RELIGACIÓN
REVISTA

Salud sexual y reproductiva para adolescentes rurales en México: evolución y estrategias educativas del MAISA

Sexual and reproductive health for rural adolescents in Mexico: MAISA's evolution and educational strategies

María del Refugio Magallanes Delgado

Resumen:

Esta investigación analiza el modelo de atención integral de salud adolescente (MAISA), el cual incluye el cuidado de la salud sexual y reproductiva de esta población en el entorno rural mexicano de 2002 a 2022. El modelo se ejecuta a través un programa federal inscrito en el Instituto Mexicano del Seguro Social y se apoya el Centro de Atención Rural Adolescente (CARA). Sin embargo, su cobertura e impacto es bajo. Para resolver esta problemática se introdujo una estrategia educativa con enfoque en habilidades para la vida, género y derechos sexuales para formar adolescentes animadores comunitarios. Con una metodología documental se hizo la revisión de la política de salud comunitaria para identificar la evolución y cambios de esta estrategia. Los resultados indican de 2005 a 2015 hubo gran participación de adolescentes animadores; de 2016 a 2022, el adolescente fue receptor de información en CARA. Se concluye que el cambio de estrategia educativa no prepara a esta población para tomar decisiones importantes en su vida.

Palabras clave: Salud comunitaria; Adolescentes; Salud sexual y reproductiva; Habilidades para la vida.

María del Refugio Magallanes Delgado
http://orcid.org/0000-0002-7306-1950
Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas" | Zacatecas | México | mmagallanes@uaz.edu.mx

http://doi.org/10.46652/rgn.v9i42.1263
ISSN 2477-9083
Vol. 9 No. 42 octubre-diciembre, 2024, e2401263
Quito, Ecuador

Enviado: agosto 10, 2024
Aceptado: octubre 17, 2024
Publicado: noviembre 25, 2024
Publicación Continua

CC BY NC ND

RELIGACIÓN CICSHAL
Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina

Abstract

This research analyzes the comprehensive adolescent health care (MAISA) model, which includes sexual and reproductive health care for this population in the Mexican rural environment from 2002 to 2022. The model is implemented through a federal program registered with the Mexican Social Security Institute and the Rural Adolescent Care Center (CARA) is supported. However, its coverage and impact are low. To solve this problem, an educational strategy was introduced with a focus on life skills, gender and sexual rights to train adolescent community animators. With a documentary methodology, the review of the community health policy was carried out to identify the evolution and changes of this strategy. The results indicate that from 2005 to 2015 there was a large participation of adolescent animators; from 2016 to 2022, the teenager was a recipient of information at CARA. It is concluded that the change in educational strategy does not prepare this population to make important decisions in their lives.

Keywords: Commnunity health; Adolescents; Sexual and reproductive health; Adolescents; Life skills

Introducción

En México, bajo el influjo de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Kazajistán en 1978, en la que se declaró "Salud para todos en el año 2000" (Sánchez et al., 2021, p. 1), surge el Programa IMSS-Coplamar para extender el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios a la población en situación de extrema pobreza y marginación en entornos rurales y urbanos. Una característica fundamental de este programa fue operar con los principios de la práctica de la solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos (Sánchez et al., 2021).

En esta dinámica, a inicios de los años ochenta, la Secretaría de Salud, crea y define la Coordinación de Acción Comunitaria con un enfoque clínico-médico y el Programa IMSS-Coplamar queda bajo su administración, pero la coordinación determinó dejar de lado, las creencias, prácticas y conocimientos de la comunidad para impulsar sus metas, tal como lo hacía el Programa IMSS-Coplamar. Esta determinación provocó una tensión interinstitucional. Para resolver esta problemática, se incorporó el Programa IMSS-Coplamar de manera definitiva al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se renovó el sistema de atención médica con el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que articula atención médica con acción comunitaria solidaria. En este modelo, la salud de la población adolescente se visibiliza como una prioridad que se articula desde el Modelo de Atención Integral a la Salud Adolescente (MAISA) (Sánchez et al., 2021).

A pesar de que este programa representó un avance muy importante para la atención integral de la salud adolescente porque comprendía por primera vez la salud sexual y reproductiva, se advirtió que dicha población solo participaba como receptora de servicios en los Centros de Atención Rural Adolescente (CARA); además, las prácticas y comportamientos sexuales de este sector de la población no eran parte de los asuntos públicos de la comunidad y se carecía de material y recursos humanos que contribuyeran a la sensibilización y concientización sociocultural de la salud de este grupo etario. Por tanto, era necesario que el MAISA implementara estrategias en CARA para que este grupo poblacional se formara como agente del cuidado de su salud integral.

Por ello, MAISA se reestructuró y en el CARA se introduce una estrategia educativa novedosa para promover la salud integral adolescente: el enfoque de habilidades para la vida. Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 planteó esta estrategia para incidir en el desarrollo de capacidades vitales de esta población con el propósito de fueran capaces de tomar decisiones y liderar su vida. Esta directriz educativa propició una redefinición del Modelo MAISA que se complementó como Modelo de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente (MAISSRA).

En este sentido, esta transformación en la política de atención primaria para la salud de las y los adolescentes rurales y sus resultados, no han sido objeto de estudio. Frente a este vacío de conocimiento, el objetivo de este trabajo es analizar la implementación del MAISA en materia de salud sexual y reproductiva en la población adolescente rural de México para conocer los cambios de la estrategia educativa.

Metodología

En términos metodológicos, se aplicó en análisis documental que: "se reconoce como un procedimiento científico y obedece a un proceso que se caracteriza por ser sistemático para indagar, recolectar, organizar, analizar e interpretar información alrededor de un tema […] acorde al objetivo de la investigación" (Martínez-Corona et al., 2023, p. 70). Para cubrir las fases de acopio de estudios sobre educación sexual y reproductiva se establecieron las siguientes categorías de análisis: adolescencia, sexualidad, derechos sexuales y salud sexual y reproductiva: con estos referentes se incursionó en la política de atención primaria de salud comunitaria de México, concretamente del MAISA, de 1983 a 2021.

La presentación del análisis se orientó desde un enfoque temático que parte de lo general a lo particular en tres secciones. En primer orden se abordan las políticas y programas de atención primaria a la salud comunitaria en México para poner en contexto, el origen y propósitos sociales del MAISA y su evolución a MAISSRA en el marco inicial del Programa IMSS-Coplamar y sus versiones posteriores, haciendo énfasis en el IMSS-Oportunidades y el IMSS-Bienestar. En segundo lugar, se sitúa la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes desde las acciones del IMSS-Oportunidades y la aplicación de la estrategia educativa de habilidades para la vida en CARA, con la intención de integrar a este grupo etario como agente y agencia de su salud integral, particularmente la salud sexual y reproductiva. En la tercera parte se presenta la situación actual de CARA y la modificación de su estrategia educativa debido al impacto negativo del confinamiento en la salud mental de las y los adolescentes. En esta estrategia se advierten dos cosas. Primero, la atención en CARA se orienta a la población adolescente en general debido a que aplicara la modalidad mixta, esto es, la y el adolescente rural acudirá a CARA, pero también el personal de salud acudirá a los planteles escolares de nivel secundaria. Segunda: la atención en salud sexual y reproductiva se orienta a la información médico-clínica.

En las tres secciones, las categorías de análisis: adolescencia y sexualidad, articulan la continuidad de la problemática de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente rural en México, entendida la primera como: "un campo del conocimiento y de la acción pública" (Steren, 2008, p. 61), y "la

experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad" (Campos, 2008, p. 43); y en el IMSS, la sexualidad se considera "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida […] está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS 2006 como se citó en IMSS, 2016, p. 3).

Desarrollo

Política y programas de salud en México

En México, en 1983 se llevó a cabo la inclusión de la protección de la salud como derecho constitucional. Esto implicó una renovación legislativa e institucional en el sistema y las instituciones de salud del país. La Ley General de Salud (LGS) de 1984 involucró a los servicios que atendían a la población abierta, es decir, a las personas no derechohabientes de la seguridad social que brindaba el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. El diario oficial de la federación (DOF) señaló que un sector importante de esta población abierta era la rural, la cual accedía a los servicios de salud a través del programa IMSS-Coplamar desde 1979. Con esta acción el Estado daba cumplimiento al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (DOF, 1999).

Un objetivo central de la LGS fue materializar el derecho a la salud por medio de ocho servicios básicos que consistían en educación para la salud, prevención y atención de enfermedades transmisibles, atención médica (preventiva, curativa y de rehabilitación), atención materno infantil, planificación familiar, prevención y control de enfermedades bucodentales; promoción del mejoramiento de la nutrición y disponibilidad del cuadro básico de medicamentos. Los programas esenciales dentro del paquete básico eran la vacunación, nutrición y salud reproductiva, que se atendían con acciones específicas según las necesidades regionales y locales (Artículo 27 como se citó en DOF, 1999).

Propósitos sociales del MAIS y del MAISA

La población rural accede a los servicios de salud en las unidades médicas del Programa IMSS-Solidaridad (sustituyó al IMSS-Coplamar en 1989) que reconoce dos objetivos específicos sustanciales: la atención médica y la acción comunitaria. En el aspecto médico se propone "coadyuvar el mejoramiento de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes relacionadas a la salud" (DOF, 1999, s/p). Los programas esenciales dentro del paquete básico eran la vacunación, nutrición y salud reproductiva, que se atendían con acciones específicas según las necesidades regionales y locales. Estos programas y paquetes básicos garantizaban la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y reforzaba el principio de equidad en favor de la población de menores recursos.

La acción comunitaria se orientó al fortalecimiento de "la participación consciente, decidida y comprometida de la población amparada por el Programa IMSS-Solidaridad en el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva" (DOF, 1999, s/p) y se aplicó el MAIS para responder a necesidades situadas y promover "la participación activa, deliberada y sostenida de la comunidad, para que en un futuro, ésta asuma su responsabilidad en la planeación, ejecución y evolución de los programas de salud" (DOF, 1999, s/p). Esta estructura operativa orientada a la salud comunitaria hace alusión a:

> …la salud individual y de grupos de una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico-cultural y físico […] la salud comunitaria incluye un pensamiento social de la salud, que tiene en cuenta la esfera social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad en los niveles microsocial y macrosocial, por lo que debe integrar la participación de las comunidades, instituciones y sectores en la toma de decisiones. (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021, p. 395)

En esta tónica, el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador, señalo que la promoción de la salud consistía: "en el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control de su salud, y para que mejoren" (MSP, 2012, p. 43). Para la OMS, la estrategia de promoción de la salud necesariamente debe fundamentarse en el modelo de atención integral de la salud en el que: "las acciones de prevención y promoción, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población" (MSP, 2012, p. 43) tienen el potencial para el cambio.

En este sentido, MAIS se orienta a generar:

> …condiciones y mecanismos que contribuyen a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud. (MSP, 2012, p. 45)

Así, en México, las principales actividades de MAIS son la salud reproductiva y materno infantil, salud integral del adolescente, paquete básico de salud escolar, alimentación y nutrición familiar, vacunación universal, enfermedades de las vías respiratorias y tuberculosis, enfermedades asociadas al inadecuado saneamiento del medio, enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades transmitidas por vectores, actividades asistenciales y otras actividades de desarrollo comunal (DOF, 1999).

En cuanto a la salud integral de las y los adolescentes rurales e indígenas, el objetivo es "favorecer conductas y actitudes libres, responsables y sin riesgos que propicien el autocuidado de su salud, su sexualidad y su capacidad reproductiva" (DOF, 1999, s/p). Para cubrir este propósito se implementó el MAISSRA y las acciones concretas fueron la orientación a grupos de jóvenes de 10 a 19 años, la instalación de comités de jóvenes, la creación de los centros de atención integral al adolescente y la orientación para la salud vía satélite. La trabajadora social efectúa la promoción de las actividades de educación para la salud, recreativas y de saneamiento que se desarrollan en

CARA, además de asesorar en la elaboración de los materiales de promoción de temas básicos como la sexualidad, la comunicación familiar, las enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Asimismo, el equipo de salud de cada unidad médica rural convoca a la comunidad a sesiones de información y educación sobre "educación sexual adolescente, consejería en planificación familiar, control de embarazo, parto y puerperio […]"(DOF, 1999, s/p).

La salud sexual y reproductiva adolescente: una política en marcha

En 1995, la Organización Mundial de la salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas exhortaron a los países miembro implementar políticas de salud para atender a la población adolescente en materia de salud sexual y reproductiva. En este marco, en México, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia impulsó en 1997 el Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo Adolescente (PAIDEA) y posteriormente, con la creación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el 2001, se constituye el Programa de Acción para la Atención a la Salud de los Adolescentes (PAASA), el cual bajo un enfoque de factores de riesgo y de protección, propone un esquema de salud que incluye la atención en salud sexual y reproductiva a través de los *Servicios amigables para adolescentes* en todo el sistema de salud nacional (Grupo Funcional de Desarrollo Social (GFDS), 2021).

Esta política se fortalece en el 2004 con la apertura del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que incide en la valoración del enfoque demográfico unido al "desarrollo humano, la condición de las mujeres, la salud integral, el bienestar individual y colectivo, la igualdad y la equidad de género, y el respeto a los derechos humanos" (GFDS, 2021, p. 2) que se plantearon en la conferencia internacional sobre población y desarrollo del Cario en 1994.

En el sexenio 2006-2012, el Programa de acción específico en salud sexual y reproductiva para adolescentes, se orientó a contribuir al desarrollo y bienestar de este grupo de la población, así como a disminuir los embarazos no planeados, y las infecciones de transmisión sexual, promoviendo el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos, con base en el MAISSRA (Secretaría de Salud, (SS), 2015). En 2007, este programa elabora el Paquete básico de servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes que se estaban entre los 10 y 19 años de edad. Las acciones concretas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Acciones para el cuidado de salud sexual y reproductiva en el MAISSRA

Áreas	Acciones
Promoción de la salud	Educacion para el autocuidado de la salud: Salud sexual y reproductiva Salud mental-desarrollo emocional y proyecto de vida Prevención de violencia (física, psicológica, sexual y abandono) Cáncer
Prevención y control de enfermedades	Prevención de VIH/SIDA y otras ITS Aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
Salud reproductiva	Orientación-consejería en: Sexualidad y anticoncepción Prevención del embarazo no planeado Prevención del VIH/SIDA e Its Uso correco y consistente del condón masculino
Atención a la adolescen-te embarazada	Violencia prenatal Atencion del parto Vigilancia del posparto (puerperio) Proteccion anticonceptiva posevento obstétrico

Fuente: SS (2015, p. 174).

En el Sexenio 2012-2018, el Programa de acción específico de salud sexual y reproductiva para adolescentes (PAESSRA) tuvo tres objetivos:

> Favorecer el acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes; reducir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población e incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente. (SSA 2013, como se citó en De Jesús-Reyes & González, 2022, p. 202)

En esta tónica, en 2012, con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas, se somete a reconsideración el MAISSRA con la intención de institucionalizar la noción de salud reproductiva dada en el Cairo en 1994, la cual se refirió como componente central de la salud en general, y de la vida de la persona durante todo su ciclo vital, además la salud reproductiva era:

> …un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos […] la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos […] también incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (SS, 2015, p. 31)

En este marco político, el PAESSRA consideró:

> Incentivar la participación activa de las y los adolescentes en el diseño y operación de estrategias diferenciadas para atender sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva, promoviendo la participación activa e involucramiento para disminuir factores de riesgos que impactan directamente en su salud y bienestar. (SS, 2015, p. 200)

Este propósito se fundamentaba en el reconocimiento de que el desarrollo adolescente se da una interacción entre sus características individuales con las del entorno en que se desenvuelven; a la vez, esas relaciones son las que "delimitan los contextos, lenguajes y formas de construcción de vínculos que generan oportunidades de acción y les permiten a las y los profesionales y personal de salud intervenir de forma directa sobre los determinantes sociales y de la salud" (SS, 2015, p. 200).

Estrategia educativa aplicada en IMSS-Oportunidades y CARA

En el entorno rural, la Secretaría de Salud con apoyo de Brigadas Juveniles que se formaron con enfoque multicultural se tuvo cobertura en los estados de Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Quintana Roo y en el IMSS-Oportunidades se procuró que CARA fuera un espacio amigable para implementar el MAISSA en el entorno rural (IMSS-Oportunidades, 2008).

En el IMSS-Oportunidades, la promoción de la salud:

> …es una práctica de participación, de socialización y apropiación del conocimiento, de movilización para la construcción social de la salud. El individuo se asume responsable ante su salud y controla, hasta done le es posible, las condiciones que le afectan. (IMSS-Oportunidades, 2008, p. 9)

Por ello, tomó auge la promoción de prácticas saludables en virtud de que la promoción de la salud involucraba necesariamente la conciencia y la capacidad de cambio que toda persona puede desarrollar de manera simultánea, para la adopción de prácticas y estilos de vida a favor de la salud y su calidad de vida (IMSS-Oportunidades, 2008).

Modelo de Atención Integral de Salud del Adolescente Rural (MAISSAR)

Una vez que se introduce MAIS al programa IMSS-Coplamar, se visibiliza a la población adolescente rural en el Modelo de Atención Integral de Salud del Adolescente Rural (MAISAR) y el CARA. La integración de la atención adolescente rural al MAIS inició en la Unidad Médico Rural (UMR), pero la clínica no era un espacio para acercar a este sector de la población al servicio médico; entonces se construye el CARA en las inmediaciones de la clínica. En este centro se brindó

un curso específico sobre salud sexual y reproductiva y de desarrollo humano, pero también hubo CARA al aire libre en los Módulos ambulantes que se montaban en las localidades donde no había una UMR para promover la estrategia de Joven a joven (Sánchez et al., 2021).

Para suscribir a CARA en MAISAR se implementó una estrategia integral compuesta de seis etapas: capacitación, comunicación educativa, promoción social, vigilancia epidemiológica, investigación y resultados e investigación operativa. En la tabla 2 se describen las características de cada etapa.

Tabla 2. Estrategia integral del MAISAR

Etapa	Características
Capacitación	Capacitación a facilitadores (voluntarios) comunitarios para que ellos formen líderes juveniles, quienes, a su vez, formarán a grupos de adolescentes animadores. Temas recomendados por el área de acción comunitaria de MAISAR: desarrollo humano, autoestima, valores, toma de decisiones, plan de vida, comunicación asertiva y sexualidad adolescente.
Comunicación educativa	A través del Sistema de Televisión Educativa se proporciona un curso básico sobre sexualidad adolescente a líderes juveniles. Los equipos juveniles CARA a través de la radio divulgaban los temas de sexualidad.
Promoción social	Los equipos juveniles CARA elaboran pintas de bardas, mantas, piedras y carteles alusivos a la sexualidad adolescente; y escriben frases con temas de desarrollo humano, autoestima, toma de decisiones y comunicación asertiva.
Vigilancia epidemiológica	Campañas y promoción de la salud de temas biologicista-médicos clásicos: exploración ginecológica, visualización de cérvix, detección de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.
Investigación y resultados	Con los datos empíricos de la aplicación del MAISAR se generaría investigación de la población adolescente.
Investigación operativa	Se publicó en el 2001: Salud reproductiva en el IMSS. Experiencia rural

Fuente: elaboración propia con base en Sánchez et al. (2021, p. 74-78).

Cabe destacar el rol del adolescente animador en este modelo. Estos adolescentes pertenecían a la comunidad rural, eran capacitados como líderes y en temas:

> …relacionados con la salud sexual y reproductiva y desarrollaban la capacidad de identificar y evadir conductas de riesgo, además de trabajar en el desarrollo de la autoestima y disponer de herramientas que apoyaban su capacidad de tomar decisiones asertivas y comunicarse con sus pares. (SS, 2015, p. 160)

Las y los adolescentes animadores se organizaban en grupos que fueron conocidos como equipos juveniles y apoyaban las acciones del personal de salud de la UMR. Se sabe que en los CARA de todo el país; "se capacitó a más de 2.6 millones de jóvenes y adolescentes brindándoles elementos para disponer de un conocimiento sobre sexualidad y un cuidado de su salud sexual y reproductiva" (SS, 2015, p. 150), en el sexenio de 2006-2012. También se conoce que de 2007 a 2011 se "mantuvieron activos 11,941 equipos juveniles […] con el propósito de fortalecer sus nexos con adolescentes de distintas regiones, se impulsaron encuentros juveniles" (SS, 2015, p. 160). Los encuentros ampliaban su visión de mundo y aumentaban su confianza en su potencial como seres humanos.

De esta manera, las acciones idóneas para alcanzar las prácticas saludables son de tres tipos: reconocimiento de los factores personales y determinantes biológicos de la salud/enfermedad; la mejora de estilos y condiciones de vida, y la mejora de espacios físicos y socioculturales. El encuadre conceptual es la autoestima, la comunicación y la toma de decisiones (habilidades personales) con enfoque de género que llevan a la reflexión e importancia del autocuidado de la salud y el rompimiento de barreras culturales sobre la salud y enfermedades de mujeres y hombres (IMSS-Oportunidades, 2008).

Salud sexual y reproductiva con enfoque en habilidades para la vida en CARA

En el 2005, el coordinador general del Programa IMSS-Oportunidades, advirtió, la pertinencia ampliar la cobertura del proyecto *Formación de Líderes Adolescentes en salud sexual y reproductiva* que se aplicó en Michoacán, Oaxaca y San Luis Potosí, y participó personal de salud de la UMR, promotoras y promotores, y adolescentes de las tres entidades en 2003. Las razones fueron tres: 1) las y los adolescentes indígenas y rurales en México enfrentaban mayor desventaja para el ejercicio de sus derechos y el acceso a oportunidades de desarrollo; 2) la experiencia de proyectos similares de liderazgo transformador, señalaban que la incorporación activa de las y los adolescentes a programas enfocados a mejorar la calidad de vida y la salud posibilitaban su desarrollo humano; y 3) la estrategia de formación de animadores adolescentes del MAISAR necesitaba renovarse para reactivar CARA (Martínez et al., 2005).

La modalidad operativa del proyecto *Formación de Líderes Adolescentes en salud sexual y reproductiva* fue el taller. Los objetivos a lograr en las y los participantes fueron:

> Analizar la forma en que conciben la adolescencia y cómo influye en la manera en que se relacionan con sus adolescentes. Reconocer los marcos conceptuales de habilidades para la vida y empoderamiento como herramientas básicas para promover el liderazgo transformador. (Martínez et al., 2005, p. 129)

Los temas centrales fueron adolescencia, habilidades para la vida y liderazgo. La metodología del taller fue el modelo participativo-vivencial que requiere un mínimo de 15 participantes y un máximo de 30; las sesiones cinco y cada una de ellas fue de ocho horas. Se aplicó un cuestionario de preevaluación compuesto de cuatro variables: adolescencia y liderazgo, habilidades para la vida, derechos sexuales y asistencia y rol en CARA, que se cualificaron en escala de Likert y con opción múltiple (Martínez et al., 2005).

El modelo participativo-vivencial es el proceso que "implica la reflexión y valoración personal sobre la sexualidad y la forma como las vivencias personales determinan las respuestas en los procesos de socialización y de educación para la sexualidad o partir de las realidades locales" (Campos, 2008, p. 3). En el taller se presentaron varias definiciones de adolescencia. Se dijo que la adolescencia:

> …es una fase de la vida comprendida entre la pubertad y el reconocimiento social de la adultez; es una categoría que se construye socialmente a partir de la edad, no de un estado natural. Cada sociedad y cada cultura establece la edad, las formas y los contenidos para serlo […] la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad y la juventud como el periodo entre 15 y 24 (Martínez et al., 2005, p. 78).

Efectivamente, la adolescencia: "es una creación social que varía según la historia, el contexto y el área científica que lo utiliza, lo define y le da límites" (Villaseñor, 2008, p. 81), también es: "una etapa de transición y crisis problematizadora, caracterizada por eventos de desarrollo biológicos, psicológicos y sociales" (Villaseñor, 2008, p. 81) y la adolescencia continúa siendo para la OMS:

> …la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. (2024, s/p)

En el taller, se agregó que el parámetro cronológico estaba sujeto a los cambios de las diferentes culturas y comunidades. Lo realmente importante era: "la percepción social de estos cambios, de los valores, de las formas en que se institucionalizan en íntima dependencia de la estructura social" (Martínez et al., 2005, p. 79). Algo que se enfatizó fue que, aún con esa pluralidad de formas de vivir, la adolescencia representaba un periodo de transición y desafíos, que potencialmente daba pauta, a procesos de desarrollo, tanto para las y los adolescentes, como para las personas adultas.

En el caso de los primeros estaba la adaptación a los cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con la pubertad, los ajustes a los cambios en el nivel de pensamiento, la integración de una madurez sexual en un modelo personal de comportamiento, el alejamiento progresivo de la madre y el padre de familia, el establecimiento de una identidad individual y social por medio de relación con compañeras y compañeros de la misma edad, con la intención de compartir características e intereses similares. Para los segundos, modificar su visión de la adolescencia desde la perspectiva juvenil (derecho a participar y tomar decisiones) para revertir la acción de etiquetar negativamente este estadio psicosocial y a sus individuos (Martínez et al., 2005).

En los módulos del taller, para introducir a las y los participantes en el tema de habilidades para la vida se ofrecieron tres argumentos: 1) el IMSS-Oportunidades tomó la decisión de integrar a las y los adolescentes al trabajo en temas de salud sexual dentro de CARA, 2) la integración es efectiva si se brindan herramientas para comprender las circunstancias personales y asumir las responsabilidades de la vida y 3) el fortalecimiento de la capacidad de tomar decisiones para el bienestar integral de las y los adolescentes (Martínez et al., 2005).

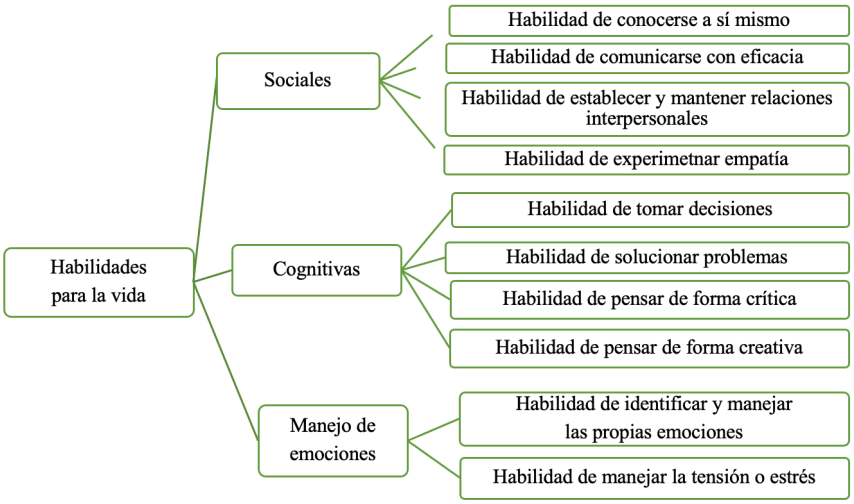
Según la OMS esta capacidad redundaba en la promoción y prevención de problemáticas de salud. En consecuencia, si se favorecen habilidades para la vida era posible "un comportamiento adaptativo y positivo que permita a las personas abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana" (OMS 1993 como se citó en Martínez et al., 2005, p. 91).

En este sentido, 10 habilidades para la vida que planteó la OMS en 1993 eran parte sustantiva del taller de formación de adolescentes animadores comunitarios. Estas habilidades se agrupan en tres categorías fundamentales: a) habilidades sociales, b) habilidades cognitivas y c) habilidades para el manejo de la vida (Martínez et al., 2005). El objetivo de estas habilidades es:

> …el desarrollo o fortalecimiento de un grupo genérico de diez habilidades psicosociales, que tienen aplicación en una variedad de situaciones cotidianas y de riesgo propias de la vida de niños, niñas y jóvenes y que son necesarias para el manejo competente de las relaciones consigo mismo(a), con las demás personas y con el entorno sociocultural amplio. (Campos, 2008, p. 16)

En términos generales, dichas habilidades transversalizan las acciones personales, interpersonales y comunitarias para transformar el entorno de manera que sea propicio para la salud, su salud sexual y reproductiva y su bienestar en general. En el caso de Colombia, el proyecto de habilidades para la vida se articuló a educación sexual integral en ámbitos educativos formales de nivel secundaria (Campos, 2008). En la siguiente figura se presentan las habilidades agrupadas en las categorías social, cognitiva y manejo de emociones:

Figura 1. Habilidades sociales, cognitivas y emocionales para la vida



Fuente: elaboración propia con base en Martínez et al. (2005, p. 92-95).

De manera general, la construcción de las habilidades sociales es progresiva desde la infancia y acontecen a través de la interacción con el entorno familiar, escolar y comunitario. Estas habilidades suelen incrementarse en la adolescencia debido a que en esta etapa se aumenta el nivel de interacción de las personas, sobre todo, de afianzamiento de la identidad y la valoración personal. Con las habilidades cognitivas se pretende que las y los adolescentes aprendan cómo pensar, antes de enseñarles qué pensar, para aprender a evaluar las consecuencias de mantener ciertos estilos, y con ello, dar paso a la incorporación de pensamientos más saludables dentro de sus esquemas mentales y psicosociales. En las habilidades para el manejo de las emociones, un factor esencial es la autoapreciación, el nivel de sensibilidad y conciencia que tiene la propia persona respecto de lo que le sucede (Martínez et al., 2005).

Para la OMS estas habilidades aplicadas en el cuidado de la salud sexual y reproductiva y de educación sexual integral tienen implicaciones profundas en virtud de que:

> …es un proceso que cuenta con un plan de estudios para dar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su finalidad es dotar a los niños y los adolescentes de conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que les permitan disfrutar de salud, bienestar y dignidad, establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas, ser conscientes de la manera en que sus elecciones afectan a su propio bienestar y al de otras personas, y conocer sus derechos y velar por su protección durante toda su vida (2019, p. 5).

En síntesis, la educación integral de la sexualidad busca "brindar a la población adolescente conocimientos y oportunidades para desarrollar aptitudes y actitudes indispensables para la determinación y gozo de una sexualidad saludable basada en los derechos sexuales y reproductivos" (Campero et al., 2021, 158).

Cabe señalar que estas habilidades son interdependientes, su desarrollo es dinámico y cambiante y cualquier persona es capaz de ser agente y agencia de sus habilidades en el momento en que decida y se generan los espacios que posibiliten la interacción intencional con pares y personas adultas en las actividades relacionadas con sus intereses y necesidades, como es el caso de la salud sexual y reproductiva.

Si se logra la potenciación de las habilidades de las personas, entonces se favorecen estilos de vida saludables y se fortalece un proceso de empoderamiento, esto es, "se adquiere dominio y responsabilidad sobre los asuntos que le son propios […] e implica que las personas se conviertan en agentes activos en la lucha por romper los aspectos, tanto personales como sociales, que impiden su desarrollo personal" (Martínez et al, 2005, p. 101). A mayor conciencia de los recursos personales y del contexto, mayor es la posibilidad de usarlos para transformar eficazmente su realidad en función de la satisfacción de sus necesidades de cualquier índole y entrar en una fase de equilibrio y sentido de control sobre la propia vida.

Si bien no se tuvo acceso a los resultados de estos tallares, con base en los lineamientos operativos del MAISSRA, se conoce que se retomó esta estrategia de forma sostenida hasta el 2015; de 2016 a 2020 se presentan ciertos cambios administrativos y financieros, pero en el 2021 se abandona la percepción de las y los adolescentes como grupo etario diferenciado por determinantes psicosociales y sociohistóricas, por ende, la estrategia educativa se modifica sustancialmente como se explica a continuación.

Salud de las y los adolescentes rurales en el presente

En el sexenio 2018-2024, todas políticas y programas públicos, entre ellos, el de salud se adjetivó con el término "Bienestar". Por ello, en el 2021, la población adolescente rural quedó en manos del Programa IMSS-Bienestar y CARA como en el pasado. Lo novedoso era que ahora sus acciones se extendían a escuelas de nivel básico con la intención de ampliar la cobertura en materia

de información reproductiva y sexual. Por ente, de 2018 a 2020 (antes de pandemia por Covid-19) la población beneficiada fue de 2.9 millones (IMSS-Bienestar, 2021). Cifra que al correlacionarse con la información que ofreció el Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, junto con el Instituto Mexicano de la Juventud y el Consejo Nacional de Población y Vivienda (UNFPA, MJUVE, CONAPO) del 2020, sugiere que el alcance de la cobertura aún no es suficiente.

Estas instancias informaron que: "tres de cada diez personas en México son adolescentes y jóvenes" (UNFPA, IMJUVE, CONAPO, 2021, p. 5), esto es, 32.9 millones, misma que tiene carencias y problemáticas como vivir en situación de pobreza, no contar con una alimentación variada y nutritiva, acceso a servicios de salud parciales, insatisfacción en el uso de anticonceptivos, fecundidad forzada, violencia en razón de género, percepción de ingresos por debajo de la línea de bienestar, entre otros (UNFPA, IMJUVE, CONAPO, 2021).

Por lo tanto, "es crucial para cerrar las brechas de desigualdad, promover la movilidad social y asegurar el pleno ejercicio de sus derechos" (UNFPA, IMJUVE, CONAPO, 2021, p. 5). Además, los desafíos que enfrentaba esta población se frenaban si:

> …generamos acciones para impulsar la capacidad transformadora de las personas jóvenes […] contar con la participación y el liderazgo de las juventudes contribuía a derribar las barreras de acceso a la educación media y superior, eliminar el acceso desigual a los mercados labores, garantizar el acceso a servicios de salud amigables […] garantizar el ejercicio de sus derechos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. (UNFPA, IMJUVE, CONAPO, 2021, p. 5)

En las primeras líneas de esta cita está implícita la idea de educar en habilidades para la vida, mismas, que UNICEF señaló como imprescindibles para: "dotar a niñas, niños y adolescentes con habilidades relevantes para tener éxito en la vida" (2024, s/p). Además, educar para el empoderamiento personal y transformador es un reto implícito en los objetivos de la agenda 2030 (UNICEF, 2023).

Los servicios de salud amigables aludidos en la cita anterior son los que brinda, el ahora IMSS-Bienestar en CARA y la Secretaría de Salud, a adolescentes sin derecho a los servicios que proporciona el IMSS y el ISSSTE en sus módulos, a los hijos e hijas de trabajadores afiliados a estas instancias médicas. Según reportes del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, "el año pasado de duplicó la población que enfrentó carencia de servicios de salud, al pasar de 20.1 millones de personas sin acceso en 2018 a 50.4 millones en 2022" (*Expansión Política*, 2023).

Nueva estrategia educativa en CARA: un enfoque poscovid-19

A fines del 2021, el IMSS-Bienestar refrendó que la atención integral de la salud a las y los adolescentes era una prioridad de ese programa, tal como acontecía desde1978 en los CARA de las UMR. CARA como el espacio que se propuso lograr en las y los adolescentes un cambio en la actitud, el desarrollo de habilidades para la vida, introducir el autocuidado e importancia del

proyecto de vida mediante la estrategia de educación informal que incidiera en la disminución de riesgos personales y sociales para su salud era imprescindible en la política de salud comunitaria. Pero con la pandemia de COVID-19, desde la mirada presidencial, los riesgos eran generalizados, esto es, los adolescentes rurales y urbanos requería atención comunitaria con el mismo enfoque.

Las razones eran varias, pero la prioridad era que este grupo de la población verbalizara sus temores, abandonara el aislamiento, la depresión y sentimientos suicidas y empezara una nueva adaptación social. Por ello, despertar el sentido de vivir, estudiar, trabajar y pensar en el futuro era un reto para las instituciones, particularmente, las de salud (Comunicado oficial, 2021).

Para hacer frente tal reto, es decir, imaginar un futuro nacional para las y los adolescentes postpandemia, la estrategia educativa de MAISSRA se modifica sustancialmente. La nueva estrategia está integrada de cinco módulos: 1) Salud mental, Prevención del embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual; 2) Prevención de sobrepeso y obesidad; 3) Prevención de la violencia y 5) Prevención de adicciones. Los materiales impresos de CARA son la *Guía del CARA* que expone la normatividad técnica y operativa de los centros, el texto *Módulos de la estrategia educativa CARA* que instruye al personal de salud sobre la manera de impartir los talleres correspondientes a cada módulo y la *Libreta del CARA* en donde este personal elabora su reporte de productividad (IMSS-Bienestar, 2021).

Se indica que en los talleres educativos se sostendrá la metodología participativa-vivencial para alcanzar los objetivos de cada módulo-taller (IMSS-Bienestar, 2021). La siguiente tabla describe las temáticas y objetivos de la estrategia educativa CARA 2021.

Tabla 4. Módulos, talleres y objetivos de la estrategia educativa de CARA 2021

Módulo	Taller	Objetivos
Salud Mental	*Autoestima y plan de vida. *Manejo de emociones y habilidades para la vida. *Depresión y prevención de suicidio.	*Fortalecer la identidad, la toma de decisiones y el desarrollo de la autoestima. *Desarrollar metas y un plan de vida específico viable y real. *Establecer relaciones significativas para el desarrollo de factores protectores frente al inicio temprano de la actividad sexual, el uso de sustancias psicoactivas y manifestaciones de violencia.
Prevención del embarazo no planeado e ITS	*La pubertad. *Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes mexicanos. *Embarazo en adolescentes. Anticoncepción en la adolescencia. *Sexo seguro y protegido. *Métodos anticonceptivos. *Noviazgo y negociación del uso del condón. *Prevención del VIH/sida e ITS. *Manifestaciones bucales de ITS	*Promover la toma de decisiones saludables sobre su sexualidad. *Fomentar el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. *Favorecer el acceso a métodos anticonceptivos. *Prevenir las infecciones de Transmisión Sexual, orientando la práctica de una sexualidad segura y protegida.

Módulo	Taller	Objetivos
Prevención de sobrepeso y obesidad	*Alimentos saludables y etiquetado nutricional. *Detección de sobrepeso y obesidad. *Plato del bien comer y activación física	*Identificar el impacto que tienen el sobrepeso y la obesidad en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles. *Realizar la elección de alimentación saludable acorde a los productos que se cultiven y consuman en su localidad. *Incentivar la actividad física como un componente de su vida diaria.
Prevención de la violencia	*Modalidades de violencia. *Personas que ejercen violencia, sus mitos y realidades. *Cómo tener relaciones sin violencia. *Detección de violencia.	*Identificar si se encuentran en situación de violencia, detecten las conductas que la condicionan y cuenten con herramientas para evitarla y/o enfrentarla; reciban orientación sobre los mecanismos legales de protección y apoyo.
Prevención de adicciones	*Factores de protección y riesgo para el consumo de drogas. *Alcoholismo y tabaquismo en la adolescencia. *Consumo de drogas ilegales.	*Identificar las implicaciones en su salud física y mental del consumo de drogas legales e ilegales.

Fuente: elaborada con base en IMSS-Bienestar (2021).

Se plantea que CARA realizará actividades en las UMR y Hospitales rurales (HR) (intramuros) con los grupos educativos de adolescentes que replicaran el modelo y con mujeres adolescentes embarazadas y en puerperio; y actividades extramuros en escuelas primarias (quinto y sexto grados), secundarias y preparatorias. Se indican varias metas, entre ellas, que en cada UMR contará con dos grupos de adolescentes activos (uno de 10-14 y otro de 15-19 años) y en un HR cuatro grupos educativos (dos de 10-14 y dos de 15-19 años). Asimismo, se expresa que la composición del taller debe ser un 20% teórica y un 80% vivencial (IMSS-Bienestar, 2021). Cabe señalar que, a pocos meses de conclusión del sexenio de gobierno (2018-2024) no hay informes públicos del logro de estas metas.

Por decreto de diciembre de 2022, CARA deja de ser el Centro de Atención Rural para Adolescentes pasa a ser el Centro de Atención a la Salud para la Adolescencia. La singularidad de lo rural desaparece y con ello, el valor sociohistórico del contexto en las políticas de salud, lo cual traje a la par, dejar de lado que las vivencias de este grupo etario son situadas y enraizadas por las interrelaciones psicosociales.

Se infiere que, en materia de salud sexual y reproductiva, el desafío es mayor para el programa IMSS-Bienestar 2021 en virtud de que la actividad comunitaria comprende los centros escolares, esto es, a población cautiva en procesos de educación formal que goza de contenidos escolares alusivos a la sexualidad, pero las y los adolescentes en condiciones de mayor marginalidad, no están en el aula, particularmente, las y los hijos de jornaleros, campesinos y grupos indígenas que migran a las ciudades porque desertan antes de concluir la primaria, e incluso, no acceden a los servicios educativos.

Conclusiones

En el análisis que se hizo en esta investigación sobre la implementación del MAISA en materia de salud sexual y reproductiva en la población adolescente rural de México para conocer los cambios de su estrategia educativa, se advirtieron dos cambios relevantes que acontecieron en 2005 y en 2021. El primero ponderó una educación informal con base en habilidades transferibles o para la vida para formar animadoras y animadores adolescentes en el marco del derecho humano a estar informado, recibir educación y ejercer libremente su sexualidad; buscó reactivar el CARA y mejorar el impacto de MAISSRA. Se infiere que este componente novedoso prolongó su duración por varios sexenios de gobierno (2000-2006, 2006-2012 y 2012-2018) y contribuyó a la construcción de una cultura de interdependencia positiva entre los profesionales de la salud de las UMR y la comunidad adolescente rural como agente de cambio comunitario.

El segundo cambio se opera bajo el influjo de una política de salud que consideró que el sistema de salud nacional estaba en crisis y el impacto postpandemia, por ende, se abre la política de atención de salud comunitaria y de CARA a todas y todos los adolescentes con módulos que abarcan cinco problemática, entre ellas prevención de embarazo no deseado, que si bien, contempla talleres con tópicos que buscan la promoción de toma de decisiones saludables sobre la sexualidad adolescente y el fomento del conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se hace énfasis en la anticoncepción.

La estrategia educativa del MAISA 2021, desplazó la educación informal con enfoque en habilidades para la vida en sus módulos, por tanto, el MAISSAR desaparece y se hace caso omiso a la recomendación permanente de la OMS: brindar habilidades cognitivas, sociales y emocionales como eje transversal de toda política orientada a las y los adolescentes, en virtud de que es imprescindible que sean capaces de enfrentar los desafíos diarios. Sin una política de salud sexual y reproductiva explícita para la población adolescente rural, grupo etario aún vulnerable, se puede provocar el rezago en prevención, promoción y disfrute del derecho a la salud.

Por último, no se debe ignorar que: 1) esta población accede a más información y referentes culturales sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y sexo gracias al internet, para conocer a su manera, que su cuerpo es un espacio sexuado; 2) este grupo etario está permeado por nuevas identidades de género y vive en un entorno comunitario cada vez más abierto y des territorializado; y 3) la percepción de la salud sexual y reproductiva son vivencias y constructos psicosociales enraizadas en creencias que pueden mutar lenta o velozmente.

Referencias

Campero, L., Estrada, F., Hubert, C., De la Vara, C., & Villalobos, A. (2021). Educación integral de la sexualidad en adolescentes: una tarea pendiente en México. En J. Rivera Dommarco, T. Barrientos Gutiérrez y C. Oropeza (eds.). *Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia* (pp. 156- 161). Instituto Nacional de Salud Pública.

Campos, S. (2008). *Vive tus derechos. Proyecto en salud sexual y reproductiva*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. https://n9.cl/h1q60

Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria. Una revisión de los planes, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of negativa & no positive results*, *6*(2).

De Jesús-Reyes, D., & González, E. (2022). Acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes de Monterrey, Nuevo León, México. *Papeles de población, 28*(112), 199-223.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *Importancia del desarrollo de las habilidades transferibles en América Latina y el Caribe. Documento de discusión.* https://n9.cl/10upp

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2024). *Importancia del desarrollo de habilidades*. https://www.unicef.org/lac/desarrollo-de-habilidades

Grupo Funcional Desarrollo Social (2021). *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. GFDS.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Instituto Mexicano de la Juventud, Consejo Nacional de Población. (2021). *Situación de las personas adolescentes y jóvenes de México. Información oportuna para la toma de decisiones.* https://lc.cx/pN6ksS

IMSS-Bienestar. (2021). *Actualización técnica y operativa de la Guía CARA*.

IMSS-Oportunidades. (2008). *Guía de trabajo para la promoción de prácticas saludables*. IMSS.

IMSS-CONAFE. (2016). *Hablemos de sexualidad. Guía para instructores comunitarios y promotoras de educación inicial.* IMSS-CONAFE.

Instituto Mexicano del Seguro Social pública. (1999). Acuerdo por el que el Instituto Mexicano del Seguro Social publica los Lineamientos Generales del Programa IMSS-Solidaridad. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=4948348

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*. Sistema Nacional de Salud.

Martínez, L., García, Y., Solano, L., & Zárate, J. (2005). *Desarrollo de habilidades: un primer paso para fomentar el empedramiento y el liderazgo transformador.* IMSS, CARA, THAIS.

Martínez-Corona, J., Palacios-Almón. G. & Oliva-Garza, D. (2023). Guía para la revisión y el análisis documental: propuesta desde el enfoque investigativo. *Ra Ximhai*, *19*(1), 67-83.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Salud del adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud (2019). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*.

Rodríguez, G. (2008). Introducción. En C. Steren, (coord.). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva* (pp. 187-192). El Colegio de México.

Steren, C. (2008). Introducción. En C. Steren, (coord.). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva* (pp. 61-71). El Colegio de México.

Sánchez, H., Leal, G., Escobar, D., & León, J. (2021). *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. Visones operativas de "la otra historia"*. ECOSUR.

Secretaría de Salud (2015). *Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes*. Secretaría de Salud.

Villaseñor, M. (2008). Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la sexualidad y la educación sexual. En C. Steren, (coord.). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva* (pp. 73-114). El Colegio de México.

Autora

María del Refugio Magallanes Delgado. Doctora en historia, docente investigadora en la Unidad Académica de Docencia Superior, pertenece al sistema nacional de investigadoras e investigadores del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCyT), cuenta con reconocimiento de PRODEP, Editora de la revista digital "Investigación Educativa, Intervención Pedagógica y Docencia" y responsable del Grupo de Investigación "Estudios Socioeducativos y Culturales"

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.