

Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas

Fátima Juárez y Cecilia Gayet

El Colegio de México/Flacso

Resumen

A pesar de los esfuerzos gubernamentales para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en México, los resultados no han sido del todo favorables. El objetivo de este estudio es investigar las políticas dirigidas a los jóvenes y la forma en que ellos experimentan esas políticas, así como el contexto social en el cual están insertos y las condiciones operativas de los programas de salud sexual y reproductiva. Esta investigación utiliza una nueva metodología, denominada ‘análisis dinámico contextual’, que permite repensar las políticas y acciones de prevención desde una perspectiva más amplia. Los resultados exponen los obstáculos y las oportunidades para que las políticas logren mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, y muestran claramente el hueco entre la política y la práctica, lo que contribuye a impedir el uso de condón entre la población joven.

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, comportamiento sexual, adolescentes, políticas de prevención, México.

Introducción

La salud sexual y reproductiva de los jóvenes figura en la actualidad como uno de los asuntos de mayor relevancia tanto en el ámbito académico como político. La preocupación central de muchos gobiernos se ha concentrado en reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), y del embarazo adolescente. En los

Abstract

Sexual and reproductive health in adolescents in Mexico: a new analysis framework for the analysis and design of policies

Despite the government efforts to improve the sexual and reproductive health of young people in Mexico, findings indicate that those have not been successful. The objective of this study is to investigate the policies intended for young people and the way they have been experienced by them, considering the social context in which they are inserted and the operative conditions of the sexual and reproductive health programs. This research uses a new methodology, named Dynamic Contextual Analysis, which allows re-thinking of the prevention policies and actions from a broader perspective. Findings expose the obstacles and opportunities for improving sexual and reproductive policies of young people, and clearly demonstrate the gap between policy and practice, situation that prevents the use of condom among young people.

Key words: sexual and reproductive health, sexual behavior, adolescents, prevention policies, Mexico.

últimos diez años, un conjunto de investigaciones, acciones y políticas ha servido para mejorar la condición de salud de los jóvenes. Sin embargo, la visión de salud pública que ha guiado todos estos esfuerzos de prevención ha tenido como limitante la forma de conceptualizar la sexualidad.

La forma tradicional de abordar el problema, así como las políticas y las acciones llevadas a cabo partían de una visión muy estrecha del concepto de la sexualidad. Es necesario, pues, observar la sexualidad desde una perspectiva más amplia, que permita abarcar los aspectos relevantes de la salud sexual de los jóvenes, las distintas dimensiones involucradas, identificar las contradicciones y tensiones de las diferentes esferas (las políticas y lo individual, lo macro y lo micro), así como las posiciones, contradicciones y tensiones de los distintos actores involucrados: los diseñadores de políticas de salud sexual de los jóvenes, los que implementan las políticas (médicos-maestros) y los jóvenes mismos.

Un nuevo marco de análisis de la sexualidad (Ingham y Van Zessen, 1997; Juárez, 2002) ha permitido desarrollar novedosas metodologías para la evaluación de las políticas dirigidas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SPA, 1999). Si concebimos que las prácticas sexuales son el resultado de la interacción de factores biológicos, personales, sociales e institucionales, todos estos elementos deben ser considerados al evaluar los obstáculos y las oportunidades de las políticas dirigidas a modificar estas prácticas. Este nuevo enfoque para la evaluación de políticas se ha denominado ‘análisis dinámico contextual’ (DCA, por su sigla en inglés), y ha sido aplicado en México a partir del año 2000 (SPA, 1999).

Las pocas evaluaciones de las políticas de salud sexual y reproductiva en México han seguido dos patrones: de tipo económico, realizando análisis costo-beneficio o costo-efectividad (Gutiérrez *et al.* 2003a y b), y de calidad y acceso a servicios de salud (García Núñez, 1999; Stern y Reartes, 1999). Los modelos de análisis utilizados se han dedicado a la operación de las políticas diseñadas y a sus impactos sobre las prácticas de la población adolescente, pero ha faltado una visión global que muestre el marco general de creencias de distintos sectores de la población acerca de la sexualidad misma.

El objetivo de este artículo es presentar una nueva metodología de evaluación sobre la situación de la sexualidad y la salud reproductiva de los jóvenes, a fin de guiar las políticas dirigidas a este subgrupo y de contribuir a la discusión sobre nuevas perspectivas de análisis en este campo temático.

El marco de análisis de la sexualidad: la teoría de la interacción

A lo largo de las décadas se han utilizado diversos enfoques para analizar los comportamientos de las personas referidos a la salud. Estos enfoques han sido adaptados para estudiar el tema específico de la salud sexual y reproductiva. En 1950, a partir del trabajo del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, surgió el marco teórico conocido como ‘modelo de creencias sobre la salud’ o *health belief model* (HBM), el cual se ha aplicado con frecuencia para estudiar el comportamiento de la salud, incluida la salud sexual (Rosenstock, 1966; Rosenstock, 1974; Mullen *et al.*, 1987). Desde su conceptualización original, el modelo ha tenido modificaciones, las cuales por lo general han derivado en modelos más detallados (Fishbein y Ajzen, 1975; Rosenstock, 1988; Bandura, 1997a y 1997b). Estas teorías identifican los determinantes sociocognoscitivos relacionados con la práctica del sexo seguro. En estos esquemas tanto la actividad sexual como la prevención de la salud son consideradas como una conducta volitiva. La consecuencia de estos modelos es que el acto de prevenir una enfermedad sería sólo una cuestión de decisión, sin tomar en cuenta la complejidad de los aspectos involucrados en el cambio de hábitos y en particular en la decisión del sexo seguro.

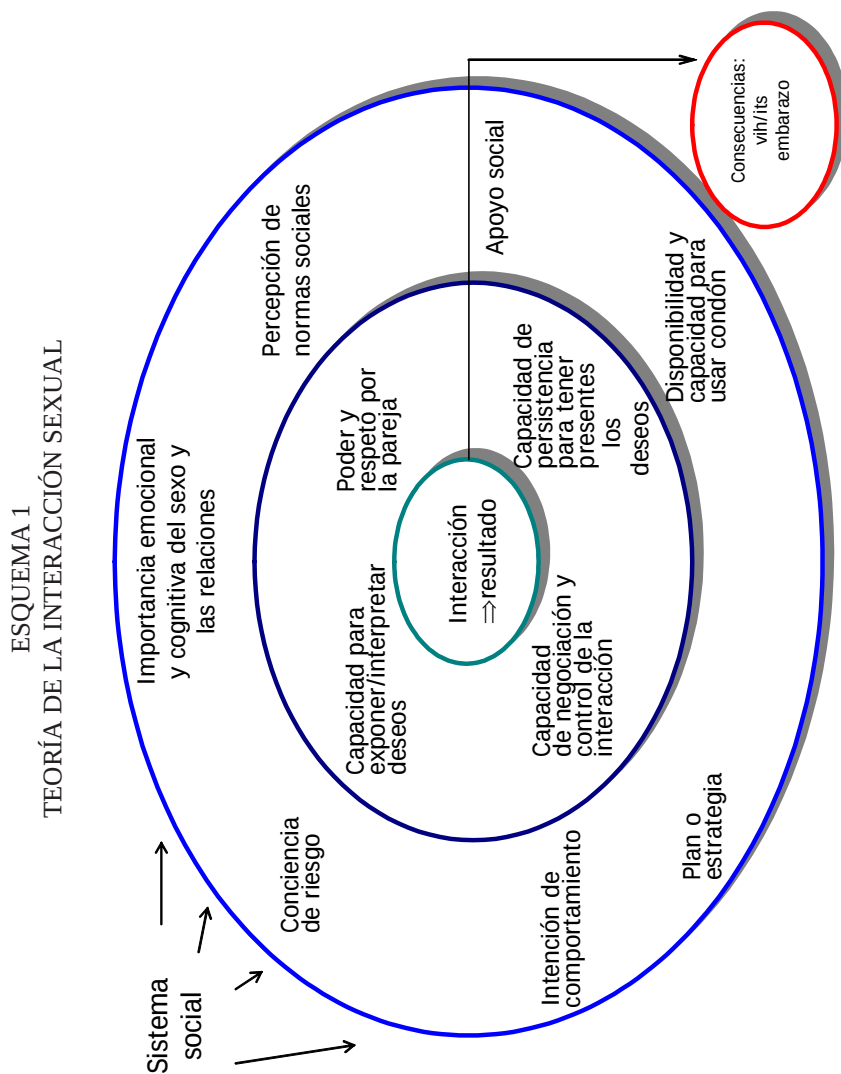
Un enfoque alternativo planteado por Rademaker y otros (1992), y desarrollado con posterioridad por Ingham *et al.* (1997), propone resaltar la dimensión social e incorporar el proceso de interacción. Argumentan que, en el estudio de la conducta sexual, el objeto de interés no es la toma de decisión individual, sino la interacción por sí misma. Desde este punto de vista, es necesario considerar otros aspectos para llegar a una explicación completa del curso de los acontecimientos. Dado que los individuos entran a las interacciones con todo tipo de expectativas, planes, deseos, capacidades e historias, éstos deben tomarse en cuenta plenamente porque pueden afectar el curso de la interacción. Es posible distinguir dos capas respecto a la proximidad de los factores al acontecimiento interaccional. Puede observarse de manera gráfica que el centro (la arena sexual) constituye la interacción. El foco de interés es cualquier tipo de acontecimiento descrito como simultáneo a la interacción y que tiene importancia en el resultado que interesa (sexo protegido): capacidad para negociar, interpretación de los deseos, el contexto temporal, el tipo de relación, etcétera. La capa externa contiene factores que son importantes: conciencia de

riesgo, intencionalidad de la conducta, etc. Aunque la interacción es central, las características de los individuos, así como también el efecto de la sociedad, desempeñan un papel en este enfoque. La perspectiva interaccional puede considerarse como no jerárquica, es decir, como un sistema de determinación recíproca entre procesos macro e instituciones, redes sociales y diádas, hasta el plano individual.

El análisis dinámico contextual

Algunos asuntos importantes relacionados con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes fueron relativamente ignorados durante mucho tiempo tanto por la perspectiva de los investigadores como de los políticos. Muchas sociedades, si no todas, han puesto regulaciones formales e informales con las cuales controlan (o intentan controlar) la expresión sexual entre los jóvenes, basadas en imperativos religiosos o culturales. Estas regulaciones afectan el cuándo y el con quién se permiten las relaciones sexuales. La regulación de la conducta sexual es vista en primera instancia como responsabilidad de la familia y de otros parientes cercanos, con el soporte de las instituciones legales, comunitarias y religiosas. Bajo estas circunstancias, no se veía la necesidad de explorar esta área de manera profunda (además de los retos éticos y metodológicos que podrían haber aparecido). Para subsanar esta forma limitada de analizar la sexualidad y las políticas orientadas a los jóvenes, el DCA considera esencial explorar cuatro aspectos:

1. Revisar y sintetizar la información existente sobre el tema desde una perspectiva demográfica y epidemiológica. En esta etapa no se buscan aún explicaciones, sino una medida del nivel de ciertas características de los jóvenes para tener un panorama de la situación actual del país o del área geográfica en estudio.
2. Revisar la literatura relevante sobre la dimensión social y cultural de la salud sexual de los jóvenes, e identificar el papel de los líderes sociales en condonar, sancionar o alentar conductas de bajo y alto riesgo.
3. Identificar las políticas oficiales y programas que influyen la vida sexual de los jóvenes.
4. Identificar las políticas y estrategias de las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales e internacionales para mejorar la salud sexual de los jóvenes.



Rademakers *et al*, 1992. Desarrollado por Roger Ingham y Gertjan van Zessen, 1997.

5. Investigar la realidad operativa de las políticas y programas gubernamentales en algunas escuelas y centros de salud en el nivel comunitario.
6. Identificar y evaluar las intervenciones novedosas efectivas llevadas a cabo por ONG que hayan mejorado la salud sexual de los jóvenes.

El análisis situacional requiere contactar y comunicarse con muchas personas que trabajan en distintos ámbitos: funcionarios del gobierno, líderes de ONG, profesionales del sector salud (público y privado), líderes religiosos, representantes de los jóvenes y con los jóvenes mismos.

Dada la diversidad de aspectos a ser considerados, las estrategias de investigación son muy variadas e involucran especialistas en distintas disciplinas científicas:

1. El análisis de información secundaria con una visión demográfica y epidemiológica.
2. El análisis de políticas donde se examinan las políticas, normas y documentos oficiales.
3. El análisis de la dimensión social y cultural de los jóvenes, y la identificación del papel de los líderes sociales en condonar, sancionar o alentar conductas de bajo y alto riesgo a través de entrevistas a funcionarios clave y el análisis de medios masivos de comunicación.
4. El análisis de las políticas en la práctica, que requiere de levantamiento de información de médicos, sacerdotes, padres, maestros, con un enfoque cualitativo.
5. El análisis de los receptores de las políticas —que requiere de la recolección de datos cualitativos de los jóvenes, tanto de su percepción y comportamiento sexual como de sus conocimientos respecto de las políticas y acciones del gobierno, y de sus deseos sobre políticas para ellos de sexualidad y salud.

La salud sexual y reproductiva en México desde la visión del DCA

Aspectos metodológicos de la investigación para el DCA de México

La elaboración del DCA de México requirió conducir entrevistas y realizar un análisis documental extensivo. Para corroborar la información acerca de la operación de los programas se recolectaron entrevistas en dos tipos de áreas: urbana (Ciudad de México) y rural (Oaxaca). Primero se realizaron entrevistas con actores claves: trece funcionarios del gobierno, del área de salud, educación y población; dos funcionarios de organismos internacionales, dos académicos y once dirigentes de organizaciones no gubernamentales. Además, fueron entrevistados cuatro prestadores de servicios de salud y educación, y dos sacerdotes. La opinión de los jóvenes se obtuvo a través de 16 entrevistas en profundidad y cinco grupos focales.

El análisis documental incluyó la revisión bibliográfica científica de México sobre el tema (demografía, sociología, medicina, psicología), documentos oficiales (programas políticos, evaluaciones y legislación), revisión de informes sobre encuestas realizadas en México, material educativo dirigido a los jóvenes (libros, audiovisuales, panfletos, etc.) y análisis de mensajes televisivos de prevención.

El equipo de trabajo estuvo constituido por dos investigadoras (las autoras). La investigación se llevó a cabo en los años 2000 y 2003.

La situación de los jóvenes con base en investigaciones previas

Los jóvenes desde la demografía

La situación de los jóvenes en México adquiere cada vez más relevancia, dado el peso relativo de este grupo poblacional, que es el más grande en la historia. México contaba en el año 2000 con más de 20 millones de jóvenes entre los 15 y los 24 años. Este es el resultado de grandes cambios en la estructura de la población, devenidos por el marcado descenso de la fecundidad ocurrido en los últimos 30 años, y el descenso de la mortalidad gracias a los avances en las tecnologías de salud del siglo XX. Sin embargo, la importancia de los jóvenes

no debe verse sólo en términos cuantitativos. Se trata, además, de una etapa de la vida de definiciones que impactarán los años siguientes (Conapo, 2000).

El gobierno mexicano ha reconocido dentro de sus prioridades de políticas a este grupo de población. Pero el avance ha sido lento, y nuevas investigaciones posibilitarán una mejor orientación para dirigir los esfuerzos.

De acuerdo con el Censo de Población del año 2000, un cuarto de la población joven ha terminado el ciclo primario de escolaridad, y casi tres cuartos han completado al menos el nivel secundario (INEGI, 2000). El nivel de escolaridad reportado es muy similar para hombres y para mujeres, ligeramente superior para los hombres. Aunque la mayoría de la población era soltera en el grupo de edad de 15 a 24 años, hay una gran diferencia por sexo. Una de cada tres mujeres se encuentra en la categoría de alguna vez unida, comparada con uno de cada cuatro hombres. Otro diferencial por sexo se advierte en la participación en el trabajo, donde hay el doble de hombres activos que de mujeres (cuadro 1).

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN JOVEN 15 A 24 AÑOS, SEGÚN
VARIABLES SELECTAS

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
<i>Educación</i>			
0	3.0	3.3	3.1
1-6	25.8	27.5	26.7
7 +	71.2	69.2	70.2
<i>Estado civil</i>			
Solteros	79.2	65.8	72.3
Alguna vez unidos (casados, unidos, divorciados, separados, viudos)	20.8	34.2	27.7
<i>Actividad económica</i>			
Activo	61.5	30.2	45.3
Inactivo	38.5	69.8	54.7
Total	100.0	100.0	100.0
(en millones)	(9.2)	(9.9)	(19.1)

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2000.

Las estadísticas sobre aspectos sexuales y reproductivos de los jóvenes

Si bien es complejo aportar un panorama exacto de la situación sexual y reproductiva de los jóvenes a partir de las diversas fuentes existentes, pueden delinearse ciertas tendencias con los datos parciales provenientes de las investigaciones realizadas.

Desde la primera encuesta que obtuvo datos sobre sexualidad de los adolescentes en 1985, se ha producido información sobre el tema en periodos no regulares y con diseños no del todo comparables. Un estudio previo mostraba que los rangos de edad fluctúan entre las distintas encuestas, lo que produce variaciones en los porcentajes de sexualmente activos (Gayet *et al.*, 2003). Sin embargo, todas las encuestas coinciden en mostrar que en estas edades es mucho mayor la proporción de hombres sexualmente activos que de mujeres (cuadro 2).

En relación con la proporción de adolescentes y jóvenes sexualmente activos, en 1985 una encuesta realizada en la ciudad de México (Morris, 1993) informaba que 44 por ciento de los hombres y 13 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años eran sexualmente activos. En la Encuesta sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior 1988 (Conapo, 1988), el porcentaje de sexualmente activos de 14 y más años de edad es de 38.3 y 5.4 por ciento, para hombres y mujeres, respectivamente. La Encuesta sobre Comportamiento Sexual y Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México de 1988 (Secretaría de Salud, 1988), señala 33.3 por ciento para hombres y 20.3 por ciento para mujeres de edades de 15 a 19 años. Para 1993, la Encuesta sobre Comportamiento Sexual en la Ciudad de México (Conasida, 1994) habla de 40.5 por ciento de hombres entre 15 y 19 años sexualmente activos. La Encuesta para el Programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam) realizada en 1999, señala 22.3 por ciento de hombres *versus* 10.3 por ciento de mujeres de 13 a 19 años sexualmente activos (Mexfam, 1999). En el año 2000, el Instituto Mexicano de la Juventud indica que 60 por ciento de los hombres y 51 por ciento de las mujeres del grupo de 15 a 29 años se declararon sexualmente activos (Instituto Mexicano de la Juventud, 2002).

CUADRO 2
PORCENTAJE DE ACTIVIDAD SEXUAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN, POR SEXO,
EN DISTINTAS ENCUESTAS

Ciudad de México		México 1988 ^b		Ciudad de México 1994 ^c		México 1999 ^d		México 2000 ^e			
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-24	15-24	14-19	14-19	15-19	15-19	13-19	13-19	12-14	12-14	15-19	15-19
Porcentaje de sexualmente activos		44.0	13.0	38.3	5.4	40.5	22.3	10.3	1.3	1.5	26.3

Fuente: Gayet C., Juárez F., Pedrosa L., Magis-Rodríguez C.; Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes Mexicanos a través del uso del condón, *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 5, 2004, cuadro I.
^a Encuesta Mexico City Young Adult Reproductive Health Survey 1985, CDC.
^b Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior 1988, Conapo.
^c Análisis de la Encuesta sobre Comportamiento Sexual en la Ciudad de México 1992-1993, Conasida.
^d Encuesta para el programa Gente Joven 1999, Mexfam.
^e Encuesta Nacional de Salud 2000, SSA.

Una encuesta realizada en el año 2001 en Cuernavaca que incluyó a jóvenes universitarios de 16 años y más (donde 93 por ciento era menor de 26 años), indica que 69.9 por ciento de los hombres y 45.8 por ciento de las mujeres declararon ser sexualmente activos (Sánchez-Alemán, 2001). La Encuesta Nacional de Salud 2000 (Gayet *et al.*, 2003) ubica estas proporciones en 42 por ciento para hombres de 15 a 19 años y en 26.3 por ciento para mujeres.

En cuanto a la edad promedio de la primera relación sexual entre los sexualmente activos, la encuesta realizada por Mexfam (1999), señala que fue de 15.2 años para los hombres y 15.3 años para las mujeres, ambos para el grupo etéreo de 13 a 19 años. La encuesta sobre los universitarios en Cuernavaca (Sánchez, 2001) indica 16.9 años para los hombres y 18.3 años para las mujeres. En una investigación realizada en 1995 sobre adolescentes de 14 a 20 años residentes de áreas marginadas de la ciudad de León, Guanajuato, las edades promedio de inicio encontradas fueron de 16.9 para los hombres y 17.6 para las mujeres (Huerta y Malacara, 1995). El análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2000 muestra que la edad promedio a la primera relación sexual de los jóvenes entre 15 y 19 años sexualmente activos fue de 15.7 para los hombres y para las mujeres, considerando todos los estados civiles (Gayet *et al.* 2003).

Una encuesta nacional para jóvenes (Secretaría de Salud, 1988) indagó sobre la finalidad de tener relaciones sexuales. Se preguntó sobre tres motivos: tener hijos, lograr una intimidad y dar o recibir placer sexual (cuadro 3). De la información obtenida resulta claro que la gran mayoría los jóvenes no tienen como meta la procreación al ejercer su sexualidad. Sólo aproximadamente 12 por ciento de los hombres y de las mujeres considera que las relaciones sexuales son para tener hijos. El principal objetivo señalado es lograr una comunicación con el compañero, aunque mayor en las mujeres que en los hombres. Un número importante mencionó el placer y la satisfacción sexual, similar para hombres y mujeres.

Si entre las principales razones para tener relaciones sexuales no está la búsqueda de hijos, podría suponerse que el comportamiento asociado sería el uso sistemático de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo. Sin embargo, otras encuestas muestran que el uso de métodos anticonceptivos no está totalmente extendido (cuadro 4). Cabe destacar que, una vez más, las distintas encuestas no son totalmente comparables. Algunas han preguntado por el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, otras por el uso actual (en el momento de la entrevista) y otras por el uso durante el último mes. En el caso de los adolescentes y jóvenes debe destacarse que aunque hayan tenido

relaciones sexuales alguna vez, esto no significa que sigan teniendo sistemáticamente actividad sexual. Muchos de los solteros tienen largos periodos de falta de pareja e inactividad sexual. Al interpretar los datos sobre anticoncepción es necesario tener presente esta condición.

CUADRO 3
FINALIDAD DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS JÓVENES
SEXUALMENTE ACTIVOS, POR SEXO

Sexo y condición de relaciones sexuales	Total (N)	Finalidad de las relaciones sexuales ^a				Tener hijos
		Dar placer y satisfacción sexual al compañero(a)	Obtener placer y satisfacción sexual propia	Obtener placer y satisfacción sexual para ambos	Lograr una íntima comunicación con el compañero(a)	
Hombres	2 113	8.7	6.6	47.8	60.6	12.3
Mujeres	251	2.4	2.3	41.4	79.3	11.5

^a Respuestas no excluyentes.

Fuente: Conapo, 1988. Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior 1988.

En los hombres, la tendencia indica que entre 1985 y 2000 la proporción que usó anticonceptivos en la primera relación sexual se ha incrementado casi al doble. El patrón no es tan claro en las mujeres, pero tanto en el pasado como en años recientes el nivel de uso reportado es más bajo que el de los hombres. El uso de anticonceptivos al momento de la encuesta es mayor en las mujeres que en los hombres, pero este análisis secundario de las encuestas no permite precisar si ha habido cambios en el tiempo.

Para comparar la información de las encuestas sobre uso del condón por parte de los adolescentes, además de los diferentes límites de edad, se presenta el problema de las variaciones en la formulación de las preguntas. Algunas encuestas reportan datos sobre uso de condón en todas las relaciones sexuales y otras sobre uso del condón en la primera relación sexual (cuadro 5).

CUADRO 4
PORCENTAJE DE USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN,
POR SEXO, EN DISTINTAS ENCUESTAS

	Ciudad de México, 1985 ^a		México, 1992 ^b		México 1997 ^c		México 1999 ^d		México 2000 ^e	
	Total la población sexualmente activa		Mujeres unidas		Mujeres unidas		Total la población sexualmente activa		Total la población sexualmente activa	
	H	M	M	M	M	M	H	M	H	M
	15-24	15-24	15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	13-19	15-19	15-19
Porcentaje que usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual	31.0	22.0					51.2	31.8	51.8	19.7
Porcentaje que usa actualmente algún método anticonceptivo	82.0	75.0	36.4	55.4	44.9	59.2	19.2	31.6	35.3	38.4

^a Juárez, Fatima, 2002. Análisis de la Encuesta Encuesta Mexico City Young Adult Reproductive Health Survey 1985.

^b Conapo, 2000. Los datos se refieren a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992.

^c Conapo, 2000. Los datos se refieren a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997.

^d Mexfam, 1999. Los datos se refieren a la Encuesta para el Programa Gente Joven, Mexfam 1999.

^e Encuesta Nacional de Salud 2000, cálculos propios.

CUADRO 5
PORCENTAJE DE USO DE CONDÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN, POR SEXO,
EN DISTINTAS ENCUESTAS

Uso de condón	Ciudad de México, 1985 ^a		México, 1988 ^b		Ciudad de México 1994 ^c		México 1999 ^d		México 2000 ^e	
	En la primera relación sexual		En alguna relación sexual		En la última relación sexual		En la primera relación sexual		En la primera relación sexual	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
	15-24	15-24	14-19	14-19	15-19	15-19	13-19	13-19	12-14	12-14
Porcentaje que usó condón (total)			38.8	23.6	44.4		43.7	19.5	24.1	9.9
Porcentaje que usó condón (solteros)	6.8	4.8							24.8	9.8
									51.9	23.9

Fuente: Gayet C., Juárez F., Pedrosa L., Magis-Rodríguez C.; Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes Mexicanos a través del uso del condón, *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 5, 2004, cuadro I.

^a Encuesta Mexico City Young Adult Reproductive Health Survey 1985, CDC.

^b Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior 1988, Conapo.

^c Encuesta sobre Comportamiento Sexual en la Ciudad de México 1992-1993, Conasida.

^d Encuesta para el Programa Gente Joven 1999, Mexfam.

^e Encuesta Nacional de Salud 2000, SSA.

Considerando la primera relación sexual, en 1985 muy pocos jóvenes solteros reportaban haber usado condón (sólo 6.8 y 4.8 por ciento de los hombres y las mujeres, respectivamente); en cambio, la encuesta de Mexfam de 1999 (Mexfam, 1999) indica que dijeron haber usado 43.7 por ciento de los hombres y 19.5 por ciento de las mujeres (de todos los estados civiles), y a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2000 se obtiene que 47.1 por ciento de los hombres y 15.2 por ciento de las mujeres de todos los estados civiles usaron condón, y considerando sólo a los solteros, estos porcentajes son más elevados (52 y 24 por ciento, respectivamente). Tomando en cuenta a los que afirmaron en 1988 haber usado condón alguna vez, 38.8 por ciento de los hombres declaró haber usado, y en cuanto al uso en la última relación sexual, en 1994 lo hizo 44.4 por ciento.

En el cuadro 6 se observa que existe un gran desconocimiento sobre algunos aspectos básicos de la reproducción humana. Existe una ligera tendencia de mejor conocimiento a través del tiempo, y las mujeres parecerían estar mejor informadas que los hombres. Otras investigaciones muestran que el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos es bajo, incluso para los jóvenes que han iniciado su vida sexual (Menkes y Suárez, 2003). En general, la mayoría de los jóvenes ha oído hablar del sida y cuenta con conocimientos básicos sobre los mecanismos de infección y las formas de prevención (Caballero *et al.*, 2003). Sin embargo, según el estrato social del que se trate, las investigaciones dan cuenta de un menor o mayor grado de conocimiento (Villaseñor *et al.*, 2003). Pero, por otra parte, las investigaciones señalan que aun cuando se cuente con información científica amplia, las conductas adoptadas no siempre están de acuerdo con los contenidos conocidos.

Por otra parte, Conapo (1988) encontró que los medios de información e intercambio sobre temas concernientes a la sexualidad señalados por los jóvenes, se ubican en distintas esferas o instituciones, entre los que resaltan la familia, la escuela, los amigos o los medios de comunicación (cuadro 7). La influencia de tales esferas varía conforme el sexo y la edad de los jóvenes. Entre los canales que proporcionan más información, los varones refieren a los maestros, los amigos y el padre, en tanto que las mujeres mencionan a la madre, las maestras y las amigas, a la vez que los libros juegan un papel importante para ambos sexos. Conforme aumenta la edad de los entrevistados, la familia va dejando de ser una interlocutora importante, incrementándose la influencia de los médicos y los libros.

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE JÓVENES QUE CONOCEN EL PERÍODO
EN QUE ES MÁS FÁCIL QUE SE PRODUZCA UN EMBARAZO, POR SEXO

	Jóvenes 15-24 1985*		Jóvenes 14-26 y más 1988**		Jóvenes 13-19 1999***	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	24.0	26.0	36.0	37.8	30.2	37.5
No	76.0	74.0	64.0	62.2	69.8	62.5

*Fuente: Juárez, 2002. Los datos se refieren a la Encuesta Mexico City Young Adult Reproductive Health Survey 1985.

** Fuente: Conapo, 1988. Los datos se refieren a la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior 1988.

*** Fuente: Mexfam, 1999. Los datos se refieren a la Encuesta para el programa gente joven de Mexfam 1999.

De acuerdo con el tema del que se trate dentro del gran campo de la sexualidad, los jóvenes pueden privilegiar como fuente de información a los padres, a los médicos y a los maestros, principalmente (cuadro 8). Sobre el noviazgo, los jóvenes prefieren que les hablen sus padres, pero sobre eyaculación, los jóvenes de ambos sexos prefieren a los médicos. Para información sobre la menstruación, los hombres prefieren al maestro y las mujeres a los padres. Para los temas de embarazo no deseado y anticonceptivos, el hombre prefiere recibir información del maestro y las mujeres de los médicos. Sin embargo, otras investigaciones sugieren que hay que considerar la condición de actividad sexual y el nivel educativo de los padres para establecer los interlocutores preferidos por los jóvenes en temas de la sexualidad como el sida (Gayet *et al.*, 2002).

CUADRO 7
CANAL QUE PROPORCIONA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD,
POR SEXO Y EDAD

Canal que proporciona información ^a	Sexo y grupos de edad			
	Hombres		Mujeres	
	14-20	21-25	14-20	21-25
Madre	21.0	20.2	65.2	50.4
Padre	29.1	19.6	11.4	9.7
Hermana	3.1	4.6	18.1	17.7
Hermano	10.5	12.1	2.7	2.6
Otros parientes	7.7	12.1	6.6	0.9
Novio(a)	3.4	4.0	5.4	9.7
Esposo(a)	0.3	1.7	0.3	2.6
Amigas	5.3	8.7	29.5	31.9
Amigos	29.3	30.6	4.7	5.3
Maestra(s)	21.0	18.5	38.1	23.9
Maestro(s)	39.3	31.8	22.4	18.6
Médico	14.6	20.2	14.7	21.2
Libros de texto	33.8	41.6	31.6	40.7
Iglesia	4.7	6.9	4.7	8.0
Libros	27.2	31.2	24.8	33.6
Revistas	13.7	17.3	11.2	13.3
Cine, radio y TV	19.4	23.7	13.7	15
Sector salud	13.2	15.0	11.1	22.1
Otro	1.5	3.5	0.9	-
Total	5258	173	4481	113

^a Respuestas no excluyentes.

Fuente: Conapo, 1988. Los datos se refieren a la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior 1988.

CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADOLESCENTES QUE DECLARAN
QUE QUIEREN QUE LES HABLEN SOBRE DIFERENTES TEMAS DE
SEXUALIDAD, SEGÚN QUÉ PERSONA LES GUSTARÍA QUE LES HABLARA
SOBRE ESTOS TEMAS, POR SEXO

	Funcionamiento del cuerpo		Regla		Eyacuación		Noviazgo	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Maestro	38.5	27.8	39.6	18.7	38.0	27.5	23.8	16.8
Médico	36.1	36.3	35.4	32.0	38.4	35.7	13.6	11.8
Enfermera	0.9	6.0	1.2	5.5	0.9	4.9	0.8	4.1
Promotor	1.4	0.9	1.9	0.6	1.3	0.8	1.6	1.5
Padres	18.7	22.8	16.1	35.0	15.9	25.3	39.7	49.2
Hermanos	0.3	1.0	1.0	1.7	1.5	1.4	3.8	3.2
Amigos	1.5	0.7	1.3	1.3	1.4	0.3	10.5	4.4
Otro familiar	1.6	2.0	1.5	3.2	1.4	2.4	4.3	4.4
Otros	1.0	2.5	2.0	2.1	1.3	1.6	1.8	4.6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	Relaciones sexuales		Embarazos no deseados		Anticonceptivos		Sida	
Maestro	37.1	23.6	32.6	25.3	37.6	29.4	36.5	25.2
Médico	27.7	26.0	29.9	30.8	33.7	36.2	39.3	41.0
Enfermera	0.4	3.9	0.4	3.8	0.9	5.4	1.1	4.0
Promotor	2.1	1.1	1.8	1.1	2.4	1.4	2.4	1.7
Padres	23.6	36.2	27.3	30.8	18.0	22.1	13.6	20.5
Hermanos	1.4	2.3	1.1	1.6	0.9	0.8	1.0	0.8
Amigos	3.0	1.9	2.4	1.5	2.0	1.2	2.0	1.1
Otro familiar	2.8	1.7	2.6	2.2	2.6	1.8	1.6	1.9
Otros	2.0	3.1	1.9	3.0	2.0	1.7	2.5	3.8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: MEXFAM, 1999. Los datos se refieren la Encuesta para el programa gente joven de Mexfam 1999.

Las políticas y los actores

Las políticas en materia de salud sexual y reproductiva son el resultado de la acción de diversas fuerzas sociales e institucionales. Entre los principales actores sociales que han impulsado diversas líneas de interpretación y acción destacan las ONG y la iglesia católica. Las instituciones gubernamentales que se ocupan del diseño y ejecución de esas políticas son numerosas, y su acción se desarrolla en distintos niveles administrativos (nacional, estatal, municipal). Estas políticas se llevan a cabo en dos grandes áreas, la salud y la educación. A continuación se presenta una síntesis de los actores, las instituciones y las políticas aplicadas en México.

Los actores

Las organizaciones no gubernamentales han jugado un papel relevante para que se pusieran en marcha en México políticas sobre salud sexual y reproductiva orientadas a la población en general. Dirigidas por profesionistas que estudiaron durante la década de 1960 en países desarrollados, estas organizaciones formaron grupos de trabajo para promover la prioridad del tema en distintos foros, tras comprobar que no había profesionales que pudieran dar respuesta a estas necesidades. Otros profesionistas con estudios en el extranjero se insertaron en áreas de gobierno y se convirtieron en interlocutores abiertos a las propuestas de las ONG. Esto ha generado un clima de cooperación entre gobierno y la mayoría de las ONG (entrevista con líder de ONG).

Existen en México gran cantidad de organizaciones, distribuidas a lo largo del territorio nacional. Las pioneras en el tratamiento de temas de salud sexual y reproductiva surgieron a partir de mediados de la década de 1960, dedicadas al inicio a la educación sexual y reproductiva y la prestación de servicios de planificación familiar: Mexfam, fundada en 1965; la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) en 1972, y el Centro de Capacitación y Atención Integral / Centro de Orientación para l@s Adolescentes, AC (Cora), en 1978. Estas organizaciones han tenido gran reconocimiento y se han dedicado también a la capacitación del personal de otras ONG grandes y pequeñas. Algunas ONG más recientes también han logrado alcance nacional, tales como el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (Imifap), la Red Democracia y Sexualidad (Demysex) y el Grupo de Información en Reproducción Elegida

(GIRE). A partir de la epidemia de VIH/sida en el país, algunas ONG que tenían objetivos de identidad “homosexual” se transformaron para incluir programas de educación sexual y prevención del VIH, y se crearon otras con este propósito. Por ser recientes, su alcance no es tan masivo, ejemplos: Colectivo Sol, Ave de México y Acción Humana por la Comunidad.

La Iglesia Católica ha ocupado distintos escenarios en relación con el Estado a lo largo del tiempo promoviendo sus intereses en el tema de salud sexual y reproductiva. A partir de mediados del siglo XIX, México marcó una separación entre el ámbito estatal (laico) y las iglesias. Desde ese momento hasta 1990, el Estado incrementó su poder y definió los rumbos de las políticas de población y de educación, en las que se inscribía el tratamiento de la sexualidad y la reproducción. El culto católico continúa siendo el mayoritario en la población, pero las corrientes ideológicas a su interior no son homogéneas. Estas abarcan desde asociaciones conservadoras (como los Legionarios de Cristo), hasta sectores radicales (como los impulsores de la teología de la liberación y la teología india). Una característica de la jerarquía católica en México ha sido su constante adaptación a las circunstancias políticas. Esto permitió que la Ley de Población, que contenía un fuerte ingrediente de planificación familiar, se dictara en 1973 con el consenso de la Iglesia. Más aún, los sacerdotes promovieron solapadamente desde el púlpito la anticoncepción. Ya no se recomendaba “tener los hijos que Dios mande, sino los que la paternidad responsable permita”. En la actualidad, sin embargo, esta característica de adaptación da por resultado que la Iglesia impulse con fuerza una agenda contra el aborto, el uso del condón y contra la promoción de respeto a los sujetos homosexuales, dada la orientación no del todo laica de algunos funcionarios del gobierno del presidente Vicente Fox.

Las instituciones gubernamentales

Una multiplicidad de instituciones dependientes del gobierno federal y de los gobiernos estatales se ocupa de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Las seis instituciones de mayor influencia son:

1. El Consejo Nacional de Población (Conapo), que es un órgano intersecretarial, encargado de conducir la política de población y de las tareas de planeación demográfica del país.

2. La Secretaría de Salud, que tiene dos áreas destinadas a salud sexual y reproductiva: el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Cenesida). La primera es la encargada de promover y dar servicios de salud reproductiva a la población en general, y cuenta con un área específica destinada a los adolescentes. Censida ha sido creado para atender aspectos de salud sexual (sida e ITS).
3. La Secretaría de Educación Pública (SEP) tiene a su cargo la coordinación de la educación de los niveles primaria, secundaria y preparatoria a nivel federal, incluyendo la elaboración de los planes de estudio, de los libros de texto obligatorios y de la capacitación de los docentes.
4. El Instituto Mexicano de la Juventud tiene a su cargo diversos programas recreativos y educativos dirigidos a los adolescentes. Una actividad central es financiar proyectos presentados por las organizaciones no gubernamentales para la consecución de sus metas.
5. El Programa Nacional de la Mujer vigila que se cumplan los acuerdos signados en el Programa de Acción derivados de la Conferencia de El Cairo de 1994, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Su énfasis está puesto en fortalecer la perspectiva de mujer y género en todas las acciones del gobierno federal.
6. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es un programa de asistencia para la población en general, y tiene acciones destinadas a los adolescentes, particularmente en los temas de embarazo y violencia intrafamiliar.
7. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es un organismo de servicios de salud para los trabajadores asalariados y brinda atención médica a la mayor parte de la población del país. Actualmente atiende a personas no asalariadas mediante el programa IMSS-Oportunidades. Ha incorporado programas específicos para salud sexual y reproductiva de adolescentes, tanto en áreas urbanas como rurales.

Las políticas públicas

Políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Una característica de la sociedad mexicana es que, desde el punto de vista jurídico y de las políticas sobre sexualidad, actúa generalmente de manera poco

restrictiva. Sin embargo, la sociedad en su conjunto tiene normas morales más estrictas que las acciones impulsadas por el gobierno. Aparecen como elementos típicos de la sociedad la resistencia a los cambios y cierto conservadurismo en materia sexual.

Desde las elites dirigentes, tanto dentro de la estructura de gobierno como en muchas de las organizaciones civiles, se promueve una apertura de la discusión sobre temas de sexualidad. Esto se cristaliza en programas y acciones tanto en el ámbito de la salud como de la educación. Sin embargo, una preocupación constante manifestada en las entrevistas que realizamos ha sido que el tratamiento de estos temas se ha dado por la influencia de ciertas personas clave, más que por una institucionalización de los mismos.

Las políticas de población dirigidas a lograr un descenso de la fecundidad, surgieron a mediados de la década de 1970, ante la preocupación por el acelerado ritmo de crecimiento de la población, y sus efectos sobre el desarrollo económico y social del país. En 1974, una reforma constitucional le dio el derecho a todos los mexicanos y mexicanas a su decisión libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. De esta manera, México se convirtió en el segundo país en el mundo y el primero en América Latina en consagrar este derecho en su carta magna. Ese mismo año se crea el Consejo Nacional de Población y se promulga una nueva Ley General de Población.

Sin embargo, ya desde la década de 1960, algunas organizaciones no gubernamentales pioneras brindaron servicios de planificación familiar. La Secretaría de Salud y el IMSS pusieron en operación en 1972 los primeros servicios de planificación familiar dirigidos sólo a la población que los solicitaba. Las acciones operativas de planificación familiar para todo el país se consolidaron en 1977, primero en áreas urbanas, para luego expandirse hacia áreas rurales. Desde esas fechas, las instituciones del sector público pusieron a disposición de la población métodos anticonceptivos modernos, sin costo alguno (Pérez *et al.*, 1999).

Si bien en sus inicios el programa estaba dirigido a parejas unidas, en la década de 1980 comenzaron acciones y estrategias encaminadas a brindar información a la población adolescente en general. Se proporcionaba anticonceptivos a los adolescentes de manera gratuita, con el requisito de que se identificaran. El servicio era confidencial, y no era necesaria la autorización de los padres.

Esas dos décadas de experiencia en planificación familiar permitieron que entre 1993 y 1994 se dieran importantes cambios en la política para la salud reproductiva de los adolescentes. En 1993 la Secretaría de Salud de México convocó a una reunión en la que organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, presentaron sus experiencias en el trabajo con población adolescente. De este coloquio surgió la Declaración de Monterrey, que sentó las bases para iniciar un programa de atención a la salud integral a los adolescentes, con énfasis en salud reproductiva (SSA, 1999). El interés manifiesto sobre este tema y las intensas negociaciones que se dieron entre el gobierno y las ONG durante esos años llevaron a México a adoptar una posición de liderazgo activo en la definición de los acuerdos del Programa de Acción de El Cairo en 1994 (CIPD).

Ese mismo año se lanza un programa con el lema de “En Buen Plan”, dirigido a la población adolescente del país. El programa inició sus acciones en 1994 primero en los estados considerados más modernos, capacitando al personal para orientar y atender a adolescentes. Una vez probado, se extendió a todos los estados del país (García Núñez, 1999).

La política expone como uno de los grandes problemas para la población adolescente, el embarazo no planeado y no deseado. Otras preocupaciones manifiestas son la prevención y control de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida y el virus del papiloma humano, la prevención de adicciones, incluido el tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de sustancias.

Para la atención de adolescentes en salud reproductiva, la Secretaría de Salud ha instalado servicios especializados en el país (denominados antes “módulos”), dentro de instituciones hospitalarias y centros de salud. En 1999 se contaba con 259 servicios especializados en todo el país, distribuidos en 179 centros de salud y 80 hospitales. De acuerdo con el reporte de Evaluación del Programa de Adolescentes 1999 de la Secretaría de Salud, estos servicios están ubicados solamente en centros urbanos (SSA, 1999; García, 1999). Estos módulos brindan servicio médico, psicológico y de consejería. De acuerdo con los lineamientos del programa, estos módulos deben tener espacios y personal exclusivos (médico, psicólogo, enfermero, trabajador social) (SSA, 1999). En el año 2003, estos servicios especializados se denominaban “servicios amigables” y ascendían a 334 en todo el país. Ya no se cuenta con personal exclusivo para este servicio, pero se capacita a los profesionistas para la atención de adolescentes.

Además de las acciones de información y de otorgar métodos de planificación familiar para todos los adolescentes que los requieran, se da atención prenatal

a la adolescente embarazada, el parto y puerperio. Se pone énfasis en la prevención de un segundo embarazo entre las adolescentes que llegan a los centros de salud para la atención del primer embarazo y parto, ya que la mayoría ha manifestado que no conocía y nunca había utilizado algún método anticonceptivo (entrevista con funcionario de la Dirección General de Salud Reproductiva, DGSR). También se atiende en los hospitales a las adolescentes que ingresan a causa de un aborto incompleto o de sus complicaciones (SSA, 1999).

Un énfasis importante de esta nueva etapa de salud reproductiva para los adolescentes es la estricta confidencialidad del servicio. Tanto en el rubro de planificación familiar como en adicciones, no se requiere de notificación a los padres de los adolescentes, a diferencia de otros aspectos de salud. Para la dotación de condones, no se requiere tampoco identificación por parte del adolescente que lo solicita.

Las actividades de prevención en relación al VIH/sida desarrolladas por el gobierno provienen especialmente de Censida. Las principales han sido estrategias de comunicación en medios masivos (radio, televisión, materiales impresos), con materiales diseñados por la institución o a través de concursos y una línea telefónica gratuita para resolución de dudas y orientación denominada Telsida, pensada especialmente para jóvenes; pruebas para detección de VIH/SIDA (para población en general, pero aproximadamente 80 por ciento de quienes recurren al servicio son jóvenes), distribución gratuita de condones; consejería psicológica y legal (entrevista con funcionario de Censida).

En general, las estrategias de comunicación podrían resumirse en dos vertientes: promover el condón como método de prevención de VIH/sida y alentar el uso de los métodos de planificación familiar para evitar embarazos tempranos. Otros mensajes han sido dirigidos a informar sobre los nuevos servicios especializados de jóvenes. Los anuncios televisivos sobre planificación familiar ponían el énfasis en el aplazamiento del inicio de la actividad sexual. Por otra parte, el condón es objeto de publicidad por parte de las compañías privadas que los fabrican y venden, por medio de anuncios televisivos y de anuncios gráficos en la calle, como cualquier otro producto comercial.

Políticas de educación sexual

La legislación vigente establece que todo individuo tiene derecho a la educación, y que es obligatoria la asistencia a primaria y secundaria, por ello el Estado tiene

el deber de impartir educación preescolar, primaria y secundaria, y los padres el de enviar a sus hijos a primaria y secundaria. La educación que ofrece el Estado es mixta (hombres y mujeres), gratuita y laica. Cabe destacar que la obligatoriedad de la educación secundaria es reciente, desde 1993 (SEP, 1999).

La educación sexual en las escuelas fue hasta mediados de la década de 1990 un tema tabú, y aunque hay antecedentes desde la década de 1970, la orientación era fisiológica y anatómica, dentro del área de biología. En 1993 se inició un proceso de reforma para incorporar contenidos de educación sexual tanto en la educación primaria como en la secundaria. Una de las razones argumentadas para este cambio, es el conocimiento alcanzado sobre enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/sida (entrevista con funcionarios de la Dirección General de Materiales y Métodos Educativos, DGMME, de la SEP). Esta reforma es de alcance nacional, y se aplicó en escuelas públicas tanto urbanas como rurales. Aquellas escuelas privadas que quieren tener reconocimiento oficial en México deben seguir los programas curriculares que la Secretaría de Educación Pública establece, y para ellas, esta reforma también tuvo lugar.

Como resultado de las transformaciones en la educación primaria, en 1993 comenzó la revisión de los contenidos de los libros de texto gratuitos del área de Ciencias Naturales, y en 1998 los nuevos libros fueron repartidos en todo el país. Estos libros los elabora el gobierno y son obligatorios para todas las escuelas del país. La educación pública es mixta (es decir, salones con alumnos de los dos sexos), y las clases de educación sexual y reproductiva también se imparten de manera conjunta.

A los 10 años (quinto grado de primaria) aprenden el proceso de maduración de los aparatos reproductores, enfatizando las diferencias entre hombres y mujeres. Al siguiente año, los niños reciben información sobre las características sexuales propias del inicio de la adolescencia, y sobre la reproducción. Dentro de este último tema se habla de las relaciones sexuales como propias de la etapa adulta, en el marco del sentimiento amoroso, poniendo énfasis en la responsabilidad para asumir las consecuencias. También se hace una referencia a sensaciones placenteras y a la posibilidad de alcanzar el orgasmo, tanto en hombres como en mujeres, pero se enfatiza que debe retrasarse la edad a la primera relación sexual hasta la etapa adulta: "Por fuerte que sean la atracción y el afecto que sienta por otra persona, el adolescente debe tener presente que todavía está lejos de la madurez necesaria para tener relaciones sexuales y para tomar decisiones que puedan dejar consecuencias que duren toda la vida" (SEP,

1998:124). El único tipo de atracción sexual que se concibe en los libros de texto es heterosexual: “En la adolescencia es común que los hombres y las mujeres empiecen a sentir un interés y atracción muy especiales por el sexo contrario” (SEP, 1998:123).

Estas reformas educativas dieron cada vez una mayor apertura a la información sobre aspectos reproductivos, y lograron incorporar en el ciclo 1999-2000 una nueva materia (Formación Cívica y Ética), que incluye los contenidos de sexualidad y reproducción en los tres grados de secundaria. A diferencia de los libros de texto de primaria, los de secundaria no los elabora el gobierno, sino distintas editoriales privadas. El gobierno dicta los contenidos mínimos que deben incluir, y recibe las propuestas de libros hechas por las editoriales, autorizando la edición de aquéllas que cumplen los requisitos de forma y contenido. Es el maestro el que escoge la editorial de su predilección. Los alumnos deben comprar estos libros en librerías especializadas. Para aquellos que no tienen recursos económicos, el gobierno ha previsto una forma de préstamo anual de los libros.

Existe un amplio espectro ideológico entre los diferentes autores de los textos de cada casa editorial. En general, todos los textos enfatizan que la adolescencia es un periodo donde no se está totalmente preparado para poder asumir con responsabilidad las consecuencias del ejercicio de la sexualidad. Los autores de mayor apertura indican que los adolescentes pueden tener conductas de riesgo (relaciones sexuales precoces, embarazos tempranos, enfermedades de transmisión sexual, abuso y violación), por la idea que los jóvenes tienen de sí mismos, la imprevisión propia de los jóvenes, y la falta de información. A su vez, proporcionan información sobre prevención, especialmente el uso del condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual (Cantón Arjona *et al.*, 1999). Los autores más conservadores están preocupados por lo que denominan los modos de vida “promiscuos”, “la indefinición en el reconocimiento del sexo y los papeles que éstos tienen en la sociedad”, “la separación de la sexualidad y la transmisión de la vida”. Se enfatiza la posibilidad de transmisión de enfermedades a través de tener muchas parejas sexuales, pero en estos textos no se indican formas de prevención (Aspe, 1999).

Otros materiales que se utilizan para enseñar los temas de educación sexual y reproductiva dentro de la escuela son los videos. Para el tema de prevención del sida, por ejemplo, existe un video que muestra cómo se coloca el condón. En algunos casos, las escuelas utilizan materiales audiovisuales elaborados por

ONG o por dependencias del gobierno. Pero como las escuelas no tienen presupuesto propio, la adquisición de estos materiales depende de los gobiernos estatales, lo que limita el número de escuelas que cuentan con estos auxiliares educativos (entrevista con funcionarios de la DGMyME).

Para introducir la nueva materia se fusionaron otras dos, una de ellas impartida básicamente por psicólogos y psicopedagogos y la otra por abogados. Estos profesionistas son los que enseñan ahora los contenidos de sexualidad y reproducción. Uno de los mayores retos para la aplicación de la reforma que señalaron las autoridades es la capacitación de los maestros en temas de salud sexual y reproductiva, sobre todo para aquéllos que no tenían experiencia en el tema. Se están desarrollando de manera continua varias estrategias de capacitación. Según lo expresado por las autoridades, las transformaciones educativas han implicado un largo proceso de capacitación para que los maestros de todo el país cambiaran sus perspectivas, y superaran prejuicios personales (entrevista con funcionarios de la DGMyME).

Otras políticas gubernamentales dirigidas a los adolescentes

Además de las acciones específicas de salud y educación, otro programa que se ha destacado en esta área ha sido la creación de una línea telefónica denominada *De Joven a Joven*, creada en 1993 por el Conapo. Por medio de las llamadas a los teléfonos de este programa se intenta apoyar a los jóvenes en la resolución de problemas propios de la edad. El servicio es confidencial, pues no se requiere identificación de la persona que llama, y gratuito. Las principales razones por las que se comunican los jóvenes son problemas en las relaciones interpersonales, sexualidad, embarazo, y suicidio. Las personas contratadas por el programa para atender las llamadas son jóvenes también, con algún perfil relacionado a psicología y pedagogía (entrevista con funcionario de Conapo). Hasta 1998, este programa recibía más de 4 000 llamadas diarias. En ese año, la línea de teléfono pasó a depender del Gobierno del Distrito Federal, saliendo del ámbito federal. Otras entidades federativas, como Oaxaca, Morelos, Guanajuato y Jalisco, han reproducido ese modelo.

Otra de las estrategias del Conapo especialmente dirigida a los jóvenes ha sido la creación de un programa de radio llamado *Zona Libre*, que se transmite los domingos en una estación de rock, donde se tratan diversos temas relacionados con educación en población. Hay invitados especiales de acuerdo con el tema semanal elegido, testimonios de los jóvenes, y se reciben llamadas de teléfono.

Programas y acciones de las ONG

En México, una gran variedad de organizaciones no gubernamentales se dedican a temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Una primera división puede establecerse entre aquellas organizaciones dedicadas exclusivamente a la población adolescente (como Cora), de aquéllas que tenían programas de planificación familiar o prevención del sida para la población en general, pero que incorporaron dentro de la organización algunos programas específicos para adolescentes (como Mexfam). En cuanto al tipo de acciones que desarrollan, algunas brindan servicios médicos y educativos (Mexfam, Cora), y otras se han especializado en información, educación y capacitación (AMES, Imifap, Ave de México, SexUnam). Algunas organizaciones no tienen programas específicos para adolescentes, pero el tipo de acciones que desarrollan incluyen a los jóvenes (Colectivo Sol). Otras organizaciones se han especializado en la defensa de derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, aunque no específicamente de los adolescentes (GIRE, y varias organizaciones vinculadas a prevención de VIH/SIDA).

Entre los programas desarrollados por las ONG, destaca Gente Joven, de Mexfam, que comenzó en 1981. Es un programa de joven a joven. Su objetivo es que los jóvenes cuenten con adecuada y suficiente información para tomar decisiones bien informadas respecto a la salud sexual y reproductiva. No desalienta ni fomenta las relaciones sexuales sino que promueve la propia decisión del joven. Opera en distintos ámbitos: en escuelas, en la comunidad y centros de trabajo. Además de dar orientación a los jóvenes, forman multiplicadores. Los multiplicadores contribuyen al programa incorporando nuevos jóvenes, brindando información y repartiendo condones. Por otra parte, cuenta con una red de apoyo de servicios (médicos, psicológicos) para referir a los jóvenes. Una parte importante del programa es el desarrollo de materiales de difusión en cuya elaboración participan los jóvenes (películas, videos, audiovisuales, libros, folletos, carteles). Ha sido también capacitadora de los profesionistas de instituciones de salud públicas y privadas, de escuelas, y de otras ONG. Se encuentra en la vanguardia en cuanto al tipo de métodos anticonceptivos que provee a los jóvenes, habiendo introducido al país en 1999 la anticoncepción de emergencia. Resalta el alcance nacional de la organización, que cubre tanto áreas urbanas como rurales.

Una de las ONG pioneras dedicadas a adolescentes es Cora. Surgió en 1978, dedicada exclusivamente a temas de reproducción y sexualidad adolescente. Su enfoque se orienta hacia la independencia de los jóvenes en la toma de decisiones. Desde su creación ha tenido distintas estrategias: multicentros, concursos de teatro, un programa para madres adolescentes, telenovelas, etc. Al igual que Mexfam, es un centro de capacitación para otras ONG, para maestros, profesionistas de la salud y padres de familia. Otra de las organizaciones activas en el tema de salud sexual y reproductiva de los adolescentes es el Imifap. Gran parte de su trabajo está dedicado a los jóvenes, básicamente, mediante la capacitación de los maestros y educación de los adolescentes. Uno de los más utilizados libros de texto en escuelas secundarias fue elaborado por la dirigente de esta organización.

Las políticas en la práctica

Tanto en el ámbito de la salud como de la educación se han previsto novedosos programas sobre salud sexual y reproductiva dirigidos específicamente a los adolescentes. Sin embargo, la operación de los mismos en las comunidades se ha dado de manera dispar y con numerosos inconvenientes. Muchos de los problemas han sido relatados por los jóvenes, los prestadores de servicios y las organizaciones no gubernamentales. Es importante destacar que las autoridades no los desconocen. Las autoridades de salud y educación han desarrollado mecanismos de evaluación para constatar la calidad de la ejecución de los mismos, pero han manifestado una carencia de “cultura de evaluación” en general en el país, por lo que se ha hecho más difícil la corrección del rumbo de las políticas (Entrevista a funcionarios de la DGMMyME).

Los servicios de salud

En relación con los módulos de jóvenes creados por la Secretaría de Salud, se cuenta con dos evaluaciones. Un primer obstáculo que se presenta es que el número de módulos para adolescentes existentes en el país es insuficiente para atender a toda la población adolescente. Por otra parte, la ubicación de esos módulos en centros urbanos deja sin atención a los adolescentes rurales. El problema se magnifica si tenemos en cuenta que este segmento de población

tiene en general menos recursos económicos que la población adulta para trasladarse hasta las ciudades.

Una evaluación de los módulos realizada en 10 estados del país en 1999 arrojó los siguientes resultados respecto al diseño y su operación (García, 1999): en sólo 17 por ciento de los módulos el personal estaba dedicado exclusivamente a atender a los adolescentes; había falta de regularidad en las actividades extramuros; había desabasto de insumos como anticonceptivos; no existía presupuesto específico para el programa. Otra evaluación realizada en el Distrito Federal (Stern y Reartes, 1999) identificaba los siguientes problemas: focalización en adolescentes embarazadas, aunque los documentos señalaban un público objetivo más amplio; énfasis en atención a la salud, más que a la prevención; horario limitado; falta de espacios físicos; desabasto de anticonceptivos y condones; cobro de consultas médicas estipuladas como gratuitas; solicitud a los adolescentes de ir acompañados de un adulto (contra la normatividad).

En nuestra investigación en el Distrito Federal y Oaxaca, encontramos exigencia de identificación del adolescente para otorgarle condones (contra la normatividad); falta de recursos humanos y físicos; desabasto de condones; horarios de atención desventajosos para los jóvenes.

Las escuelas

Los cambios en materia curricular para tratar aspectos de salud sexual y reproductiva son recientes, por lo que las autoridades aún no cuentan con evaluaciones sistemáticas del resultado de los mismos.

Las autoridades educativas a nivel nacional mencionaron un amplio consenso de los padres a esos cambios. Sin embargo, la información indirecta obtenida a partir de entrevistas a padres muestra que hay reacciones de los padres en contra de los contenidos de sexualidad en las escuelas, y temor por parte de los maestros que tienen asignada la enseñanza de estos temas, a las posibles acciones de oposición de los padres. En algunos casos, el temor a represalias ha hecho que los maestros pasen estos temas velozmente, sin profundizar en los contenidos (Entrevista con funcionario de la SEP; entrevista con una madre).

Cuando las autoridades hablan de las reacciones en contra de la educación sexual, mencionan a una organización en particular (Pro Vida) como la única opuesta. Pero la información obtenida en las comunidades muestra oposición en sectores más amplios de la población. Las autoridades nacionales registran sólo

las reacciones de gran escala, es decir, de aquellos actores líderes de opinión, en tanto que no perciben las manifestaciones que se dan a nivel local, puntual, en cada una de las escuelas.

Por otra parte, en algunas áreas rurales los maestros tienen una moral más conservadora y mayores prejuicios para tratar los temas relacionados con la sexualidad que la que se impulsa mediante los nuevos programas escolares (entrevista con funcionarios de la DGMyme; entrevista con profesora de Oaxaca).

Las incongruencias entre los programas escolares y su aplicación son explicadas por algunas organizaciones no gubernamentales por la falta de claridad en las políticas mismas. Como lo expresa una de las investigadoras del tema (dirigente de ONG 1) “hay mensajes de abstención, hay mensajes de uso del condón, pero por otro lado hay una infinidad de mensajes de “el condón no sirve” (...). Aunque la política pública [Secretaría de Educación] no va en contra del uso del condón, tampoco es clara a favor del sí”.

Las autoridades nacionales están conscientes del reto que implica cambiar la percepción de los maestros en torno al clásico papel que desempeñaban. La reforma educativa introduce cambios en la relación maestro-alumno, para que se supere la visión centrada en el maestro como portavoz del conocimiento, y del alumno como página en blanco que se rellena, y se pase a concebir al alumno como sujeto de voz y participación. Las autoridades suponen que habrá obstáculos para superar tradiciones de años, porque para los maestros resulta más fácil seguir los caminos conocidos, que ajustar los conocimientos a los problemas cotidianos de los alumnos, situación que requiere, por parte de los maestros, aprender a construir respuestas que no tiene, a preguntas de los alumnos cada vez más difíciles (entrevista con funcionarios de la DGMyme).

En cuanto al cumplimiento de la normatividad, si bien se señaló que la reglamentación no excluye a las jóvenes embarazadas de la escuela, las autoridades admiten que en la práctica, particularmente en ámbitos rurales, se han dado casos aislados de discriminación por parte de los maestros. Además, existen presiones de los padres de los otros alumnos para que separen a esas adolescentes de los planteles educativos. Sin embargo, en los casos en que las autoridades nacionales tuvieron conocimiento, hubo intervenciones para evitar la discriminación (entrevista con funcionarios de la DGMyme). La experiencia en las escuelas que visitamos en Oaxaca fue que los directivos trataban el problema con mucha flexibilidad para permitir que las adolescentes embarazadas siguieran sus estudios.

Las organizaciones no gubernamentales

Si bien en el país existe una experiencia de décadas de trabajo sobre salud sexual y reproductiva por parte de las organizaciones no gubernamentales, la mayoría de las organizaciones contactadas refirió los mismos obstáculos para la operación de sus programas.

En primer lugar, la falta de institucionalización de las políticas por parte del gobierno hace que con cada cambio de funcionario se afecten las acciones en curso o programadas.

Las personas hacen las políticas (...) que lo veo muy favorable como un primer paso, pero el siguiente paso ya tiene que ser la institucionalización. (...) Vas y te dicen: “Es que ahorita va a cambiar de gobernador, es que ahorita va a haber un nuevo secretario de educación, es sexenal todavía el asunto (Entrevista con dirigente de ONG 1).

En segundo lugar, las ONG se están viendo afectadas por los cambios en las políticas de financiamiento de los organismos internacionales. Esto las ha llevado a buscar programas que sean autofinanciables. Un efecto de esto ha sido una disminución de acciones hacia segmentos de población que no pueden pagar por los mismos. En palabras de uno de los entrevistados: “La política de colocarnos entre los países desarrollados, de abandonar el grupo de los 77, de entrar a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo

Económicos (OCDE) ha generado una imagen de que ya no necesitamos (ayuda), y en este sector, particularmente de jóvenes, no se puede funcionar de manera autosuficiente” (entrevista con dirigente de ONG 2).

Entre las organizaciones dedicadas a dar información y capacitación sobre aspectos de sexualidad en ámbitos escolares se observan tres posiciones:

1. Las que dicen que han tenido censura por parte de las autoridades en el tratamiento de algunos temas. Las ONG han sido flexibles y han adaptado los contenidos de acuerdo con las peticiones, con la idea de que es mejor llegar a los jóvenes con algo de información (aunque no todo lo que suponen debe enseñarse) que dejar el vacío. “En algunas otras [escuelas] no podemos hablar de orientación sexual, por ejemplo” (entrevista con dirigente de ONG 3).
2. Las ONG que señalan que el origen del problema son las quejas de los padres, y no la posición misma de las autoridades escolares. “Fuimos a dar conferencias sobre sida a la secundaria. (...) Al tercer día ya no

podimos pasar y nos dijeron ‘ya no pueden seguir las conferencias porque les dieron condones a los jóvenes’. ‘Bueno, pero ¿cuál es el problema?’ ‘No, porque los padres protestaron’” (entrevista con dirigente de ONG 4). Ante los problemas con los padres, las ONG han tenido que adaptarse:

Hemos aprendido a ser muy cuidadosos... Yo, en lo particular, tengo mucho cuidado, cada vez que digo una frase pregunto: ¿Continúo? ¿Alguien se siente molesto? Porque... ha habido muchas ocasiones, que al otro día tienen las autoridades de la escuela —la trabajadora social, la orientadora— problemas porque hay padres ahí protestando (entrevista a dirigente de ONG 5).

3. Las organizaciones que afirman que las autoridades son aliados estratégicos a la hora de enfrentar a los padres para dar prevención a los alumnos (entrevista con dirigente de ONG 5).

Además, hay que tomar en cuenta la diversidad cultural de México. En general, los cursos no tienen en cuenta las especificidades étnicas y culturales de los jóvenes a los que están destinados, lo que impide una eficaz transmisión de los contenidos (entrevista con dirigente de ONG 4).

Opiniones de los jóvenes sobre las políticas de salud sexual y reproductiva

El análisis de los discursos de los jóvenes colectados en grupos focales y entrevistas en profundidad revelan como constantes ciertas críticas hacia la enseñanza recibida por ellos en las escuelas y a la atención en los centros de salud. En las entrevistas se abordaron los siguientes aspectos: la educación en las escuelas (los maestros, los contenidos, los métodos educativos, la importancia de los temas en el ámbito escolar); los servicios de salud (conocimientos de los centros de salud, utilización de los servicios públicos y obstáculos, la medicina privada, dónde conseguir condones, las líneas de teléfono gubernamentales); la familia, los amigos, los medios de comunicación; qué conocen (cuánto creen que conocen, las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, las ITS, obstáculos para conocer más y mejor); qué sienten (la virginidad, el inicio de las relaciones sexuales, los riesgos de las relaciones sexuales como embarazo, enfermedades y estigmatización social); qué practican y qué quieren ellos mejorar. Sin embargo, dado lo extenso de todos los hallazgos, presentaremos sólo algunos puntos centrales.

Los jóvenes reconocen que para la sociedad en su conjunto representa un problema hablar de la sexualidad. Sin embargo, la responsabilidad en el ámbito de las escuelas es adjudicada a la personalidad de cada maestro en particular, y no al sistema escolar en su conjunto, ni al diseño curricular o de los métodos de enseñanza. Bajo la idea de que los maestros tienen vergüenza de tratar temas de sexualidad, los jóvenes sintieron falta de entusiasmo o dedicación, o evasión en la enseñanza de los mismos. Una constante en las entrevistas fue el señalamiento de cierta censura en los contenidos tratados en las escuelas. Los temas más relacionados con el placer aparecen como tabú en el ámbito escolar. “Había temas que sí explicaban bien. Pero había, por así decir, las típicas preguntas (...) qué es el sexo oral, había varias preguntas que la mayoría no contestaba” (Grupo focal D. F. 1).

En cuanto a la forma de enseñanza, contrapusieron clases dinámicas a clases “formales”, deseando las primeras. Entre los que habían tenido cursos “dinámicos”, fue muy valorada la asistencia a obras de teatro, la participación en obras de teatro, o las dinámicas teatralizadas dentro de las clases, para tratar distintos temas de salud sexual y reproductiva.

Aun con muchas críticas por parte de los adolescentes, el ámbito escolar parece estar más presente en los jóvenes respecto a los temas de sexualidad y reproducción que los centros de salud. Sin embargo, paradójicamente, en el discurso aparece una preferencia explícita a hablar de estos asuntos con personal médico más que con los maestros.

A pesar de la puesta en marcha por parte del gobierno de un programa de salud reproductiva específico para adolescentes, que implicaba la instalación de módulos en distintos espacios de salud (clínicas y hospitales), la mayoría de los jóvenes entrevistados no los conocía. Entre los que sí conocían los servicios la principal razón mencionada para no usarlos fue que la mayoría son sexualmente inactivos, por lo que dicen no necesitar estos servicios. Por otra parte, la sensación de falta de confidencialidad de los mismos se convierte en un serio obstáculo:

Otra cosa que pasa aquí en pueblos o comunidades pequeñas es que si tú vas a pedirlo, no puedes ir con la suficiente seguridad ¿no? Porque ya se dan rumores, o la pena, o que al rato ya sabe todo Nochixtlán que tú fuiste a pedir un condón (grupo focal Oaxaca, Nochixtlán).

Lo anterior se suma al hecho de que en algunos servicios solicitan a los jóvenes que vayan acompañados por los padres. La medicina particular aparece

como la instancia más comprensiva y confidencial. Los jóvenes saben que pueden conseguir condones en los centros de salud del gobierno, y que son gratuitos, pero expresaron inquietudes por la calidad de los mismos. “Es que dicen los chavos que los que regalan así en las clínicas son malos” (grupo focal Oaxaca, El Tule). Por eso, casi todos los jóvenes mencionaron como lugar preferencial para conseguir condones las farmacias, aun cuando algunos señalaron que los vendedores no tienen suficiente información para aconsejar qué marca o tipo comprar, o en algunos casos creen que el farmacéutico no les va a vender por ser menores de edad.

La familia aparece como un ámbito problemático para hablar sobre sexualidad y reproducción; sin embargo, hay diferencias según los casos. Muchos jóvenes dijeron que pueden hablar abiertamente con sus padres de estos temas, en tanto que otros expresaron total imposibilidad. La familia aparece como mediadora de las ideas religiosas. Algunos jóvenes que manifestaron no ser religiosos, no ir a misa y no escuchar el mensaje de los sacerdotes sobre temas de sexualidad admitieron que sus padres sí están influidos por el discurso católico, y que esas ideas son las que tratan de transmitirles a ellos. El sentimiento de culpa por tener relaciones sexuales antes del matrimonio es algo que afecta muy profundamente a los jóvenes. Los amigos son, en general, con quienes dicen compartir sus experiencias y dudas, sobre todo en temas de sexualidad. Una preocupación que recorre los diferentes discursos es sobre la calidad de la información que se transmite entre amigos. Muchos opinaron que las opiniones de los amigos pueden desinformar, más que informar, por falta de conocimientos o experiencias debidas a la edad. Sin embargo, los amigos pueden ser también fuente de información calificada. Entre ellos parece haber un fluido intercambio de revistas, de conocimientos médicos, de libros y de indicaciones sobre a dónde acudir.

En general, los jóvenes se manifiestan muy abiertos a recibir información a través de la televisión (con programas del tipo *Taller de Sexualidad*, del Instituto Politécnico Nacional, mencionado tanto por los entrevistados en el Distrito Federal como en Oaxaca), pero los horarios en los que se pasan los programas parece ser para ellos un problema. Sin embargo, cuando se les pregunta cuál sería el horario ideal, no logran ponerse de acuerdo. Por la mañana no, porque estudian o trabajan. Por la tarde no, porque compiten con los horarios de los niños. Por la noche no, porque están sus padres. Los fines de semana no, porque duermen y van a fiestas. En ninguno de los grupos se logró acuerdo respecto a los horarios adecuados para jóvenes.

Las campañas gubernamentales a través de la televisión fueron poco vistas y poco estimadas. La falta de mensajes específicos sobre el tema del sida, y en particular, la sola referencia al lazo rojo generó en los jóvenes risas críticas:

Nada más los comerciales que han salido de Conasida... Para mí nunca dijeron nada. Nada más... que podías unirse a la campaña contra el sida, pero te pones un listón rojo y ya no se te pega. Son ideas, no ayudan, no son información. Como lo que estaban diciendo, ¿qué hago con el lacito rojo, me lo amarro? (grupo focal D. F., colonia Copilco).

En los dos últimos años, las campañas han variado hacia formatos más específicos y cercanos a la comprensión de los jóvenes.

Los obstáculos para conocer más y mejor

En general, los jóvenes manifestaron que existe información disponible en muchos lugares. Sin embargo, el principal obstáculo que encuentran es la falta de normalidad para hablar sobre temas relativos a la sexualidad, el hecho de que es un tema tabú en la sociedad mexicana, lo que hace que ellos tengan vergüenza para preguntar, o acercarse a otras personas para resolver sus problemas.

Nos hace falta que nos dijeran las cosas como son, realmente, sin rodeos, como a veces tratan de esconderlo porque se ve mal, o se escucha muy feo, cualquier cosa ¿no? Entonces tienen que hablarnos con la verdad, por más feo que sea ¿no? (grupo focal Oaxaca, Pueblo Nuevo).

Una visión integrada de todo el proceso de evaluación

Los vacíos y omisiones

El análisis presentado en los apartados anteriores mostró que uno de los mayores problemas en México para alcanzar una mejor salud sexual y reproductiva de los adolescentes es el profundo conservadurismo de la sociedad respecto a los temas de sexualidad. La sexualidad es vivida como un asunto tabú, especialmente en la comunicación entre adultos y adolescentes. Se habla poco de sexualidad, y cuando se hace, en especial en ámbitos escolares, se enfatiza su relación con la reproducción y se desestima el placer. Como consecuencia de esto, el único tipo de sexualidad del que se habla a los jóvenes es el heterosexual coital,

evadiendo el discurso sobre sexo oral, sexo anal y otras orientaciones sexuales distintas a la heterosexual.

Estos supuestos se filtran en las políticas de salud y educación, con grandes consecuencias para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Los jóvenes no tienen conocimientos sobre la transmisión de enfermedades en relaciones sexuales no coitales, lo que los expone a un alto riesgo. Otra derivación de ese problema es la falta de políticas específicas para la población gay sobre prevención de VIH/sida.

Si, por un lado, no se considera desde las políticas nacionales la diversidad sexual, por otro tampoco hay conciencia desde el nivel federal de la diversidad cultural (población rural y urbana) y étnica. Los programas son homogéneos para todo el país y no atienden a las múltiples y particulares cosmovisiones locales. Paradójicamente, el gobierno ha destinado más recursos asistenciales y educativos sobre salud sexual y reproductiva a las ciudades que a las áreas rurales, siendo estas últimas las que más necesitan sensibilización para abrirse al tema. Los jóvenes rurales sólo reciben información en el ámbito de la escuela, en tanto que los urbanos tienen acceso a programas de radio, televisión, folletos, capacitación, líneas de teléfono, etc. Coincidente con esto, también se han desarrollado más investigaciones en áreas urbanas. Hay pocos estudios realizados en áreas rurales. Los que se han hecho son de tipo cualitativo en áreas específicas y faltaría tener un perfil más detallado de la diversidad del país en su conjunto.

Una consecuencia de la falta de consideración de las áreas rurales es la omisión sobre el impacto de los procesos migratorios. Un fenómeno que puede estar incidiendo en el incremento de la prevalencia de ITS y sida en el país es la migración, en particular a Estados Unidos. Se estima que hay entre dos y diez millones de migrantes no documentados en ese país. La mayoría de ellos son de retorno. Considerando que la población de Estados Unidos tiene prácticas sexuales diferentes y que la prevalencia de sida es mucho mayor que en México, resulta necesario investigar los cambios que este fenómeno puede producir en la salud sexual de la población mexicana de las áreas de origen. Este tema ha sido poco investigado, y menos aún para la población joven.

La revisión de la literatura científica mexicana mostró que existen numerosos estudios puntuales que abarcan aspectos específicos de la sexualidad y la salud reproductiva de los jóvenes. Pero no se cuenta con una visión global del país sobre este tema. Hay vacíos de información, tanto cuantitativa (que permitiría conocer las tendencias) como cualitativa (que facilitaría la comprensión de los fenómenos). Entre las investigaciones existentes, a veces los resultados son

contradictorios. Además, se cuenta con algunas encuestas pero han sido poco analizadas. Ejemplos de estas deficiencias es que no se conoce con exactitud el nivel de actividad sexual de los jóvenes, ni el grado de protección; hay una marcada falta de datos sobre prevalencia de ITS en la población joven; y aún no se ha investigado con suficiencia sobre las causas por las que los jóvenes no hacen uso de todos los servicios de información que conocen y tienen a su alcance.

Una ausencia que apareció con insistencia en las entrevistas realizadas fue la falta de una cultura de evaluación de programas y acciones en México. Aunque algunas ONG han recibido asistencia de otros países para evaluar sus programas, estas evaluaciones han sido puntuales y en el corto plazo, sin poder medir el impacto de sus acciones a largo plazo.

Carencias en materia de entrenamiento del personal educativo y de salud han sido relatadas en todos los ámbitos bajo estudio. Algunas ONG tienen programas de capacitación para el personal del gobierno, pero estas acciones no son sistemáticas ni suficientes para todo el país.

Sin embargo, no todas las omisiones parecen ser negativas. La falta de reglamentación sobre la edad del consentimiento sexual, y sobre algunos aspectos específicos de sexualidad, es visualizada como la oportunidad de tener una vida sexual más libre, menos reglamentada.

Las contradicciones e inconsistencias

México experimenta una tensión entre un gobierno que hace esfuerzos por abrirse al tema de la sexualidad, y una sociedad dividida y en lucha al respecto. Esto hace que los resultados devengan a veces contradictorios. Acciones bien planeadas por las autoridades de gobierno, tanto de educación como de salud, pueden ser obstaculizadas por las familias.

Se han encontrado gran cantidad de inconsistencias en la aplicación de las políticas para adolescentes. Existen numerosos organismos con programas dedicados a los jóvenes, pero sin coordinación operativa entre ellos. Respecto a la salud, el área encargada de salud reproductiva no trabaja de manera integrada con el área dedicada a ITS/sida. Además, si bien ha habido algunos esfuerzos encaminados a la prevención del VIH/sida, las otras ITS han sido totalmente descuidadas. En materia de educación, hay múltiples organismos (gubernamentales y no gubernamentales) que elaboran materiales educativos

sobre estos temas, sin vinculación entre unos y otros. Esta superposición de esfuerzos ha hecho que las acciones sean menos costo-efectivas.

El programa de salud reproductiva de adolescentes es considerado prioritario dentro de las actuales políticas del gobierno. Sin embargo, no se le ha adjudicado presupuesto específico. En algunos casos hay carencia de personal y desabastecimiento de métodos anticonceptivos y condones. En todos los casos, no se han destinado recursos para materiales educativos y capacitación. Los documentos programáticos establecen la confidencialidad, la gratuidad y el respeto al anonimato en los servicios para adolescentes. En la práctica, estas condiciones no siempre se cumplen.

Las barreras

Aunque en México se llevan a cabo paralelamente una gran cantidad de acciones desde los distintos sectores de la sociedad para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, uno de las mayores limitantes, de acuerdo con todos los actores entrevistados, es la falta de presupuesto. Tanto la Secretaría de Salud como las ONG han manifestado inquietud por el cambio en las políticas de financiamiento de las agencias financieras, que han restringido los fondos para México. El recorte monetario parece tener dos argumentos que lo explican: por una parte, México ha logrado un acelerado descenso de la fecundidad, por lo que no se lo considera país prioritario para la dotación gratuita de métodos anticonceptivos (como ocurría en las décadas pasadas); por otra parte, el ingreso del país al mercado común de América del Norte a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio y a la OCDE lo ha puesto en una difícil situación en la obtención de fondos para programas de investigación-acción. Una consecuencia de esto ha sido el desarrollo de acciones autosustentables, pero también el recorte de las acciones para sectores sociales que no pueden cubrir los costos. La población adolescente ha sido una de las más perjudicadas en este sentido, por no estar inserta aún en el mercado de trabajo, y por tanto, carecer de recursos monetarios propios.

Entre las barreras políticas, destaca la falta de estabilidad de los programas, derivada de los cambios de funcionarios en las estructuras de mando y decisión. Las políticas dependen casi exclusivamente de los funcionarios en turno, y una vez que ellos salen del ámbito político, las acciones se cancelan. La falta de institucionalización de las políticas ha sido vista como gran problema tanto por las ONG como por los distintos prestadores de servicios de salud y educativos.

En cuanto a las instituciones democráticas, en las décadas recientes se ha dado un proceso de aumento de la competitividad electoral. Esto ha llevado a que en distintos niveles geográficos gobiernen partidos diferentes. Aunque esta situación es sentida como muy favorable, sin embargo no es claro lo que significa en términos de salud sexual y reproductiva. Al parecer, las pugnas políticas entre los distintos niveles podría obstaculizar el desarrollo de las acciones que se planean coordinadas, más aún en el marco de la descentralización de los programas de salud.

Finalmente, los mayores constreñimientos parecen residir en la moral conservadora de la población, donde se mezclan preceptos católicos e indígenas. La campaña contra la legislación del aborto promovida por la Iglesia Católica ha logrado contrarrestar los movimientos de las ONG. La valorización de la virginidad hace que los jóvenes que son activos sexualmente (en especial las mujeres) no puedan expresar abiertamente esa condición al acudir a los servicios de salud. Resalta la función de los padres como intermediarios en la transmisión de la ideología religiosa. Esta situación impide que los jóvenes puedan resolver sus dudas o problemas en el ámbito familiar. La censura social sobre la sexualidad funciona como una barrera para la transmisión abierta de información al respecto. La falta de cotidianidad para hablar de estos temas impide a los jóvenes identificar los lugares apropiados donde obtener información, y los incapacita para buscar alternativas.

Oportunidades

La situación actual de los jóvenes de hoy abre el espacio para múltiples oportunidades. Se advierten a sí mismos como generación de transición, entre sus padres y sus futuros hijos. Quieren una sociedad más abierta y más comunicativa en materia de sexualidad. Esto brinda un ambiente favorable para la puesta en práctica de diferentes líneas de acción.

Se están desarrollando gran cantidad de actividades innovadoras, por lo que a continuación propondremos acciones en las áreas donde hay mayores omisiones:

1. Capacitar a las ONG y a las dependencias oficiales para que puedan evaluar sus programas.
2. Realizar investigaciones sobre la prevalencia y percepción de ITS en población joven, el embarazo no deseado y el aborto inducido.

3. Fortalecer los distintos programas existentes de información y educación de joven a joven, especialmente en áreas rurales.
4. Realizar investigaciones para diseñar mecanismos de dotación de condones en áreas rurales, que superen los problemas de identificación. Realizar intervenciones como pruebas piloto de evaluación.
5. Explotar más los datos disponibles y recolectar encuestas de comportamiento sexual.
6. Promover estrategias educativas dinámicas, en particular, la teatralización de la información de salud sexual y reproductiva, que ha sido reportada como atractiva por los jóvenes.
7. Realizar investigaciones sobre el proceso de toma de decisión de los adolescentes en los diversos temas de salud sexual y reproductiva, subrayando las motivaciones explícitas o implícitas que tienen.
8. Diseñar acciones de capacitación para los adultos (maestros, médicos, padres) relacionados con los adolescentes.

Para finalizar, la puesta en marcha de una multiplicidad de acciones en materia de sexual y reproductiva para los adolescentes, permitirá, a la larga, el gran cambio social esperado por los jóvenes.

Bibliografía

- ASPE, Virginia, 1999, *Formación cívica y Ética*, Limusa/Noriega Editores, México.
- CABALLERO Hoyos, R. y A. Villaseñor Sierra, 2003, "Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres", en *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 1, S108-S114.
- CANTÓN Arjona, Beltrán Aguirre y Castro Moreno, 1999, *Formación cívica y ética*, Limusa/Noriega Editores, México.
- CONAPO, 1988, *Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior 1988. Avances de Investigación*, Consejo Nacional de Población, México.
- CONAPO, 2000, *Situación actual de las y los jóvenes en México*, Consejo Nacional de Población, noviembre. México.
- CONASIDA, 1994, *Encuesta sobre Comportamiento Sexual en la Ciudad de México*, Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida, México.
- FISHBEIN, M. y I. Ajzen, 1975, *Belief, attitude, intention and behaviour: an introduction to theory and research, reading*, Addison-Wesley.
- GARCÍA Núñez, 1999, *Evaluación del Programa de Adolescentes*, Secretaría de Salud, México.

GAYET, C., F. Juárez, L. Pedrosa y C. Magis, 2003, "Prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes mexicanos a través del uso del condón", en *Salud Pública de México*.

GAYET, Cecilia, Carolina A. Rosas, Carlos Magis y Patricia Uribe, 2002, "Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el sida", en *Salud Pública de México*, 44.

GUTIÉRREZ, Juan Pablo, Lia Fernald, Paul Gertler y Stefano Bertozzi, 2003a, *Impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el Comportamiento de Riesgo en Adolescentes*, Instituto de Salud Pública, en <http://ciss.insp.mx/ciss/contenidoArt.php?id=1>.

GUTIÉRREZ, Juan Pablo, Lia Fernald, Paul Gertler, Sergio Bautista y Stefano Bertozzi, 2003b, *Evaluación de Impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, Instituto de Salud Pública, en <http://ciss.insp.mx/ciss/contenidoArt.php?id=24>.

HUERTA R y J. Malacara, 1995, "Prácticas sexuales en adolescentes de áreas marginadas: su asociación con la estructura y función familiar", en *Carta de Población: Boletín Oficial del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población*, año 2, núm. 9, septiembre.

INEGI, 2000, *Censo de Población y Vivienda, 2000*, Instituto Nacional de Estadística e Geografía Informática.

INGHAM, R. y G. Van Zessen, 1997, "From individual properties to interactional processes", en L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzaradi *et al.*, *Sexual interactions and HIV risk*, Taylor and Francis, Londres.

INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD, 2002, *Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados Básicos*, IMJ/SEP, México.

JUÁREZ, Fatima, 2002, "Salud reproductiva de los jóvenes: teorías y evidencia", en C. Ravell y Ma. Eugenia Zavala de Cosío, *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión Internacional*, Instituto de Investigaciones Sociales, México.

MENKES, Catherine y Leticia Suárez, 2003, "Sexualidad y embarazo adolescente en México", en *Papeles de Población*, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población UAEM, Nueva Época año 9, núm. 35, enero-marzo.

MEXFAM, 1999, *Encuesta para el programa Gente Joven 1999. Informe de resultados*, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, AC., México.

MORRIS, Leo, 1993, *Determining male fertility through surveys: young adult reproductive health surveys in Latin American*, ponencia presentada en la General Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, 1993.

MULLEN, P.D., J.C. Hersey and D.C. Iverson, 1987, "Health Belief Models Compared", en *Social Science and Medicine*, 24 (11).

PÉREZ Palacios, G., J. Garza-Flores, Y. Varela, F. Larrea y R. Huirán, 1999, *Salud reproductiva, población y desarrollo en la antesala del tercer milenio*, Secretaría de Salud, mimeo, México.

RADEMAKERS, J., J.B. Luijkx, *et al*, 1992, *AIDS-preventie in heteroseksuele contacten*, Swets & Zeitlinger, Amsterdam, citado por Ingham, R. y G. Van Zessen, 1997.

SECRETARÍA DE SALUD, 1988, *Informe de la Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA, México.

SPA, 1999, *Safe passages to Adulthood. Background document for a workshop to prepare for a situational analysis of barriers and opportunities for optimal sexual health among young people*, Centre for Sexual Health Research, University of Southampton, Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, y Tomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London (Este documento y metodología fue desarrollado y elaborado por el grupo "Safe Passages to Adulthood" financiado por Department for International Development, DFID; encabezan este grupo: Roger Ingham, John Cleland y Peter Aggleton).

SSA, 1999, *La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes*, Secretaría de Salud y Asistencia, México.

STERN, Claudio y Diana Reartes, 2001, *Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en el Distrito Federal, estudio de dos servicios de atención*, Documento de Trabajo núm. 5, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México.

VILLASEÑOR Sierra, A., R. Caballero Hoyos, A. Hidalgo San Martín y J. I. Santos Preciado, 2003, "Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/sida como predictor del uso de condón en adolescentes", en *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 1, S73-S80.

ROSENSTOCK, I. M, 1966, "Why people use health services", en *Milkbank Memorial Fund Quarterly*, 44.

ROSENSTOCK, I. M, 1974, "Historical origins of the health belief model", en *Health Education Monographs*, 2.

BANDURA, A, 1977a, *Social learning theory*, Prentice Hall Englewood Cliffs, N J.

BANDURA, A, 1977b, "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change", en *Psychological Review*, 84.

ROSENSTOCK, I. M, 1988, "Social learning theory and the health belief model", en *Health Education Quarterly*, vol. 15(2).

SEP, 1998, *Ciencias Naturales, 5to. Grado*, Secretaría de Educación Pública, México.

SEP, 1999, *El perfil de la educación en México*, Secretaría de Educación Pública, México.

SÁNCHEZ Alemán, M., 2001, *Prevalencia y factores asociados a la infección por Treponema Pallidum, virus del herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano en estudiantes universitarios*, Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.