a cabo la atención), cuyos resultados afectan a todos estos elementos de manera multidireccional (Fig. 1).



Fig. 1. Relación entre el prestador del servicio, el cliente, los programas y la organización o servicio de salud. (S.S. = Servicios de salud).

¹²Rodriguez M, Escobar R. (1996). Creatividad en el servicio, una estrategia competitiva para Latinoamérica. 1ª edición, México, McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V., págs. 9-25.

B. CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS

La clasificación de los servicios permite a los administradores y prestadores de servicios a que crucen los límites de la industria y obtengan experiencia a partir de otras empresas de servicios que comparten problemas comunes y tienen características similares. Entonces, pueden aplicarse soluciones a problemas e innovaciones en empresas y organizaciones de servicios similares. Una de las clasificaciones más útiles se basa en los siguientes elementos, a saber:

1. La naturaleza del acto de servicio y el receptor del mismo

- **Naturaleza del acto de servicio**

- Acciones tangibles
- Acciones intangibles

- **Quién recibe el servicio**

- Personas
- Cosas

2. Relación con el cliente

- **Naturaleza de la entrega del servicio**

- Entrega continua
- Transacciones discretas (temporales)

- **Tipo de relación entre la empresa u organización de servicio y sus clientes o usuarios**

- Relación de membresía
- Ninguna relación formal

3. Personalización y criterio en la entrega de servicio

- **Medida del criterio ejercitado por el equipo de contacto con clientes o usuarios**

- Alto (por ejemplo, atención médica)
- Bajo
- **Medida en la cual se personalizan las características**
 - Alto
 - Bajo (por ejemplo, programas de salud preventiva)
- 4. **Naturaleza de la oferta y la demanda de los servicios**
- **Medida en que la demanda está limitada**
 - Cumplido sin retraso
 - Con frecuencia excede la capacidad
- **Medida de las fluctuaciones de la demanda con el transcurso del tiempo**
 - Amplia
 - Escasa

5. Método de entrega de servicio

- **Naturaleza de la interacción del cliente/empresa u organización de servicio**
 - El cliente va a la empresa o la organización
 - La empresa o la organización va al cliente
 - Ambos efectúan la transacción en un punto intermedio
- **Disponibilidad de las instalaciones de servicio**
 - Un solo lugar
 - Múltiples lugares¹³

Como puede observarse, los servicios de salud caben perfectamente dentro de esta clasificación. Utilizando los términos expuestos, es posible decir que por lo general corresponden a servicios con acciones tangibles, quienes reciben el servicio son personas; pueden ser con transacciones discretas o temporales (en caso de consulta de una sola vez), o continua (atención prenatal,

¹³Payne A.: *Op. cit.*

atención a enfermedades crónicas degenerativas), con una relación de "membresía" (por ejemplo, derechohabientes o empleados bancarios), o sin alguna relación formal (consulta a población abierta), con alto contacto con el cliente o usuario, pero algunos programas son de baja personalización (como los programas de salud preventiva, ya que abarca a grandes grupos con poca personalización). La demanda puede cumplirse sin retraso (servicios de urgencia) o bien, excediendo su capacidad, con una fluctuación escasa de la demanda (es decir, por lo general se mantiene la demanda dentro de cierto rango en los servicios de salud, visto por la cantidad de consultas o servicios prestados en un periodo determinado), y por lo general la entrega del servicio ocurre mediante la asistencia del usuario a los servicios, aunque en algunos casos, los servicios acuden al cliente (por ejemplo, campañas de vacunación), y puede ser en un solo lugar o en múltiples sitios (es decir, una sola clínica de medicina familiar, o una red que cuenta con múltiples instituciones como en el caso de servicios de salud para los seguros médicos o los empleados bancarios).

C. FILOSOFÍA DEL SERVICIO

Los principios básicos del servicio, como una filosofía, son:

- 1. Actitud de servicio.** Convicción íntima de que es un honor servir.
- 2. Satisfacción del usuario.** Es la intención de prestar o "vender" satisfactores más que productos o el mismo servicio. El sentido del prestador de servicios lo lleva a poner la satisfacción de las necesidades de sus clientes por encima de la atención que él personalmente está dispuesto a brindar.

3. **Creatividad.** Dado el carácter transitorio, inmediato y variable de los servicios, se requiere una actitud positiva, dinámica y abierta. "Todo problema tiene una solución", si se sabe buscar. El terreno de los servicios es campo privilegiado de la creatividad.
4. **Ética.** Toda la actividad se sustenta sobre bases éticas. En el mundo de las profesiones y de los oficios una ganancia (sueldo, honorarios, comisiones) supone la producción de un beneficio para el cliente y solo así se justifica.
5. **Satisfacción personal.** "El buen servidor es quien dentro de los servicios se encuentra satisfecho, situación que lo estimula a servir con gusto a los clientes". A diferencia de la producción en serie de un producto, el servicio permite un intercambio más personal con quienes reciben dicho servicio. En una buena medida se ven los resultados de la acción del prestador del servicio de modo inmediato, lo que le permite hacer una autoevaluación.
6. **Centrado en el cliente.** Tratándose de instituciones de autoridad, se plantea un continuo que va desde el polo autoritario (el poder) hacia el polo democrático (el servicio). En el polo autoritario hay siempre el riesgo de la prepotencia y del mal servicio. La propuesta es que las empresas e instituciones que prestan servicios, se muevan, dentro de dicho continuo, hacia el polo democrático, permitiendo centrar sus procesos alrededor del cliente o usuario de sus servicios. Así, un buen servicio satisficará las cuatro necesidades típicas del cliente: sentirse bienvenido, importante, comprendido y cómodo.¹⁴ Y si además, se le proporciona un servicio adecuado, oportuno y justo con el costo que el cliente o usuario está dispuesto a pagar (en términos económicos, de tiempo, traslado, etc.), podemos decir que el servicio será completo, satisfactorio y de calidad.

¹⁴Payne A. *Op. cit.*

CH. ¿POR QUÉ CLIENTES/USUARIOS Y NO PACIENTES?

El concepto de cliente aplicado a los servicios de salud ya es antiguo, en particular en otros países; sin embargo, todavía no ha tenido arraigo en México. El concepto de cliente va más allá de una transacción comercial: cliente es aquel que demanda la satisfacción de una necesidad, no solo el usuario intermedio sino el usuario o comprador final de los productos o los servicios.¹⁵ Siempre se piensa en el cliente como alguien que paga por un producto o servicio; sin embargo, el concepto actual es más global ya que también involucra a cualquier persona que solicita o demanda dicho producto o servicio sin que necesariamente haya un intercambio monetario. En este caso, se habla de cliente externo, mientras que los clientes internos son aquellas personas que comparten las actividades laborales con los demás: los compañeros, los supervisores, los jefes de servicio, también son clientes internos.¹⁶

En el caso de los servicios de salud, el usuario de los servicios constituye el cliente, clásicamente el paciente; sin embargo, estos términos denotan una condición diferente a sus necesidades. El término paciente no necesariamente habla de todos los procesos por los cuales un individuo se acerca a los servicios de salud. La adquisición de métodos anticonceptivos, la vigilancia prenatal, la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño sano, son algunos aspectos que hablan de un estado de salud, en donde el término de paciente no se aplica.

¹⁵Rosander AC (1992): *La búsqueda de la calidad en los servicios* 1ª edición, España, Ediciones Díaz de Santos, S. A., pág. 17.

¹⁶Tapscott D, Caston A. (1995): *Cambio de paradigmas empresariales*. 1ª edición, Colombia. McGraw-Hill Interamericana, S. A. pág. 2-17.

Hablar de cliente implica un compromiso por parte de los servicios de salud para que la entrega sea con calidad. Por el contrario, decir paciente solo implica a aquel que utiliza los servicios de salud en estado de enfermedad, más no establece la relación que guarda con ellos; es decir, en apariencia no se genera un compromiso claro en cuanto a los límites, las características de la relación establecida, o los derechos y obligaciones tanto de los servicios de salud como de los prestadores y de los receptores de la atención para la salud. El modelo centrado en el cliente está utilizándose ya en muchos servicios de salud, particularmente en planificación familiar como se verá más adelante.

D. CALIDAD EN LOS SERVICIOS

La calidad es un concepto ineludible de los servicios de salud. Utilizando la definición de Juran y Gryna (1995)¹⁷, la calidad es la satisfacción del cliente. En este sentido, la satisfacción del cliente se logra a través de dos componentes: características del servicio (o producto) y la ausencia de deficiencias (errores, defectos, fracasos, fuera de especificaciones, etc).

Los sistemas de calidad conllevan ciertos elementos:

- Justo a tiempo (oportunidad de la prestación y entrega de los servicios)**
- Corrección de las causas no de los síntomas**
- Evitar desperdicios**
- Cero defectos**
- Trabajo en equipo**
- Hacerlo bien desde la primera vez**

¹⁷Juran JM, Gryna FM (1995): Análisis y planeación de la calidad, 1ª edición, México, McGraw-Hill/Interamericana S.A. de C.V., pág. 3

- **La satisfacción del cliente mediante el servicio con compromiso y apoyo a la actividad.**

Por lo tanto, es indispensable identificar las funciones primarias de los servicios que tengan como objetivo la calidad y el servicio al cliente. Dentro de este rubro están:

- **Establecer un ambiente agradable para cada cliente;**
- **Agilizar el flujo de clientes;**
- **Personalizar los servicios para cada cliente;**
- **Organizar y proporcionar información clara a cada cliente.¹⁸**

Asimismo, es necesario estudiar a todos los clientes en cuanto a sus actitudes, preferencias, estimaciones y no solo a aquellos que presentan quejas.

Especialmente importante en la prestación de servicios dentro de la planificación familiar, el suministro de una atención de calidad requiere atender los derechos de los clientes así como las necesidades de los prestadores. Los clientes tienen derecho a información, acceso, opciones, seguridad, privacidad, confidencialidad, trato digno, confort, continuidad y derecho a expresar su opinión personal. Los prestadores, por su parte, también tienen ciertos requerimientos que deben satisfacerse a fin de habilitarlos y capacitarlos para ofrecer un servicio de calidad a sus clientes. Los mismos comprenden necesidades de: capacitación, información actualizada, una infraestructura física y suministros de planificación familiar adecuados, guía práctica, respaldo del sistema de planificación familiar más amplio, el respeto de clientes y administradores, aliento de los superiores, retroinformación con respecto a su

¹⁸Bahamon C., Buxbaum A. (1996): "El rol crítico de un buen servicio al cliente". Actualidad Gerencial en planificación familiar, estrategias para el mejoramiento de los programas y servicios. 5(1): 1-18.

desempeño y posibilidad de expresión personal de manera que puedan hacer oír sus propios puntos de vista.

Dentro de las sugerencias de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (1996)¹⁹ para que las Agencias de Planificación Familiar mejoren la calidad de la atención están:

- Establecer un diálogo regular con gobiernos, organizaciones civiles y organizaciones basadas en la comunidad, en lo que concierne a estándares para la calidad dentro del contexto local.
- Organizar un sistema para la atención de calidad que involucre a todos y cada uno de los individuos dentro del sistema de entrega de servicios, así como a los clientes y a la comunidad.
- Desarrollar una estructura de gestión orientada hacia la satisfacción de los derechos de los clientes satisfaciendo las necesidades de los prestadores del servicio.
- Monitorear regularmente los servicios de salud sexual y reproductiva a fin de garantizar que tomen en cuenta los derechos de los clientes.
- Diseminar información entre directores/administradores y proveedores de planificación familiar.
- Mejorar la eficiencia en función del costo de los programas actuales.
- Identificar áreas que podrían mejorarse dentro de los recursos disponibles.
- Identificar áreas que podrían mejorarse mediante la reorganización o redistribución de recursos.
- Identificar áreas que requieren recursos adicionales para mejorar la calidad.

¹⁹McHenry C.(1996): "Declaración sobre la calidad de la atención" Boletín Médico de IPPF 30(4): 4 agosto 1996.

- **Desarrollar modelos para servicios de buena calidad que sean pertinentes desde el punto de vista cultural, científicamente racionales, técnicamente factibles y económicamente afrontables.**

MARCO DE BRUCE. En 1990, Judith Bruce, del Consejo de Población (The Population Council), formuló seis elementos básicos que constituyen el marco referencial ("Marco de Bruce") para hablar de calidad en los servicios de relacionados con planificación familiar, y estos son:

- 1. Opciones de métodos anticonceptivos.-** Esto se refiere al número de métodos disponibles, así como a los tipos de opciones disponibles para grupos diferentes, tales como los hombres y las mujeres, que desean espaciar los nacimientos.
- 2. Información suministrada a los usuarios.-** La calidad de la información surte un efecto sobre la forma en que los clientes utilizan la anticoncepción. Esta información incluye cuan apropiados son los métodos para un posible usuario; detalles sobre cómo utilizar un método dado y sus posibles efectos secundarios.
- 3. Competencia técnica.-** Entre los temas técnicos incluidos figuran: mantenimiento de condiciones asépticas, cumplimiento de los protocolos y disponibilidad de personal competente en la realización de técnicas clínicas.
- 4. Relaciones interpersonales.-** Esto se refiere a cómo percibe el usuario la interacción con los prestadores de servicios. Guarda relación con aspectos tales como el grado de empatía demostrada en la actitud del proveedor y el tiempo dedicado a cada paciente.
- 5. Mecanismos para promover la continuidad del uso.-** Existen muchos medios para alentar a los usuarios a continuar utilizando en forma eficaz la

anticoncepción, entre los que figuran tarjetas recordatorias, uso del teléfono, visitas domiciliarias.

6. Serie apropiada de servicios.- Los usuarios de la planificación familiar necesitan servicios aceptables y cómodos. Son ejemplos la integración de la planificación familiar en la salud maternoinfantil, servicios posparto y otros servicios de salud reproductiva.²⁰

E. PRESENTE Y FUTURO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La evolución de las empresas y las instituciones ha cambiado, pasando por diferentes orientaciones en las cuales, primero fue la focalización en la administración (organización de las instituciones/empresas, burocracia), después en el desarrollo de productos/servicios, diferenciación y análisis de competidores, servicio a clientes, calidad del servicio, y más adelante en la tecnología e integración de la mercadotecnia de relaciones. Es posible decir que, en este momento, tres fuerzas, por separado y en combinación, están impulsando a las empresas y organizaciones de servicios a penetrar cada vez más profundamente en un territorio que para la mayoría tanto ejecutivos, como administradores y prestadores de servicios es desconocido. Estas fuerzas son: clientes, competencia y cambio.²¹ Así, los clientes son los que dicen a los proveedores de productos y servicios qué es lo que quieren, cuándo lo quieren y cuánto están dispuestos a pagar. Los clientes exigen que se les trate individualmente, ya no desean un servicio que no satisfaga sus demandas. Los usuarios de los servicios de salud esperan y demandan más porque saben que

²⁰Finger W, Hardee K. (1993): "¿Qué es calidad de la atención?" *Network en español*, 8(4): 1-27.

²¹Hammer M, Champy J. (1994): *Reingeniería*. 1ª edición, Colombia. Editorial Norma, S.A., págs. 18-31.

pueden obtener más. De hecho, los clientes tienen más acceso a información, lo que les permite comparar y escoger entre los servicios. Para las instituciones y empresas que crecieron con la mentalidad de mercado masivo, la realidad es más difícil de aceptar, ya que con respecto a los clientes, cada uno cuenta. Por otro lado, la competencia se intensifica. Aparecen nuevas empresas que proporcionan servicios que no llevan el bagaje organizacional ni están limitadas por sus antecedentes, las cuales pueden entrar en un mercado con el próximo servicio generaciones antes de que las instituciones y empresas existentes hayan cubierto siquiera sus costos de desarrollo del último. Además, la tecnología cambia la naturaleza de la competencia en formas en que no se esperaba. El tercer factor de impulso es el cambio, el cual se ha vuelto general y permanente. Han disminuido los ciclos de vida de los productos y los servicios y el tiempo disponible para desarrollarlos e introducirlos. Los cambios que pueden hacer fracasar a una empresa son los que ocurren fuera del radio de sus expectativas y allí es donde se origina la mayor parte de ellos en los diferentes ambientes (económico, social, cultural, etc.).

En nuestro país, cabría preguntarse, ¿cómo incorporan estas fuerzas los servicios de salud? ¿Están preparados para enfrentarse a ellas? ¿En dónde se ubican, como instituciones gubernamentales o como empresas privadas? En la realidad, los servicios de salud coexisten en un mosaico en donde se mezclan las diferentes orientaciones, pese a que al mismo tiempo hay presiones para satisfacer cada uno de esos niveles, sin que estén cubiertos los anteriores. Así, en algunos servicios de salud existe un consumo desmedido de los recursos tecnológicos, mientras que en otros, la institución se enfoca más en las

necesidades de la misma organización que en el paciente.²² Se han centrado más en la enfermedad que en el cliente y la preservación de la salud, se pondera más la formación de los recursos humanos hacia la alta especialización, es curativa y poco preventiva, fragmentando al individuo sin tomar en cuenta los recursos personales y sociales.²³ La combinación de las tres fuerzas mencionadas (el cliente, la competencia y el cambio) ponen en desventaja a aquellos servicios que no sean capaces de tener una visión del futuro inmediato y a largo plazo, o que no puedan incorporarse a la realidad con nuevas estrategias de servicio.

Uno de los cambios importantes en este momento es la dirección hacia la incorporación de los usuarios de los servicios a un modelo de prestación mediante los seguros médicos, con todas las implicaciones que esto tiene hacia el costo de los servicios, la accesibilidad y la cobertura. Esta tendencia ¿comprometerá la calidad? ¿Permitirá que sean universales? Además, dentro de los servicios de salud existe una brecha importante en lo que se refiere a la tecnología informática. Por lo tanto, parte de los enfoques habrán de dirigirse hacia la adquisición de información, ya que la tecnología informática provee ventaja competitiva aún para las instituciones gubernamentales en donde existe competencia por los recursos. La creación y recreación de una visión social que alcance a todos los prestadores de servicios, el enlace directo entre los prestadores de servicios y los usuarios, cuya estructura central sea una nueva conceptualización de la salud, más ecológica, sistémica y de calidad son algunas de las estrategias que pueden ayudar a conseguir la misión y los

²²Vicens J.(1995). El valor de la salud, una reflexión sociológica sobre la calidad de vida, 1ª edición, México, Siglo XXI Editores, S.A. de C.V.

²³Phillips D. (1990). Health and Health Care in the Third World, First edition, USA. Longman Scientific & Technical, John Wiley & Sons, Inc.

objetivos de los servicios de salud, razón por la cual es imprescindible llevar a cabo proyectos innovadores que favorezcan el avance de los servicios de salud.

¿CUÁLES SON LAS TENDENCIAS? La conformación de servicios integrales de salud para toda la población; el reforzamiento de programas preventivos; la realización de acciones enfocadas a mejorar algunos indicadores de salud (por ejemplo, mortalidad infantil o materna), el fomento de la cooperación intersectorial; ampliación de la cobertura de los servicios; introducción de prácticas permanentes que mejoren la calidad haciendo uso racional de los recursos tecnológicos para la salud; elaboración de una estrategia nacional para la evaluación de la estructura, procesos y resultados de la calidad de los servicios²⁴, y lo más importante, crear una cultura de servicios de salud centrados en el cliente o usuario de los mismos. En este sentido, se requieren programas innovadores que permitan justamente llevar a cabo investigaciones con el fin de obtener información de los usuarios a quienes se dirigen los servicios de salud, donde el usuario pueda establecer enlaces o contactos más directos con los prestadores de servicios y la institución, y en los que el usuario se sienta satisfecho con el servicio, donde fue tratado como persona.

F. ATENCIÓN CENTRADA EN EL SERVICIO AL CLIENTE

El servicio al cliente constituye un medio poderoso que ayuda a los administradores de programas de servicios de salud a identificar y centrar su atención en los servicios que los clientes desean y necesitan. Los programas de

²⁴Ruelas E., Querol J.(eds) (1995): Innovaciones de los sistemas de salud, una perspectiva internacional. 1ª edición, Fundación Mexicana para la Salud, México, Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V.

salud, al igual que los negocios de tipo comercial, han descubierto que el ofrecer a sus clientes un trato cortés y servicios eficientes y de alta calidad, así como la mezcla de servicios que los clientes desean, no solamente es beneficioso para los clientes sino también para el programa.²⁵

El buen servicio al cliente constituye un elemento crucial en los centros donde se prestan los servicios para la anticoncepción y el bienestar de la familia. El concepto de servicio al cliente sostiene que al comprender y cubrir las necesidades de los clientes y de los clientes potenciales, una clínica puede mejorar la calidad de sus servicios, aumentar la demanda de los mismos y mejorar su reputación. Todos estos elementos contribuirán a la sustentabilidad del programa en forma significativa.

Servicio al cliente significa proporcionar asistencia a los clientes de tal forma que esto redunde en un mayor grado de satisfacción con su programa. Se basa en la preocupación constante por las preferencias de los clientes, tanto a nivel de la interacción con el personal como del diseño de servicios. Sostiene que el personal es responsable ante los clientes por las decisiones que éste toma y que los clientes tienen derechos que el personal debe respetar.²⁶

Algunos servicios de salud reproductiva y planificación familiar a nivel mundial han avanzado particularmente en lo que concierne al servicio a clientes. Sin embargo, todavía falta mucho por hacer. Los administradores de programas y servicios de planificación familiar (del sector público o privado), pueden incrementar la demanda de los servicios y contribuir a la sustentabilidad de programas aprendiendo de los éxitos logrados por los servicios que se basan en

²⁵Miller J., Bahamon C. (1996): "Cómo centrar la atención en el servicio al cliente". Actualidad perinatal en planificación familiar: Estrategias para el mejoramiento de los programas y servicios. 5(1): pág. 1.

²⁶Bahamon C., Buxbaum A. (1996): *Op. cit.*

las necesidades del cliente. A medida que las clínicas de planificación familiar y los servicios de salud en general avanzan en lo referente a la prestación de servicios clínicos de alta calidad, respaldados por un buen enfoque de servicio al cliente, serán cada vez más apreciados por sus clientes y a nivel de sus comunidades. Mejorarán su habilidad para:

- Mantener la clientela que necesita regresar al servicio de planificación familiar para sus visitas;
- Atraer nuevos clientes;
- Lograr una buena reputación a nivel de los clientes satisfechos que transmiten dicha satisfacción de persona a persona;
- Disipar los rumores falsos en cuanto a los métodos anticonceptivos y los servicios;
- Recuperar los costos de los servicios aumentando las tarifas para aquellos clientes que tienen posibilidades de pagar;
- Elevar la moral y mejorar el rendimiento de los integrantes del personal trabajando con ellos para cubrir las necesidades de los clientes y lograr obtener una respuesta positiva de los mismos.²⁷

Estos conceptos son aplicables no solo a los programas de planificación familiar, sino también a otros servicios de salud y pueden insertarse en el modelo de la atención primaria de la salud, la cual constituye una estrategia fundamental si desea ofrecerse un servicio que satisfaga la calidad en la prestación de los servicios mediante la atención centrada en el cliente, como podrá verse a continuación.

²⁷Bahamion C, Buxbaum A.: *Op. cit.*

IV. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

A continuación se presenta una revisión del marco referencial de la atención primaria de la salud (APS), para que más adelante se muestre de qué manera se incluyen los servicios de orientación telefónica, en particular el CIES-Microlínea, dentro de una propuesta para coadyuvar al modelo de la atención primaria de la salud.

A. CONCEPTO

En el año de 1977, en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definió una política de salud denominada "Salud para todos en el año 2000". Para lograr ésta se requieren numerosas estrategias para cada uno de los países del orbe, según sus propias necesidades epidemiológicas, económicas y culturales. Sin embargo, se reconoce que existen prioridades de salud, establecidas por la misma OMS, entre las que se encuentran: 1) Salud materno-infantil (incluyendo salud reproductiva), 2) inmunizaciones, 3) control de enfermedades diarreicas, 4) control de enfermedades agudas, 5) control de enfermedades de transmisión sexual, 6) salud mental, 7) salud dental, 8) prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y del cáncer, 9) prevención de accidentes, 10) control de enfermedades ocupacionales, 11) erradicación de la malaria, 12) control de otras enfermedades parasitarias, 13) erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana, 14) alimentación y nutrición, 15) salud ambiental y 16) salud pública veterinaria.

En la reunión de Alma Ata en la ex-U.R.S.S., en 1978, se estableció que la estrategia específica, distinta a todas las anteriores, debía ser la Atención Primaria de Salud (APS) y, posteriormente, se definieron las metas mínimas en salud que debían alcanzarse en la región de las Américas.²⁸ "La APS es fundamentalmente asistencia sanitaria basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente adecuados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar y mantener en las distintas fases de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Forma parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función básica y el foco de atención, como del desarrollo social y económico general de la comunidad. Es el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la asistencia lo más cerca posible de los lugares donde la población vive y trabaja, y constituye el principal elemento de un proceso continuo de atención."²⁹

La estrategia de APS posee varios componentes, de los cuales los programas constituyen la base de la misma. Los elementos esenciales de la APS son:

- 1) Educación de los principales problemas de salud y de los métodos para prevenirlos y controlarlos.
- 2) Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y de saneamiento básico.
- 3) Asistencia materno infantil y planificación familiar.

²⁸ Kroeger A, Luna R. (1987): Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de Salud. México, Editorial Pax-México.

²⁹Fajardo OG, Ruezga A. (1994): Atención Primaria de la Salud y Seguridad Social en América. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Serie Estudios 7. México, pág. 2-23.

- 4) Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- 5) Prevención y control de las principales enfermedades endémicas locales.
- 6) Tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes,
- 7) promoción de la salud mental, y
- 8) Suministro de medicamentos esenciales.³⁰

Los programas de APS deben cubrir algunas características generales, como el hecho de ser accesibles (sin distinción alguna, cualquier persona puede hacer uso de los programas o los servicios de salud, en términos de cercanía, disponibilidad, cobertura), que el contenido de los programas hagan énfasis sobre las actividades de promoción y prevención de manera conjunta con las de tratamiento y rehabilitación; deben ser universales (es para cualquier persona), equitativos (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y continuos (no esporádicos o temporales). Asimismo es indispensable que satisfagan las necesidades prioritarias, ya mencionadas.

Otros elementos importantes de la APS son la participación comunitaria, la coordinación y la regionalización. Los programas de APS no tendrían cabida sin un cambio en las personas a quienes están dirigidos. La colaboración de las autoridades de cada comunidad así como la determinación del estado de salud y enfermedad de quienes forman parte de dicha comunidad, son esenciales. La coordinación se refiere a la colaboración de todas aquellas instituciones que prestan sus servicios en una determinada zona o región y sus relaciones a otros niveles de atención; la regionalización favorece una mejor

³⁰José MV, Kumate J, Barnard A. (1989): *La Atención Primaria de Salud como Instrumento de Desarrollo en México*. Salud Pública de México 31(2): 177-184.

identificación de los grupos humanos y las prioridades que deben ser atendidas, de acuerdo con las necesidades inherentes de la comunidad³¹.

La APS significa un compromiso; la prestación global de los servicios de salud a toda la población en condiciones de igualdad de acceso y de acuerdo a sus necesidades. Los sistemas de prestación que cuentan con medios de referencia y contrarreferencia de usuarios y con niveles de atención en que hay una concentración adecuada de los recursos, se desarrollan mejor facilitando la ampliación (cobertura) y permitiendo la satisfacción y solución de todas las necesidades de la comunidad. Para alcanzar sus objetivos, el sector salud debe reestructurar y mejorar el otorgamiento de servicios, comprometiéndose con la redefinición de la misión de tal manera que se identifiquen las metas, con voluntad para negociar y decidir políticamente. Es indispensable que se creen relaciones intersectoriales, fortaleciendo los vínculos sectoriales entre las políticas y planes de salud y socioeconómicos. Este fortalecimiento está íntimamente ligado al análisis y comprensión de los vínculos entre sectores y sus interacciones, además de destacar la aplicación de mecanismos para la participación de la comunidad y de sus recursos en los planes de salud y desarrollo. Para ello es necesario la implantación de métodos y normas, la preparación de planificadores sociales y personal de desarrollo de la comunidad y el establecimiento de un sistema de información para intercambio y evaluación de experiencias, conocimientos y resultados.³²

La educación para la salud ocupa un lugar privilegiado en las estrategias de la atención primaria de la salud que se dirigen al mantenimiento de los individuos, dentro de un equilibrio dinámico entre la salud individual, la

³¹Kroeger A. *op. cit.*

³²Fajardo G. *Op. cit.*

comunitaria y su ecosistema; es un proceso intencionado que tiene por objetivo procurar la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y de su comunidad; orienta la conducta del individuo y su actitud ante problemas específicos y, además puede ayudar a propiciar un estilo de vida que disminuya los riesgos y refuerce la salud y la productividad ³³ Es un proceso que constituye un puente, el cual une a la información de salud con la práctica de la salud y es una herramienta básica dentro de la APS. Es uno de los mejores medios para aumentar la calidad de vida; la meta lógica de una experiencia educativa es cambiar la conducta por parte de los participantes. En el área de la salud se busca modificar conductas que la favorezcan, que disminuyan los riesgos y mejoren la calidad de vida. Muchas enfermedades pueden evitarse mediante ciertas acciones preventivas cuya naturaleza ya es bien conocida.

De hecho, la Ley General de Salud de México (1995), establece en el Artículo 112, Capítulo II, Título Séptimo, que la educación para la salud está comprendida dentro de la Promoción de la salud y tiene por objeto:

- 1) Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- 2) Proporcionar a la población los conocimientos acerca de las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud y
- 3) Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar,

³³Soberón G, Kumate L, Laguna J (compiladores) (1988): *La Salud en México; Testimonios, 1988* Tomos I y II, 1ª edición, México. Fondo de Cultura Económica.

riesgos de automedicación, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades³⁴.

B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

La cuantificación de la cobertura con APS, es conceptual y metodológicamente difícil, y por lo general las instituciones se refieren a la misma en términos cualitativos, señalando que mejoró la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, pero sin manifestarlo cuantitativa y periódicamente. Así, en los informes de evaluación de la estrategia APS se hace referencia a datos sobre cobertura de la población con servicios de salud. Por otra parte, los indicadores de cobertura de servicios no suelen ser comparables entre instituciones, ya que provienen de diferentes métodos de estimación. Una de las formas prácticas de conocer el valor que se le da a la APS, es por ejemplo, evaluar el grado de asistencia de los integrantes de la comunidad a los servicios de salud, y su participación en programas de planificación familiar.³⁵

"El control de la atención primaria de la salud debe realizarse teniendo en cuenta que la misma persigue la felicidad y el bienestar humano, o sea, que pretende mejorar la calidad de la vida, lo que es difícil de realizar por los diversos valores morales y materiales involucrados y la realidad. Requiere de normas que permitan medir los cambios conseguidos, basándose en conocimientos básicos y en las prácticas fundamentales de salud existentes en cada comunidad; ello implica un diagnóstico de salud, lo que no siempre es fácil en la atención primaria de la salud, pues la formulación de normas deben

³⁴Ley General de Salud, 1984 (1995) Artículo 112, Capítulo II, Título séptimo, 12ª edición actualizada, México, Editorial Porrúa, S. A., págs. 21-22.

³⁵Fajardo G. *Op. cit.*

basarse en una información adecuada y fidedigna y con frecuencia sólo puede recurrirse a datos demográficos y estadísticas vitales. Las normas deben establecerse de acuerdo a los deseos y expectativas de la comunidad.³⁶

En forma explícita puede decirse que el control de la APS debe tener en cuenta:

1) que los servicios se otorguen donde sean necesarios, teniendo presentes aspectos geográficos, financieros, culturales y funcionales (**NORMAS DE ACCESIBILIDAD**),

2) que se presten en forma total, no fragmentando sus componentes, sin separar la medicina preventiva de la medicina curativa (**NORMAS DE INTEGRACION: servicios de salud integrales**), y

3) que deben darse con una participación de la colectividad (**NORMA DE PARTICIPACIÓN**).

Desde otro ángulo, en el control pueden contemplarse normas relativas a estructura, desempeño (proceso) y resultados. La estructura se ocupa de estudiar los recursos en relación a los problemas de salud en cuanto a número, características y propósitos; o sea, que tiene presente lo pertinente de los recursos, la capacitación de la comunicación y los recursos materiales existentes. El desempeño o proceso se ocupa de la determinación de acciones significativas en favor de la salud de los hombres, teniendo en cuenta su naturaleza y sucesión y relacionándose así con el abastecimiento de agua, el contenido de los programas de planificación familiar y las acciones contra algunas enfermedades infecciosas como inmunizaciones. El resultado se ocupa

³⁶Fajardo G. *Op. cit.*

de los productos finales, como mejoría o no en la alimentación, disminución o aumento de la mortalidad, aumento o disminución de la fauna nociva, etc.³⁷

C. CORRESPONDENCIA ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva va de la mano de la atención primaria de la salud, ya que comparten elementos esenciales como la planificación familiar y la anticoncepción. Además, comprende aspectos relacionados con la educación para la salud, la educación sexual, la prevención de embarazos en adolescentes, la atención inicial de disfunciones sexuales, el énfasis en los programas de detección oportuna de cáncer genital (cervicouterino, mamario, testicular, prostático), la atención de niños y adolescentes según su desarrollo psicosexual, el tratamiento oportuno de cervicovaginitis y enfermedades de transmisión sexual, la atención y vigilancia prenatales, la detección oportuna de infertilidad y esterilidad, la detección de conductas parafilicas y la atención los cambios biopsicosociales durante la pubertad y el climaterio, entre otros. Por lo tanto, es indispensable llevar a cabo una revisión sobre la Salud reproductiva, sus características y elementos, con el fin de comprender de qué manera se relaciona con la atención primaria de la salud y los servicios de orientación telefónica, en particular el caso del CIES-Microline.

³⁷Fajardo G. *Op. cit.*

V. SALUD REPRODUCTIVA

A. CONCEPTO

El Programa de salud reproductiva (1996) define a la salud reproductiva como **"la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad para decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"**. Desde esta perspectiva, los servicios de salud reproductiva se amplían para incluir, además de planificación familiar y atención materno-infantil, aspectos tales como las enfermedades de transmisión sexual, los cánceres cervicouterino y mamario y el riesgo preconcepcional.³⁸ En una definición previa, la salud reproductiva se conceptualiza como **"el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad."**³⁹ Esta definición no solo observa aspectos relacionados con la planificación familiar (que incluye la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos) y la educación sexual, sino que también abarca la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad.⁴⁰

El enfoque de la salud reproductiva reconoce el derecho de toda persona no solo a regular su fecundidad segura y efectivamente, sino también a tener y criar hijos saludables, comprender y disfrutar su propia sexualidad, así como a ejercerla con responsabilidad y sin temor a las enfermedades de transmisión

³⁸Secretaría de Salud (1996). "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000". Diario Oficial de la Federación. 11 de marzo de 1996, pág. 12.

³⁹Secretaría de Salud (1994). Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. págs. 1-64.

⁴⁰NOM de los Servicios de Planificación Familiar, *op. cit.*

sexual. Entre los beneficios de un enfoque integral de salud integral se encuentran: la integración de aspectos que comúnmente se veían aislados (planificación familiar, salud materno infantil, enfermedades de transmisión sexual, infertilidad y esterilidad); una concepción de la salud de hombres y mujeres que vaya más allá del periodo reproductivo, para incluso extenderse a las etapas previas y posteriores al mismo; la promoción de la educación en materia sexual, de regulación de la fecundidad y de salud; el fomento de condiciones propicias al ejercicio pleno, responsable e informado de los derechos reproductivos y de salud de los individuos y las parejas; y, por último, el hecho de que pone de manifiesto la necesidad de que hombres y mujeres participen en las decisiones asociadas con la reproducción y crianza de los hijos en condiciones de igualdad y equidad, con responsabilidades y obligaciones compartidas.⁴¹

B. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA NACIONAL

La situación demográfica de nuestro país se conoce a través de diversos indicadores. Su inclusión en este trabajo es con el fin de enfatizar la importancia de un buen modelo de atención en salud reproductiva, dentro del modelo de atención primaria de la salud, ya que, como podrá verse a continuación, el crecimiento poblacional no ha tenido los cambios esperados por los programas de planificación familiar.

1. Indicadores poblacionales.- Para 1990, la población de México era de 81.2 millones de personas y para 1995, se ubicó en 91.6 millones y se espera que

⁴¹Poder Ejecutivo Federal (1995): Programa Nacional de Población, 1995-2000, México, Pág. 29

para finales de 1996, la población sea de 93 millones de personas^{42,43}. El 51% de la población de México está constituida por mujeres de acuerdo con los resultados preliminares del conteo 1995 del INEGI. La tasa de crecimiento anual con respecto a 1994-95 es ahora de 1.8%, a diferencia de la década de los setentas que fue de 3.2, en los ochentas de 2.3 y en el censo del 1990 casi del 2.0. INEGI destaca que en el periodo 1990-1995 el crecimiento promedio anual fue del 2.3%.⁴⁴ Del total de la población, el grupo de edad de 10 a 14 años ocupa el 12.8%, de 15 a 19 años, el 12.3% y de 20 a 24 años, el 10.67%.^{45,46}

2. Indicadores de fecundidad.- En México, la mujer inicia su unión conyugal a los 22.4 años para 1990⁴⁷; de acuerdo con Orozco⁴⁸, el porcentaje de mujeres unidas entre los 15 y los 19 años es de 19.9%, la tasa específica de fecundidad es de 90 (para 1990) para este mismo grupo de edad, mientras que el porcentaje de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años con respecto al total de nacimientos es de 20.3%; la fecundidad adolescente contribuye con el 12% de la tasa global de fecundidad⁴⁹. El peso relativo de la fecundidad adolescente en la fecundidad total es más elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales. Así, las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones

⁴²De la Rosa T. (1996): "Habitan ya 91.1 millones en México". *Periódico Reforma*, viernes 26 de abril de 1996, página 12.

⁴³Programa Nacional de Población, *Op. cit.*, pág. 1-6.

⁴⁴De la Rosa T., *Op. cit.*

⁴⁵Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993): *Fecundidad, Tabulados temáticos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. México, INEGI.

⁴⁶Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993), *Op. cit.*

⁴⁷Weili, C. (1994): *La fecundidad en México*, 1ª edición, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

⁴⁸Orozco, C. (ed.) (1993): *Los jóvenes y los programas en salud y sexualidad en América Latina*, 1ª edición, México, Fare Diseño Industrial y Gráfico, S.A. de C. V.

⁴⁹Programa Nacional de Población, *Op. cit.*

negativas de un embarazo temprano. El porcentaje de mujeres que tuvieron una relación sexual antes de los 20 años, según lugar de residencia, es de 40.3% para la zona urbana y de 62.7% para la zona rural; el porcentaje nacional es del 45.7%, y el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en unión que usan anticonceptivos es del 30%.^{50,51} También se constata que cuanto más temprana es la edad de una mujer al momento de su primer embarazo, mayor es la ocurrencia de embarazos fuera del matrimonio. Esto repercute en el hecho de que estas mujeres deben, en buena parte de los casos, afrontar solas las responsabilidades del mantenimiento y la crianza de los hijos, lo que propicia la reproducción intergeneracional de condiciones de desventaja socioeconómica.⁵²

Por otro lado, de acuerdo con los resultados de la Encuesta sobre Fecundidad y Salud, se sabe que la mitad de las mujeres de 25 a 49 años en la fecha de la encuesta, se casaron o entraron en unión consensual antes de los 20 años.⁵³ En 1991, la tasa bruta de natalidad es de 28 nacimientos por 1,000 habitantes, mientras que en este mismo año para los Estados Unidos de Norteamérica fue de 16 nacimientos por 1,000 habitantes.⁵⁴ Para 1992, la tasa general de fecundidad para México es de 123.8, con una tasa de natalidad de 32.2.⁵⁵ En 1987, el 53 por ciento de las mujeres mexicanas casadas y en edad reproductiva utilizaba algún método anticonceptivo, a diferencia del 74 por ciento de las mujeres estadounidenses.⁵⁶ Estos hechos son algunos de los factores que influyen en los niveles y tendencias de la fecundidad en nuestro

⁵⁰Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993): *La mujer en México*. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. 2ª edición, México, INEGI.

⁵¹Orozco C.: *Op. cit.*

⁵²Programa Nacional de Población, *Op. cit.*

⁵³Secretaría de Salud (1987): *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES)*, México.

⁵⁴Salinas AM. (1994): "Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo". *Salud Pública de México*. 36(5):513-520.

⁵⁵Secretaría de Salud (1992): *Estadísticas vitales, 1992*, México, pág. 17.

⁵⁶Salinas AM., *Op. cit.*

país, y mientras no se lleven a cabo acciones tendientes a retrasar el nacimiento del primer hijo y al control de la fertilidad, la perspectiva del descenso de la tasa global de fecundidad será gradual y a largo plazo, lo que impacta directamente sobre la salud reproductiva de la población.

3. Indicadores de mortalidad, tasa de crecimiento y migración.- En nuestro país, la tasa de mortalidad general para 1993 fue de 4.7 por 1000 habitantes, la tasa de mortalidad materna para el mismo año fue de 4.5 por 10,000 nacidos vivos registrados y la tasa de mortalidad infantil (perinatal: hebdomadal y neonatal) fue de 9.7.⁵⁷ Se estima que, durante 1995, ocurran alrededor de 420 mil defunciones y que ocurran 2.3 millones de nacimientos, lo que implica un incremento absoluto anual de casi 1.9 millones de mexicanos, lo que significa una tasa de crecimiento anual de 2.05%. El saldo neto migratorio internacional de México es negativo y asciende aproximadamente a 290 mil personas por año. Si se descuenta este efectivo del aumento natural de la población (resultante de la diferencia entre nacimientos y defunciones), el crecimiento neto en números absolutos asciende a cerca de 1.6 millones de personas, en tanto la tasa de crecimiento total es de 1.73 por ciento anual. La tasa bruta de mortalidad se estima en 4.6 x 1000 para mediados de 1995 y la tasa bruta de migración neta se estima en -0.32%.⁵⁸

⁵⁷Dirección General de Estadística e Informática. (1993): *Mortalidad 1993*, Subsecretaría de planeación, Secretaría de Salud, México, 1994.

⁵⁸Programa Nacional de Población, *Op.cit.*

C. METAS DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA

Las acciones de planificación familiar (como un subprograma para el abordaje de la atención de salud reproductiva) coadyuvarán al cumplimiento de las metas de crecimiento demográfico señaladas en el Programa Nacional de Población y se traducirán en una reducción de la tasa global de fecundidad a 2.4 hijos por mujer en el año 2000; la duplicación en el periodo de 1995-2000 del número de procedimientos de vasectomía sin bisturí y elevar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres unidas en edad fértil a 70.2% para el año 2000, manteniendo la cobertura anticonceptiva de mujeres unidas del área urbana en niveles superiores a 70% y elevándola en las áreas rurales a 57%.⁵⁹

Las estrategias para disminuir esta tasa se lograrán a través de la disminución de la tasa de fecundidad mediante el retraso del nacimiento del primer hijo y del control de la fertilidad mediante el uso de métodos anticonceptivos como parte de los programas de planificación familiar y salud reproductiva.⁶⁰ Asimismo, de ser posible, deberá retrasarse el inicio de vida sexual activa en los adolescentes, lo cual requiere de subprogramas de salud que faciliten la difusión de información y la provisión de servicios especialmente diseñados para la población en estas edades, que priorice la comprensión de su sexualidad, las alternativas de protección contra embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades por vía sexual y el riesgo de infertilidad que conllevan. El objetivo del subprograma de salud reproductiva en los adolescentes es fomentar la adopción de actitudes y conductas responsables favoreciendo que los adolescentes asuman su sexualidad de manera autónoma,

⁵⁹Secretaría de Salud (1996): Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo de 1996, México, págs. 29-31.

⁶⁰Secretaría de Salud (1987): *Op. cit.*

consciente y sin riesgos. Las acciones desarrolladas favorecerán en la población adolescente con vida sexual activa la postergación de la edad al primer nacimiento, la disminución en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, la reducción en 50% del número de embarazos no deseados, el aumento al 60% de la prevalencia de uso de anticonceptivos, en particular preservativos; la provisión y atención integral durante el embarazo, el parto y el puerperio al total de menores de 20 años embarazadas.⁶¹

El subprograma de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad en el país debida a estas patologías. Propone difundir información adecuada sobre prevención, mecanismos de transmisión y el reconocimiento temprano de síntomas y enfatiza la necesidad de incrementar el uso del preservativo para el ejercicio de la sexualidad sin riesgo. Asimismo, señala la importancia de capacitar al personal médico y paramédico en la detección temprana y tratamiento de los casos, así como el seguimiento epidemiológico de los contactos. A través de las acciones de este subprograma se intenta eliminar la sífilis congénita para el año 2000; disminuir en 50% el número de niños infectados con VIH durante el embarazo, parto o a través de la lactancia mediante la administración de tratamiento antirretroviral a las embarazadas infectadas con el virus, y detectar y proporcionar atención oportuna y adecuada al 80% de las personas infectadas con VIH⁶².

Las estrategias del Programa de Salud Reproductiva incluyen:

- Enfoque de género
- Educación en materia sexual, de regulación de la fecundidad y la salud

⁶¹Diario Oficial de la Federación: *Op. cit.*

⁶²Diario Oficial de la Federación: *Op. cit.*

- Fomento de condiciones propicias al ejercicio pleno, responsable e informado de los derechos reproductivos y de salud individual y de pareja
- Participación de hombres y mujeres en la decisión afín con la reproducción y crianza de los hijos en condiciones de igualdad y equidad con responsabilidades y obligaciones compartidas.⁶³

Para entender las relaciones entre la salud reproductiva y la atención primaria de la salud, es fundamental revisar el concepto de sexualidad ya que se integra a ellas proponiendo un área de conocimiento holístico que permite la creación de modelos innovadores de intervención.

CH. SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad humana. Es una expresión del ser integrada, única, que conjunta los procesos fisiológicos y psicológicos inherentes al desarrollo psicosexual y la respuesta sexual.⁶⁴ Es un término ampliamente utilizado para referirse a todos los aspectos de ser y sentirse sexual⁶⁵. Es la cualidad de ser humano, un aspecto poderoso y propositivo de la naturaleza humana y una dimensión importante de la humanidad. Integra uno de los sentimientos de individualidad más íntimos y la necesidad de cercanía emocional con otro ser humano. Es un proceso continuo de reconocimiento, aceptación, y expresión de uno mismo como un ser sexual.⁶⁶

⁶³Programa Nacional de Población, *Op. cit.*

⁶⁴Fogel CI, Lauver D. (1990): Sexual Health Promotion. First edition, USA, W.B. Saunders Company, pág. 1-18.

⁶⁵Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. (1992): Human Sexuality. 4th edition, USA, HarperCollins Publishers, Inc., página 5

⁶⁶Fogel, CI., Lauver D *Op. cit.*

Conforme cambian los individuos, su sexualidad cambia también; el aprendizaje sexual es un proceso que dura toda la vida. La sexualidad no solo es afín a la conducta sexual, ni es solo una asignación anatómica del género. No existe solo en los jóvenes y atractivos y no se restringe a las parejas heterosexuales. La sexualidad existe incluso cuando una persona no está interactuando con otros. Es un aspecto profundo, intenso, de la personalidad que se presenta desde el nacimiento hasta el último momento de la existencia. Se comunica en formas que van desde movimientos corporales, las relaciones con los demás en encuentros cotidianos, hasta expresiones de sentimientos profundos de amor o interés por el otro.

Es necesario diferenciar entre sexo, actividad sexual, funcionamiento sexual y sexualidad. El sexo se refiere solo a la asignación anatómica del individuo. Las conductas sexuales son las expresiones verbales y no verbales de la sexualidad e incluyen actividades genitales y extragenitales. El funcionamiento sexual se refiere a las funciones corporales naturales que comienzan en el útero y en cierta medida se sujetan al control consciente. A pesar del control consciente de algunas expresiones de la conducta sexual, algunos de los aspectos del funcionamiento sexual son involuntarios, como la erección peneana y la lubricación vaginal que se presentan durante el sueño.

Debido a que la sexualidad incluye mucho más que la actividad o el funcionamiento sexuales, abarca todo el rango de la experiencia humana y contribuye a nuestras vidas en muchos sentidos. Un sentido sano o positivamente desarrollado ofrece lo siguiente:

- Permite que una persona, a través de sus hijos, establezca un lazo con el futuro.
- Proporciona un medio de liberación física y placer sexual.

- Une a las personas.
- Permite comunicar sentimientos sutiles, gentiles o intensos.
- Proporciona sentimientos de bienestar cuando las experiencias sexuales son positivas.
- Es uno de los factores que contribuyen a la identidad del individuo.⁶⁷

Desde un punto de vista biopsicosocial, la sexualidad integra a las tres esferas (biológica, psicológica y social) gracias a que un individuo tiene características genéticas, gonadales, hormonales y fenotípicas (BIOLÓGICAS) que lo diferencian en uno u otro sexo; actitudes y la dimensión intrapsíquica y sus percepciones de las relaciones interpersonales, junto con la incorporación del autoconcepto constituyen algunos de los aspectos PSICOLÓGICOS. Roles o funciones de género, valores, ritos, estereotipos, todo mediado por la cultura, pertenecen a los aspectos SOCIALES. Cada una de estas esferas aporta elementos importantes a la construcción del Yo sexual, y no es posible la existencia de una sin las demás.

Eusebio Rubio, connotado sexólogo mexicano, menciona que la sexualidad es un proceso integral que conlleva cuatro grandes holones o unidades energéticas que se interrelacionan entre sí: el vínculo, la identidad de género, el erotismo y la reproducción.⁶⁸ El vínculo es la capacidad de relacionarse afectivamente con los demás; la identidad de género es la capacidad de verse a sí mismo como hombre o mujer; el erotismo es la capacidad para sentir placer como una forma de expresión sexual y humana y la reproducción es la capacidad para tener descendencia.

⁶⁷Fogel CI y Lauver D. *Op. cit.*

⁶⁸Rubio EA. (1994): "Introducción al estudio de la sexualidad humana" en Antología de la Sexualidad Humana, 1ª edición, México, Miguel Ángel Porrúa, Editorial-CONAPO, págs. 17-46.

Como parte de las acciones de investigación del Centro de Información de Educación Sexual, CIES-Microlínea, creemos importante incluir en este modelo al YO como la estructura funcional integradora del paradigma de los holones, la cual conlleva la imagen corporal, la autoestima, el autoconcepto y los autorrecursos. La imagen corporal se relaciona con la capacidad que tenemos para visualizar nuestro propio cuerpo, la percepción que tenemos de él; la autoestima se refiere a los sentimientos que cada uno de nosotros tenemos acerca de nosotros mismos, ya sean buenos o malos. El autoconcepto se aplica a la percepción que tenemos de nosotros mismos con respecto a nuestras habilidades, destrezas, y recursos en general; lo que somos.⁶⁹ (Fig. 2)

El modelo global permite entender las interacciones entre cada una de las esferas. Es un modelo dinámico, es decir que cambia con la edad, la experiencia, la información, las relaciones con los demás, la manera en como se aprendió el rol de género, etc. Cada una de estas esferas representa en sí misma un subsistema, también dinámico, que intercambia energía con las otras esferas, de tal forma que si se modifica una, se modifican las demás. Tal es el caso del cambio en la percepción de uno mismo como hombre o mujer si se modifica la esfera reproductiva al utilizar un método anticonceptivo.

⁶⁹Huffman K. Vernoy M, Vernoy J.(1994): Psychology in Action. Third edition, Canada, John Wiley & Sons, Inc.

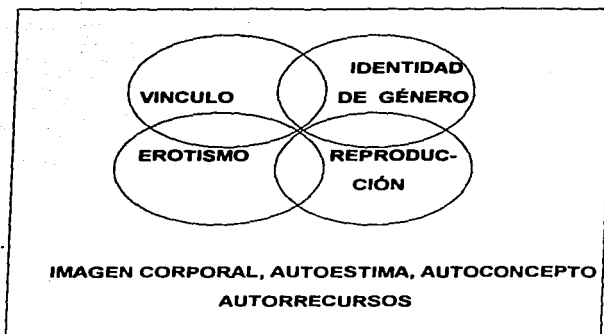


Fig. 2. Modelo sistémico de la sexualidad. (Modificado de Rubio, E. (1994) "Introducción al estudio de la sexualidad humana" en Antología de la sexualidad humana. México, Miguel Angel Porrúa, Editorial-CONAPO.)

Otro concepto que es afín a la sexualidad es el de la **SALUD SEXUAL**, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en 1975 y que se refiere a la **integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de los seres sexuales de manera que se enriquezcan positivamente y que favorezcan la personalidad, la comunicación y el amor.**⁷⁰ Esta definición reconoce las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la sexualidad. Implica la integridad y continuidad del individuo, y la necesidad de incorporar la salud sexual dentro del concepto de salud personal global, que sugiere la importancia de un abordaje positivo, holístico a la sexualidad humana. El derecho de los individuos a la información sexual se ve

⁷⁰Fogel CI, y Lauver D. *Op.cit*

como algo básico. Así, un individuo sexualmente sano tiene las siguientes características:

- Conocimientos sobre los fenómenos y procesos sexuales
- Una imagen corporal positiva
- Autoconcepto sobre las actitudes acerca del sexo
- Autoconcepto y apreciación de sus sentimientos sobre la sexualidad
- Un sistema de valores bien desarrollado, útil, que proporcione recursos para la toma de decisiones
- La habilidad para crear relaciones efectivas con miembros de ambos sexos.
- Cierta grado de comodidad emocional, interdependencia y estabilidad con respecto a las actividades sexuales en las que participe el individuo.⁷¹

Por eso es imprescindible que los prestadores de servicios tengan en cuenta estos nuevos enfoques relacionados con la sexualidad ya que los programas de atención para la salud, incluyendo atención primaria y salud reproductiva, consideren intervenciones que pueden modificar alguna de las esferas afines a la sexualidad, o a la imagen corporal, la autoestima o el autoconcepto. De lo contrario, es posible que encontremos dificultades en la aceptación y apego de los usuarios de los servicios de salud a programas fundamentales como la anticoncepción o la prevención del cáncer cérvicouterino.

⁷¹Fogel CI y Lauver D, *Op. cit.*

D. SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Existen nexos naturales entre la salud y la anticoncepción y la planificación familiar, y entre los cambios en la fecundidad y el proceso de desarrollo socioeconómico.⁷² Por ejemplo: Más de medio millón de mujeres a nivel mundial mueren todos los años por causas relacionadas con el embarazo; muchas de estas defunciones ocurren después de embarazos no deseados: 20% a 40% se producen a resultas de abortos peligrosos. Para las mujeres que quieren evitar un embarazo, el uso de anticonceptivos significa evitar los riesgos del embarazo y del parto o de un aborto en condiciones peligrosas.

Las tres medidas cruciales para mejorar la salud materna son: 1) reducir el número de embarazos; 2) reducir la probabilidad de complicaciones durante el embarazo, y 3) mejorar el desenlace de los embarazos con complicaciones⁷³. Para reducir las complicaciones y mejorar el desenlace de los embarazos es necesario tener acceso a mejores servicios de atención obstétrica, más atención de salud para las mujeres pobres y de zonas rurales, y mejoramiento del nivel de vida de las mujeres. Asimismo, es importante que la población sea educada en salud reproductiva, por lo tanto, es indispensable la creación de modelos de atención primaria de la salud que abarquen aspectos relacionados con salud reproductiva y sexualidad, incluyendo programas de planificación familiar que fomenten, orienten y suministren el uso de anticonceptivos eficaces. Como parte de la atención primaria de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos puede ayudar a proteger la vida y la salud de la mujer al evitar los embarazos.

⁷²Omran A, Solis A. (1992): "Integración de la planificación familiar en la atención primaria de salud en las Américas", en Salud Reproductiva en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, OMS/OPS.

⁷³McCauley A, Robey B, Blanc A, Geller J. (1994): "Oportunidades para la mujer mediante la libre decisión reproductiva." Population Reports. XXII: 1, Serie M, No. 12, Julio de 1994.

"La difusión y extensión de la práctica de regulación de la fecundación depende del cumplimiento de las siguientes tres condiciones:

- **que las parejas estén convencidas de que pueden influir en su reproducción;**
- **que la regulación de la fecundidad sea vista como una acción provechosa por las parejas, tanto en su beneficio como en el de su familia; y**
- **que los medios de regulación de la fecundidad sean conocidos y estén disponibles para que las parejas puedan ejercer libre, responsable e informadamente el derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus nacimientos.**"⁷⁴

Las preferencias reproductivas guardan una estrecha relación con la segunda precondition. Existen múltiples factores de orden económico, social, institucional y cultural que contribuyen a moldear las preferencias de los individuos y de las parejas respecto a un determinado tamaño de familia. Procesos como la urbanización, la expansión de la producción mercantil, las mayores oportunidades de empleo asalariado, la creciente ampliación del sistema educativo, las expectativas creadas por el mercado de consumo, la mayor cobertura de las instituciones de salud y seguridad social, la creciente influencia de los medios de comunicación, entre otros, inciden, mediante diversos mecanismos, en la formación de dichas preferencias.

La provisión y acceso a los servicios de planificación familiar, así como las acciones de educación y comunicación en población, se relacionan con la primera y tercera condiciones, tanto en términos de la difusión del conocimiento acerca de la existencia y características de los métodos anticonceptivos, como de su disponibilidad, accesibilidad y suministro. Los programas de planificación familiar han desempeñado un papel primordial no solo desde el punto de vista

⁷⁴Programa Nacional de Población. *Op. cit.*

de la oferta de servicios, sino también la difusión de la idea de que las parejas puedan influir en la determinación de su descendencia.⁷⁵

En nuestro país, ha habido un incremento del suministro de los anticonceptivos por parte de del sector público , ya que el IMSS provee 2 de cada 3 métodos anticonceptivos, en particular métodos quirúrgicos (oclusión tubaria bilateral o vasectomía). Las farmacias, después del IMSS, son la segunda fuente de provisión de métodos anticonceptivos y constituyen la primera fuente para las mujeres que inician su práctica anticonceptiva, ya que recurren a estas seis de cada diez usuarias de pastillas anticonceptivas y ocho de cada diez usuarias de métodos locales. Este tipo de métodos anticonceptivos son utilizados en particular por mujeres jóvenes sin hijos. Es motivo de preocupación que gran parte de las parejas que inician su práctica anticonceptiva lo hagan en establecimientos, como las farmacias, que no educan ni brindan información acerca de las características de los métodos, su forma de uso o sus posibles efectos colaterales. Esto es aún más crítico si se considera que los métodos que comúnmente están disponibles en las farmacias requieren de una consejería adecuada para que su uso sea eficiente y seguro. Es previsible que las farmacias continúen desempeñando un papel importante en el suministro de anticonceptivos, por lo que deben promoverse las medidas para que estos y otros establecimientos ofrezcan información adecuada, precisa y sencilla.⁷⁶

Frente a estas tendencias y recordando que una elevada proporción de mujeres en edad fértil se concentra en el grupo de 15 a 24 años, es evidente la importancia de todas las instituciones que integran los servicios de salud para

⁷⁵Programa Nacional de Población. *Op. cit.*

⁷⁶Programa Nacional de Población. *Op. cit.*

asegurar el aprovisionamiento de los métodos anticonceptivos contemplados por la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. El reto de la política de población estriba en promover la impartición de una educación sexual integral que propicie el ejercicio responsable de la sexualidad y la reversión de la tendencia marcada por el recurso de la anticoncepción en las etapas más tardías de la vida reproductiva, cuando las parejas ya han alcanzado un número elevado de hijos. Para impulsar la reversión de la tendencia indicada se requiere que las instituciones de salud amplíen la gama de métodos que ofrecen, reforzando la promoción de métodos reversibles que propicie la práctica anticonceptiva entre las parejas jóvenes, así como la difusión entre los jóvenes y los adolescentes de los beneficios que significa ejercer responsablemente su sexualidad.⁷⁷

¿Qué está sucediendo con respecto al uso de los métodos anticonceptivos? Entre 1974 y 1992, se redujo considerablemente la proporción de aceptantes de pastillas y DIU que, tras doce meses, continuaban usando el mismo método. En el caso de los hormonales orales, las principales causas que explican el abandono se refieren a la falla del método y a la presencia de efectos colaterales. Este último es también el principal motivo de abandono del DIU. En ambos casos, el problema se relaciona con el tipo y calidad de información que reciben las nuevas aceptantes. Por otro lado, los datos indican que una de cada cuatro mujeres que no utilizan métodos da como razones de no uso la falta de conocimiento acerca de ellos o de las fuentes de suministro. Para promover una mayor prevalencia y continuidad, así como garantizar que el uso de anticonceptivos se realice en forma segura y efectiva, es indispensable asegurar que las parejas dispongan de consejería e información acerca de cómo y dónde

⁷⁷Programa Nacional de Población, *Op. cit.*

obtenerlos, cuáles son los más convenientes para sus condiciones, y el conocimiento suficiente sobre su forma de uso y los efectos colaterales. La consejería en materia de planificación familiar debe considerar todos los métodos reconocidos por la Norma Oficial Mexicana en la materia, incluidos los métodos naturales o de abstinencia periódica para regular la fecundidad, cuya efectividad depende principalmente de su adecuado conocimiento, además de disciplina y perseverancia. En consecuencia, el curso futuro de la transición demográfica no puede descansar exclusivamente en la ampliación de la oferta de servicios de planificación familiar. Es necesario mejorar la calidad de estos servicios, impulsar un cambio profundo en las preferencias reproductivas de los grupos sociales que valoran tener una familia numerosa, así como promover un enfoque integral de la salud reproductiva que permita un cambio de orientación, a fin de responder a las necesidades e intereses de los individuos y las parejas en los ámbitos de la salud, la sexualidad, la anticoncepción y la reproducción.⁷⁶

La práctica de la anticoncepción favorece la salud emocional de la mujer y su pareja al proporcionarles mayor control reproductivo y más opciones acerca de la procreación. Especialmente para la mujer, la falta de control sobre la propia vida es causa importante de estrés. Puesto que la práctica de la anticoncepción, al igual que otras medidas preventivas de salud, pone de manifiesto una orientación hacia el futuro, se trataría de un importante paso para superar el fatalismo y la falta de autoestima. Pero en ciertas circunstancias, la obtención y uso de anticonceptivos puede de por sí causar estrés, especialmente en lugares donde los anticonceptivos modernos no han sido aún ampliamente aceptados. La idea de visitar un consultorio de planificación familiar y de contestar preguntas o de someterse a un examen físico puede

⁷⁶ Programa Nacional de Población, *Op. cit.*

inquietar a una mujer. También puede temer que si acude a consulta o practica la anticoncepción, el marido se enoje, o que su familia, la familia política u otros la critiquen. Tal vez el método anticonceptivo que usa le produce efectos secundarios dolorosos o inquietantes. Puede haber oído falsos rumores alarmantes acerca de los peligros de los métodos anticonceptivos. Los administradores de servicios de salud reproductiva deben reconocer estas posibles tensiones y elaborar estrategias para reconocerlas y manejarlas adecuadamente. A medida que el uso de anticonceptivos se convierte en la norma de la comunidad y a medida que mejoren los servicios, la práctica de la anticoncepción tal vez cause menos estrés^{79,80}. Así, los programas de atención primaria de salud reproductiva, en particular el de planificación familiar, pueden fomentar el respeto por la mujer, prestar una variedad de servicios de atención de salud y diseñar actividades tendientes a fortalecer las aptitudes que permiten a la mujer aprovechar nuevas oportunidades.

Los servicios de planificación familiar orientados hacia la salud reproductiva se definen como el sistema de atención de salud reproductiva que ayuda a los usuarios a alcanzar sus objetivos respecto de la fecundidad de una manera más sana, es decir, que toma en cuenta el derecho a la salud reproductiva, regulando la fecundidad segura y eficazmente, comprendiendo su capacidad para disfrutar su sexualidad, evitando enfermedades, discapacidades o muerte relacionada con la sexualidad y la reproducción y para tener y criar hijos sanos.⁸¹ Este sistema se dedica primero a asegurar que los usuarios reciban servicios de planificación

⁷⁹McCauley A, Robey B, Blanc A, Geller J: *Op. cit.*

⁸⁰National Research Council (1990): *Anticoncepción y Reproducción*. 1° ed., Argentina, Editorial Médica Panamericana S.A., págs. 5-24

⁸¹Dixon R. (1993): "The Sexuality Connection in Reproductive Health". *Studies in Family Planning* 24, 5:269-282.

familiar de alta calidad y luego a ofrecerles servicios adicionales para ayudar a las mujeres a satisfacer múltiples necesidades de salud al mismo tiempo y en el mismo lugar. Para que sean de alta calidad, los servicios de planificación familiar requieren dos componentes: la interacción respetuosa y provechosa entre proveedor de los servicios y los usuarios, y personal técnicamente idóneo.

Con el fin de garantizar la alta calidad, los programas deberán:

- 1) determinar qué servicios pueden ofrecer,
- 2) establecer normas de atención localmente definidas y
- 3) establecer procedimientos para la vigilancia de la calidad.

Este sistema debe orientarse hacia el usuario, de tal forma que los administradores de los programas busquen la mayor accesibilidad, respetando los deseos de los mismos, especialmente hacia las mujeres, haciendo que se sientan más seguras de sus decisiones y de su derecho a tomarlas. Idealmente, el prestador de los servicios de salud reproductiva y anticoncepción, debe impartir información, escuchar atentamente, fomentar la discusión, ayudar a las usuarias a reconocer sus propias necesidades y contestar sus preguntas.

Asimismo, este tipo de sistema debe fomentar la participación de los varones. Para proteger la salud reproductiva se necesita la participación del hombre y de la mujer. Si bien la mujer puede regular su fecundidad sin la cooperación del hombre, y muchas lo hacen, la anticoncepción y la planificación familiar son más fáciles y la elección de métodos más amplia si se cuenta con la comprensión y ayuda del hombre. En este sentido, los programas de salud reproductiva pueden ayudar a que los hombres cooperen con sus compañeras para evitar los embarazos no deseados y para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Los programas pueden: 1) informar a los hombres acerca de la planificación familiar, la salud reproductiva y los métodos anticonceptivos; 2) estimular y mejorar la comunicación entre las parejas; 3) diseñar servicios convenientes para los hombres; 4) ofrecer una selección de métodos anticonceptivos para los hombres y 5) promover imágenes modelo de hombres que cooperan con las mujeres dentro de la familia y de la comunidad.⁸²

Es especialmente importante mejorar los servicios mediante los cuales los varones reciben información sobre métodos anticonceptivos, servicios de alta calidad, accesibles y adecuados a sus necesidades.

E. SALUD REPRODUCTIVA PARA POBLACION DE ALTO RIESGO: ADOLESCENTES

Se considera que la población adolescente se ha incrementado de manera notable en nuestro país, que representa el 23.2% de la población total. Para 1994 se estimaba una población de 20.9 millones de adolescentes, de los cuales 10.4 eran mujeres y 10.5 varones.⁸³

La intervención planeada que se lleva a cabo en México a través de la Dirección General de Salud Reproductiva por parte de la Secretaría de Salud es la aplicación del Subprograma de salud sexual y reproductiva de adolescentes, que tiene como objetivo:

⁸²MacCauley A, Robey B, Blanc A, Geller J.: *Op. cit.*

⁸³Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000), *Op. cit.*

"Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación, comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo etáreo de la población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, así como incrementar su autoestima. Las acciones en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes deberán salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta".⁶⁴

Se cuenta con algunos centros de salud en la República Mexicana dentro del ámbito de la prestación de servicios para adolescentes. Lo mismo está llevando a cabo la Dirección de atención integral para el adolescente del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a través de consultorios comunitarios. Sin embargo, y por desgracia, los servicios de salud para el adolescente, en particular los afines a la salud reproductiva, tienen algunas limitaciones como el hecho de que el adolescente debe acudir a consultas frente a frente, lo que le hace perder el anonimato, desplazándose físicamente hacia el lugar de atención, debiendo pagar el costo de la consulta, que para el adolescente promedio, representa justificar un gasto ante sus padres ya que por lo general en esta etapa de vida suelen ser dependientes económicamente.

El adolescente constituye una población demandante de información, consejería y servicios relacionados con salud reproductiva, que tiene dificultades para acceder a ella, ya que presenta características muy particulares con respecto a su sexualidad y conducta sexual, como es el inicio de vida sexual activa, el uso de anticonceptivos y el conocimiento de su propio cuerpo. La

⁶⁴Programa de salud reproductiva y planificación familiar, *Op. cit.*

adolescencia es una etapa difícil tanto desde una perspectiva biológica como psicológica. El adolescente se enfrenta a cambios físicos que se relacionan con la pubertad así como a cambios en la imagen corporal y a la crisis que esto crea. La adolescencia también es el momento cuando el individuo define su identidad, proceso que comienza con una desviación a partir de las conductas infantiles hacia la libertad del adulto y las responsabilidades afines⁶⁵.

La transición hacia el estado del adulto incluye el inicio de la vida sexual. Las decisiones sexuales de los adolescentes pasan cuando menos a través de 3 filtros culturalmente determinados: el significado de la sexualidad, el proceso de las negociaciones entre hombres-mujeres, y la percepción de riesgo o peligro por parte del adolescente. Actualmente, en los momentos de la verdad al tomar una decisión, los jóvenes deben considerar no solo temas relacionados con la identidad, el crecimiento personal y las relaciones, sino también con el peligro creciente del SIDA.⁶⁶

El uso de anticonceptivos es especialmente bajo en los adolescentes, en quienes las consecuencias socioeconómicas y educativas son muy importantes. Los primeros coitos con la primera pareja constituyen un problema debido a que el uso anticonceptivo es muy raro y es poco frecuente la comunicación entre ambos antes de las relaciones sexuales.⁶⁷ En un estudio realizado en 1988 se indicó que más del 8% de los adolescentes sexualmente activos tuvieron dos o más parejas sexuales en los 3 meses anteriores, superior a cualquier otro grupo de edad. Las razones por las cuales los adolescentes no utilizan anticoncepción de manera eficaz caen en dos categorías: falta de acceso a la información

⁶⁵Boehm K, Chessare JB, Vaiko TR, Sager MS (1991): "Teen Line: A descriptive analysis of a peer telephone listening service". *Adolescence*. 26(103):643-648.

⁶⁶Netting NS. (1992): "Sexuality in youth culture: identity and change". *Adolescence* 27(108):961-976.

⁶⁷Poppen PJ.(1994): "Adolescent contraceptive use and communication: changes over a decade. *Adolescence*. 29(115):503-514.

anticonceptiva y la falta de apego a las recomendaciones anticonceptivas, por lo que es indispensable crear alternativas para que los adolescentes tengan acceso a los programas de salud reproductiva relacionados.⁸⁹ El prestador de servicios debe estar preparado especialmente para proporcionar la atención a adolescentes; sin embargo, no es frecuente que su preparación sea adecuada y carece de los elementos suficientes para dar información y atención a los adolescentes,^{89,90,91} tema que se retomará más adelante.

En general, el uso de anticonceptivos aumenta a medida que se estabiliza la frecuencia y la regularidad de las relaciones sexuales. Sin embargo, debería existir cierta comunicación entre la pareja sobre el uso o no de anticonceptivos. En apariencia, y para muchas parejas, el hombre considera que es la mujer quien debe responsabilizarse, aunque también puede considerarse que no es apropiado que sepa de "esas cosas".⁹²

Los pocos datos que existen sobre México señalan que es esencial conocer estos aspectos más a fondo para poder avanzar en una educación sexual integral y apropiada. Para que una adolescente o una pareja utilice anticonceptivos, será necesario que ella sienta que su compañero es receptivo, o que él tome la iniciativa, sugiriendo el uso. Los datos cualitativos de jóvenes urbanos, de grupos arraigados culturalmente, muestra un dilema muy importante en el uso del condón y otros métodos anticonceptivos modernos. Si el muchacho

⁸⁹Davis AJ (1994): "The role of hormonal contraception in adolescents". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(5 pt 2): 1581-1585.

⁹⁰Martínez E, Salazar M, Parada DM, Cardoso AM. (1992): "La sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años de una población dada" *Revista Cubana de Enfermería* 8(2):101-110.

⁹¹Swenson Y, Oakley D, Swanson J, Marcy S.(1991): "Community health nurses' knowledge of, attitudes toward, and involvement with adolescent contraceptive services". *Adolescence*, 26(101):7-11.

⁹²Wall-Hass CI.(1991): "Nurses' attitudes toward sexuality in adolescent patients". *Pediatric Nursing* 17(6):549-555.

⁹³Atkin C, Ehrenfeld N, Pick S. (1996): "Sexualidad y fecundidad adolescente" en Langer A, Tolbert K (eds): *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*, 1ª ed., México, EDAMEX S.A. de C.V. págs. 39-84

usa condón, implica que intenta evitar un embarazo. Asimismo, el uso de condón podría revelar la existencia de otros encuentros o bien de una enfermedad o infección. El condón también se asocia con una pérdida de sensibilidad que en ocasiones provoca disfunciones sexuales. Asimismo parece que existe una fantasía masculina de que el lubricante del condón puede dañar el pene y también se afirma que hay dificultad para conseguirlos. La compra en farmacias u otros establecimientos los expone a la "vergüenza" de ser identificados.⁹³

Dado el hecho de que el uso de anticonceptivos por las solteras jóvenes es algo que la sociedad todavía no admite cabalmente, la adolescente que utiliza algún método moderno tiene que aceptar que tendrá relaciones sexuales a futuro inmediato o a mediano plazo, que las va a tener por el placer o los beneficios interpersonales que le proporciona y no para procrear y que un posible embarazo sería un evento negativo en ese momento de su vida. Además, tiene que saber cómo conseguir algo que no la atemorice, para evitar el embarazo y garantizar las condiciones para hacerlo. La evidencia que existe en Latinoamérica sugiere con claridad que en la mayoría de los casos estas condiciones no se cumplen. En cuanto a los conocimientos sobre la sexualidad, el embarazo y la anticoncepción y otros temas afines, existen grandes limitantes y dilemas para las adolescentes mexicanas. Sobresale un alto nivel de creencias erróneas, entre las que destaca la de que una mujer no puede embarazarse la primera vez que tiene un coito ni si lo tiene esporádicamente; que puede embarazarse por usar un sanitario público y que los anticonceptivos ocasionan esterilidad y muchas otras enfermedades. Las principales razones por las que las adolescentes no usan anticonceptivos son: lo inesperado de la relación

⁹³Atkin C, Ehrenfeld N, Pick S, *Op. cit.*

sexual, el deseo o el miedo a un embarazo⁸⁴, o la ausencia de conceptuarse como seres sexuales y de individuos sujetos a riesgo.⁸⁵ En este sentido, el solo hecho de pensar en utilizar los métodos anticonceptivos implica sentirse devaluadas ya que esto se contrapone a los valores establecidos de tener relaciones sexuales = tener hijos.⁸⁶

Considerando las presiones sociales, una adolescente que desea utilizar algún método en forma regular tendrá que estar muy segura de ello y tener la capacidad de planear a futuro. Pero la adolescente típica prefiere correr el riesgo de un embarazo que el riesgo de ser vista como alguien que está muy interesado en las relaciones sexuales o de conocer demasiado sobre anticoncepción. Esta clase de conflictos aparecen en diferentes artículos: usar algún método implica planear la relación, cosa que entre las jovencitas y sus parejas resulta condenable y las haría pertenecer al grupo de mujeres moralmente devaluadas, ante ellas mismas y su pareja. El deseo de informarse se contradice de manera directa con la idea de que a mayor conocimiento mayor posibilidad de acción y, por lo tanto, de experiencia. El hecho de que una muchacha sugiera la utilización del condón puede ser sinónimo de promiscuidad y desconfianza.⁸⁷ Es más, algunas adolescentes creen que el condón solo se utiliza cuando se tienen relaciones con prostitutas.⁸⁸

Además, el ofrecimiento de anticonceptivos a los adolescentes y adultos jóvenes no casados sigue siendo motivo de controversia. Algunos padres y autoridades suponen que la disponibilidad de anticonceptivos contribuirá a que

⁸⁴Atkin, L, Ehrenfeld N, Pick S. *Op. cit.*

⁸⁵Ocaña, A. (1996): "Hallazgos de las consultas sobre anticoncepción en el Centro de Información de Educación Sexual". Documento interno.

⁸⁶Ocaña A.: *Op. cit.*

⁸⁷Atkin L, Ehrenfeld N, Pick S. *Op. cit.*

⁸⁸Ocaña A. *Op. cit.*

los adolescentes mantengan relaciones sexuales antes del matrimonio. Esta suposición es una razón por la cual, formal o informalmente, muchos programas de planificación familiar y salud reproductiva se niegan a atender a las personas jóvenes no casadas, incluyendo también a otros servicios como detección oportuna de cáncer cervicouterino.⁹⁹

Por otro lado, el conocimiento de los métodos parece estar bastante difundido en Latinoamérica. Según datos de las Encuestas Nacionales de Fecundidad, más del 70% de los adolescentes los conocía. Sin embargo, solo entre una cuarta y una quinta parte de los jóvenes entre 15 y 24 años pudo identificar el período fértil de la mujer. Los jóvenes conocen los métodos anticonceptivos pero no los utilizan en sus primeras relaciones sexuales.¹⁰⁰ Entre estudiantes de bachillerato, los porcentajes reportados de quienes utilizaron algún anticonceptivo durante la primera relación sexual varía desde el 37% al 44% para las mujeres y de 33 al 43% para los varones, en un estudio hecho en los Estados Unidos.¹⁰¹ En un estudio realizado en Chile, se encontró que solo el 20% de las mujeres y 19% de los varones utilizaron anticonceptivos en el primer coito premarital.¹⁰² En la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) realizada en 1985¹⁰³ en la ciudad de México, 13% de las mujeres de 15 a 19 años y 44% de los hombres declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales. Sin embargo, solo 22% de las mujeres y 31% de los hombres usaban anticonceptivos en la primera experiencia sexual. Entre las mujeres no

⁹⁹ McCauley A, Robey B, Blanc A, Geller J: *Op. cit.*

¹⁰⁰ Atkin L, Ehrenfeld N, Pick S: *Op. cit.*

¹⁰¹ Anderson CD, Davidson JK, Passarello LC. (1992). "The mystique of first intercourse among college youth: the role of partners, contraceptive practices, and psychological reactions". *Journal of Youth and Adolescence*, 21(1):97-117.

¹⁰² Herold JM, Valeizuela MS, Morris L. (1992): "Premarital sexual activity and contraceptive use in Santiago, Chile". *Studies of Family Planning*, 23(2):128-136.

¹⁰³ Secretaría de Salud (1987): *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES)*, México.

casadas de 15 a 24 años, la mitad de todos los primeros embarazos habían sido involuntarios. Entre las mujeres casadas del mismo grupo de edades, 11% de los primogénitos habían sido concebidos antes del matrimonio. La mayoría de los embarazos en mujeres menores de 20 años de edad, así como más de la mitad de los embarazos en los Estados Unidos y los países de Latinoamérica, entre ellos México, son accidentales. El embarazo y la paternidad durante la adolescencia se relacionan con riesgos significativos a nivel médico y psicosocial tanto para la madre como para el niño. Si bien hace algún tiempo se atribuyeron a la inmadurez fisiológica y psicosocial de la madre adolescente, datos recientes indican que los riesgos que se relacionan con la reproducción en adolescentes no son el resultado de condiciones fisiológicas o psicosociales intrínsecas a la adolescencia sino más bien a que el embarazo en adolescentes constituye un indicador de factores sociodemográficos (por ejemplo, pobreza, educación insuficiente, falta de pareja, inaccesibilidad a servicios de salud en particular a programas de cuidados prenatales).¹⁰⁴

Se mencionan como causas probables del embarazo en adolescentes la indiferencia, el patrón cultural, y la falta de provisión de educación sexual y servicios de planificación familiar adecuados, principalmente para los adolescentes que provienen de niveles socioeconómicos bajos.^{105,106} A pesar de los desarrollos en la tecnología anticonceptiva y los cambios en las normas sociales, el embarazo en adolescentes constituye una pieza clave para políticos, prestadores de servicios y educadores. Las implicaciones de las investigaciones solicitan el desarrollo de programas innovadores que abarquen temas

¹⁰⁴Stevens-Simon C, McAnarney E.(1992): "Adolescent pregnancy" en ,McAnarney E., Kreipe R, Orr D, Comerci G.: Textbook of Adolescent Medicine, México, W.B. Saunders Company, pág.689-695.

¹⁰⁵Edeh EE.(1991): "The role of sex education in adolescent pregnancy." Journal of Research in Social Health 111(1):17-8.

¹⁰⁶Peckham S.(1993). "Preventing unintended teenage pregnancies" Public Health 107(2):125-133.

importantes como la pobreza y el acceso limitado a los servicios de salud, en el manejo y la prevención del embarazo en adolescentes. Algunas intervenciones como la creación de clínicas universitarias y escolares que permitan llevar a cabo programas de anticoncepción y atención prenatal para reducir la morbilidad perinatal, han variado sus abordajes y los éxitos subsecuentes.^{107,108} De hecho, es indispensable que se lleven a cabo programas específicos de educación sexual donde se logren cambios que permitan tomar decisiones responsables con respecto a la conducta sexual. Los diferentes programas existentes son evaluados de manera continua con el fin de medir el impacto real sobre las actitudes y, en consecuencia, en la utilización de medidas de prevención.^{109,110,111} Asimismo, los programas enfocados a los adolescentes en los cuales se lleven a cabo intervenciones educativas con respecto a anticoncepción varían notablemente en eficacia, contenidos, calidad temática y actitud de los educadores.¹¹²

Además, habrá de insistirse en que las escuelas y los prestadores de servicios de salud trabajen conjuntamente para proporcionar información y ayudar a los jóvenes a tener confianza para utilizar las fuentes disponibles de información.^{113,114} En este sentido, algunas universidades han creado programas

¹⁰⁷ Carter DM et al (1994): "When children have children: the teen pregnancy predicament". American Journal of Preventive Medicine 10(2):108-113.

¹⁰⁸ Kirby D, Waszak C, Ziegler J. (1991): "Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior". Family Planning Perspectives 23(1):6-16.

¹⁰⁹ Eisen M, Zellman GL, McAliser AL. (1990): "Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program". Family Planning Perspective 22(6):261-271.

¹¹⁰ Lagana L, Hayes DM. (1993): "Contraceptive health programs for adolescents: a critical review". Adolescence, 28(110): 347-359.

¹¹¹ Petosa R, Jackson K. (1991): "Using the health belief model to predict safer sex intentions among adolescents". Health Education Quarterly 18(4):463-476.

¹¹² Lagana L, Hayes DM. (1993): "Contraceptive health programs for adolescents: a critical review". Adolescence, 28(110): 347-359.

¹¹³ Wright SM, Gabb RG, Ryan MM. (1991): "Reproductive health: knowledge, attitudes and needs of adolescents". Medical Journal of Australia 155(5):325-328.

que permiten acceder a la información; tal es el caso de de un programa de instrucción asistida por computadora que se lleva a cabo en la Universidad de Illinois, el cual permitió medir el aprendizaje con respecto a anticoncepción con preevaluación y posevaluación una vez utilizadas las lecciones sobre anticoncepción, sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, encontrando resultados interesantes y alentadores.¹¹⁵

De acuerdo con Friedman (1994), existen cuatro tipo de obstáculos que impiden que los jóvenes puedan tener una buena salud sexual y que pueden ser las causas que impiden que tengan una conducta saludable, a saber:

- En general, los jóvenes mismos no tienen un conocimiento adecuado acerca de su propia madurez, especialmente respecto a su sexualidad y disponen de muy poca información útil sobre qué servicios existen en lo que se refiere a la salud reproductiva y a cómo utilizarlos.
- Las personas que podrían proporcionar dicha ayuda (médicos, enfermeras, maestros, religiosos, líderes juveniles y otros), rara vez están capacitados en temas relacionados con la sexualidad de los adolescentes o en cómo comunicarse de manera eficaz con los mismos.
- Los servicios actuales rara vez están diseñados teniendo en cuenta a los jóvenes y casi nunca incluyen a éstos en la planificación o la evaluación de los servicios.
- Con frecuencia, las políticas y las leyes que afectan a los adolescentes jóvenes son simplemente un producto derivado de otras acciones y no

¹¹⁴Olsen JA, Jensen LC, Greaves PM.(1991): "Adolescent sexuality and public policy". Adolescence 26(102):419-430.

¹¹⁵Reis J, Tymchyshyn P.(1992): "A longitudinal evaluation of computer-assisted instruction on contraception for college students". Adolescence 27(108): 803-811.

expresan un enfoque claro y constructivo de las necesidades de los jóvenes.¹¹⁵

Waszak menciona que la mayoría de los médicos, enfermeras y proveedores de servicios basados en la comunidad tiene poca o ninguna capacitación en la educación de los adolescentes sexualmente activos, en especial con adolescentes solteros. En general, los proveedores no acaban de comprender las barreras a las que se enfrentan los adolescentes cuando tratan de considerar el uso de anticonceptivos. El darse cuenta de lo que los adolescentes afrontan y sienten, puede ayudar a los proveedores de servicios a evaluar las ventajas y los inconvenientes en lo que a los métodos anticonceptivos y a los servicios de este grupo etario se refiere.

- **Sentimiento de culpa y vergüenza.**- En general, los adultos no aprueban el que los adolescentes solteros sean sexualmente activos. Por lo tanto, con frecuencia los adolescentes se sienten culpables y avergonzados de admitir que han iniciado su vida sexual o de hablar abiertamente sobre la anticoncepción. Es muy importante discutir la anticoncepción con los adolescentes en un entorno que sea privado y confidencial y sin que se emita juicio alguno. También puede ser beneficioso ayudar a los adolescentes a sentirse más cómodos al hablar sobre la sexualidad.
- **Carencia de conocimientos.**- El conocimiento sobre la sexualidad y como funcionan los métodos anticonceptivos sigue siendo limitado entre los adolescentes. Los cursos de educación sexual, un entorno más abierto respecto a la sexualidad, el uso de educadores adolescentes y la información explícita sobre la anticoncepción son todos los elementos que pueden servir

¹¹⁵Friedman H. (1994): "Obstáculos para la salud de los adolescentes". *Network en español. Los adolescentes*. 9(1): 4-6.

de ayuda. Los proveedores de servicios deben asegurarse de que los hechos básicos, como el ciclo menstrual, sean comprendidos, ya que así es más probable que los métodos se usen correctamente.

- **Presión por parte de miembros del mismo grupo.-** Las normas de los miembros del mismo grupo sobre qué es lo que está de moda en la actualidad influyen a los adolescentes de manera significativa. Por lo tanto, cuando la pareja participa en ello, los adolescentes se preocupan ante la posibilidad de encontrarse en una situación embarazosa debida al uso de los anticonceptivos, como por ejemplo los condones. Los mensajes que ayuden a los adolescentes a tener la confianza en sí mismos con relación a sus propias decisiones puede ser un elemento de gran ayuda.
- **Dificultades en la comunicación.-** Muchos de los métodos anticonceptivos más accesibles y conocidos por los adolescentes requieren una buena comunicación: los condones, la abstinencia periódica, el método del retiro, el sexo sin penetración y la abstinencia completa. El brindar a los adolescentes una oportunidad para que practiquen la discusión de temas afines con la sexualidad con otros miembros de su grupo puede ser de mucha utilidad.
- **Consideraciones fisiológicas.-** Las mujeres jóvenes y nulíparas tienen úteros relativamente pequeños, lo cual implica que, por ejemplo, el dispositivo intrauterino produzca con mayor frecuencia dolor y hemorragia, o que los métodos naturales no sean confiables por la irregularidad de los ciclos menstruales.
- **Carencia de acceso.-** Con frecuencia, los adolescentes tratan de obtener los anticonceptivos sin que se enteren sus padres y, en consecuencia, tienen que enfrentarse a problemas de transporte para poder llevar a las clínicas, así como al costo de los anticonceptivos y al acoso o el rechazo a prestarles

servicio en las farmacias, los propios servicios de salud y otro tipo de dificultades. Ayudaría a la solución de este problema el que los anticonceptivos sean más accesibles a través de la realización de esfuerzos de alcance hacia los jóvenes.

- **Barreras oficiales y culturales.**- Algunas leyes, políticas, actitudes culturales y prácticas médicas tradicionales limitan los servicios a los adolescentes o incrementan los temores que pueden tener respecto a una situación desconocida. Entre los ejemplos de dichas barreras se incluyen: las exigencias de someterse a un examen pélvico, las prescripciones facultativas y el consentimiento por parte de los padres para poder obtener anticonceptivos orales.
- **Inexperiencia.**- Cuando un adolescente comienza a experimentar con las prácticas sexuales, algunos métodos anticonceptivos, como condón, serán particularmente difíciles de usar de manera correcta. Además, es posible que estos adolescentes no se consideren "sexualmente activos" y, por lo tanto, podrían ser más receptivos al uso de una protección que sirva para una sola experiencia (como los condones) que un método de "planificación familiar", como los anticonceptivos orales o los implantes. Por otro lado, es factible que no se vea a sí mismo como un ser sexual, lo que implica la ausencia de una consciencia de riesgo sobre su vida sexual.
- **Coerción y aspectos filosóficos.**- Los adolescentes pueden ser particularmente vulnerables a la coerción por parte de los proveedores con respecto a métodos como los implantes o el dispositivo intrauterino. Algunos proveedores consideran que los adolescentes sexualmente activos necesitan estos dispositivos de larga duración que requieren muy poco esfuerzo de cumplimiento con el método por parte del usuario, y que solo los clínicos

tienen la autoridad en última instancia para extraerlos. Además, la esterilización no es apropiada para los adolescentes.¹¹⁷ Las opciones anticonceptivas para los adolescentes son abundantes: hormonales orales, inyectables, condones, espermicidas, métodos naturales, entre otras y siempre y cuando se les permita elegir mediante consejería adecuada y revisando todas las opciones.¹¹⁸ Los condones tienen la ventaja de prevenir la diseminación de enfermedades de transmisión sexual y los hormonales orales son los más eficaces para evitar el embarazo.¹¹⁹

En consecuencia, es imprescindible la creación e investigación de programas integrales relacionados con la atención primaria de la salud, en particular salud reproductiva, salud sexual, y específicamente para los adolescentes, con el fin de establecer las medidas específicas para dar satisfacción a las crecientes necesidades de información y orientación. Se requiere que los prestadores de servicios conozcan los múltiples cambios que ocurren durante la adolescencia y que comprendan la importancia de las conductas riesgosas para la salud y su relación con las necesidades del desarrollo. Es indispensable poner especial atención en el desarrollo de habilidades que permitan mantener estilos de vida que favorezcan la salud y para evitar las presiones de los miembros de su grupo social en la participación de conductas de alto riesgo.¹²⁰ Esto también presupone el diseño de programas que se ajusten a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes mayores

¹¹⁷ Waszak C. (1994): "Métodos anticonceptivos: la perspectiva de los adolescentes." *Network en español. Los adolescentes*. 9(1): 10.

¹¹⁸ Tafelski T, Boehm K. (1995): "Contraception in the adolescent patient" *Primary care*. 22(1):145-159.

¹¹⁹ Bullough B, Bullough V. (1991): "Contraceptives for teenagers" *Journal of Pediatric Health Care* 5(5):237-244.

¹²⁰ Jofee A, Radius SM. (1991): "Health counseling of adolescents". *Pediatrics review* 12(11:344-351).

con consejería profunda, educación adecuada al nivel de desarrollo del joven y la provisión de confianza y apoyo social.¹²¹

A los servicios de salud actuales, habría que agregar otras modalidades que justamente permitieran la accesibilidad, universalidad y eficacia; tal es el caso de los servicios de orientación telefónica que ofrecen una alternativa interesante para la atención de la creciente demanda de prestación de servicios de salud, en particular a las poblaciones de riesgo, como los adolescentes, aspecto al que me referiré a continuación.

¹²¹Winter L., Brockenmaker L.C. (1991): "Tailoring family planning services to the special needs of adolescents." *Family Planning Perspectives*. 23(1):24-30.

VI. SERVICIOS DE ORIENTACIÓN O CONSEJERÍA TELEFÓNICA

A. CONCEPTO

Los servicios telefónicos se definen como aquellos cuyo procedimiento fundamental de comunicación con el usuario es a través del teléfono, satisfaciendo necesidades de información, orientación, contacto con posibles consumidores de productos o servicios, servicio directo a usuarios, e investigación (académica y de mercadeo social) por lo que este medio presenta características únicas.

Los centros de servicios telefónicos de acuerdo se clasifican según el tipo de prestación de servicio:

- de información al consumidor (servicio a usuarios, telemercadeo),
- de consejería telefónica.

Los primeros son los más antiguos desde una perspectiva de organización, planeación y evaluación y responden a las necesidades de una empresa para conocer el comportamiento de un producto en el mercado, su impacto en el consumidor, como un medio de contacto directo con el consumidor y para recuperar consumidores insatisfechos. De hecho, los resultados de la información obtenida a través de este tipo de sistemas se comunican directamente a la dirección general de la empresa y el gerente del centro de información participa en las reuniones de aseguramiento de calidad junto con las gerencias de producción, ventas, control de calidad, mantenimiento, logística y finanzas.¹²² Ejemplo de este tipo de centros son el Centro Nestlé de Información

¹²²Scott, GM. (1988): Principios de sistemas de información. 1ª edición. México, McGraw-Hill Interamericana de México S.A. de C.V.

al consumidor, el centro Hola Coca Cola, el Centro para la Mujer Janssen, el Centro de Orientación Kótex, Ventel, Telemarketing.

El otro tipo de centros, más propiamente de consejería telefónica, surge como una propuesta alternativa a los servicios cara a cara y obedece a la necesidad de prestar soporte o ayuda en condiciones especiales. Aparece por vez primera en los últimos años de la década de los cincuenta, convirtiéndose en la columna vertebral del movimiento de prevención suicida. El primer servicio de este tipo se encuentra en 1906 en los Estados Unidos y no es sino hasta 1974 cuando el Centro de Prevención de Suicidio de los Ángeles establece el desarrollo de las primeras técnicas de cómo usar el teléfono en las intervenciones para salvar vidas.¹²³

Las características generales de esta consejería son:

1. El usuario tiene un mayor control sobre la consulta (igual a la del operario, a diferencia de una consulta cara a cara, donde el terapeuta controla la consulta). El usuario no solo inicia la interacción terapéutica o de ayuda cada vez que lo desea, sino también tiene libertad para terminarla en cualquier momento.
2. El usuario mantiene el anonimato. Se cree que la posibilidad de la identidad oculta facilita más la autorrevelación y disposición por parte de muchos usuarios.
3. Los consejeros también suelen ser anónimos, lo que facilita la transferencia positiva. Los indicios visuales están ausentes, por lo que existe una muy buena oportunidad para que se cumpla la fantasía del usuario de que sería el consejero ideal en una situación cara a cara.

¹²³Slaikau, KA, Leff-Simon S. (1988) : "Intervención en crisis por teléfono", en Slaikau, KA: Intervención en crisis, 1ª edición, México, Editorial El Manual Moderno.

4. El consejero telefónico reduce la dependencia del usuario al consejero individual y lo transfiere a los servicios especializados de referencia.
5. Es única por su accesibilidad. La mayoría de la gente tiene teléfono (o fácil acceso a uno) y el costo de uso es bajo. Esta accesibilidad es especialmente importante en el caso de adolescentes, ya que es ocasional que puedan pagar una consulta o intervención especializada. Lo mismo ocurre en el caso de usuarios procedentes de zonas marginadas. Puede disponerse de la consejería telefónica en cualquier momento.
6. Se centran más en el problema que en la persona. Tienden a forzar soluciones y acciones en lugar de crear la necesidad de una relación personal cercana con el operador.
7. Es limitado en tiempo y por lo general solo se establece un contacto telefónico con una persona en crisis aguda, lo que puede obligar al operador a ser bastante directo y centrado en el problema (en su intento por ayudar a quien llama) en lugar de enfocarse principalmente a la comunicación empática.

La mayoría de estos servicios se basan en el modelo de intervención en crisis y la característica más distintiva de la consejería telefónica es que la ayuda que se ofrece a una persona tiene lugar sin el beneficio de los indicios no verbales, de lo hablado entre el operador de la línea y el usuario (contenido) y de qué manera lo dicen (tono e intención).¹²⁴

La educación a través de la orientación telefónica es una forma de prevención primaria y secundaria que se ha utilizado exitosamente para enfrentarse a una diversidad de problemas de salud en todos los grupos etarios. La investigación sobre estos servicios de salud permite obtener datos de los

¹²⁴Slaikeu KA, Leff-Simon S.: *Op. cit.*

tipos de usuarios y las características de la consulta que presentan, y ha demostrado que los servicios de orientación telefónica son altamente eficaces para la resolución de los problemas.¹²⁵

El modelo propuesto por Echterling, Hartsough y Zarle (1980), presenta cuatro fases de intervención telefónica en situaciones de crisis. En la primera fase, el operador debe crear y mantener el clima necesario para la intervención, que incluyen el desarrollo de una relación de ayuda y el establecimiento de los roles de terapeuta y usuario. La segunda fase corresponde a la evaluación de la crisis y conlleva la identificación del problema y el establecimiento de las condiciones personales y ambientales que afectan al problema. La tercera fase es la integración afectiva en la cual el operador ayuda al usuario a reconocer, comprender y expresar sus sentimientos con respecto a la crisis. La fase final es la de resolución del problema, en la cual se buscan algunas soluciones a la crisis. En esta fase se identifican metas, explorando y evaluando alternativas y la toma de decisiones con respecto al siguiente paso en forma adecuada^{126,127} (véase fig. 3.)

Una crisis puede definirse como una interrupción significativa de manera tal que un individuo no es capaz de mantener el funcionamiento normal y debe recurrir a mecanismos o estrategias nuevas o diferentes para resolver los problemas. Una crisis puede ser el resultado de tensión súbita o a la acumulación de numerosos problemas de tal manera que los mecanismos normales de enfrentamiento llegan a ser sobrepasados. Es una interrupción en

¹²⁵Wellman, MC. (1993): "An AIDS Hotline: Analysis of Callers, Presenting Problems, and Social Factors." *Journal of Applied Social Psychology*, 23:1111-1123.

¹²⁶Echterling L.G, Hartsough DM, Zarle TH. (1980): "Testing a model for the process of telephone crisis intervention". *American Journal of Community Psychology*, 8:715-725.

¹²⁷Echterling L.G, Hartsough DM. (1989): "Phases of helping in successful telephone calls." *Journal of Community Psychology*, 17:249-257.

lo que podría considerarse un estado uniforme. Una crisis es temporal y por definición autolimitada; es decir, puede conducirse hacia alguna resolución o puede resultar en un estado de disfunción crónica. Una crisis no necesariamente implica patología; si bien es un estado de ambivalencia y confusión, y quizá patológico, una persona en crisis no tiene necesariamente trastornos mentales. En efecto, una crisis corresponde a un momento de dependencia. Esta dependencia es una dependencia situacional causada por un evento o situación peligrosa o cierta vulnerabilidad personal y no debe confundirse con dependencia caracterológica. Las crisis a menudo son momentos cuando las personas están más receptivas a recibir ayuda y es esta facilidad a aceptar ayuda lo que constituye la base de la intervención en crisis.¹²⁸

¹²⁸Dixon MC, Burns JL. (1974): "Crisis theory, Active Learning and the training of telephone crisis volunteers." *Journal of Community Psychology*, 2:120-125.

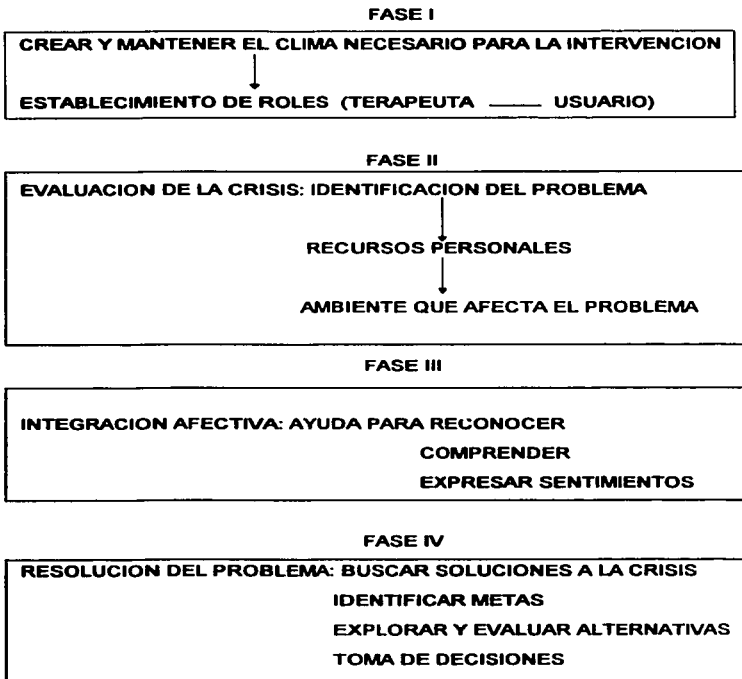


Fig. 3. Modelo propuesto por Echterling, Harsough y Zarle (1980) de las cuatro fases de intervención telefónica en situaciones en crisis.

En el momento actual, los servicios de orientación telefónica no solo son de utilidad en intervención en crisis, sino que proporcionan información sobre los servicios de salud y facilitan el acceso a la atención para aquellos en donde es adecuada la intervención y proporcionan un soporte para pacientes con enfermedades crónicas y discapacitados.¹²⁹ Se ha sugerido que estos servicios estén orientados hacia problemas específicos de salud¹³⁰ por lo que existen servicios telefónicos de ayuda comunitaria con diversas especialidades: por ejemplo, para la formación de redes de soporte social para mujeres embarazadas con educación para la salud y mejoría en la utilización de los servicios de salud,¹³¹ ayuda en el apego a tratamientos por farmacodependencia¹³², prevención de suicidios entre adolescentes¹³³, atención a ancianos¹³⁴, reporte y atención de abuso sexual a niños¹³⁵, información y orientación sobre SIDA¹³⁶, atención a adolescentes^{137,138}, prevención de cardiopatías coronarias¹³⁹, detección oportuna de infarto miocárdico agudo¹⁴⁰,

¹²⁹Hornblow AR. (1986): "Does telephone counselling have preventive value?" *Australian New Zealand Journal of Psychology*, Mar 20:23-28.

¹³⁰Haynes J, Dieppe P. (1993): "Increasing awareness of arthritis-the public's response". *British Journal of Rheumatology*, 32(7):623-624.

¹³¹Langer A, y col. (1993): "The Latin American Trial of Psychosocial support during pregnancy: A social intervention evaluated through and experimental design". *Social Science Medicine*, 36(4):495-507.

¹³²Stark M, Campbell BK, Brinkerhoff CV (1990): "Hello, may we help you? A Study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(1-2):67-76.

¹³³Rustici, CJ. (1988): "Teenline: A CMHC-Based Adolescent Suicide Prevention and Intervention Program". *Journal of Mental Health Administration*, 15: 15-20.

¹³⁴De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. (1995): "Lower Suicide Rates Associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home". *American Journal of Psychiatry*, 152:632-634.

¹³⁵Stevenson DG, Grauerholz E. (1993): "The role of crisis centers in defining and reporting child abuse" *Families in Society*, 74(4):221-225.

¹³⁶Wellman MC. *Op. cit.*

¹³⁷Boehm KE, Chesare JB, Valko TR, Sager MS. (1991): "Teen Line: A descriptive analysis of a peer telephone listening service". *Adolescence*, 26(103):643-648.

¹³⁸Dolan B. (1995): "A teen hot line". *Adolescence*, 30(117):195-200.

¹³⁹Lindsay G., Hinnie J., Gaw A. (1996): "Setting up a helpline on heart disease." *Nurse standards* (1995) 10(10):27-30.

¹⁴⁰Gutstein AS. (1995): "No universal signs for acute myocardial infarction". *American Journal of Critical Care*, 4(5):413.

detección oportuna de enfermedades nuevas y peligrosas como el síndrome pulmonar por Hantavirus¹⁴¹, apoyo psicosocial en el caso de cáncer¹⁴², ayuda a niños que no están supervisados por adultos¹⁴³, notificación rápida de muertes infantiles¹⁴⁴, orientación por intoxicaciones y envenenamientos^{145,146}, orientación para dejar de fumar¹⁴⁷, información sobre artritis¹⁴⁸, asesoría científica dentro de las universidades¹⁴⁹, e incluso interconsulta por parte del personal de salud con especialistas a distancia¹⁵⁰.

En México, los servicios de orientación telefónica surgen aproximadamente hace 25 años con el servicio que proporcionan los Centros de Integración Juvenil, cuyo ámbito de trabajo se circunscribe a la farmacodependencia. A través de los años, se han agregado otros servicios que han permitido el acercamiento directo con la población de riesgo; tal es el caso de TELSIDA (servicio telefónico de información y consejería con respecto a SIDA, dependiente de CONASIDA), LOCATEL (búsqueda de personas

¹⁴¹Tappero JW, y col (1996): "Utility of emergency telephone-based national surveillance for Hantavirus Task Force". *JAMA* 275(5):398-400.

¹⁴²Perkins PJ (1993): "Psychosocial support and malignant melanoma." *European Journal of Cancer Care in England*, 2(4):161-164.

¹⁴³Kiewer W, Lepore SJ, Broquet A, Zuba L. (1990): "Developmental and gender differences in anonymous support-seeking: Analysis of data from a community help line for children". *American Journal of Community Psychology*, 18(2):333-339.

¹⁴⁴Garber RM, Carroll-Pankhurst C, Woods-EK, Mortimer EA (1995): "The university/public health link in reducing infant mortality in a high-risk population". *American Journal of Preventive Medicine* 11(3 Suppl):34-38.

¹⁴⁵Wigder HN, Erickson T, Morae T, Saporta V. (1995): "Emergency department poison advice telephone calls." *Annals of Emergency Medicine* 25(3):349-352.

¹⁴⁶Kroner BA, Scott RB, Waring ER, Zanga JR (1993): "Poisoning in the elderly: characterization of exposures reported to a poison control center". *Journal of American Geriatrics Society* 41(8):842-846.

¹⁴⁷Britt J, Curry SJ, McBride C, Grothaus L, Louie D.(1994): "Implementation and acceptance of outreach telephone counseling for smoking cessation with nonvolunteer smokers". *Health Education Quarterly* 21(1):55-68.

¹⁴⁸Haynes J, Dieppe P. *Op. cit.*

¹⁴⁹Evans JJ, Frazier DT.(1993): "Experiences with a science hotline." *American Journal of Physiology*, 264 (6Pt3):84-87.

¹⁵⁰Moody GA, Mann R, Gay S, Wicks AC, Mayberry JF. (1993): "The gastroenterology service: a survey of general practitioner's requirements." *Journal of Research in Social Medicine*, 86(1):26-27

extraviadas, autos extraviados, quejas sobre servicios, comunicación con el regente, servicios ofrecidos durante acontecimientos especiales como el maratón del D.F., información sobre intoxicaciones, servicio médico), Joven a joven (que da apoyo a jóvenes con respecto a ocupación, tiempo libre, farmacodependencia, violencia intrafamiliar, sexualidad, el cual depende del Consejo Nacional de Población y del Sistema de desarrollo integral de la familia, (CONAPO-DIF)), PAIVSAS o Programa de apoyo integral a víctimas y sobrevivientes de agresión sexual (que atiende a víctimas de agresión, violación o abuso sexual, y depende de la Facultad de Psicología de la UNAM), ADEVI (Atención a Víctimas de Delitos Violentos) que depende de la Procuraduría General de la República), S.O.S. UNAM (da servicio a la población universitaria en salud general, sexualidad, y farmacodependencia, dependiente de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM), SAPTEL (Servicio de Apoyo Psicológico, que depende de la Cruz Roja), entre otros.

A continuación se describe el Centro de Información de Educación Sexual, único en su género, ya que el servicio está especializado en salud reproductiva, planificación familiar y sexualidad.

B. CENTRO DE INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL (CIES-MICROLINE)

1. ANTECEDENTES

El antecedente más inmediato del Centro de Información de Educación Sexual, CIES-Microline es el servicio SEX-INFORM, que inicia su trabajo en febrero de 1984. Su objetivo es establecer un consultorio telefónico especializado en problemas sexuales y temas afines. Está subvencionado por la Dirección

General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España. Este servicio tiene como características ser rápido, con capacidad de interacción y de bajo costo. Permite establecer la comunicación anónima en doble sentido al favorecer una comunicación sin visualización del interlocutor sin la posibilidad de remontarse a su origen y favorece que las personas manifiesten sus problemas íntimos. Los operadores son monitores de educación sexual y terapeutas sexuales. Entre 1986 y 1987 se atendieron 14,056 llamadas, principalmente varones (7 hombres : 3 mujeres), donde el 51.2% de los usuarios son menores de 20 años. Los temas que se solicitan con mayor frecuencia son disfunciones sexuales, anticoncepción, masturbación y enfermedades de transmisión sexual¹⁵¹.

En México, el CIES-Microline es un programa pionero e innovador en el área de atención primaria de la sexualidad y salud reproductiva, que nace en 1990 con el fin de satisfacer las necesidades de información, consejería y derivación a servicios relacionados. Es un servicio de salud en el que se presta atención en forma anónima y gratuita por vía telefónica, que surge como una alternativa viable para que cualquier persona pudiera tener acceso a información científica, actualizada y confiable. En una primera fase (1990-1995), se trabajó con una sola línea, con dos operadores para cubrir 18 horas al día, de lunes a domingo. Inicialmente se dió a conocer a través de una invitación como ponentes a un programa radiofónico en Radio Mil, y después los mismos usuarios lo recomendaron. Más adelante, algunos miembros de la prensa escrita (Alberto Catani en Tele-Guía, Elsa R. De Estrada en "Contenido", Sara Lovera en "La Jornada", Justo Molacchino en "El Universal", el personal de la revista "Seducción") gratuitamente insertaron pequeñas notas referentes al CIES.

¹⁵¹Dirección General de Acción Social. (1988): *Sexinform*. Ministerio de Trabajo y Seguridad. España.

logrando con esto que la gente se interesara por el servicio. La atención de 2000 usuarios iniciales permitió conocer las necesidades de éstos, así como sus características y el potencial del programa, permitiendo el desarrollo de una segunda fase, en la que se encuentra actualmente.

En 1994, la experiencia inicial del Centro de Información de Educación Sexual, permitió sentar las bases del modelo para atención del sistema de orientación telefónico creado para dar servicio de información y consejería a adolescentes, basándose en la Declaración de Monterrey. Esta declaración se llevó a cabo en 1993 con la reunión de los expertos en salud reproductiva y adolescencia (CONAPO, IMSS, ISSSTE, DIF, Centro de Orientación para Adolescentes, Secretaría de Salud, entre otros), en donde se propuso la integración de un Programa Nacional de Salud del Adolescente, el cual haría énfasis en la salud sexual y reproductiva dentro de un marco de equidad, respeto y dignidad de los jóvenes con posibilidad de aplicación en el ámbito local de todas las entidades federativas y con el concurso de las diferentes instituciones y de los sectores de salud y educación. La Declaración de Monterrey se retomó para llevar a cabo parte de la base normativa del programa Joven a Joven de CONAPO-DIF¹⁵². Más adelante, la experiencia sentada por el CIES permitió las bases para la implantación del PAIVSAS y del SOS UNAM.

¹⁵²Varios (1993). Conclusiones del taller sobre salud reproductiva en la adolescencia, del 18 al 20 de noviembre de 1993, Monterrey N.L., México.

2. FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA

A partir de febrero de 1995, el programa cuenta con financiamiento de una empresa químico farmacéutica que es líder en el mercado de anticoncepción hormonal, la cual proporciona las líneas telefónicas, el espacio físico y los honorarios del personal del CIES. A su vez, la empresa obtiene información y contacto directo con usuarios actuales y potenciales y la posibilidad de llevar a cabo investigación de mercado y contacto directo con las usuarias de los métodos anticonceptivos, particularmente hormonales.

3. OBJETIVOS DE CIES-MICROLINE

3.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información, consejería y referencia a través del servicio de orientación telefónica mediante la estrategia de atención primaria en salud reproductiva y sexualidad, e investigar con el fin de analizar las demandas y características de los usuarios del servicio del Centro de información de educación sexual.

3. 2. OBJETIVOS PARTICULARES

- 1. Proporcionar información y asesoría de manera responsable y respetuosa en relación con la salud reproductiva, particularmente sexualidad y planificación familiar.**

2. **Establecer un enlace entre los servicios de salud y la comunidad para la atención de aspectos concernientes con la salud reproductiva, en particular sexualidad, metodología anticonceptiva y salud sexual.**
3. **Favorecer un mejoramiento de la educación sexual en los usuarios.**
4. **Ayudar a los usuarios a tomar una decisión responsable con respecto a su vida sexual, particularmente sobre la causa que motive la llamada.**
5. **Investigar las necesidades de información, educación y comunicación con respecto a sexualidad, salud reproductiva y anticoncepción de la población meta.**
6. **Acercar a los usuarios a las opciones anticonceptivas.**
7. **Contribuir a la comunicación en atención primaria de la salud reproductiva mediante la participación en medios de comunicación masiva, elaboración de materiales escritos y audiovisuales, ponencias y reuniones académico-científicas.**
8. **Crear y fortalecer la red de servicios y servidores en el área de atención primaria de la salud reproductiva y sexualidad.**
9. **Fortalecer la red de servicios y servidores en el área de atención/orientación telefónica con el fin de uniformar criterios y reglamentar funciones.**

4. ÁREAS DE CONOCIMIENTO Y MODELO DE INTERVENCIÓN

El CIES-Microline tiene como áreas de conocimiento: anticoncepción, anatomía y fisiología del sistema genital, embarazo, desarrollo psicosexual, agresión sexual, educación sexual, conducta sexual, respuesta sexual humana normal y disfunciones sexuales, aborto, bibliografía relacionada, y servicios afines cara a cara (servicios de planificación familiar, terapia sexual, salud mental, salud

general, especialistas en agresión sexual, urólogos, ginecólogos, especialistas en adolescentes).

Se aplican dos modelos que se integran en la práctica: atención primaria de la salud reproductiva y sexualidad e intervención en crisis. El primero utiliza los mismos fundamentos de la atención primaria de la salud, solo que aplicada a la salud reproductiva y la sexualidad, mientras que el segundo permite reunir información, explorar el problema, examinar posibles soluciones (ya sea dar información, ayudar a tomar una acción concreta, derivar a una agencia de apoyo), establecer el seguimiento y evaluar la llamada en términos de haber satisfecho la demanda de información o consejería junto con el usuario. La decisión de iniciar vida sexual activa o de utilizar un método anticonceptivo moviliza al individuo a buscar mecanismos para resolver esta interrogante, no sin antes haber evaluado la información con la que se cuenta. Por tal motivo, el concepto de "crisis" también puede aplicarse al área de sexualidad y salud reproductiva (Fig. 4).

El usuario puede solicitar la información o la consejería mediante la vía telefónica o bien por correo o fax y se le puede remitir información por estos mismos canales. Una vez que el usuario establece contacto con el CIES, puede dársele información o consejería; si las necesidades del usuario requieren la consulta cara a cara, se le envía a una agencia de apoyo dentro de las cuales están centros de salud, centros especializados en planificación familiar, terapia sexual, salud mental, ginecología/obstetricia, urología, etc., según el tema solicitado, el domicilio del usuario y el costo de los servicios. Existen convenios no formales con cada una de estas agencias para establecer la forma de referencia y contrarreferencia de los usuarios.

Como programa incluye un sistema computarizado que comprende una base de datos y un libro electrónico. El sistema computarizado permite el acceso rápido a la información de los usuarios mes con mes, así como a información sobre temas específicos sobre sexualidad, anticoncepción y salud reproductiva. El programa de computación está hecho en Visual Basic, DBase III+ y trabaja en ambiente Windows, permitiendo graficar los datos que se requieran según las variables a cuantificar. Maneja un hipertexto anexo realizado con el programa VPEXpert que incluye los principales temas de CIES-Microlínea, enlistados en 150 títulos principales. Dispone un archivo de ayuda, tipo Windows, que abarca estos mismos temas, el cual facilita el acceso a ellos a través de búsqueda por palabra, por tema, e imprimirlo si es necesario cuando el usuario lo solicita.

5. POBLACIÓN BLANCO

Cualquier persona que requiera información, consejería o referencia de servicios relacionados con la salud reproductiva, que establezca contacto telefónico y demande la atención. En caso de establecer contacto con el CIES a través de carta o fax, se le enviará la respuesta a la brevedad posible.

6. RECURSOS HUMANOS

El equipo que labora en CIES está formado por cinco personas: una directora y cuatro operadores-terapeutas, todos cuentan con capacitación en salud reproductiva, sexualidad y anticoncepción. El equipo se distribuye en dos turnos, en las dos líneas disponibles, de tal manera que dos psicólogas cubren el turno

matutino (de 9 a 14 horas) y una psicóloga y un psicólogo cubren el turno vespertino (14 a 19 horas), de lunes a viernes.

MODELO DE INTERVENCIÓN

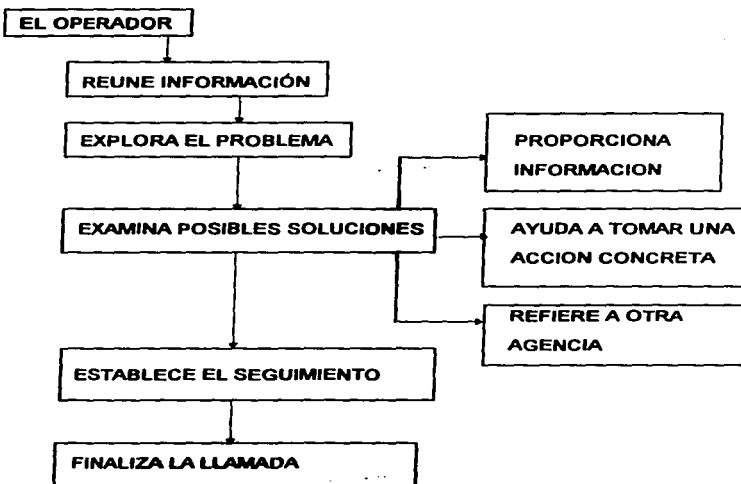


Fig. 4. Modelo de intervención del Centro de Información de Educación Sexual.

VII. METODOLOGÍA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es el CIES-Microline un modelo que presta un servicio de orientación telefónica, en el área de planificación familiar, dentro del marco de atención primaria de la salud?

B. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

- 1. El CIES-Microline es un modelo que presta el servicio de orientación telefónica, dentro del marco de atención primaria de la salud y del marco de Bruce.*
- 2. El CIES-Microline es un modelo que coadyuva a la atención primaria de la salud y al marco de Bruce.*

C. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Proponer al Centro de Información de Educación Sexual CIES-Microline como un modelo de atención telefónica para la prestación de servicios de salud reproductiva, como parte de la Atención Primaria de Salud.

2. OBJETIVOS PARTICULARES

- **Identificar la pertinencia de los elementos que conforman el modelo de atención telefónica CIES-Microline con respecto a planificación familiar en el marco de atención primaria de la salud reproductiva.**
- **Analizar las características de la población objeto que utiliza los servicios del CIES-Microline.**
- **Describir la prestación de servicios que presta el CIES-Microline con respecto a planificación familiar dentro de la atención primaria de la salud reproductiva.**
- **Mostrar las contribuciones ventajosas del modelo del CIES-Microline basado en el modelo de la Atención primaria de la salud y del marco de Bruce.**

CH. LIMITES EN TIEMPO, ESPACIO Y UNIVERSO

La evaluación del modelo de atención telefónica CIES-Microline se llevó a cabo desde el mes de agosto de 1995 hasta el mes de julio de 1996, dentro de las instalaciones del CIES en la empresa químico-farmacéutica financiadora (que se ubica en Calzada México-Xochimilco #5019, Delegación Tlalpan, México, D.F.), tomando en cuenta como universo todas las llamadas telefónicas al CIES realizadas dentro de este periodo, que satisficieran los criterios de inclusión.

D. UNIVERSO DE ESTUDIO

Toda llamada telefónica realizada en los horarios de atención de CIES que cuente con las siguientes características: Tema, subtema, subselección (en el caso de planificación familiar), edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad,

referido por, referido a, hora de inicio, hora de término, fecha, operador, de usuarios que procedan de cualquier parte del país, tanto del área metropolitana como del resto de los estados.

E. PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación es observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se utiliza un modelo de evaluación que se desprende del modelo de la Atención Primaria de la Salud y el Marco de Bruce (que permite evaluar la calidad de los servicios relacionados con planificación familiar) (véase Finger y Hardee, 1993). Se tomó en cuenta la base de datos de CIES-Microline, la hoja de registro acumulado de consultas y la hoja de registro de consulta individual donde quedan documentadas las llamadas. Cada pregunta hecha por los usuarios se tomó como una consulta, que se anotó en la hoja de registro de consulta individual, la cual incluye: fecha, hora de ingreso, hora de salida, nombre del operador, tema, subtema, subselección, referido por, referido a, procedencia, estado civil, edad, nivel escolar, ocupación. Asimismo, se utilizaron los reportes mensuales (véase Anexo I.- Hoja de registro de llamada individual; Anexo II.- Hoja de registro acumulado de llamadas). Se utilizaron medidas de tendencia central de acuerdo con las características de las variables, ya que son principalmente nominales (sexo, tema, subtema, subselección, referido por, referido a, procedencia, estado civil, nivel escolar, ocupación) e intervalares (edad, hora de ingreso, hora de salida, duración de la llamada). Se tomaron en cuenta resultados globales (sumatorias de los meses comprendidos en el estudio) y mensuales.

F. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Confiabilidad.- Es un criterio mayor para evaluar la calidad y adecuación de un instrumento de medición. Es el grado de congruencia con el cual mide el atributo.

Validez.- Se refiere al grado en que un instrumento mide lo que se supone debe medir.

Se diseñaron dos instrumentos para el manejo de los datos, ambos con datos específicos para los fines del CIES-Microline, con base en la experiencia inicial durante la primera fase de 1990 a 1995, con 2000 consultas. El primero u hoja de registro de llamada individual (anexo I) contiene los datos relacionados con la ficha de identificación del usuario, y el segundo u hoja de registro acumulado de llamadas (anexo II) se refiere a una hoja de vaciado de cada una de las llamadas individuales. Se dió una capacitación extensa a los operadores con respecto a la forma de llenado.

Los datos que se obtienen de los usuarios al final de la consulta se transfieren a la hoja de registro de llamada individual, en la cual también se asientan comentarios paralelos a la consulta. Esta información se transfiere a la hoja de registro acumulado y a la vez esta se pasa a la base de datos computacional.

G. OPERATIVIZACION DE VARIABLES

SEXO, V1.- Género del usuario: Masculino, Femenino.

EDAD, V2.- Años cumplidos del usuario, agrupados de la siguiente manera:

0-9, 10-15, 16-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-50, 51-60, 60 y más.

Ocupacion, V3.- Actividad predominante a la cual se dedica el usuario.

Ama de casa, Empleado, Estudiante, Comercio (actividad comercial), Privado (trabaja por su cuenta), Maestro (si su actividad principal es la docencia de cualquier nivel académico), Médico, Psicólogo, Otros Profesionistas, Ninguna, Oficinas.

ESCOLARIDAD V4.- Nivel máximo de estudios del usuario. Se consideraron aun estudios incompletos.

Primaria (primeros seis años de escolaridad básica), Secundaria (escolaridad media), Bachillerato (educación media superior que incluye: Colegio de Ciencias y Humanidades, preparatoria, bachilleres, vocacional), Técnico (comercio, Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), Centros de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios (CBTIS), y otros; Licenciatura (nivel profesional), Posgrado (estudios posteriores a nivel profesional), Ninguna (sin estudios).

ESTADO CIVIL V5.- Estado conyugal

Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, Unión Libre.

PROCEDENCIA, V6.- Estado desde donde llama el usuario.

México D.F., Estado de México, Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas, Aguascalientes, Nayarit, Colima, Jalisco, Michoacán, Guanajuato, Querétaro, Tlaxcala, Puebla, Veracruz, Guerrero, Morelos, Hidalgo, Tabasco, Campeche, Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Quintana Roo, Otros (provenientes de otros países).

REFERIDO POR, V7.- Fuente de referencia de donde toma conocimiento el usuario de la manera de contactar con el CIES.

Periódico (Ofertando, El Sol de México, Otros), Radio (por invitación a Radio Consentida, Radio Red, Radio Mil), Anuncios en radio (Stereo Cien, Rock 101, Morena FM), Poster (Cartel del CIES), Amigo (incluye referencias directas de algún conocido, parientes, compañeros y amigos) Folleto (díptico del CIES), Revistas (Conozca más, Seducción), Canal 11, (Taller de sexualidad), Otros (Centros de Integración Juvenil, entrevistas en radio en otras estaciones no especificadas, Agencias de apoyo, LOCATEL, SAPTEL), Red de servicios de orientación telefónica (Joven a Joven, Telsida, SOS UNAM), Pláticas (conferencias, cursos y talleres en la comunidad, capacitación a grupos de prestadores de servicios).

REFERIDO A, V8.- Agencias de apoyo a donde se refiere a los usuarios.

Ninguno, Sector salud (IMSS, ISSSTE, DIF, SMDDF, SS), Terapia sexual (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSSAC), Sociedad Mexicana de Sexología Humanística Integral (SOMESHI), Grupo Interdisciplinario de Sexología (GIS), Instituto de Terapia Sexual Integral (ITSI), Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX), Asociación Mexicana de Educación Sexual, AMES), Servicios a adolescentes (Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM), Agresión sexual (Agencias especializadas en delitos sexuales, Programa de Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Abuso Sexual, Programa integral de Apoyo a Víctimas de Violación), TELSIDA, MEXFAM (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar), Otros (servicios médicos o psicológicos particulares, Servicios Integrales para la Mujer).

TEMAS, V9.- Clasificación principal de la causa de consulta

Planificación familiar/Anticoncepción (métodos anticonceptivos)

**Conducta sexual (comportamiento relacionado con la sexualidad:
masturbación, homosexualidad, variantes de la conducta sexual,
prostitución, inicio de vida sexual)**

Agresión sexual (violencia sexual, abuso, hostigamiento)

**Patología/Enfermedades de transmisión sexual/SIDA (SIDA, dismenorrea,
enfermedades de transmisión sexual, infecciones vaginales)**

**Morfofisiología (anatomía y fisiología del sistema genital masculino y
femenino)**

**Educación sexual (elementos de la educación sexual, participantes,
definición de CIES y Agencias de apoyo)**

**Embarazo (Determinación de embarazo, actividades relacionadas con
salud materna)**

**Respuesta sexual humana (Características generales del ciclo de la
respuesta sexual y disfunciones)**

**Desarrollo psicosexual (etapas del desarrollo psicosexual, adolescencia,
climaterio)**

Aborto (Clasificación, toma de decisión)

**Bibliografía (sitios donde puede encontrarse material de consulta, libros y
revistas especializados)**

**SUBTEMA, V10.- Subdivisión a primer nivel del tema principal causa de consulta
del usuario. Solo se tomó en cuenta para planificación familiar/anticoncepción:**

**Generalidades, Inyectables, Condón (masculino y femenino), Locales
mujer (diafragma, esponjas vaginales), hormonales orales, implantes,
espermicidas, definitivos, solo progesterona, dispositivo intrauterino (DIU),
métodos naturales.**

SUBSELECCION, V11.- Subdivisión a segundo nivel del tema principal causa de consulta del usuario. Solo se tomó en cuenta para Planificación familiar/Anticoncepción:

Generalidades.- Definición, Clasificación, Costo, Indicaciones, Contraindicaciones, Accesibilidad, Efectividad, Información general.
Métodos anticonceptivos.- Definición, mecanismo de acción (cómo actúa), administración (cómo se utiliza), indicaciones (quién puede utilizarlo), contraindicaciones (quiénes no pueden utilizarlo), efectividad (índice de Pearl), composición (elementos que lo constituyen), presentación (características), costo (cuánto vale), ventajas (beneficios de su uso), desventajas (comparación negativa con otros métodos), efectos secundarios (consecuencias de su uso, repercusiones sobre la salud).

HORA DE CONSULTA, V12.- Hace referencia a la hora con minutos del momento en que entró la consulta en un marco de 24 horas, ejemplo: 13:40. El horario de atención es de 9 a 19 horas.

DURACION DE LA CONSULTA, V13.- Número de minutos de duración de la consulta.

NÚMERO DE CONSULTAS POR DÍA, V14.- Número de consultas por día de la semana, de lunes a viernes.

F. SELECCION DE VARIABLES

Se tomaron en cuenta especialmente las variables de Tema (V9), Selección (V10) y Subtema (V11) afines a Planificación familiar/Anticoncepción de varones y mujeres (V1) entre 16-20 y 21-25 años de edad (V2) . Se consideró a esta muestra debido a que es la población particularmente en riesgo con respecto a

salud reproductiva y se eligió la variable de planificación familiar/anticoncepción para observar cuáles podrían ser las contribuciones del CIES-Microline a los modelos de atención primaria de la salud y al marco de Bruce.

VIII. RESULTADOS

A. CARACTERIZACION DE LAS CONSULTAS

1. CONSULTAS RECIBIDAS

En el periodo de estudio, del mes de agosto de 1995 a julio de 1996, se recibieron 14053 consultas con un rango de 631 (marzo) a 1674 (mayo), con un promedio de 1171.1 consultas (Fig. 5).

2. DURACION DE LA CONSULTA

La duración de la consulta es de 1 a 2 minutos en la mayoría de los casos (44.3%), decreciendo progresivamente, excepto las que duran más de diez minutos con un ligero aumento en la frecuencia (3.8%) (Fig. 6).

3. HORA Y DIA DE MAYOR CONSULTA

Globalmente, la hora de mayor frecuencia de consulta es de 12 a 13 horas (14.3%, N= 2005). En términos generales, el horario diurno (9-14 horas) es en donde se atiende al mayor porcentaje de usuarios (64.9%, N=9130) (Fig. 7).

El día de la semana con mayor número de consultas es el martes (23.2%, N=3270), mientras que el viernes es el día de menor consulta (18.1%, N = 2539) (Fig. 8).

CIES-MICROLINE (14053 CONSULTAS)

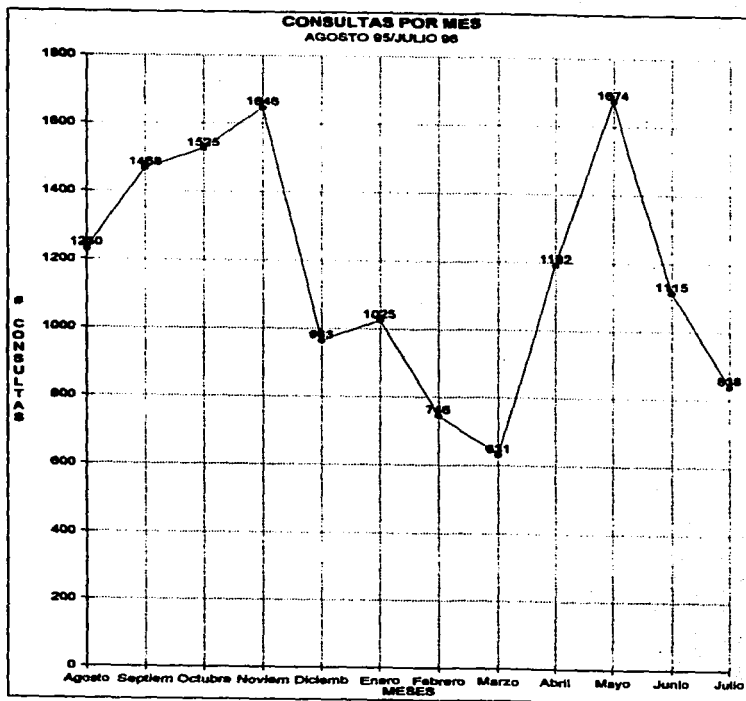


Fig. 5. Número de consultas por mes.

CIES-MICROLINE (14053 CONSULTAS)

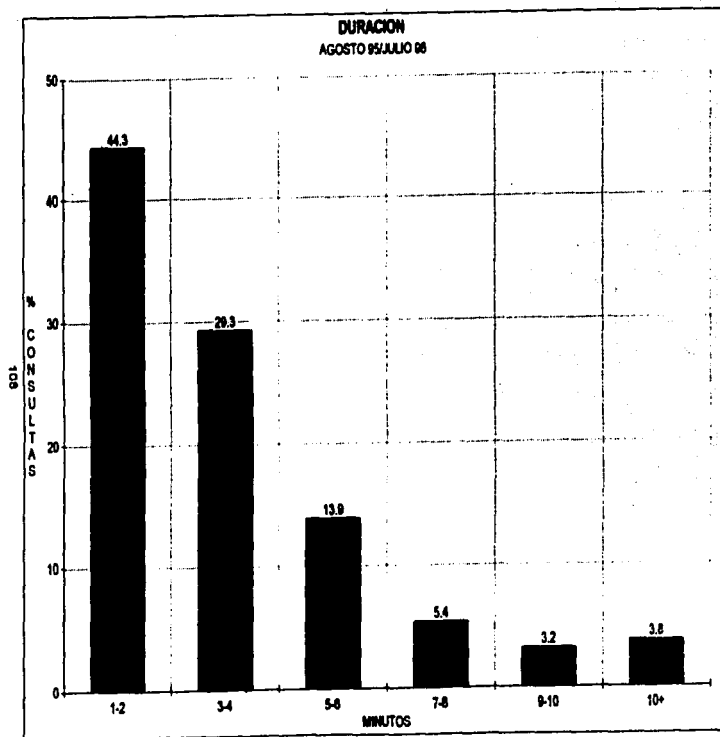


Fig. 6. Duración de la consulta

CES4MCRONE

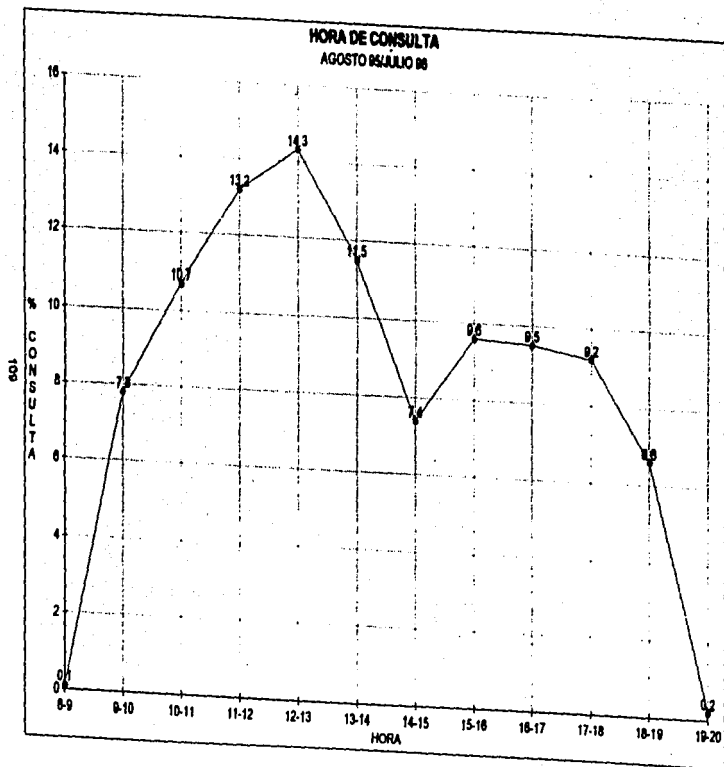


Fig. 7. Porcentaje de consultas por hora: (global).

CIEB-MICROLINE (14053 CONSULTAS)

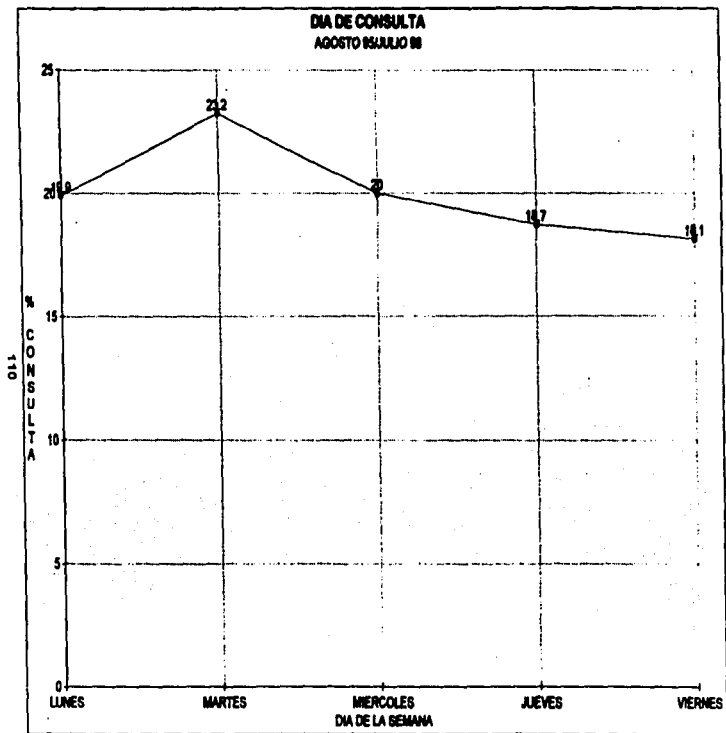


Fig. 8. Porcentaje de consultas por día.

B. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS

1. SEXO

La distribución por sexo es ligeramente predominante en el caso de las mujeres (52.4%, N = 7357) (Fig. 9). Durante los meses de noviembre y mayo existe un mayor incremento de las consultas por mujeres; de hecho, en mayo aumenta la diferencia que existe con respecto a las consultas por varones. En los meses de agosto, septiembre, diciembre, enero, febrero y marzo, las llamadas hechas por varones superaron ligeramente a las consultas hechas por mujeres. Asimismo, se observa en la Figura 10 que, cuando aumentan las consultas por mes, aumentan particularmente las consultas hechas por mujeres.

2. EDAD

En forma global, los dos grupos etarios más frecuentes son el de 21 a 25 años (38.1%, N = 5360) y el de 16 a 20 años (37.7%, N = 5301) (Fig. 11), con un rango entre 10 y 76 años de edad.

CIES-MICROLINE (14053 CASOS)

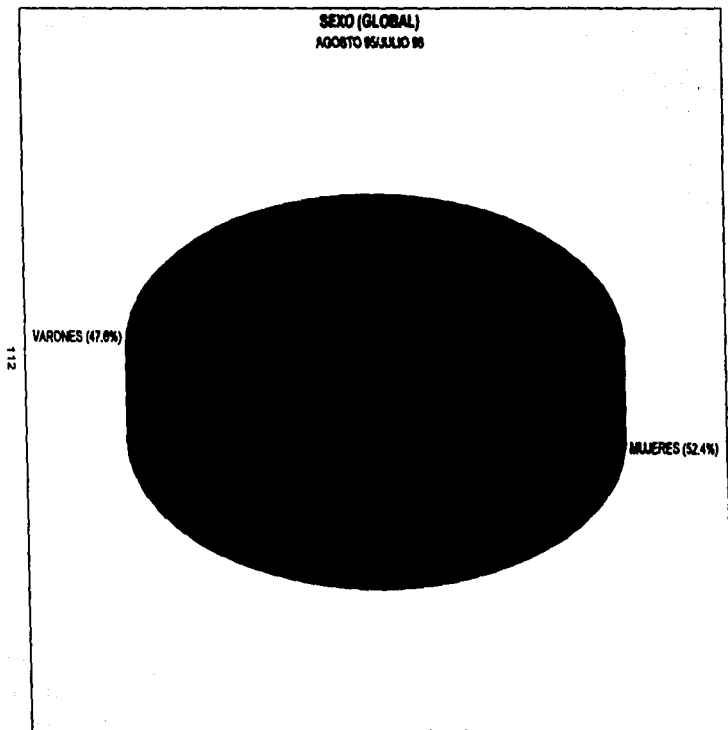


Fig. 9. Sexo.

CIES-MICROLINE (1453 CONSULTAS)

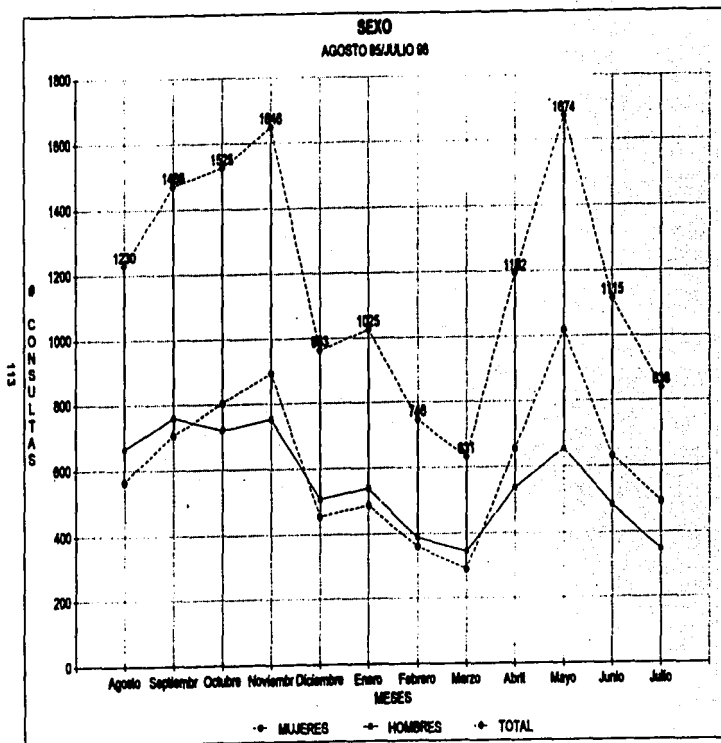


Fig. 10. Comparación de consultas totales por sexos/mes.

CES-MICROLINE (14653 CONSULTAS)

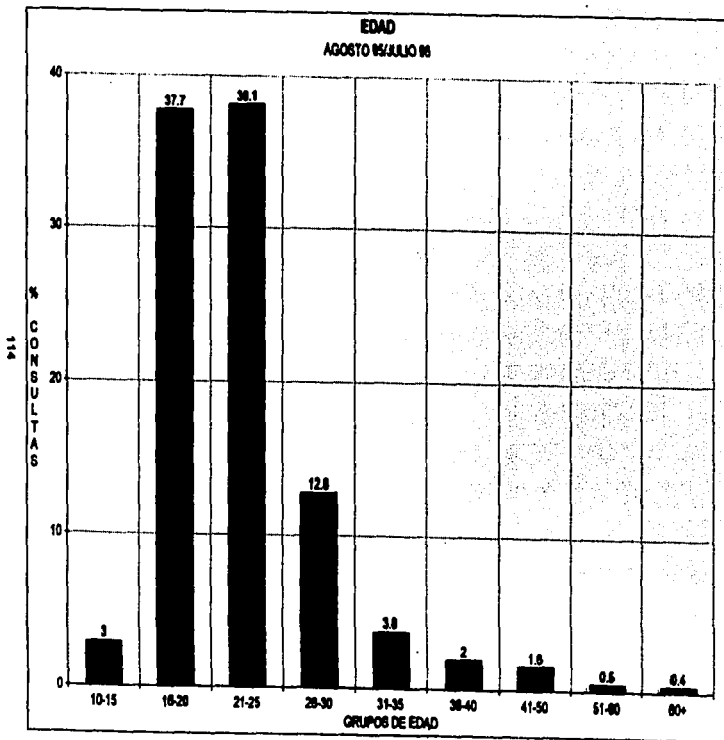


Fig. 11. Edad (porcentaje total).

3. ESTADO CIVIL

La mayoría de los usuarios del CIES son solteros (78.2%, N= 10,993) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Estado civil de los usuarios (14053 consultas).

ESTADO CIVIL	# CONSULTAS	%
SOLTEROS	10993	78.2
CASADOS	2623	18.7
VIUDOS	27	0.2
DIVORCIADOS	118	0.8
UNION LIBRE	292	2.1
TOTAL	14053	100

4. ESCOLARIDAD

El mayor porcentaje de usuarios del CIES tiene nivel bachillerato (38.9%, N=5469) y en segundo lugar, tiene nivel licenciatura (29.9%, N=29.9%) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Escolaridad de los usuarios de CIES-Microline (14053 consultas)

NIVEL ESCOLAR	# CONSULTAS	%
PRIMARIA	411	2.9
SECUNDARIA	2040	14.5
TECNICO	1848	13.2
BACHILLERATO	5469	38.9
LICENCIATURA	4199	29.9
POSGRADO	69	0.5
NINGUNA	17	0.1
TOTAL	14053	100

5. OCUPACION

La ocupación que con mayor frecuencia refieren los usuarios es estudiante (43.2%, N =6075), y en segundo lugar, empleado (35.3%, N =4955) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Ocupación de los usuarios del CIES-Microline (14053 consultas).

OCUPACION	# CONSULTA	%
HOGAR	987	7.0
EMPLEADO	4955	35.3
ESTUDIANTE	6075	43.2
COMERCIO	432	3.1
PRIVADO	873	6.2
MAESTRO	100	0.7
MÉDICO	28	0.2
PSICOLOGO	57	0.4
NINGUNO	355	2.5
OFICIO	191	1.4
TOTAL	14053	100

6. PROCEDENCIA

La mayoría de los usuarios provienen de la Zona Metropolitana: Distrito Federal (77.8%, N = 10,932) y del Estado de México (21.3%, N = 2998) (Fig. 12).

De las delegaciones del D.F. que los usuarios nombraron con mayor frecuencia están: Cuauhtémoc (14%, N= 1530), Iztapalapa (12.6%, N =1377), Gustavo A. Madero (12%, N = 1312) y Coyoacán (11.3%, N = 1235) (Cuadro 4).

Los municipios del Estado de México más mencionados como lugar de procedencia de la consulta son: Ecatepec (19.3%, N = 578), Nezahualcoyotl (16.4%, N = 492), Tlalnepantla (15.6%, N=468), Naucalpan (15.5%, N=465) y Atizapán (11.1%, N=333) (Cuadro 5).

CIB-MICROLINE (14053 CONSULTAS)

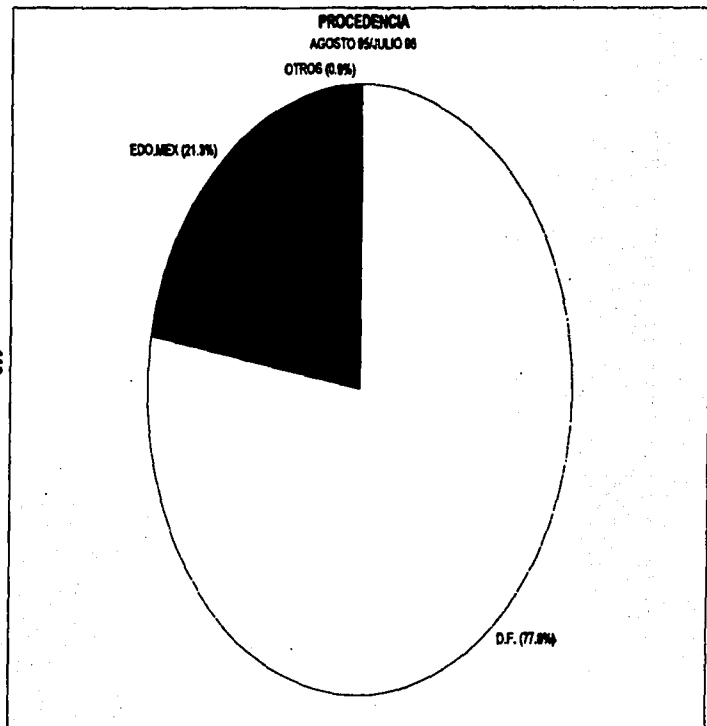


Fig. 12. Lugar de procedencia (global).

Cuadro 4. Procedencia de los usuarios del CIES-Microlínea por delegaciones del Distrito Federal (14053 consultas).

DELEGACIONES	# CONSULTAS	%
CUAUHTEMOC	1530	14.0
IZTAPALAPA	1377	12.6
G.A. MADERO	1311	12.0
COYOACAN	1235	11.3
BENITO JUAREZ	972	8.9
MIGUEL HGO.	787	7.2
TLALPAN	765	7.0
ALVARO OBREGON	710	6.5
VENUSTIANO CARR.	557	5.1
AZCAPOTZALCO	491	4.5
IZTACALCO	437	4.0
MAGDALENA CONT.	262	2.4
XOCHIMILCO	219	2.0
TLAHUAC	175	1.6
CUAJIMALPA	87	0.8
MILPA ALTA	16	0.1
TOTAL	10932	100

Cuadro 5. Procedencia de los usuarios del CIES-Microline del Estado de México por municipio (14053 consultas).

MUNICIPIO	# CONSULTAS	%
ECATEPEC	611	20.4
NEZA	492	16.4
TLALNEPANTLA	468	15.6
NAUCALPAN	465	15.5
ATIZAPAN	333	11.1
CUAUTITLAN	201	6.7
COACALCO	108	3.6
TULTITLAN	92	3.1
TEXCOCO	53	1.8
CHALCO	35	1.2
TOLUCA	35	1.2
HUIXQUILUCAN	32	1.1
CHIMALHUACAN	18	0.6
V. NICOLAS ROMERO	18	0.6
TEPOZOTLAN	8	0.3
TEZOYUCA	6	0.2
ACOLMAN	6	0.2
IXTAPALUCA	6	0.2
TULTEPEC	3	0.1
TLALMANALCO	3	0.1
LERMA	2	0.07
TOTAL	2998	100

El restante 0.9% proviene de otros estados de la República Mexicana, predominantemente Morelos (N = 32), Hidalgo (N = 22) y Puebla (N=11) (Cuadro 6).

Cuadro 6. Procedencia de los usuarios del CIES-Microlínea a partir de otros estados (14053 consultas).

# CONSULTAS	ESTADOS	%
32	MORELOS	0.2
22	HIDALGO	0.2
11	PUEBLA	0.08
8	AGUASCALIENTES	0.05
7	NUEVO LEON	0.05
6	GUANAJUATO	0.08
5	CHIAPAS	
	TLAXCALA	0.08
	VERACRUZ	
4	JALISCO	0.02
3	BAJA CALIFORNIA	0.08
	SONORA	
2	TAMAPULIPAS	0.02
	DURANGO	
1	COAHUILA	0.08
	MICHOACAN	
	QUERETARO	
	GUERRERO	
	CAMPECHE	
	OAXACA	
0	BAJA CALIF SUR	0
	SINALOA	
	CHIHUAHUA	
	SAN LUIS POTOSI	
	ZACATECAS	
	NAYARIT	
	COLIMA	
	TABASCO	
	YUCATAN	
	QUINTANA ROO	
TOTAL		0.9

7. REFERIDO POR

Las fuentes de referencia más frecuentes por las cuales tiene conocimiento el usuario para ponerse en contacto con CIES son anuncios en radio (49.3%, N=6931), canal 11, a través del "Taller de Sexualidad", programa que se presenta los martes (13%, N = 1824), amigo (12.1%, N= 1700), otros (8.6% N=1203), folletos (3.9%, N = 555), red de servicios de orientación telefónica (3.9%, N= 52) (Cuadro 7, Fig. 13).

Cuadro 7. Fuentes de referencia (14053 consultas).

FUENTE	# CONSULTAS	%
RADIO STEREO CIEN	2766	19.7
RADIO ROCK 101	2315	16.5
RADIO MORENA FM	1850	13.1
CANAL TV 11	1824	13.0
AMIGO	1700	12.1
OTROS*	1203	8.6
FOLLETO	555	3.9
RADIO RED	360	2.6
PERIODICO	286	2.0
RADIO CONSENTIDA	264	1.8
JOVEN A JOVEN	228	1.6
TELSIDA	208	1.5
REVISTA	144	1.0
POSTER	128	0.9
SOS UNAM	118	0.8
RADIO MIL	55	0.4
PLATICAS	53	0.4
TOTAL	14053	100

*OTROS se refiere a invitaciones en diversas estaciones de radio como XEQ (Programa "Palabras prohibidas"), Radio ACIR (Programa "En voz alta"). Asimismo, incluye la referencia por LOCATEL, Centros de Integración Juvenil, SAPEL...

CIES MICROLINE (14053 CONSULTAS)

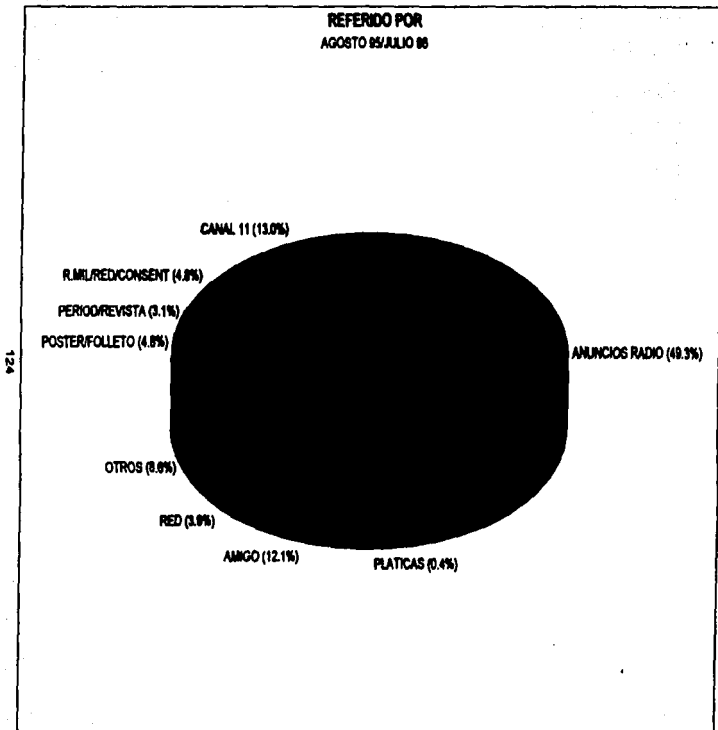


Fig. 13. Referido por (global)

Se contrataron anuncios en Stereo cien, Rock 101, Morena FM del Núcleo Radio Mil. Morena FM es la estación de mayor auditorio de esta empresa y las tres están dirigidas a público de clase media, entre 18 y 40 años de edad. En Stereo cien y Rock 101 se utilizó el siguiente guión:

ELLA: "Gerardo, ¡estoy embarazada!"

EL: "¿Cómo?!"

VOZ DEL LOCUTOR: "Para que esto no te suceda, usa un anticonceptivo.

CIES Microline, Centro de Información de Educación Sexual, te orienta e informa.
627-70-90, 627-70-91. ¡Comunícate!"

En Morena FM se utilizó otro guión, que se describe a continuación:

ELLA: "Ahora que soy madre, ¡estoy feliz! Y no quiero embarazarme pronto, por lo que estoy pensando cómo cuidarme.

VOZ DEL LOCUTOR: "Para que esto no te suceda, usa un anticonceptivo.

CIES Microline, Centro de Información de Educación Sexual, te orienta e informa.
627-70-90, 627-70-91. ¡Comunícate!"

Los periodos de transmisión se muestran en el Cuadro 8.

**Cuadro 8. Periodos de transmisión de los anuncios de radio de CIES-
Microline en Núcleo Radio Mil.**

INICIO	TERMINO
31-JULIO-95	04- AGOSTO-95
18- AGOSTO-95	25-AGOSTO-95
2-OCTUBRE-95	1-NOVIEMBRE-95
6-NOVIEMBRE-95	5-DICIEMBRE-95
11-DICIEMBRE-95	9-ENERO-96
15-ENERO-96	13-FEBRERO-96
19-FEBRERO-96	19-MARZO-96
15-ABRIL-96	14-MAYO-96

La respuesta a los spots de radio aumentó, particularmente Stereo cien, durante los meses de noviembre, enero y mayo que corresponden a los periodos de transmisión, excepto febrero y marzo en donde no aumentó la respuesta de los usuarios (Fig. 14).

Se participó en canal 11 con los temas: "Anticoncepción" (octubre); "Disfunciones sexuales", "Los expertos opinan" (diciembre) para el Taller de sexualidad, y en este programa se dió a conocer el servicio del CIES mediante un spot gratuito de 10 segundos el cual se transmitió durante los meses de agosto, septiembre, febrero, mayo y junio. En la Figura 15 se observa un

CBS-MICROLINE (14053 CONSULTAS)

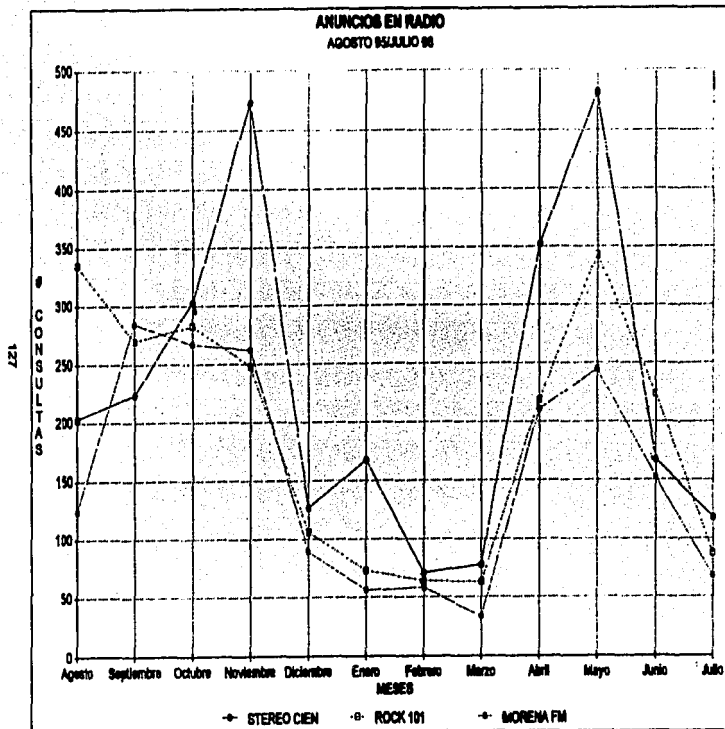


Fig. 14. Referido por (anuncios en radio).

CIES MICROLINE (14053 CONSULTAS)

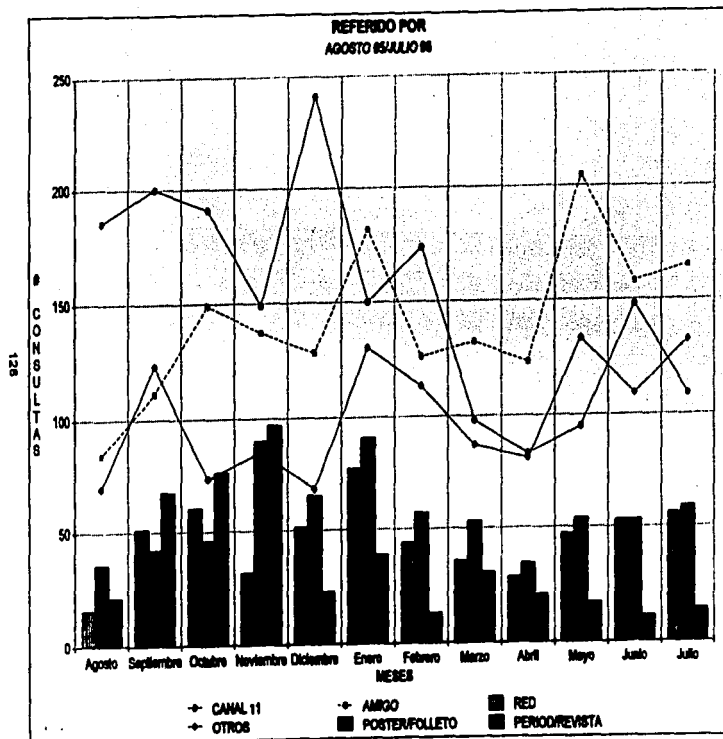


Fig. 15. Comparación de las fuentes de referencia, excepto anuncios en radio.

aumento de las consultas referidas por este medio en agosto, septiembre, diciembre, febrero y junio.

La referencia mencionada como "Amigo" corresponde a la recomendación directa por otros usuarios, la cual muestra aumentos en los meses de octubre, enero, marzo, mayo y junio, aunque la tendencia es creciente.

La participación en otros medios se incluye en el rubro de "Otros", dentro de los cuales están Radio fórmula (Programa "Y usted que opina": Aborto, agosto), 105.7 FM (Programa "Cambalache": Enfermedades de transmisión sexual, septiembre), XEQ (Programa "Palabras prohibidas": Aborto (septiembre), Travestismo (diciembre), Sexualidad infantil (marzo), Reproducción voluntaria, mujeres que no desean tener hijos (mayo), XEW (Programa "El color de la noche": Machismo, diciembre), Stereo cien (Programa "Salud al cien": Sexualidad y anticoncepción, abril), XEB (Programa "Sin vergüenza": Anticoncepción, abril), Radio ACIR (Programa "En voz alta": Lesbianismo, julio). En los resultados se observa un aumento de las consultas referidas por "Otros" en los meses de septiembre, noviembre, enero, febrero, mayo y julio.

Se dieron 22 pláticas donde se trataron temas relacionados con planificación familiar/anticoncepción, disfunciones sexuales, violencia sexual, las cuales produjeron 53 consultas en el CIES. Estas pláticas a la comunidad se dieron a adolescentes en secundarias, preparatorias y universidades; asimismo, algunas de ellas se llevaron a cabo con personal de salud.

CIB-MICROLINE (14053 CONSULTAS)

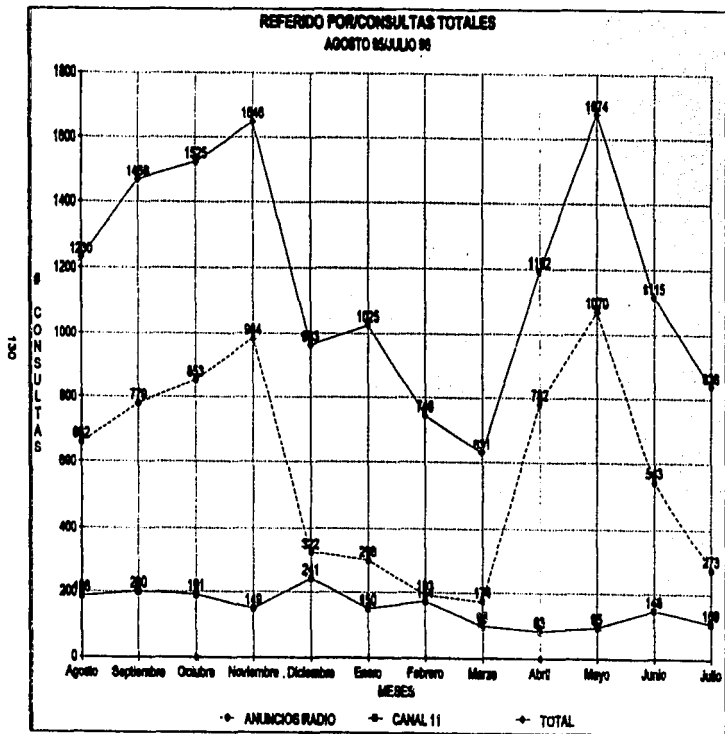


Fig. 18. Comparación entre el número total de consultas y principales referencias.

En la Figura 13 se muestra una comparación entre el número total de consultas y las fuentes de referencia más importantes. Así, se observa el aumento del número de consultas totales en los meses de agosto a noviembre, y en enero, abril y mayo que es paralelo al aumento en número de consultas referidas por los anuncios en radio. En cambio, las referencias de canal 11 se mantienen estables durante todo el periodo (Fig. 16).

8. REFERIDO A

La mayoría de las consultas se resuelven mediante la información o la consejería ya que el 86% no es referido a alguna agencia de apoyo. El 14% restante se envía a las agencias de apoyo, según sea el caso (Cuadro 9).

**Cuadro 9. Agencias a las que se refieren los usuarios del CIES-Microlínea
(14053 consultas)**

AGENCIAS DE APOYO	# CONSULTAS	%
NINGUNA	12194	86.8
OTROS	614	4.3
MEXFAM	569	4.0
TERAPIA SEXUAL	328	2.3
SECTOR SALUD	114	0.8
TELSIDA, CONASIDA	96	0.7
SERV. ADOLESC.	83	0.6
AGRESION SEXUAL	55	0.4
TOTAL	14053	100

Como puede observarse, el mayor porcentaje (4.3%) se refiere al rubro de "Otros" que incluye servicios particulares (médicos, psicólogos, etc.), Servicios integrales para la mujer (SIPAM), Centro de estudios para la reproducción humana (CEPARH), en segundo lugar MEXFAM (4.0%) y tercer lugar servicios de terapia sexual (2.3%).

C. INFORMACION SOLICITADA

1. TEMAS PRINCIPALES

Los temas de los que con mayor frecuencia se solicitó información son planificación familiar/anticoncepción (43.5%, N = 6112), morfofisiología (12.9%, N=1816), conducta sexual (10.8%, N = 1516), embarazo (10.5%, N = 1470), educación sexual (7.3%, N= 1019), respuesta sexual (6%, N=848) (Cuadro 10, Fig. 17).

Cuadro 10. Temas de mayor consulta de los usuarios del CIES-Microlínea
(14053 consultas)

TEMAS	# CONSULTAS	%
PLANIF. FAMILIAR/ ANTICONCEPCION	6112	43.5
MORFOFISIOLOGIA	1814	12.9
CONDUCTA SEXUAL	1516	10.8
EMBARAZO	1470	10.5
EDUCACION SEXUAL	1019	7.3
RESPUESTA SEXUAL	848	6.0
PATOLOGIA	728	5.2
ABORTO	232	1.7
DESARROLLO PSICOS.	131	0.9
VIOLENCIA SEXUAL	107	0.7
BIBLIOGRAFIA	76	0.5
TOTAL	14053	100

CIES MICROLINE (14053 CONSULTAS)

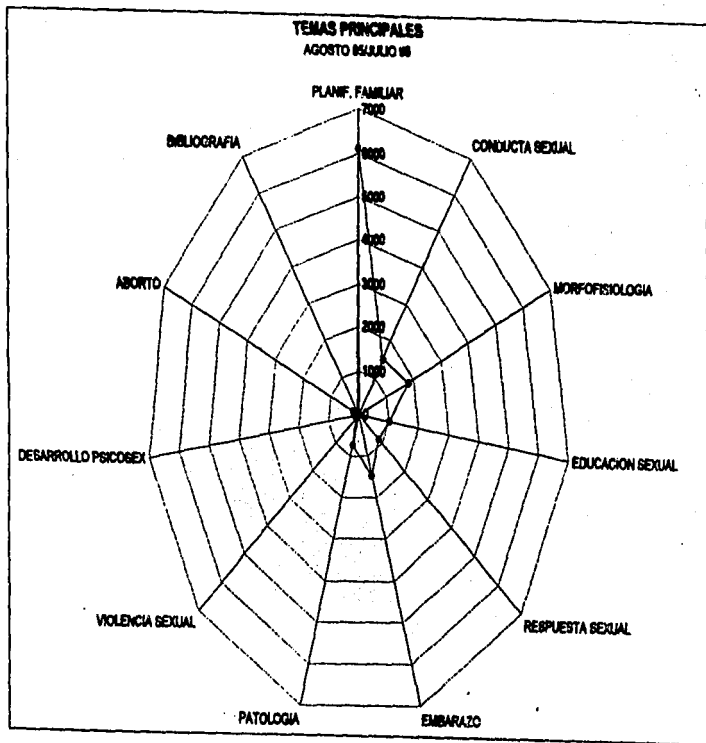


Fig. 17. Temas de consulta.

Teniendo en cuenta los meses de mayor consulta y la presencia de anuncios en la radio, es posible observar que durante los mismos meses también aumentan las preguntas sobre planificación familiar y las consultas hechas por mujeres (Fig. 18).

Para los fines de esta investigación, como se mencionó en la metodología, a partir de este momento solo se tomaron en cuenta aquellas consultas relacionadas con planificación familiar/anticoncepción en los grupos etarios de 16 a 20 y 21 a 25 años (n = 4820), que corresponde al 78.9% del total de consultas sobre este tema en el periodo en estudio. La distribución de la muestra puede observarse en el Cuadro 11.

Cuadro 11. Edad y sexo de la población muestra.

	16-20	21-25	TOTAL
MUJERES	1546	1408	2954
VARONES	859	1007	1866
TOTAL	2405	2415	4820

Con respecto al sexo se encontró que el 61.3% de las consultas fueron hechas por mujeres (Fig. 19).

La frecuencia de consultas sobre planificación familiar/anticoncepción de los grupos de edad de 16 a 20 y 21 a 25 años, es de 49.9% y 50.1% respectivamente (Fig. 20).

CER-MICROLINE (1483 CONSULTAS)

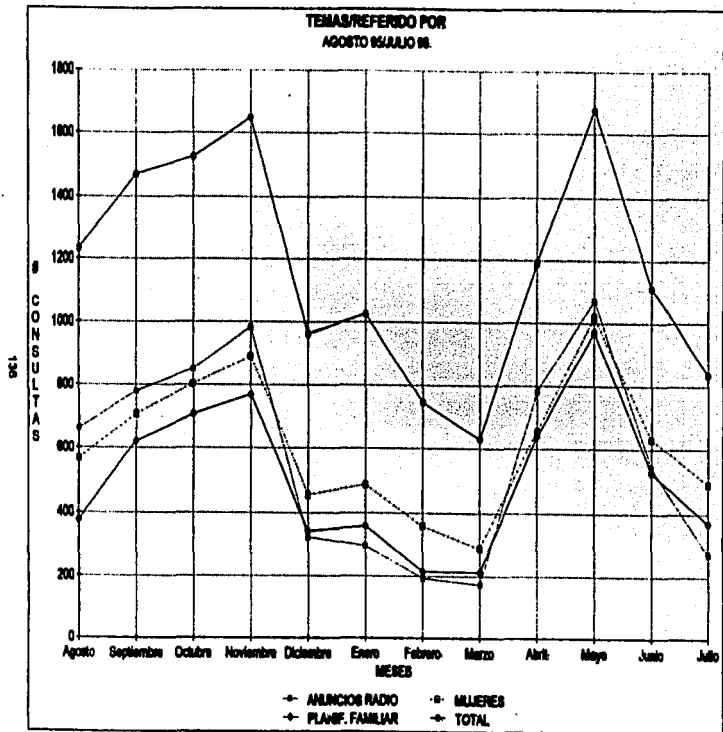


Fig. 18. Comparación de planificación familiar, consultas totales, sexo y anuncios en radio.

CIES MICROLINE (4220 CONSULTAS)

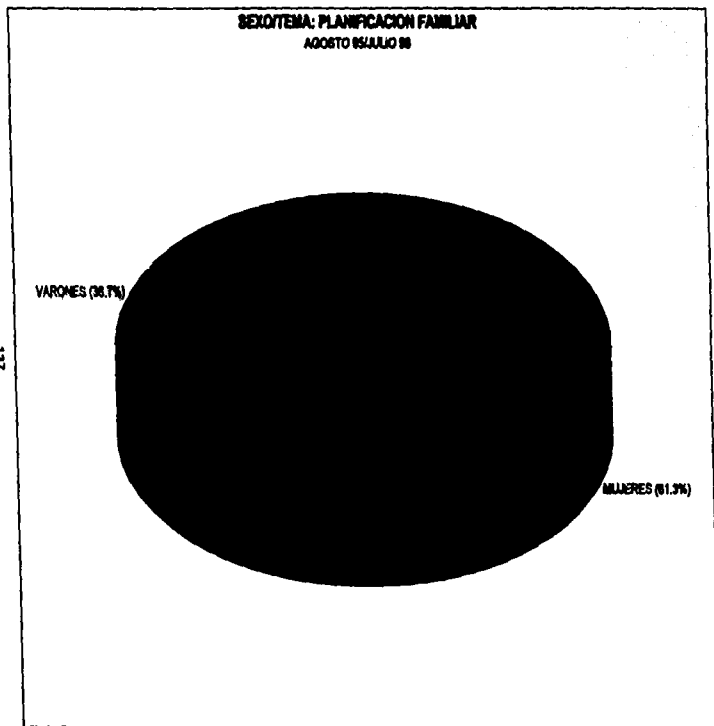


Fig. 19. Comparación de sexo con planificación familiar (grupos 16-20 y 21-25 años).

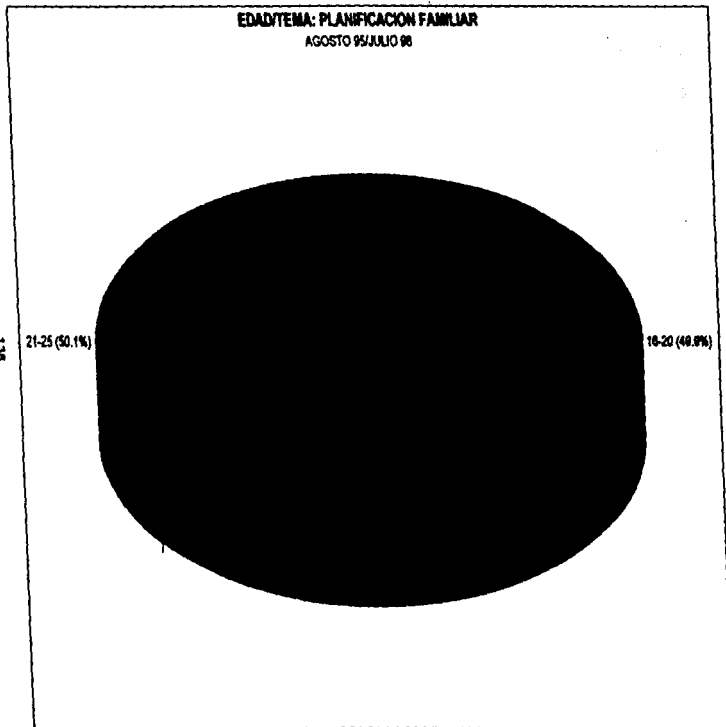


Fig. 20. Comparación de edad (16-20 y 21-25 años) con planificación familiar.

2. SUBTEMA

Con respecto a planificación familiar/anticoncepción únicamente, las consultas que se hicieron con mayor frecuencia se relacionan con hormonales orales (31%, N = 1498), hormonales inyectables (18.5%, N = 889), generalidades (11.3%, N = 546), métodos naturales (9.9%, N = 479), espermicidas (9.9%, N = 478), condón (8.4%, N =407) (Fig. 21).

La distribución por edad y sexo se muestran en el cuadro 12. En términos generales las mujeres preguntaron más métodos anticonceptivos y con respecto a hormonales orales, preguntaron con mayor frecuencia (64.1%, n=961) , al igual que con respecto a hormonales inyectables (74%, n= 661), generalidades (55.4%, n=303), métodos naturales (52%, n=249), espermicidas (59.4%, n=284), dispositivo intrauterino (DIU) (73.2%, n=248), implantes (78.4%, n=51), y locales mujer (53.5%, n=23). Los varones preguntaron con mayor frecuencia solamente en tres métodos anticonceptivos (condón: 64.6%, n=263; solo progesterona: 75%, n = 3; definitivos: 59.7%, n = 43).

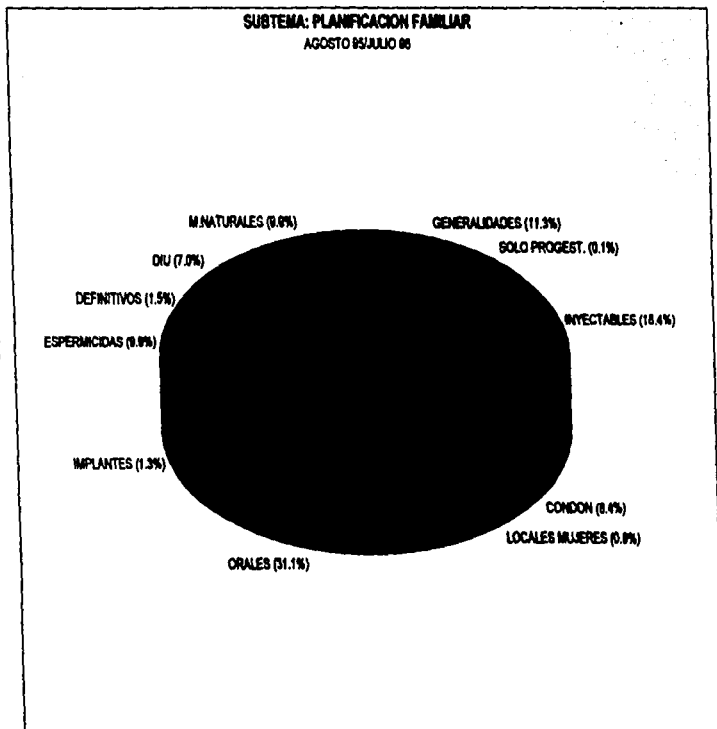


Fig. 21. Subtemas sobre planificación familiar.

Cuadro 12. Distribución por edad y sexo de las consultas sobre planificación familiar.

	16-20		21-25		TOTAL
	M	H	M	H	
CONDON	89	180	55	83	407
ESPERMICIDAS	176	94	108	100	478
ORALES	484	230	477	307	1498
INYECTABLES	310	72	351	156	889
IMPLANTES	32	7	19	7	65
PROGESTINA	0	0	1	3	4
DIU	103	41	145	50	339
DEFINITIVOS	9	10	20	33	72
NATURALES	157	91	92	139	479
LOCAL MUJER	16	7	7	13	43
GENERALID	170	127	133	116	546

Los números expresan valores totales.

3. SUBSELECCION

Con respecto a la subselección de planificación familiar/anticoncepción, los resultados globales muestran una mayor frecuencia en las consultas sobre

Administración (38.5%, n=1854), Indicaciones (18%, n=867), Efectividad (14%, n=677), Definición (10.2%, n=491) y Efectos secundarios (7.9%, n=382) (Fig. 22).

Las diferencias entre las subselecciones de los subtemas de planificación familiar/anticoncepción se presentan en las Figuras 20 a 29. Con respecto a condón, la administración, la efectividad, las indicaciones y la presentación son los temas más importantes (Fig. 23).

Para los espermicidas, las preguntas más frecuentes son administración, efectividad, indicaciones, definición, efectos secundarios (Fig. 24).

En el caso de hormonales orales, las preguntas más frecuentes se relacionan con administración, indicaciones, efectos secundarios, efectividad (Fig. 25).

Para hormonales inyectables, con mayor frecuencia se presentan consultas sobre administración, indicaciones, efectos secundarios, efectividad, definición (Fig. 26).

En el caso de métodos naturales, la definición ocupa el lugar más importante, después administración, efectividad y desventajas (Fig. 27).

En el caso del dispositivo intrauterino las preguntas más frecuentes se relacionan con administración, indicaciones, efectos secundarios, efectividad (Fig. 28).

Para los métodos definitivos, se presentan con mayor frecuencia consultas sobre definición, desventajas, efectos secundarios, administración y efectividad (Fig. 29).

CES MICROLINE (4820 cases)

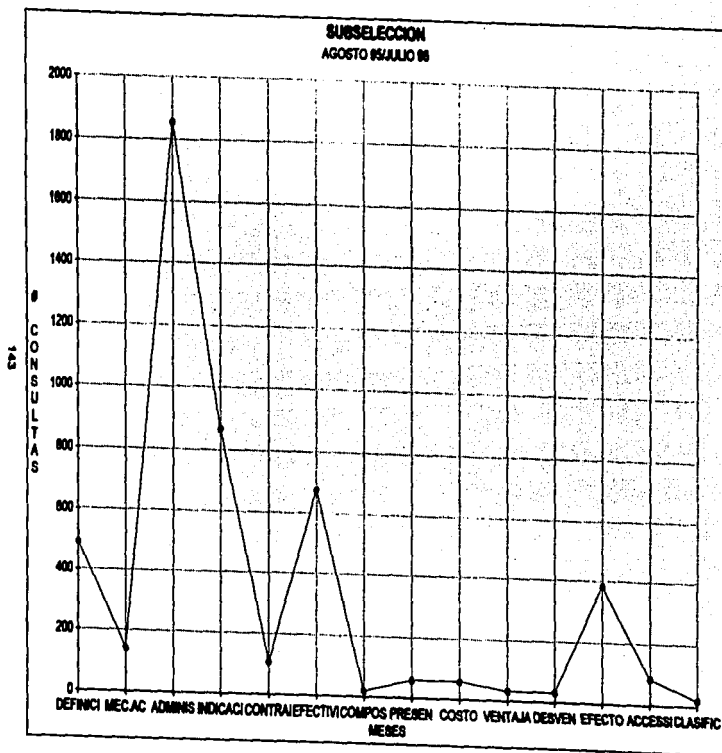


Fig. 22. Subselección sobre planificación familiar (global).

CIES-MICROLINE (407 CONSULTAS)

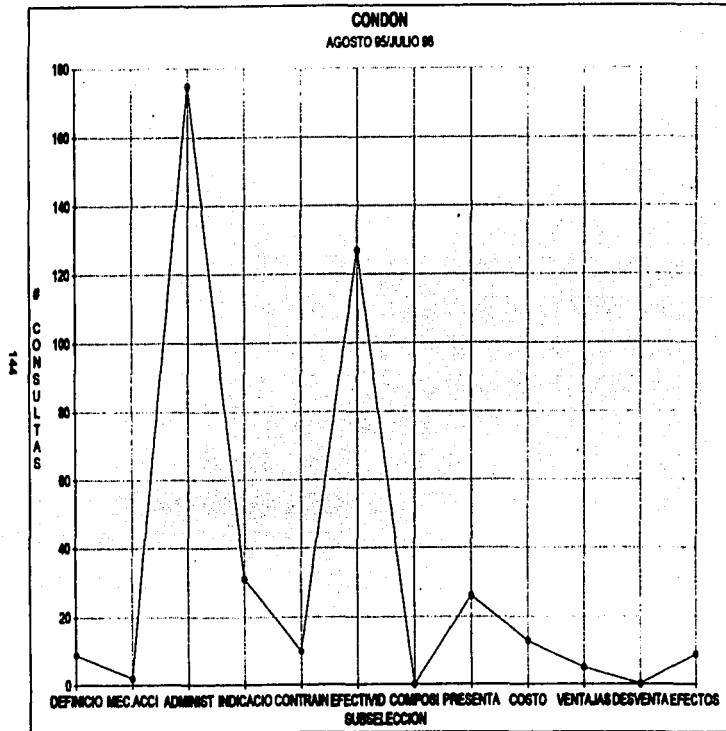


Fig. 23. Subselección de condon (global).

CES-MICROLINE (478 CONSULTAS)

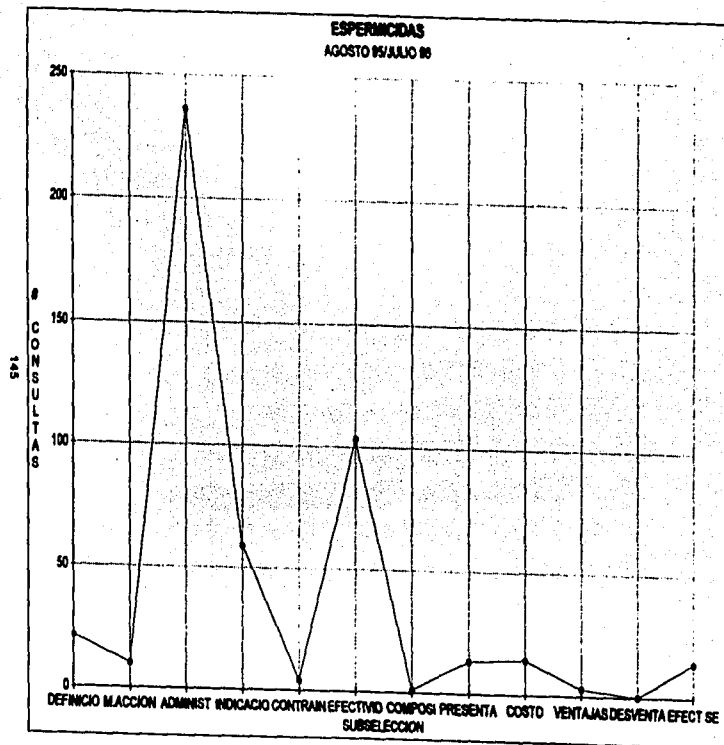


Fig. 24. Subselección de espermicidas (global).

CIES-MICROUNE (1488 CONSULTAS)

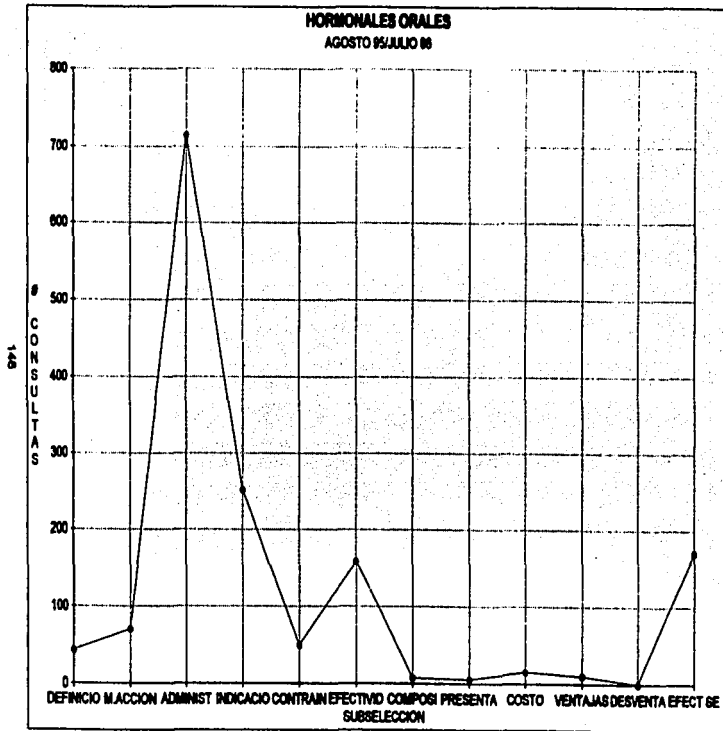


Fig. 25. Subselección de hormonales orales (global).

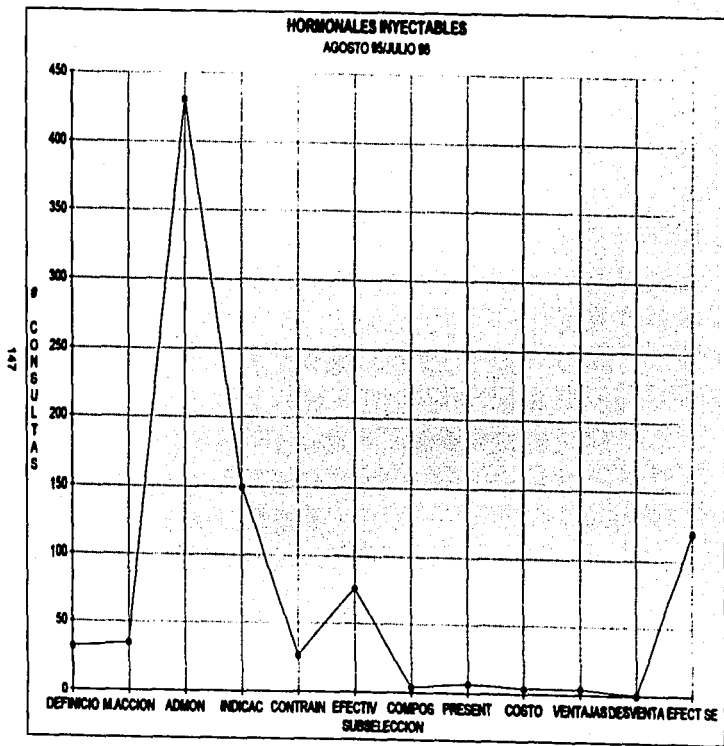


Fig. 26. Subselección de hormonas inyectables (global).

CIES-MICROLINE (479 CONSULTAS)

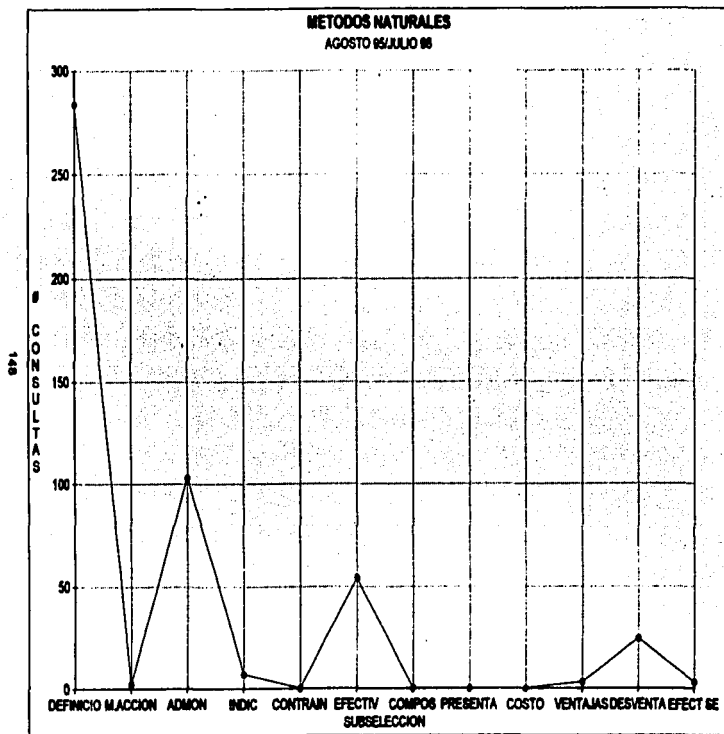


Fig. 27. Subselección de métodos naturales (global).

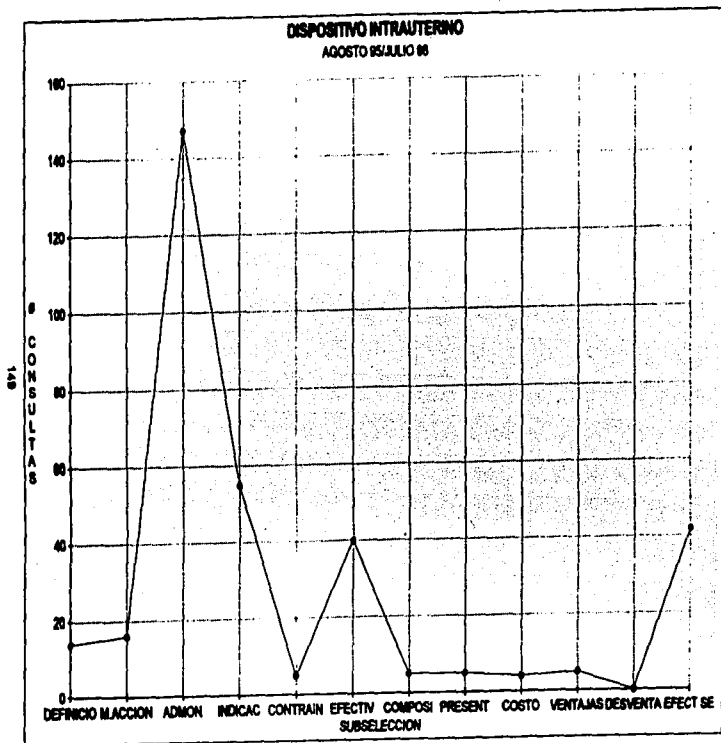


Fig. 28. Subselección de dispositivo intrauterino (global).

CIES MICROLINE (72 CONSULTAS)

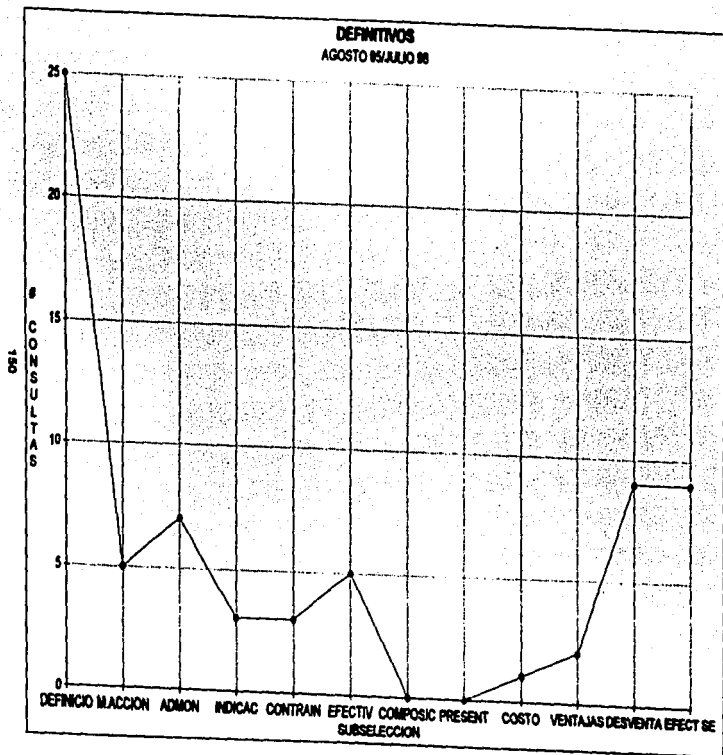


Fig. 28. Subselección de métodos definitivos (global).

En las consultas de locales mujer (diafragma, esponja y capuchón vaginal), las más frecuentes son sobre administración, indicaciones, efectividad y efectos secundarios (Fig. 30).

Con respecto a implantes, la subselección más frecuente es administración, definición, efectividad, indicaciones, efectos secundarios y costo (Fig. 31).

La subselección sobre generalidades predomina en indicaciones, efectividad, accesibilidad, definición y clasificación (Fig. 32).

La subselección por sexo y edad muestra que en el grupo de 16 a 20 años, las mujeres preguntaron con mayor frecuencia acerca de un mayor número de categorías, en particular, administración de métodos anticonceptivos, indicaciones, efectividad, efectos secundarios, composición, ventajas, mecanismo de acción, mientras que los varones de este grupo de edad preguntaron principalmente sobre costo y desventajas.

En el grupo de 21 a 25 años, las mujeres preguntaron más sobre administración, indicaciones, efectividad, efectos secundarios, mecanismo de acción; en cambio los varones preguntan principalmente por definición, ventajas y desventajas (Cuadro 13). En el mismo cuadro 13, obsérvese que algunas categorías son similares, como presentación, costo e información general que obtuvieron el 50% por sexo en el grupo de 21 a 25 años. Se incluyen las consultas hechas sobre planificación familiar/anticoncepción en la población general para comparar los porcentajes de respuestas.

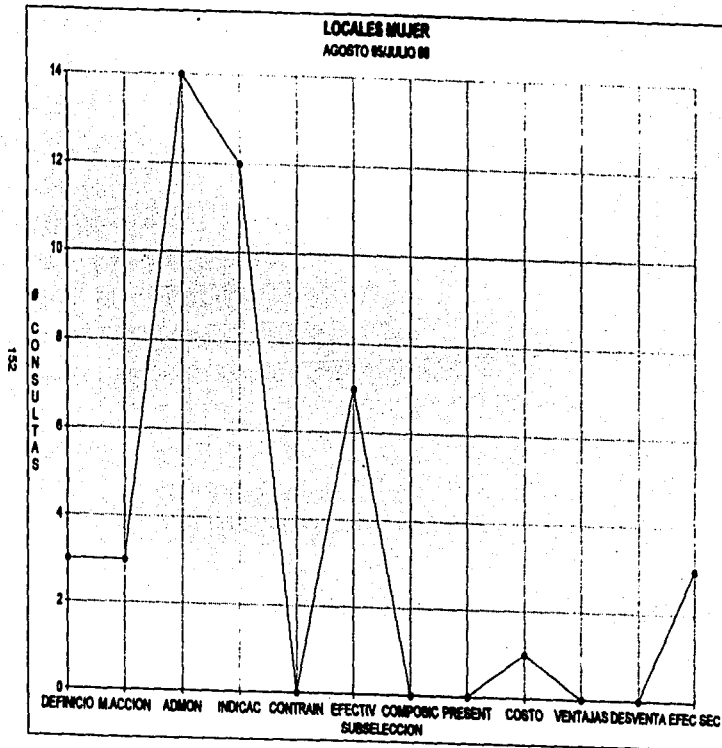


Fig. 30. Subselección de locales mujer (global).

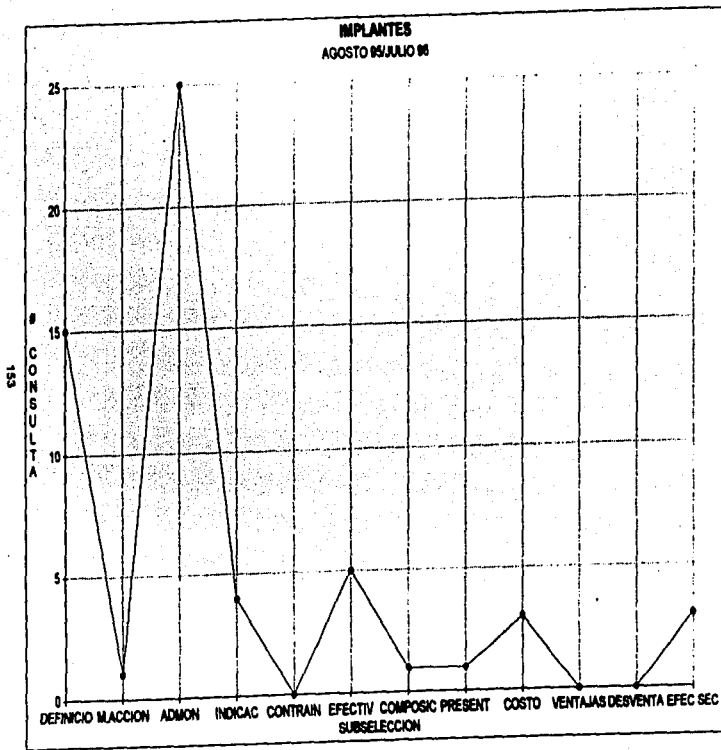


Fig. 31. Subselección de implantes (global).

FALTA PAGINA

No. 154

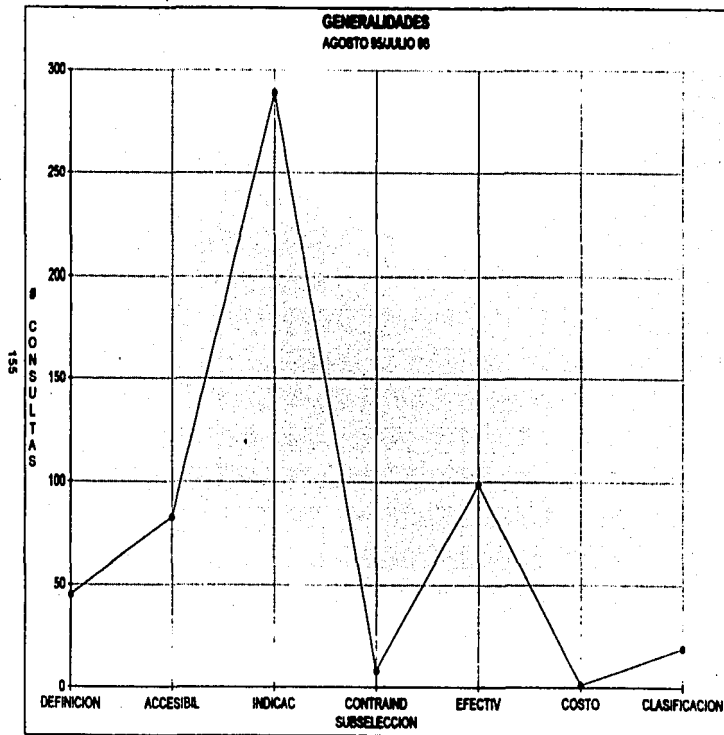


Fig. 32. Subselección de generalidades (global).

Cuadro 13. Consultas sobre planificación familiar/anticoncepción.

	GLOBAL 0-76 AÑOS		PARCIAL 16-25		16-20		21-25	
	NO.	%	NO.	%	M	H	M	H
DEFINICION	622	10.2	491	10.2	48.2	34.8	43.3	56.7
MEC ACCION	166	2.7	144	3.0	14.3	38.7	62.2	37.8
ADMINISTRAC	2248	36.8	1854	38.4	18.5	33.1	59.4	40.6
INDICAC	1094	17.9	867	18	17.2	36.6	63.5	36.5
CONTRAINDIC	144	2.3	106	2.2	10.3	41.7	52.8	17.2
EFFECTIVIDAD	803	13.1	677	14	13.2	41.9	62.1	47.9
COMPOSIC	28	0.4	19	0.4	1.9	12.5	72.7	27.3
PRESENTAC	73	1.2	58	1.2	5.8	46.7	50	50
COSTO	75	1.2	56	1.2	46.9	63.1	50	50
VENTAJAS	40	0.7	32	0.7	31.9	47.1	46.7	53.3
DESVENTAJ	46	0.8	33	0.7	31.3	65.7	17.6	82.4
EFFECTOS 2º	591	9.7	382	7.9	39.5	26.5	65	32
INFORMAC	139	2.3	72	1.5	13.6	41.2	50	50
ACCESIBILID	19	0.3	11	0.2	11.4	28.6	75	25
CLASIFICAC	24	0.4	19	0.4	18.5	11.2	70	30
TOTAL	6112	100	4820	100				

Los cuadros resaltados en otro color indican los porcentajes más altos por categoría.

D. PERTINENCIA DE LOS ELEMENTOS DEL CIES

1. CONTRIBUCION AL MODELO DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

La contribución de las variables del CIES afines a la atención primaria de la salud se muestran en el Cuadro 14.

Cuadro 14. Aportaciones del CIES a la Atención primaria de la salud.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	VARIABLES	COMENTARIOS
ACCESIBILIDAD	Orientación telefónica, V14: Número de consultas por día	Disponibilidad del teléfono. No importa lugar de residencia
PROMOCION Y PREVENCIÓN	V9: temas, V10: Subtema, V11, Subselección	Información, Orientación
TRATAMIENTO Y REHABILITACION	V9: Temas, V10: Subtema, V11: Subselección, V8: Referido a.	Información, orientación y referencia a otras agencias
UNIVERSALIDAD	V1: Sexo, V2: Edad, V3: Ocupación, V4: Escolaridad, V5: Estado civil, V6: Procedencia	La solicitud del servicio puede darse a cualquier persona
CONTINUIDAD	La prestación del servicio es permanente	No se midió en el estudio
SATISFACCION DE NECESIDADES PRIORITARIAS	V9: Temas principales	Información de los principales problemas de salud, asistencia materno infantil y planificación familiar, prevención de enfermedades endémicas, promoción de la salud mental.
PARTICIPACION COMUNITARIA	Número de consultas recibidas. Solicitud de pláticas a la comunidad	Se requiere que los usuarios soliciten el servicio.
COORDINACION	Red de servicios telefónicos	No se midió en este estudio
REGIONALIZACION	V8: Referido a	Referencia a los usuarios según su lugar de procedencia

2. CONTRIBUCION DE CIES AL MARCO DE BRUCE

La contribución de las variables de CIES afines con el marco de Bruce se muestran en el Cuadro 15.

Cuadro 15. Aportación del CIES al marco de Bruce.

MARCO DE BRUCE	VARIABLES CIES	COMENTARIOS
OPCIONES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	V10: Subtema, V11: Subselección	Se dan las opciones que los usuarios solicitan y se amplía la información
INFORMACION SUMINISTRADA A LOS USUARIOS	V9: Referido a, V10: subtema, V11: Subselección	La información suministrada se individualiza y hay retroalimentación desde y hacia el operador
COMPETENCIA TECNICA	Capacitación del personal que labora en el CIES	El programa incluye capacitación continua para todos los prestadores del servicio.
RELACIONES INTERPERSONALES	Grado de empatía con el operador; V13: Duración de la consulta	La empatía no se midió en este estudio.
PROMOCION DE CONTINUIDAD DEL USO	Seguimiento de los usuarios	El proceso conlleva seguimiento, el cual no se midió en este estudio, pero que es susceptible de hacerse.
SERIE APROPIADA DE SERVICIOS	V9: Temas principales de consulta, V8: Referido a; V6: Procedencia.	Se refiere al usuario a las agencias de apoyo según el tipo de servicio que se requiera, su procedencia y la causa principal de consulta.

E. OTROS HALLAZGOS

Durante la investigación se encontraron algunos datos cualitativos que no es posible referir en los rubros anteriores, razón por la cual se mencionan a continuación.

- 1. Ha sido difícil crear verdaderas redes integrales para la atención de usuarios o clientes de los servicios de salud reproductiva. Existe poca empatía de algunos prestadores de servicios debido a que no creen en las bondades de este tipo de modelos.**
- 2. El posicionamiento de este servicio como gratuito y anónimo ha favorecido la accesibilidad; los mismos usuarios lo comentan en la línea, ya que de manera espontánea refieren sentirse cómodos con el tipo y características de este modelo.**
- 3. No hay una reglamentación con respecto a los servicios telefónicos y existen huecos legales para la protección tanto de los clientes como de los prestadores del servicio telefónico. Asimismo, se crea una competencia desleal con las llamadas "hotlines" que cobran por sus servicios en temas relacionados con la sexualidad, la salud reproductiva, las disfunciones sexuales, en cuyo caso es imposible regular lo que están diciendo por la línea, convirtiendo dicha información en un riesgo potencial para el usuario y los demás servicios profesionales.**
- 4. En la entrega del servicio, uno de los momentos de la verdad es cuando el usuario establece contacto con el CIES. Si no se establece un buen nivel de**

confianza en los primeros 30 segundos, el usuario optará por no preguntar lo que realmente desea. Sin embargo, los prestadores u operadores han logrado un buen nivel de habilidades que les permite obtener información valiosa con el fin de conducir al usuario y obtener información sobre las necesidades, perspectivas, valores, actitudes e información previa.

5. Persisten muchos mitos alrededor de la sexualidad, en parte reproducidos por figuras de autoridad (maestros, médicos, padres de familia, etc.) que por desgracia no cuentan con una formación profesional en esta área. Aún persisten los mitos alrededor del tamaño del pene o de que las mujeres que utilizan anticonceptivos son prostitutas, ya que son comentarios hechos por los mismos usuarios de manera espontánea. Asimismo, se maneja información obsoleta con respecto a sexualidad, en particular sobre planificación familiar y anticoncepción.
6. Uno de los resultados más interesantes con los que se cuenta hasta este momento, fue la creación de la Red de servicios de orientación telefónica. Esto ha permitido mejorar la calidad en la atención al tener alternativas para referir a los usuarios a servicios especializados; sin importar desde donde entra la llamada, los servicios que están participando refieren a los usuarios según la demanda y tipo de consulta. De esta manera también se optimizan los recursos de aquellos servicios que pueden contar con una estrategia publicitaria más masiva, constituyendo "puntas de lanza" para los demás servicios.

- 7. Este tipo de servicios de orientación telefónica permiten optimizar recursos para los servicios convencionales, ya que orienta la utilización de los mismos y establece un enlace con los posibles usuarios o clientes.**
- 8. Las farmacias son la primera fuente de provisión de métodos anticonceptivos para las mujeres que inician la práctica anticonceptiva; por lo tanto, el CIES podría proporcionar la información y la orientación adecuadas a estas usuarias para que tengan la información y la orientación oportuna y suficiente al momento de tomar una decisión responsable con respecto a sus necesidades reproductivas y su sexualidad.**

IX. CONCLUSIONES

1. La brevedad de las consultas marca de manera interesante que los usuarios tienen un prediagnóstico elaborado por ellos mismos. De hecho, cuando llaman tienen preguntas concretas en la mayoría de los casos; esto se correlaciona con el concepto de crisis, ya que el individuo que consulta a este servicio establece inicialmente la demanda de la satisfacción de preguntas no resueltas (es decir, busca información para resolver dudas) o bien para la toma de decisiones y el ejercicio de una acción concreta.
2. En cuanto a la hora de consulta, es sorprendente que llamen con mayor frecuencia por las mañanas, ya que podría esperarse que llamaran por las tardes al recordar que la mayoría de nuestros clientes o usuarios son jóvenes, particularmente estudiantes y empleados. Esto mismo ocurrió durante todo el año del estudio, sin importar vacaciones escolares. Una posible causa de esto es que los usuarios estén llamando desde la misma escuela, de teléfonos públicos, o bien desde las empresas donde trabajan, con lo que utilizan el teléfono disponible.
3. Se esperaría que el mayor número de usuarios fueran mujeres; sin embargo, la distribución entre ambos géneros es muy parecida a la distribución nacional, situación que podría señalar la igualdad en la posibilidad de acceder a este servicio de información, que no sucede en los servicios convencionales de planificación familiar en donde además, la consulta está orientada a la mujer y

- no al varón, lo que constituye una ventaja del CIES sobre los servicios convencionales de planificación familiar, por que demuestra que su población objeto, como debería ser en los segundos, abarca en forma igualitaria a hombres y mujeres.
4. Aunque el CIES no está publicitado como un servicio exclusivo para jóvenes, la mayoría de las consultas provienen de adolescentes y jóvenes con vida sexual activa. Esto se correlaciona con el estado civil de los usuarios, que en su gran mayoría son solteros, y también con el nivel escolar y ocupación de la mayoría de los usuarios.
 5. Si bien el embarazo en adolescentes tempranos constituye un problema de salud pública, es de llamar la atención que sean relativamente escasos los usuarios entre 10 y 15 años. Esto puede deberse a que el CIES no utilizó publicidad dirigida a esta población (por tipo de estación radiofónica y el contenido del anuncio), o bien a que estos adolescentes tempranos no perciban la necesidad de obtener información sobre planificación familiar o que desconozcan la existencia de este servicio y su utilización.
 6. La mayoría de los usuarios provienen de la zona metropolitana, en particular del Distrito Federal. Se recibieron consultas de usuarios que en su mayoría llamaron de las delegaciones Cuauhtémoc, Iztapalapa y G.A. Madero que de acuerdo con el INEGI abarcan poblaciones de nivel C, D y E. Sin embargo, también se recibieron consultas de individuos de las delegaciones Coyoacán, Miguel Hidalgo y Tlalpan que incluyen niveles socioeconómicos A, B, C, D y E.

También se recibieron consultas de usuarios que llamaron de municipios del Estado de México que son conurbados al D.F. como Ecatepec, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla, Naucalpan y a estados circunvecinos como Morelos, Hidalgo y Puebla. En el caso de estos últimos, los usuarios pagaron la llamada telefónica de larga distancia. Por lo tanto, puede concluirse que es posible utilizar el CIES sin distinción de sexo, edad, ocupación, nivel escolar, y con excepción de la procedencia fuera del D.F y de los municipios conurbados del Estado de México, se constituye como un servicio accesible y de cobertura parcialmente universal ya que está conformado solo para la ciudad de México.

7. En la medida que se llevan a cabo tácticas de publicidad, la respuesta de la comunidad es inmediata y además tienen un efecto de "reverberancia" más tardío. Algunos usuarios habían escuchado el anuncio meses atrás y aún así lo recordaban. Otro tipo de publicidad (por ejemplo, las invitaciones a participar en programas de radio o televisión), el "Taller de sexualidad" de TV once, la referencia de "amigo", etc., también tienen influencia en el público en un grado variable.
8. El CIES permite resolver las dudas sobre información y orientación en la mayoría de los casos, y solo en un 13% se refiere al usuario a servicios de salud convencionales (cara a cara).
9. La publicidad permitió dirigir el tipo de temas, en particular hacia la planificación familiar: aumenta el porcentaje de consultas de mujeres y existe

una correlación directa entre los anuncios en radio, el número de consultas totales y las consultas sobre planificación familiar.

10. De la población muestra, se encontró que el mayor interés sobre métodos anticonceptivos es con respecto a pastillas e inyectables para ambos sexos y ambos grupos de edad. En toda la población muestra, hay poco interés sobre el uso y conocimiento de métodos para varones; sin embargo, comparado como grupo solo (masculino), el condón ocupa el segundo lugar de consultas después de las pastillas.
11. El CIES permite saber las preferencias sobre subselecciones anticonceptivas de los usuarios, como son la administración, las indicaciones, su efectividad, la definición y los efectos secundarios de los diferentes métodos.
12. Por todo lo anterior, se concluye que el CIES es un servicio accesible, en la medida que el usuario tenga la posibilidad de utilizar una línea telefónica; es capaz de proporcionar información, orientación y referencia a los servicios convencionales afines, por lo que coadyuva al modelo de la atención primaria de la salud. Además, satisface la mayoría de los criterios de Bruce para un servicio de calidad en planificación familiar, teniendo en cuenta la estructura inherente al servicio de orientación telefónica.
13. El CIES es un servicio generador de información para la toma de decisiones, en particular para los administradores de los programas de salud reproductiva. Permite conocer cuáles son las demandas de información y consejería, las

demandas de servicios profesionales de salud, las evaluaciones de los mismos usuarios hacia estos servicios y la respuesta al uso de la publicidad.

14. Las hipótesis de investigación se cumplen debido a que el CIES es un servicio de orientación telefónica que satisface la mayoría de los requerimientos de la Atención primaria de la salud y permite la entrega de un servicio basado en lo que podría denominarse Atención primaria de la salud reproductiva. Además, y debido a sus características, coadyuva a la entrega de un servicio de planificación familiar en la modalidad de orientación telefónica, mediante el marco de Bruce.

X. RECOMENDACIONES

- 1. Como sistema dinámico que es, el servicio de orientación telefónica permite orientar sus objetivos a problemas específicos, por lo que puede ampliarse hacia situaciones críticas en una comunidad (y no solo para planificación familiar). Por ejemplo, estimular la lactancia, alentar la utilización de los servicios de salud, y en general temas que requieran información como parte de la educación para la salud.**
- 2. Es indispensable crear líneas de investigación para utilizar toda la información que se genera en el CIES, ya que es muy abundante y permite llevar a cabo estudios de diversa índole relacionados con las demandas de atención en salud reproductiva, planificación familiar y sexualidad.**
- 3. Deben fortalecerse los vínculos con las diversas instituciones o agencias de apoyo, estimulándolos a que también tengan sistemas de información compatibles, que permitan intercambiar información y llevar a cabo una auténtica coordinación y regionalización de los servicios.**
- 4. Se requieren fuentes de financiamiento que permitan la continuidad de este tipo de modelos, estimulando la participación del sector privado y del gubernamental.**
- 5. Es imprescindible reglamentar la prestación de este tipo de servicios para garantizar la calidad de los mismos.**

- 6. Es necesario abrir más servicios de este tipo a nivel de la República Mexicana, utilizando recursos regionales, con la idea de crear bases de datos locales y nacionales. Esto permitirá conocer las necesidades de la población y adaptar los programas a la comunidad.**
- 7. Todos los servicios de orientación telefónica deben contar con sistemas de capacitación continua y además deben tener bien definidas sus misiones y objetivos para que no se dupliquen esfuerzos y haya una buena coordinación.**
- 8. De acuerdo con los temas, subtemas y subselecciones, es indispensable que los prestadores de servicios que llevan a cabo actividades de información, educación y comunicación sobre planificación familiar y anticoncepción, tomen en cuenta las consultas de las cuales se solicita mayor información.**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anderson CD, Davidson JK, Passarello LC. (1992): "The mystique of first intercourse among college youth: the role of partners, contraceptive practices, and psychological reactions". Journal of Youth and Adolescence, 21(1):97-117.
2. Bahamon C., Buxbaum A. (1996): "El rol crítico de un buen servicio al cliente". Actualidad Gerencial en planificación familiar, estrategias para el mejoramiento de los programas y servicios. 5(1): 1-18.
3. Baigelman W, Coldiron J.(1993): "The UR hot line: purpose and process". American Journal of Medical Quality. 8(1):6-11.
4. Boehm K, Chessare JB, Valko TR, Sager MS. (1991): "Teen Line: A descriptive analysis of a peer telephone listening service". Adolescence. 26(103):643-648.
5. Britt J, Curry SJ, McBride C, Grothaus L, Louie D. (1994): "Implementation and acceptance of outreach telephone counseling for smoking cessation with nonvolunteer smokers". Health Education Quarterly. 21(1):55-68.
6. Bullough B, Bullough V.(1991): "Contraceptives for teenagers". Journal of Pediatrics Health Care 5(5):237-244.
7. Carter DM, Felice ME, Rosoff J, Zabin LS, Bellenson PL, Dannenberg AI. (1994): "When children have children: the teen pregnancy predicament". American Journal of Preventive Medicine. 10(2):108-113.
8. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (1983): Investigación en Servicios de Salud (ISS), 3ª edición, México. CONACYT y Secretaría de Salubridad y Asistencia.

9. Consejo Nacional de Población (1994): Antología de la Sexualidad Humana, 1ª edición, México, Miguel Angel Porrúa, Editorial-CONAPO.
10. Davis AJ. (1994): "The role of hormonal contraception in adolescents". American Journal of Obstetrics and Gynecology. May; 170(5 Pt 2):1581-1585.
11. De la Rosa T. (1996): "Habitan ya 91.1 millones en México" Entrevista a Carlos M. Jarque, Director del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Periódico REFORMA, viernes 26 de abril de 1996, pág 12.
12. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. (1995): "Lower Suicide Rates Associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home". American Journal of Psychiatry. 152:632-634.
13. Diario Oficial de la Federación. (1996): "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000", Secretaría de Salud, 11 de marzo de 1996, páginas 29-31.
14. Dirección General de Estadística e Informática. (1993): Mortalidad 1993, Subsecretaría de Planeación, Secretaría de Salud, México, 1994.
15. Dixon MC, Burns JL. (1974): "Crisis theory, Active Learning and the training of telephone crisis volunteers". Journal of Community Psychology 2:120-125.
16. Dixon R. (1993): "The Sexuality Connection in Reproductive Health". Studies in Family Planning, 24(5):269-282.
17. Dolan, B. (1995): "A teen hot line". Adolescence. 30 (117): 195-200.
18. Echterling LG, Hartsough DM, Zarle TH. (1980): "Testing a model for the process of telephone crisis intervention". American Journal of Community Psychology, 8:715-725

19. Echterling LG, Harsough DM. (1989): Phases of helping in successful telephone calls. Journal of Community Psychology. 17:249-257.
20. Edet EE. (1991): "The role of sex education in adolescent pregnancy". Journal of Research in Social Health 111(1):17-18.
21. Eisen M, Zellman GL, McAlister AL. (1990): "Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program". Family Planning Perspective. 22(6):261-271.
22. Evans IJ, Frazier DT. (1993): "Experiences with a science hotline". American Journal of Physiology. 264(6 Pt3):84-87.
23. Fajardo G, Ruezga A. (1994): Atención Primaria de la Salud y Seguridad Social en América. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Serie Estudios 7. México. Pág. 2-23.
24. Finger W, Hardee K. (1993): "¿Qué es calidad de la atención?". Network en español. 8(4): 1-27.
25. Fogel CI, Lauver D.(1990): Sexual Health Promotion. First Edition, USA, W.B. Saunders Company.
26. Friedman H. (1994): "Obstáculos para la salud de los adolescentes". Network en español. Los adolescentes. 9(1): 4-6.
27. Garber RM, Carroll-Pankhurst C, Woods Erwin K, Mortimer EA Jr. (1995): "The university/public health link in reducing infant mortality in a high-risk population". American Journal of Preventive Medicine. 11(3 Suppl):34-38.

28. Gutstein AS. (1995): "No universal signs for acute myocardial infarction". American Journal of Critical Care. 4(5):413.
29. Hammer M, Champy J. (1994): Reingeniería, 1º edición, Colombia. Editorial Norma, S.A.
30. Haynes J, Dieppe P. (1993): "Increasing awareness of arthritis-the public's response". British Journal of Rheumatology. 32(7):623-624.
31. Herold JM, Valenzuela MS, Morris L.(1992): "Premarital sexual activity and contraceptive use in Santiago, Chile".Studies of Family Planning. 23(2):128-136.
32. Hillard PJ. (1993): "Family planning in the teen population". Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 5(6):7.
33. Hornblow AR. (1986): Does telephone counselling have preventive value? Australian New Zealand Journal of Psychiatry Mar 20; 23-28.
34. Huffman K, Vernoy M, Vernoy J.(1994): Psychology in Action. Third edition, Canada. John Wiley & sons, Inc.
35. Instituto Europeo de Diagnóstico Prenatal (1993): Informe del Teléfono azul, España.
36. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993): Fecundidad Tabulados Temáticos, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. INEGI, México.

37. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993) : La mujer en México, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. 2º edición, INEGI, México.
38. Jofee A, Radius SM.(1991): "Health counseling of adolescents". Pediatrics review. 12(11): 344-351.
39. José MV, Kumate J, Barnard A. (1989):"La Atención Primaria de Salud como Instrumento de Desarrollo en México". Salud Pública de México. 31(2):177-184.
40. Juran JM, Gryna FM (1995): Análisis y planeación de la calidad, 1º edición, México, McGraw-Hill/Interamericana, S.A. de C.V.
41. Kirby D, Waszak C, Ziegler J.(1991): "Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior". Family Planning Perspective 23(1):6-16.
42. Kliwer W, Lepore SJ, Broquet A, Zuba L. (1990): "Developmental and gender differences in anonymous support-seeking: Analysis of data from a community help line for children". American Journal of Community Psychology. 18 (2):333-339.
43. Kroeger A, Luna R. (1987) Atención primaria de salud. Organización Panamericana de Salud. 1º edición, México, Editorial Pax-México.
44. Kroner BA, Scott RB, Waring ER, Zanga JR. (1993): "Poisoning in the elderly: characterization of exposures reported to a poison control center". Journal of American Geriatrics Society. 41(8):842-846.

45. Lagana L, Hayes DM.(1993): "Contraceptive health programs for adolescents: a critical review". Adolescence 28(110):347-359.
46. Langer A, Victora C, Victora M, Barros F, Farnot U, Belizan J, Villar J. (1993): "The Latin American Trial of Psychosocial support during pregnancy: A social intervention evaluated through an experimental design". Social Science Medicine. 36 (4):495-507.
47. Langer A, Tolbert K.(eds) (1996): Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México, 1° edición, México, EDAMEX, S.A. de C.V. y The Population Council, Inc.
48. Ley General de Salud, 1984. (1995): 12° edición, México. Editorial Porrúa, S.A. págs. 21-22 y 409.
49. Lindsay G., Hinnie J, Gaw A.(1995): "Setting up a helpline on heart disease". Nurse Standards 10(10):27-30.
50. López G, Yunes J, Solís JA, Omran AR, ed. (1992): Salud Reproductiva en las Américas, Washington, DC, Organización Panamericana de las Salud, OMS/OPS.
51. Martínez ME, Salazar M, Parada DM, Cardoso AM. (1992): "La sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años de una población dada". Revista Cubana de Enfermería, 8(2):101-110.
52. Masters WH, Johnson V, Kolodny R. (1992): Human Sexuality, 4th edition, USA, HarperCollins Publishers Inc.

53. McAnarney E, Kreipe R, Orr D, Comerci G.(1992): Textbook of adolescent medicine, First edition. México. W.B. Saunders Company.
54. McCauley A, Robey B, Blanc A, Geller J. (1994): "Oportunidades para la mujer mediante la libre decisión reproductiva". Population Reports. XXII: 1, Serie M, No. 12, Julio de 1994.
55. McHenry C. (1996): "Declaración sobre la calidad de la atención", Boletín Médico de IPPF 30(4):4 de agosto 1996.
56. Miller J, Bahamon C.(1996): "Cómo centrar la atención en el servicio al cliente". Actualidad gerencial en planificación familiar: Estrategias para el mejoramiento de los programas y servicios. 5(1): 1.
57. Moody GA, Mann R, Gay S, Wicks AC, Mayberry JF. (1993): "The gastroenterology service: a survey of general practitioner's requirements". Journal of Research in Social Medicine. 86(1):26-27.
58. National Research Council (1990): Anticoncepción y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. 1º ed., Argentina, Editorial Médica Panamericana S.A.
59. Netting NS. (1992): "Sexuality in youth culture: identity and change". Adolescence 27(108):961-976.
60. Secretaría de Salud (1994): Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, Página 1-64.
61. Ocaña A.(1996): "Hallazgos de las consultas sobre anticoncepción en el Centro de Información de Educación Sexual". Documento Interno.

62. Olsen JA, Jensen LC, Greaves PM.(1991): "Adolescent sexuality and public policy". Adolescence. 26(102):419-430.
63. Omran A, Solís A. (1992): "Integración de la planificación familiar en la atención primaria de salud en las Américas", en Salud reproductiva en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, OMS/OPS.
64. Organización Panamericana de la Salud (1994): Documento de trabajo OPS/HDP/HDR/94.6.
65. Orozco C. (ed.) (1993): Los jóvenes y los programas en salud y sexualidad en América Latina, 1º edición, México, Fare Diseño Industrial y Gráfico, S.A. de C.V.
66. Payne A. (1996): La esencia de la mercadotecnia de servicios. 1º edición, México, Prentice Hall-Hispanoamericana, S.A.
67. Perez Ponce, M. (1996): 'Manual del diplomado: Mercadotecnia de empresas de servicios', Facultad de Contaduría y Administración, División de Educación Continua, UNAM.
68. Peckham S. (1993): "Preventing unintended teenage pregnancies".Public Health. 107(2):125-133.
69. Perkins PJ (1993): "Psychosocial support and malignant melanoma". European Journal of Cancer Care in England. 2(4):161-164.
70. Petosa R, Jackson K.(1991): "Using the health belief model to predict safer sex intentions among adolescents".Health Education Quarterly 18(4):463-476.

71. Phillips D. (1990): Health and Health Care in the Third World. First edition, USA, Longman Scientific & Technical, John Wiley & Sons, Inc.
72. Poder Ejecutivo Federal (1995): Programa Nacional de Población (1995-2000), México.
73. Poder Ejecutivo Federal (1995): Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000), Programa de Reforma del Sector Salud. México.
74. Poppen P.J. (1994): "Adolescent contraceptive use and communication: changes over a decade". Adolescence 29(115):503-514.
75. Reis J, Tymchyshy P. (1992): "A longitudinal evaluation of computer-assisted instruction on contraception for college students". Adolescence 27(108):803-811.
76. Rodríguez M., Escobar R. (1996): Creatividad en el servicio, una estrategia competitiva para Latinoamérica. 1º edición, México, McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
77. Ruelas E., Querol J. (Eds) (1995): Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional. 1º edición, Fundación Mexicana para la Salud, México, Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V.
78. Rubio AE. (1994): "Introducción al estudio de la sexualidad humana" en: Antología de la sexualidad humana, 1º edición, vol. I, México, Miguel Angel Porrúa, Editorial, CONAPO.

79. Rustici, CJ. (1988) "Teenline: A CMHC-Based Adolescent Suicide Prevention and Intervention Program". Journal of Mental Health Administration. 15:15-20.
80. Salinas AM. (1994): "Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo". Salud Pública de México. 36(5):513-520.
81. Scott, GM. (1988): Principios de sistemas de Información. 1ª edición, México. McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.
82. Secretaría de Salud (1987): Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES). México.
83. Secretaría de Salud (1992): Estadísticas vitales, 1992, página 17.
84. Sexinform. (1988) Informe de actividades. Dirección General de Acción Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad. España.
85. Staikeu, KA. (1988): Intervención en crisis. 1ª edición, México, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
86. Soberón G, Kumate L, Laguna J (compiladores). (1988) La Salud en México: Testimonios, 1988. Tomos I y II, 1ª edición, México, Fondo de Cultura Económica.
87. Stark M, Campbell BK, Brinkerhoff CV. (1990) "Hello, may we help you" A Study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients. American Journal of Drug Alcohol Abuse, 16(1-2): 67-76.
88. Stevenson DG, Grauerholz E. (1993): "The role of crisis centers in defining and reporting child abuse". Families in Society. 74(4):221-225.

89. Swenson I, Oakley D, Swanson J, Marcy S.(1991): "Community health nurses'knowledge of, attitudes toward, and involvement with adolescent contraceptive services". Adolescence. 26(101):7-11.
90. Tafelski T, Boehm N.(1995): "Contraception in the adolescent patient". Primary care. 22(1):145-159.
91. Tappero JW, Khan AS, Pinner RW, Wenger JD, Graber JM, Amstrong LR, Holman RC, Ksiazek TG, Khabbaz RF (1996): "Utility of emergency telephone-based national surveillance for Hantavirus Task Force". JAMA 275(5):398-400.
92. Tapscott D., Caston A.(1995): Cambio de paradigmas empresariales 1º edición, Colombia, McGraw-Hill Interamericana S.A.
93. Teare J., Garrett C., Coughlin DG, Shanahan D. (1995): "America's children in crisis: Adolescent's requests for support from a National Telephone hotline". Journal of Applied Developmental Psychology. 16(1): 21-33.
94. Urbina M. (1990) "Dinámica de la población y la salud" en: De la Fuente JR, Martuscelli J, Alarcón D.: La investigación en salud: Balance y transición. 1º edición, México. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.
95. Varios (1993): Conclusiones del taller sobre salud reproductiva en la adolescencia, 18 a 20 de noviembre de 1993, Monterrey N.L., México.
96. Vicens J. (1995): El valor de la salud, una reflexión sociológica sobre la calidad de vida. 1º edición, México, Siglo XXI Editores, S.A. de C.V.
97. Wall-Hass CI. (1991): "Nurses' attitudes toward sexuality in adolescent patients". Pediatric Nursing 17(6):549-555.

98. Waszak C. (1994): "Métodos anticonceptivos: la perspectiva de los adolescentes." Network en español. Los adolescentes. 9(1): 10.
99. Wellman, MC (1993): "An AIDS Hotline: Analysis of Callers, Presenting Problems, and Social Factors".Journal of Applied Social Psychology. 23:1111-1123.
100. Welti, C.(1994): La fecundidad en México. 1º edición. México. INEGI.
101. Wigder HN, Erickson T, Morse T, Saporta V. (1995): "Emergency department poison advice telephone calls". Annals of Emergency Medicine. 25(3):349-352.
102. Winter L., Brockenmaker LC.(1991): "Tailoring family planning services to the special needs of adolescents". Family Planning Perspectives. 23(1):24-30.
103. Wright SM, Gabb RG, Ryan MM.(1991): "Reproductive health: knowledge, attitudes and needs of adolescents". Medical Journal of Australia 155(5):325-328.

BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA

1. Atkinson CC, Hargreaves WA, Horowitz MJ, Sorensen JE. (1988): Administración de hospitales. Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario. 1º edición, México, Editorial Trillas S.A. de C.V.
2. Filshie M, Guillevaud J. (1989): Contraception. Science and practice. 1º ed., United Kingdom, Butterworth-Heinemann Ltd.
3. Glantz AS (1992): Primer of biostatistics, 3 th ed-. USA, McGraw-Hill, Inc.

4. Green L, Anderson CL (1982): Community Health, 4 th ed., USA, The C.V. Mosby Company.
5. Méndez I., Namihira D., Moreno L, Sosa C. (1990): El protocolo de Investigación, 2° ed., México, Editorial Trillas, S.A. de C.V.
6. Mooney G., Russell EM, Weir R. (1980): Choices for health care. First ed., Great Britain, The Macmillan Press Ltd.
7. Morton RF, Hebel JR McCarter RJ. (1990): A study guide to epidemiology and Biostatistics. First ed., USA, Aspen Publishers, Inc.
8. Polit D. Hungler B. (1994): Investigación científica en ciencias de la salud. 4° ed., México, McGraw-Hill/Interamericana Editores S. A. de C. V.
9. Polgar S, Thomas S. (1991): Introduction to research in the health sciences. 2nd. ed., United Kingdom, Churchill Livingstone.
10. Rossi PH, Freeman HE. (1989): Evaluación. Un enfoque sistemático. 1° ed., México, Editorial Trillas S.A. de C.V.
11. Serrano MI (1990): Educación para la salud y participación comunitaria, 1° ed., España, Ediciones Díaz de Santos, S.A.
12. Truitt J. (1986): Negocios por teléfono. 1° ed., México, Selector, S.A. de C.V.
13. Weiss CH (1975): Investigación evaluativa: Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción. 1 ° ed., México, Editorial Trillas S.A. de C.V.
14. World Health Organization (1988): Education for health: A manual on health education in primary care. First edition, England, WHO Publications.

ANEXO I

HOJA DE REGISTRO DE LLAMADA INDIVIDUAL

NÚMERO DE CONSULTA: _____

FECHA: _____ **HORA INICIO:** _____ **HORA FINAL:** _____

TEMA: _____ **SUBTEMA:** _____

SUBSELECCION: _____

EDAD _____ **OCUPACION:** _____ **EDO.CIVIL:** _____

SEXO: M F **ESCOLARIDAD:** PRIM SEC BACH TEC LIC POSG NING

PROCEDENCIA: D.F.(INDICAR DELEGACION): _____ **EDO. MEX** (INDICAR

MUNICIPIO) _____ **OTROS:** _____

REFERIDO POR: _____ **REFERIDO A:** _____

COMENTARIO: _____

OPERADOR: _____

ANEXO II

HOJA DE REGISTRO ACUMULADO DE LLAMADAS

NO.	OPE- RA- DOR	HORA	TEMA	REFE- RIDO POR	REFE- RIDO A	PROCE- DENCIA	EDO. CIVIL	ESCO- LARI- DAD	OCU- PA- CION	EDAD	SEXO
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											