



LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE JÓVENES INDÍGENAS:
ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN



Indesol

Instituto Nacional de Desarrollo Social

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.

Adriana Leona Rosales Mendoza
Samantha Mino Gracia
Coordinadoras

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE JÓVENES INDÍGENAS:
ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE JÓVENES INDÍGENAS:
ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Adriana Leona Rosales Mendoza
Samantha Mino Gracia
Coordinadoras



Indesol

Instituto Nacional de Desarrollo Social
Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE JÓVENES INDÍGENAS:
ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Título derivado del proyecto Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

- © 2012, Adriana Leona Rosales Mendoza y Samantha Mino Gracia coordinadoras
- © 2012, De la presente edición Salud Integral para la Mujer A. C., SIPAM
Vista Hermosa 89 Col. Portales.
Delegación Benito Juárez C. P. 0330
México D. F. Tel. 5674 9417
jovenes@sipam.org.mx
- © 2012, De la presente edición INDESOL
2da. Cerrada de Belisario Domínguez 40,
Col. del Carmen, Coyoacán. Delegación
Coyoacán C.P. 04100, Lada sin costo 01800
718 8621 México, D.F. Tel: 5554 0390
comunicacion@indesol.gob.mx

Diseño de portada y composición, Margen21,
Servicios Integrales de Comunicación

Fotografía: Jóvenes estudiantes de la
Universidad Intercultural Indígena de
Michoacán, Pichataro.
Archivo fotográfico de SIPAM, 2011.

La presente obra fue realizada con el apoyo
del Instituto Nacional de Desarrollo Social
a través del Programa de Coinversión
Social en su Convocatoria de la Vertiente de
Investigación 2011.

Primera edición México D. F., 2012

ISBN: 978-607-95791-0-4

Impreso y hecho en México

ÍNDICE

Agradecimientos	9
Introducción	11
Capítulo 1 Juventudes indígenas y atención de la salud sexual y la salud reproductiva <i>Jessica Reyes Sánchez y Samantha Mino Gracia</i>	19
Capítulo 2 Sexualidad, diversidad y salud reproductiva en jóvenes indígenas <i>Adriana Leona Rosales Mendoza y Claudia Doroteo Osorio</i>	35
Capítulo 3 Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual en el Distrito Federal <i>Samantha Mino Gracia</i>	45
Capítulo 4 La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas de una comunidad purépecha en Michoacán <i>Carlos Erandi Rodríguez García y Samantha Mino Gracia</i>	61
Capítulo 5 Sexualidad y juventud en un grupo de jóvenes nahuas de Santa María Teopoxco, Oaxaca <i>Jessica Reyes Sánchez</i>	87
Capítulo 6 Diagnóstico sobre servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a jóvenes nahuas de la sierra norte de Puebla <i>Roxana Aguilar Ramírez</i>	113
Capítulo 7 A manera de conclusión: propuesta de modelo de atención en salud sexual para jóvenes indígenas <i>Samantha Mino Gracia</i>	137

AGRADECIMIENTOS

Queremos brindar un reconocimiento especial a las siguientes instituciones y su personal por el apoyo incondicional en la realización de este trabajo: Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, Colegio de Bachilleres, plantel Pichátaro, e Instituto de Estudios Superiores Petatzécuaro, ambos de Michoacán. Al Bachillerato Intercultural número 19 de Santa María Teopoxco en Oaxaca, al Bachillerato Intercultural “Nezahualcóyotl” de San Miguel Tzinacapan, Cuetzalan, Puebla. Damos las gracias a la red de jóvenes indígenas “Pasa la Voz”, particularmente a José Juan Sibaja, por su colaboración en la realización del trabajo de campo en el estado de Oaxaca, y a la organización Gener@ndo Equidad y Libertad en Colectivo A. C. por el apoyo para la realización de las gestiones en la comunidad San Miguel Tzinacapan Cuetzalan, Puebla.

Por otro lado, agradecemos al Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) por el apoyo para la realización de este proyecto, el cual constituye un esfuerzo para promover la aplicación de un modelo de atención en salud sexual en poblaciones jóvenes indígenas. Este libro no hubiera sido posible sin el esfuerzo de todas y todos los que participaron en él, ya que cada uno/a aportó no sólo la escritura de cada capítulo sino su experiencia en el trabajo directo con algunas de las juventudes indígenas de nuestro país. Mención es-

pecial para la organización sede: SIPAM, por el apoyo brindado a las investigadoras que coordinan este texto, y al equipo del programa de jóvenes que colaboraron en la realización del trabajo de campo.

Ciudad de México, diciembre de 2011.

Adriana Leona Rosales Mendoza
Samantha Mino Gracia

INTRODUCCIÓN

Adriana Leona Rosales Mendoza*

La sexualidad, ese entramado cultural de símbolos, significados y prácticas, constituye la base desde la cual es posible hablar de la salud sexual y salud reproductiva, pues ¿cómo podríamos entender el embarazo prematuro o la adquisición de una infección de transmisión sexual (ITS-VIH-SIDA) sin conocer los sentidos e interpretaciones que las y los jóvenes le confieren a la sexualidad? Más aún, ¿cómo comprender las distintas prácticas sexuales de las juventudes diversas que habitan nuestro país, sin incorporar también la categoría de género, es decir, la construcción sociocultural de la diferencia sexual percibida entre mujeres y hombres? Porque es bien sabido que la sexualidad significa algo distinto para ambos sexos, para ambos sexos dependiendo de la orientación sexual, la pertenencia étnica y el contexto rural o urbano en que se habita.

En este libro hablaremos de una parte, quizá pequeña, de esa gran diversidad, la de algunos jóvenes de ascendencia indígena de Puebla, Michoacán y Oaxaca. Presentamos resultados de investigación e intervención en el campo de la sexualidad y la salud sexual y

* Doctora en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa. Docente investigadora Titular B, Área Diversidad e Interculturalidad, Universidad Pedagógica Nacional.

reproductiva, a partir de un “Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual”, elaborado por la organización civil Sipam. Con ello, queremos contribuir al diseño y consolidación de estrategias de atención para poblaciones específicas, ya que es necesario aportar a la construcción de políticas públicas de educación de la sexualidad y salud sexual, dirigidas a las juventudes indígenas, las cuales han sido poco atendidas en estas áreas hasta ahora.

En primer lugar, en este texto debatimos el enfoque tradicional que considera a personas de cierta edad como adolescentes o jóvenes, sin tomar en cuenta la pluralidad, por lo que nos basamos en el enfoque de juventudes, desde el cual —como argumentan Samantha Mino y Jessica Reyes, en el primer capítulo— es factible tomar en cuenta dimensiones como la clase social, el género, el origen étnico, el lugar de residencia y desde una mirada libre de prejuicios, que permite reconocer las capacidades y potencialidades de las y los jóvenes como sujetos activos, que forman parte y contribuyen a la construcción y transformación de sus comunidades. Sus diferencias se van acotando en función de condiciones sociales como la migración y la pobreza, y en términos de la identidad personal, constituida, en mucho, a partir del género, la preferencia u orientación sexual y el origen étnico. Todas estas condiciones (sociales e individuales) delimitan el acceso a la educación, a la salud, al trabajo y al ejercicio de los derechos humanos, y marcan también diferencias en cuanto a las problemáticas de la salud sexual y la salud reproductiva en que se ven inmersos los y las jóvenes, por ejemplo, la eventualidad de contraer una ITS-VIH-SIDA o de un embarazo a temprana edad. Además de lo anterior, el acceso a los servicios de salud de estos jóvenes marginales es limitado.

En el primer capítulo, las autoras subrayan que las mujeres indígenas están en desventaja visible frente a los varones de sus comunidades, pues poseen menor acceso a la educación, y las posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos son incipientes, en virtud de las desigualdades de género que prevalecen. Más adelante, caracterizan a las juventudes en México, y se refieren a los elementos relevantes en la constitución de la identidad, como son la lengua, la historia, la religión, el atavío y la alimentación. Para finalizar, Samantha Mino y Jessica Reyes se refieren a algunos de los modelos de intervención en salud sexual y reproductiva dirigidos a jóvenes, que se han implementado en México.

En el segundo capítulo, Adriana Leona Rosales y Claudia Doroteo se refieren a la relevancia de considerar la categoría de diversidad al hablar de la sexualidad de las juventudes mexicanas, y particularmente, de las indígenas. Las prácticas se vinculan a los significados otorgados a la sexualidad y el género, y en ese sentido, muchos jóvenes consideran que su vida sexual no empieza hasta el momento en que tienen sexo con penetración. Así el *petting*¹ constituye, en ciertos contextos, una práctica segura. En poblaciones indígenas, la virginidad continúa siendo un valor muy importante para las mujeres, en contraste con la iniciación sexual de los varones que, en muchas ocasiones, se da con un/a trabajador/a sexual, como ocurre entre ciertos *muxes* de Oaxaca. Por otro lado, las autoras argumentan que mientras la identidad femenina continúe cimentada en la maternidad, será difícil alcanzar la equidad en el acceso a la educación, ya que entre los sectores de la población en donde más se nota la deserción escolar es entre las mujeres jóvenes que se embarazan. Y ello tiene que ver con distintos factores, entre los que se encuentra la sobrevaloración de la maternidad, que lleva a las mujeres a abandonar sus estudios para casarse y tener hijos. Posteriormente Rosales y Doroteo, mencionan, algunas cifras sobre la salud materna, la deficiente cobertura de métodos anticonceptivos para las indígenas y las consecuencias que esto conlleva, como la muerte en casos extremos. Finalmente, introducen el tema del aborto, y concluyen diciendo que las actuales condiciones legales en que éste se enmarca, van en detrimento de las mujeres, su salud y sus derechos.

En el tercer capítulo, Samantha Mino habla de los alcances del modelo implementado para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en jóvenes del Distrito Federal. Comienza señalando que existen distintas investigaciones sobre los programas de acceso a la salud de las juventudes, entre las que destacan: "Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas" de la OMS, y la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación", suscrita por los ministros de salud y educación de los países latinoamericanos, la cual constituye un instrumento para prevenir el VIH-SIDA en la región.

¹ Del inglés "to pet", hace alusión a besos, caricias y contoneos de tipo sexual.

En este sentido, en 2006 Sipam diseñó un modelo de atención a la salud dirigido a personas jóvenes de escasos recursos que viven en la marginalidad, a fin de hacer accesibles los servicios de salud sexual y salud reproductiva; el modelo se implementó en la Delegación Iztapalapa y permitió la apertura de cinco módulos de atención a jóvenes en un centro de salud. En este modelo, Sipam fue el vínculo entre la Secretaría de Salud del DF (SSADF), responsable de promover, prevenir y brindar atención en salud a la población capitalina y el Instituto de Educación Media Superior (IEMS). El alcance más significativo del modelo consiste en la disminución de embarazos no planeados entre la población estudiantil de las dos preparatorias involucradas. Al mismo tiempo, destaca la consolidación del trabajo colaborativo entre Sipam y las instancias de salud y de educación en el Distrito Federal. Finalmente, la autora subraya la necesidad de modificar y adecuar el modelo a las necesidades y características de cada población, tomando en cuenta las condiciones socioculturales.

El cuarto capítulo de este texto trata sobre la salud sexual y salud reproductiva de jóvenes purépechas de Michoacán. Carlos Erandi y Samantha Mino indican que en la comunidad de Pichátaro se encuentra ubicada la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán y un Colegio de Bachilleres, motivo por el cual se eligió a esta localidad para replicar el modelo de intervención de Sipam. Se realizó un diagnóstico con informantes clave para conocer el estado de las prácticas de género y sexualidad entre estudiantes de preparatoria y universitarios. En general, los integrantes de la comunidad piensan que es mejor no hablarles a las y los jóvenes sobre sexualidad; sin embargo, esto puede ser causa de las problemáticas ubicadas, entre las que destaca la violencia de género. Ésta, a decir de los autores, constituye un problema serio de salud en la entidad, además de los embarazos tempranos.

Mediante la aplicación de cuestionarios, se ubicó cuáles son, de acuerdo con el alumnado de ambas instituciones educativas, los factores que propician altos porcentajes de embarazos no planeados. Para ellos/ellas son resultado del escaso acceso a información sobre sexualidad y los deficientes servicios de salud. Entre los resultados presentados por los autores destacan los relativos a las interpretaciones de esta juventud purépecha sobre sus derechos sexua-

les; para el 72 por ciento de las mujeres de preparatoria y el 52 por ciento de las universitarias, decidir de forma libre sobre el propio cuerpo y la sexualidad es un derecho. Los varones creen lo mismo en sus personas en el 68 por ciento (nivel bachillerato) y el 36 por ciento (universitarios), respectivamente. Erandi y Mino encontraron que el 100 por ciento de las mujeres considera que para tener relaciones sexuales respetarían sin condiciones la decisión de sus parejas, en contraste con el 32 por ciento de los varones que haría lo mismo.

En el capítulo cinco, Jessica Reyes Sánchez profundiza sobre la sexualidad en nahuas de Teopoxco, Oaxaca. El trabajo se desarrolló en el Bachillerato Integral Comunitario de Santa María Teopoxco, el cual se basa en el Modelo de Educación Integral Indígena (MEII), regulado por el Colegio Superior para la Educación Integral Intercultural de Oaxaca (CSEIIO). La autora presenta datos interesantes sobre percepciones de la sexualidad, iniciación sexual, embarazo no planeado, métodos anticonceptivos, aborto y VIH-SIDA. “Para hablar de sexualidad en contextos rurales e indígenas es importante reflexionar sobre la diversidad cultural existente en México. Además de realizar un análisis del contexto social al cual vamos a acercarnos, es importante también que las personas de la comunidad se conviertan en actores activos, pues ellos conocen a profundidad su cultura y todos los significados simbólicos asociados a ella”.

Finalmente, Jessica Reyes afirma que es una condición deseable al diseñar programas de salud sexual y salud reproductiva para jóvenes indígenas, considerar los enfoques de derechos humanos y de derechos sexuales, con miras a incorporar una visión de bienestar integral y no sólo de cura de enfermedades.

El capítulo seis contiene un diagnóstico sobre servicios de salud sexual y reproductiva entre jóvenes nahuas de San Miguel Tzinacapan, municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla. Su autora, Roxana Aguilar Ramírez menciona que se realizaron encuestas, entrevistas y grupos focales para saber sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad y salud sexual y salud reproductiva; derechos sexuales y derechos reproductivos, VIH-SIDA y aborto, así como para conocer el tipo de información que las instituciones de salud y educación les ofrecen. Entre los datos que aporta destaca que la incidencia de ITS entre jóvenes de la comunidad es prácticamente nula; sólo se registraron dos casos en mujeres jóvenes, y

dos también de VIH durante 2010, de acuerdo con la información proporcionada por las clínicas de salud de Santiago Yancuitlalpan y Cuauhtamazaco. La autora también comenta que la tasa de embarazo temprano es alta en la comunidad, ya que de alrededor de 30 a 34 embarazos que se registran mensualmente, de dos a cuatro son en menores de 19 años. En cuanto a los programas de salud sexual y reproductiva existentes en la comunidad, Roxana menciona que hay poca difusión y promoción de los servicios y falta de personal médico en las clínicas. El personal docente y de salud ha logrado generar un ambiente empático y abierto para tratar temas de sexualidad, por lo que la información que poseen sobre métodos anticonceptivos es vasta; conocen los distintos tipos y cómo utilizarlos. Sin embargo:

El problema no estriba en la falta de información, observamos que se ha realizado un trabajo de prevención y difusión; el problema se encuentra en las brechas de género y en la posición que la comunidad (padres de familia) tienen respecto al tema. Hablar de sexualidad en la comunidad de San Miguel Tzinacapan es aún difícil en el sentido de que las y los jóvenes perciben que sus padres no están de acuerdo en que tengan este tipo de información, así, hablando específicamente de los comportamientos sexuales, observamos que, en la comunidad de San Miguel, aún es controlado y regulado por el marco normativo que la población ha validado y legitimado sobre qué se puede hacer, con quién, en qué momento y bajo qué circunstancias (...).

El último capítulo, escrito a manera de conclusión, contiene reflexiones para la implementación de un modelo de atención exitoso en materia de salud sexual y salud reproductiva dirigido a jóvenes indígenas. Para Samantha Mino es necesario considerar a diversos actores e instituciones sociales en las acciones a implementar, a saber, organizaciones civiles de la comunidad, líderes juveniles, unidades médicas rurales, bachilleratos y organizaciones civiles aliadas. Entre quienes ya participan están los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA), que operan en zonas rurales a través de IMSS-Oportunidades. También se encuentra el programa Arranque Parejo en la Vida (APV), que aunque no sólo atiende jóvenes, realiza actividades y medidas de prevención e información, con énfasis en

metodología anticonceptiva. La Secretaría de Salud Pública opera el programa denominado “Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud” (GAPS), y el Seguro Popular lleva a cabo acciones para la atención de la salud de las y los jóvenes. Con estas instituciones, Sipam estableció propuestas, cuyo eje transversal son los derechos sexuales y derechos reproductivos, el enfoque de juventudes y la perspectiva de género, subrayando la relevancia de diseñar acciones en poblaciones que no tiene posibilidades de acceder a la educación, es decir, entre aquellos que no acuden a las escuelas, y que por lo mismo, poseen menores posibilidades de obtener información, y de conocer y reconocer sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Se les sugirió a dichas instituciones incluir estrategias para reducir la mortalidad materna, ya que es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años edad, en mucho.

Finalmente, Samantha Mino afirma que la capacitación al personal docente y de salud favorecerá la inclusión de la perspectiva juvenil basada en los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el brindar mejor información en materia de sexualidad. Con ello, se podrían disminuir los prejuicios, la homofobia y los estereotipos de género que todavía permean la información que reciben las y los jóvenes, particularmente, los indígenas.

Como es posible apreciar, este libro contiene resultados de investigación y acción muy interesantes, y que podrían contribuir en el diseño de las políticas públicas de sexualidad, salud y derechos sexuales y derechos reproductivos que sean implementados por las instituciones gubernamentales de los distintos niveles, locales, municipal, estatal y federal.

CAPÍTULO 1

JUVENTUDES INDÍGENAS Y ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Jessica Reyes Sánchez*
Samantha Mino Gracia**

Sin duda existen diversos enfoques que permiten el acercamiento a la población juvenil, mismos que incluyen el respeto a sus derechos humanos y favorecen un análisis objetivo de sus problemáticas, gustos, necesidades y particularidades, entre ellos, se encuentra el *enfoque de juventudes*.

Este enfoque invita a entender y acercarse a la población joven desde una mirada que propicia la realización de acciones efectivas que impactan en el desarrollo personal y social. Favorece un abordaje teórico y metodológico libre de prejuicios, que contempla las particularidades que definen el ser, hacer, pensar y recrear a un joven. Considera aspectos culturales como la clase social de pertenencia, el género, el origen étnico, la localización territorial, la adscripción cultural, entre otros, ya que estas características tienen un peso significativo en la conformación de la identidad y en cómo se vive el

* Licenciada en Etnohistoria por la Escuela Nacional de Antropología e Historia e integrante de la organización civil Salud Integral para la Mujer, A. C.

** Licenciada en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología Física y Coordinadora del Programa de Jóvenes de Salud Integral para la Mujer, A. C.

ser joven. Este enfoque, el de juventudes, reconoce las capacidades y potencial de las y los jóvenes como sujetos que aportan a la construcción social, cultural y política de sus comunidades y se opone al estigma y prejuicios que depositan grandes expectativas de cambio social en la juventud, sin generar propuestas de mejora y desarrollo que contemplen su diversidad (Duarte, 2006).

Entre las y los jóvenes de México existe una amplia diversidad; sus diferencias se delimitan en función de diversos fenómenos sociales como la migración, la condición económica, lugar de pertenencia, el género, la preferencia u orientación sexual, así como condiciones de marginalidad social que limitan el acceso a servicios de salud, educación y el ejercicio de sus derechos humanos.

Hay diversas problemáticas que afectan de manera particular la salud sexual y la salud reproductiva de las y los jóvenes, algunas de ellas son: los embarazos no deseados, los abortos practicados en condiciones de riesgo, los diferentes tipos de violencia, las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH y el SIDA. Al abordar la salud sexual y la salud reproductiva de las y los jóvenes, es esencial incluir una perspectiva que dé cuenta de las diferencias en los riesgos a la salud debido a diversos factores culturales, como es desigualdad de género que coloca a las mujeres jóvenes en una condición de mayor vulnerabilidad.

En ese sentido, la *perspectiva de género* es una categoría de análisis que intenta esclarecer aquellas atribuciones culturales y sociales que implican obligaciones y prohibiciones para hombres y mujeres, determina las actividades sociales, políticas y económicas que cada individuo debe realizar según su género, y en donde las mujeres han tenido menores posibilidades de tomar decisiones, no sólo en el ámbito social y político, sino también en el ámbito privado, incluso en su vida sexual y reproductiva (Lagarde, 2003).

En las mujeres jóvenes, la desigualdad de género se traduce en contar con un menor acceso a la educación y al empleo, menores posibilidades de desarrollo personal y profesional, ser proclives a vivir situaciones de violencia institucional, en el noviazgo o al interior de la familia, no contar con información sobre sexualidad que les permita prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual y discriminación en los servicios de salud, por mencionar algunos. En el caso de la salud sexual y la salud reproductiva podemos decir que en

todo el mundo una de las principales causas de defunción de las jóvenes de entre 15 y 19 años de edad la constituyen las complicaciones en el parto y los abortos realizados en condiciones inseguras (UNFPA, 2010). La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en nuestro país indica que existe una gran necesidad de mayor información, educación y servicios de salud de calidad, culturalmente sensibles, amigables y más enfocados hacia las y los jóvenes, que incluyan la prevención de infecciones de transmisión sexual, ya que de los 2.7 millones de nuevas infecciones de VIH por año, 910 mil ocurren en jóvenes (UNAIDS, 2010).

Ante este panorama es importante realizar propuestas de mejora de los servicios de salud dirigidos a jóvenes, desde una visión que favorezca el ejercicio placentero de una sexualidad libre de riesgos a la salud, tal es el caso de los *derechos sexuales y los derechos reproductivos*. Uno de los caminos hacia la construcción de una sociedad democrática parte del reconocimiento de los derechos de las personas jóvenes, incluyendo sus derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de las capacidades para dirigir sus vidas y considerarlos como interlocutores válidos y autónomos en la construcción de propuestas que mejoren su entorno.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en instrumentos resultantes de foros internacionales como la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Los derechos reproductivos se refieren a la capacidad de tomar decisiones libres e informadas acerca del ejercicio de la sexualidad, la fecundidad, la anticoncepción, el embarazo (y la posibilidad de interrumpirlo cuando no es deseado), el cuidado de las hijas e hijos, así como a la salud corporal. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de las hijas e hijos. Los derechos sexuales se refieren a la autodeterminación de cada persona para tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su sexualidad y a ejercerla sin coacción, violencia y discriminación, a contar con los medios necesarios para prevenir cualquier riesgo a su salud sexual, como las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

En México los derechos sexuales de las y los jóvenes han sido reconocidos por la Comisión de Derechos Humanos a través de un

esfuerzo realizado por la red de organizaciones denominada Comité Promotor de la Campaña “Hagamos un hecho nuestros derechos”, para crear la *Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes* como instrumento principal de difusión y gestión. Éste contempla los siguientes trece derechos:

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.
4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.
5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.
6. Derecho a vivir libre de violencia sexual.
7. Derecho a la libertad reproductiva.
8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
9. Derecho a vivir libre de toda discriminación.
10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
11. Derecho a la educación sexual.
12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

El trabajo con jóvenes, desde la mirada de los derechos sexuales, incluye la generación y fortalecimiento de la participación juvenil en el diseño e implementación de estrategias encaminadas a mejorar su salud sexual y su salud reproductiva, mirándolos como sujetos activos con posibilidades de transformar su presente y ampliar las oportunidades de vida.

En resumen, el modelo que proponemos contempla tres enfoques teóricos y metodológicos en el trabajo con jóvenes: *de juventudes, la perspectiva de género y la visión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos*, mismos que consideramos fundamentales en el diseño de cualquier estrategia encaminada a mejorar la salud y condiciones de vida de las y los jóvenes.

QUIÉNES SON LAS Y LOS JÓVENES

Sin duda el concepto de Juventud es complejo y ha tenido diversos matices desde su surgimiento. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (2011) considera adolescentes a aquellos jóvenes de entre 10 y 19 años de edad. La Convención Iberoamericana de juventud (2005) considera bajo las expresiones «joven», «jóvenes» y «juventud» a todas las personas, nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad. En México el Estatuto Orgánico del Instituto Mexicano (2006) de la Juventud considera a personas jóvenes aquellas personas que se encuentran entre los 12 y 29 años de edad. El concepto de jóvenes y juventud al que hace referencia este modelo incluye a las personas jóvenes y adolescentes comprendidas ambas de los 10 a los 29 años.

El concepto de juventud se ha construido en el devenir histórico, siendo algunos movimientos sociales y culturales decisivos para su definición. Eric Hobsbawm (1997) plantea a la cultura juvenil como *matriz de la revolución cultural del siglo XX*, que se caracteriza por ciertos comportamientos y costumbres, pero aún más en la forma en que disponen del tiempo libre y el ocio, predisponiendo así a las y los jóvenes residentes urbanos a un contexto del cual son objetivo y sujetos activos. A partir de los sesenta se desata en casi toda Latinoamérica la guerra fría intercontinental, entra en auge la política de desmantelamiento de las instituciones democráticas y se acentúa la institucionalización de gobiernos basados en el terror (Harnecker, 2005). En este contexto y con influencia evidente de la ideología de la revolución cubana de los años sesenta, surgen los movimientos estudiantiles a nivel mundial.

En América Latina las y los estudiantes exigieron un cambio en las estructuras políticas de sus naciones, con diferentes resultados en sus países, aunque en la mayoría la respuesta fue la represión por parte del gobierno. A pesar de ello, la izquierda ganó terreno en los espacios académicos y se empezaron a elaborar propuestas alternas al sistema imperante. Sin duda, a nivel mundial fueron los años sesentas cuando se presentó un partaguas en la participación de las personas jóvenes. 1968 fue un año emblemático para las movilizaciones juveniles, pues desde Praga hasta México hubo múltiples manifestaciones que buscaron cambios profundos en el sistema en el poder.

En México, desde 1980, los grandes sectores juveniles de población marginada conformaron lo que se llamó la década de las bandas: “los jóvenes encontraron en la reunión espontánea y callejera, un mecanismo para sortear las vicisitudes impuestas por el entorno en una sociedad que no tenía lugar para ellos”. A diferencia de los sesenta, donde la participación juvenil surge en primera instancia desde los ámbitos académicos, para esta década, aunque existía participación juvenil en escuelas y universidades, las formas de organización no estructurada fueron muy importantes.

A fines del siglo XX surgen movimientos “globalizados” como el “zapatismo” (1994), que unifica las demandas sociales de las poblaciones indígenas y donde los jóvenes indígenas no se vincularon como actores importantes del movimiento. Le siguen los movimientos ecologista y altermundista, que derivará en movimientos de unidad internacional vinculados a la lucha contra la inequitativa distribución de la riqueza a nivel local, nacional e internacional, y la sobre explotación de los recursos naturales.

La respuesta a ello fueron las movilizaciones estudiantiles a finales de los noventa y principios del año 2000 en Latinoamérica y México (como la huelga estudiantil de la UNAM, 1999-2000). Las reacciones ante las propuestas de política económica del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) implementadas en México desde los años ochenta, aunadas a las constantes crisis económicas arrastradas desde los setenta del siglo pasado, y el desbordamiento de la deuda externa, generan *un caldo de cultivo* del descontento social que recae necesariamente en la acción ciudadana por la búsqueda de mejoras en los niveles de vida, y la prevalencia y garantía de derechos ganados en luchas sociales históricas, tal es el caso del derecho a la educación pública. Los procesos que reaccionan a las iniciativas antes mencionadas se desarrollan rescatando su carácter científico, laico y gratuito, adquirido desde el proceso revolucionario de 1917.

A partir de este contexto, la lucha por el espacio social de desarrollo en condiciones equitativas se hace una premisa discursiva en todos los frentes, por tanto impacta en las nuevas generaciones de jóvenes a nivel internacional. Se habla de entonces ya de “nuevas generaciones” justo por la rapidez con que los procesos comunicacionales y socioeconómicos se realizan; es decir, cada vez es más cor-

to el tránsito que las personas (hombres y mujeres) tienen que andar para colocarse en las esferas de producción económica, asociativa (de grupo, familia, pareja, etc.), y reproducción (sexual-social).

Es fundamental mencionar que en el discurso tradicional estereotipado identifica a las y los jóvenes como un ente inacabado, al que ha de preparársele para el futuro, un sujeto de tutela que no sabe ni debe tomar decisiones propias y, por lo tanto, debe controlársele. Estas visiones se oponen al enfoque de juventudes recomendado para abordar las problemáticas de las y los jóvenes en relación a sus derechos humanos.

CULTURA, IDENTIDAD ÉTNICA Y SALUD SEXUAL EN POBLACIÓN INDÍGENA

Las identidades permiten que los individuos se identifiquen con un grupo, colectivo o comunidad para distinguirse de los demás y asumirse parte de un grupo (Rosales, 2010). La identidad es una condición de pertenencia a un grupo, que implica la manera en cómo se percibe un individuo a sí mismo y cómo es percibido por los demás. Está conformada por elementos de reconocimiento, autorreconocimiento y adhesión a un grupo. Emerge en la diferencia; en el reconocimiento de nosotros y la diferenciación de ellos (Vargas, 1999). Esta identificación se realiza en dos sentidos: el primero es del interior hacia el exterior, es decir, la identificación del individuo con el otro; y de afuera hacia adentro, la persona se identifica como integrante de un grupo con todas las simbolizaciones. Es necesario que exista un universo simbólico que perpetúe ideas y valores comunes para consolidar las diversas pertenencias, entre ellas, la étnica (Rosales, 2010).

Al hacer referencia a los pueblos indígenas en México, es importante hablar de la etnicidad. Según Miguel Alberto Bartolomé (1997) la identidad étnica es una forma específica de identidad social que exclusivamente se relaciona al origen étnico. Para el autor la identidad étnica es un concepto relacional pues “aparece como una ideología producida por una relación diádica, en la que confluyen tanto la auto-percepción como la percepción por los otros”. Para que existan dichas identidades es importante la participación de dos sistemas interétnicos particulares que puedan contrastarse mutuamente. Por lo anterior, las categorías étnicas que existen en la actualidad son el resultado de un proceso histórico de articulación interétnica de cada grupo.

Para Bartolomé (1997) un factor importante al hablar de identidades étnicas es la emotividad, debido a que al encontrarnos con otro que comparte elementos simbólicos y valores, significa que nos reencontramos con nuestra propia identidad. Así, elementos como la lengua, la historia, la religión, la indumentaria, y la alimentación son vasos comunicantes que vinculan a los individuos y que les reúnen en colectividades a partir de la emotividad. A través de lo que se mencionó anteriormente se forma parte de un universo moral y ético de representaciones comunes que generan lealtad ante el grupo. Existe por tanto una conciencia social diferenciada y diferenciante que permite que se formen las bases para la convivencia social y la adscripción o no, a determinado grupo étnico. México es un país multicultural y pluriétnico debido a que los pueblos indígenas y no indígenas que habitan en nuestro territorio tienen diferentes culturas y representan diferentes etnias. No es lo mismo ser una mujer joven tzotzil que una joven mazateca que vive en el Distrito Federal.

Históricamente los pueblos indígenas de México han sido ignorados o se ha buscado que se integren al Estado mexicano, que en determinadas etapas ha pretendido omitir la multiculturalidad para promover un proceso de “aculturación” y que dichos grupos se incorporen a la “cultura nacional”, pero debido a la resistencia cultural que han presentado esto no ha sucedido del todo. Es decir, las políticas encaminadas a los pueblos indígenas han sido de tutelaje, colocándolos bajo el control y la voluntad del Estado.

De igual forma, el acceso a los derechos sexuales en las y los jóvenes de zonas rurales e indígenas está limitado por diversas razones sociales, culturales políticas y económicas. A continuación enlistamos algunas de ellas:

- 1) Existen pocas políticas públicas en materia de salud y educación que contemplen las particularidades culturales de las y los jóvenes en sus diferentes contextos.
- 2) Los recursos económicos destinados a mejorar las condiciones sociales de este grupo poblacional son limitados y los que existen corresponden a intereses con fines electorales o de carácter asistencialista que no generan mecanismos de transformación social¹.

¹ El programa “Oportunidades” antes conocido como “Progresá”, es un

- 3) Los usos y costumbres en algunas de las poblaciones indígenas pueden no favorecer el ejercicio de los derechos sexuales, sobre todo en las mujeres jóvenes debido a la desigualdad de género.
- 4) Hay gobiernos locales, estatales y federales que guían sus políticas y acciones bajo creencias personales, las cuales pueden ser conservadoras y contrarias al ejercicio de derechos, tal es el caso de la serie de legislaciones en 18 estados de la república mexicana que defienden la vida desde el momento de la concepción, criminalizando de esta forma a las mujeres que se practican un aborto.
- 5) Y finalmente, existen pocos espacios de participación ciudadana dirigidas a jóvenes que les permita incidir en la construcción y desarrollo social de sus comunidades.

Por otra parte, desde 1970, a nivel mundial el total de mujeres rurales que vive en condiciones de pobreza se ha duplicado, muchas de éstas pertenecen a algún pueblo originario, es decir son mujeres indígenas. Las mujeres rurales tienen en promedio 3.5 hijos, aproximadamente un hijo más que las mujeres urbanas. No es de sorprender que sólo 53.6 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad de zonas rurales son usuarias de métodos anticonceptivos; a diferencia de zonas urbanas, donde la proporción es de 73.3 por ciento (Inmujeres, 2006).

En relación a la participación ciudadana, la población de mujeres es menor, por ejemplo, la tasa de participación femenina en México es de 37.5 por ciento, en zonas rurales la tasa es de 28.6 por ciento, considerablemente menor que en zonas urbanas de más de 100 mil habitantes, donde la tasa asciende a 40.8 por ciento. México ocupa el octavo lugar en el mundo entre los países con mayor cantidad de pueblos indígenas, y es el segundo país de América (después de Perú) con la mayor población de origen étnico, la cual reside, sobre todo, en zonas rurales y de alta marginación.

programa que entrega donaciones monetarias a familias rurales en extrema pobreza, y aunque el programa tienen un enfoque de igualdad y género cuyo propósito es el combatir la pobreza, la realidad es que el recurso es insuficiente y no genera acciones de cambios reales para garantizar el desarrollo y decremento de pobreza en estas poblaciones. (Cholico M., 2011).

El comportamiento demográfico de la población indígena se caracteriza por fecundidad temprana y elevada, intervalos cortos entre nacimientos, alta mortalidad infantil y general, predominio de desnutrición y de enfermedades infecciosas y parasitarias. Los grupos indígenas se encuentran principalmente en las localidades de menor tamaño, y con peores servicios en términos de infraestructura y comunicaciones. Entre los grupos indígenas se observa un importante rezago de las mujeres en materia educativa: 43.1 por ciento de las mujeres indígenas mayores de 15 años no sabe leer y escribir, el porcentaje es de 23.2 en el caso masculino (Inmujeres, 2006).

En el periodo 1982-1986, la tasa global de fecundidad (TGF) era de 6.7; para el periodo 1987-91 fue de 5.4 y disminuyó a 4.7 hijos por mujer en el periodo 1992-97. En el último periodo considerado, 1992-1997, la TGF fue de 2.8 hijos por mujer en los municipios no indígenas, es decir, casi dos hijos menos que las mujeres indígenas. Una de cada cuatro mujeres indígenas en edad fértil no utiliza ningún método anticonceptivo, a pesar de su deseo de limitar o espaciar su descendencia. En el periodo 1992-1996, las mujeres de los municipios indígenas se casaron o unieron en promedio a los 19.2 años. Las no indígenas lo hicieron a los 20.8 años. En el periodo considerado, 22.7 por ciento de las mujeres indígenas ya estaban casadas a los 15 años, porcentaje que casi triplica la proporción de mujeres no indígenas casadas a esas edades (7.9 por ciento) (Inmujeres, 2006).

Se observa un conocimiento y uso de métodos anticonceptivos considerablemente bajo entre las mujeres indígenas. En 1997, según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2006), 63.1 por ciento de las mujeres indígenas conocía las pastillas anticonceptivas, el método más popular entre la población en general. Este dato contrasta con el 95.5 por ciento de mujeres no indígenas que conocía dicho método. En cuanto al uso, en los municipios indígenas la proporción de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos apenas alcanza 45 por ciento. En contraste, en los municipios no indígenas se encuentran niveles de uso superiores a 60 o 70 por ciento (Inmujeres, 2006).

Siete por ciento de las mujeres y ocho por ciento de los hombres indígenas no reciben atención médica cuando la necesitan. Según Conapo, por cada cien muertes de menores de un año que ocurren entre los indígenas, se evitarían 34 si tuvieran la misma tasa de mortalidad infantil que a nivel nacional (Inmujeres, 2006).

Las condiciones sociales de las mujeres y jóvenes indígenas requieren que se realicen acciones que favorezcan su salud sexual y su salud reproductiva a fin de garantizarles el pleno acceso a sus derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Por tal motivo a continuación haremos un breve análisis de los servicios públicos de salud dirigidos a jóvenes en México.

ANTECEDENTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN JÓVENES

Sabemos que han existido esfuerzos desde las organizaciones gubernamentales y las no gubernamentales para ofrecer servicios a jóvenes y adolescentes que satisfagan sus necesidades. Entre ellos tenemos, por ejemplo, el trabajo del centro de Atención para Adolescentes (Cora) que desde 1978 trabaja en el ámbito de salud sexual y reproductiva a la par que la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam) con sus programas de capacitación urbana y rural en salud sexual y reproductiva y en especial el Programa Gente Joven. Mexfam ha implementado clínicas especializadas en personas jóvenes a través del trabajo de pares, personal capacitado y sensibilizado y servicios de bajo costo.

En el ámbito gubernamental, en 1985 el Instituto Mexicano del Seguro Social inició un programa dirigido a adolescentes con el concepto de fomentar la salud. De dicho programa se derivaron Módulos de Atención Adolescentes en Jalisco y la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente.

En los años noventa un programa hospitalario implementado por la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), ofreció información y orientación en planificación familiar, tanto durante visitas prenatales como durante el post-parto, a mujeres menores de 20 años que daban a luz en un hospital público. También se proporcionaron servicios y educación a través de un consultorio especial para adolescentes ubicado dentro del hospital. Luego que una evaluación encontró que las sesiones de orientación y educación no eran eficaces durante el período del post-parto inmediato, este enfoque fue modificado.

Otro esfuerzo fue el Programa Educativo para Madres Adolescentes (Prea), llevado a cabo por Cora. Los participantes asistieron a la sesión post-parto así como a una o más sesiones subsecuentes donde

se habló sobre planificación familiar. La evaluación demostró que las participantes del Prea dieron de lactar a sus hijos por mayor tiempo y tuvieron una tasa de uso anticonceptivo mayor que el grupo de control. Dicho proyecto se llevó a cabo a nivel hospitalario.

En 1994 la Secretaría de Salud crea el Programa Nacional de Adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva y en acciones contra las adicciones y el uso de sustancias tóxicas; estos programas contaban con servicios de atención de primer y segundo nivel. Como parte de este programa se formó, en ese mismo año, una coordinación de organismos públicos de la sociedad civil para diseñar e instalar módulos especializados enfocados a la orientación y servicios de salud sexual y salud reproductiva de dicha población. A través de “módulos amigables” proporcionaban información, orientación y consejería sobre planificación familiar, aunque sólo se lograron incorporar 240 clínicas a lo largo del país.

En 1997 se establecieron los lineamientos para la operación del Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (Paidea) con el objetivo principal de evitar la exclusión social de las adolescentes a consecuencia de un embarazo no planeado. También dentro del programa se incluían servicios de planificación familiar a jóvenes entre 12 y 18 años.

En 1998 IMSS-Oportunidades crea un programa llamado Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente (Maisar) con el objetivo de mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes e incrementar las prácticas preventivas de salud, promover el desarrollo de la juventud, fomentar el respeto por la diversidad e incentivar el desarrollo de habilidades para la vida y la equidad de género. Como parte de este proyecto se introducen en zonas rurales los Centros de Atención Rural para Adolescentes (Caras), los cuales centran sus necesidades en el autocuidado, educación para la salud y consejería, con la idea de disminuir la brecha de atención en zonas rurales. Además contaba con materiales de educación para la salud que se integran a los textos formales, en la escuela, y a los audiovisuales en secundarias rurales por televisión y radio. El programa se ha implementado en 17 estados donde se encuentra el programa IMSS-Oportunidades.

En el año 2000 se crea el Programa de Acción para la Atención a la Salud de los Adolescentes (PAASA), donde se involucraba el

sector salud e instituciones no gubernamentales y gubernamentales vinculadas con adolescentes. Las unidades amigables de atención a adolescentes contaban con un médico, una enfermera, un/a promotor/a de salud o trabajador/a social y psicólogo/a. El programa partía de la idea de vincular el espacio privado (la familia) con el espacio público (centro de salud, escuelas) de los adolescentes. Así se trató de atender las necesidades de los adolescentes por medio de las 14 acciones del paquete básico de los servicios de salud con énfasis en la consejería integral en temas de salud sexual y reproductiva. Los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud fueron creados para mejorar las condiciones de la población entre 10 y 19 años de edad y con personal capacitado da atención especializada a los adolescentes.

Sin embargo, y debido a los altos costos operativos tanto el programa como los módulos de atención al adolescente fueron insostenibles y desaparecieron. Sólo subsistió el Módulo de Atención al Adolescente ubicado en el Centro de Salud Rafael Carrillo, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal. Por un lado, debido a la gran demanda de jóvenes que utilizaban este servicio y, por otro, debido al compromiso del personal que atendía el módulo.

En el 2007, por medio de las gestiones con el programa de enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa en el Distrito Federal, SIPAM capacitó a médicos/as pasantes y a médicos, enfermeras y trabajadoras sociales del C.S. Guillermo Román y Carrillo. Dentro de esta capacitación el personal de salud del Módulo de Atención Integral al Adolescente (MAIA) presentó ampliamente su modelo de trabajo e hizo aportes concretos.

Después de dos fases de capacitación se generaron cinco equipos interdisciplinarios, es decir, *cinco módulos de atención a jóvenes*, los cuales atienden en el turno matutino y vespertino para recibir a las y los jóvenes que lo requieran, además de realizar acciones de prevención como talleres en espacios escolares, principalmente en el Instituto de Educación Media Superior, de San Lorenzo Tezonco. Ambas acciones no se limitan a las y los jóvenes de dicha preparatoria, sino también se extiende la atención desde una visión juvenil para cualquier persona que lo solicite y esté en el rango de 13 a 19 años y de 20 a 29 años.

La creación de los cinco módulos de atención a jóvenes, forma parte del modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los ser-

vicios de salud sexual, el cual además contempla la generación de acciones que favorezcan la incidencia política a nivel local y federal. Estas acciones se realizan por medio del eje sustantivo de la participación juvenil. Esto se explica de la siguiente forma: para mejorar la calidad en los servicios de salud para jóvenes también es importante identificar el acceso a la salud como parte de los derechos humanos, en específico de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, y en ese sentido, resulta fundamental dar a conocer estos derechos a la población juvenil y asegurar el ejercicio de los mismos. Han sido las organizaciones de la sociedad civil quienes en buena medida, contribuyen en esta tarea, ya sea desde la visibilidad a través de actividades mediáticas (conferencias de prensa, desplegados, caravanas), así como a través del trabajo articulado con instancias de gobierno.

La incorporación de una perspectiva de género y un enfoque de juventudes en la realización de propuestas de mejora de los servicios de salud sexual dirigidos a jóvenes, es esencial para impactar en la disminución de los riesgos a la salud en esta población. El modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual diseñado por SIPAM, contempla ambas perspectivas y tiene diferentes alcances, por un lado permite acercar los servicios de salud a la población joven, pero también favorece la vinculación entre las instituciones de salud y educación, y detalla una propuesta esquemática para facilitar la atención a jóvenes desde las acciones integradas.

Sin duda, este modelo retoma las características de los módulos de atención a adolescentes que han existido en los servicios de salud en México, pero además incluye la importancia de la participación juvenil en las acciones de incidencia política mediante el trabajo en redes juveniles y la formación de promotores.

En capítulos posteriores se desarrollarán algunos elementos teóricos en relación a la juventud indígena de tres comunidades de los estados Oaxaca, Puebla y Michoacán, que permitan modificar el modelo y replicarlo con población indígena.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartolomé, M. A. (1997), *Gente de costumbre y gente de razón: las identidades étnicas en México*. México: Instituto Nacional Indigenista -SigloXXI.
- Castro, R. (2001, Julio-Septiembre), *Sociología médica en México: el último cuarto de siglo* en Revista Mexicana de Sociología, Núm. 3 Vol. 63.
- United Nations (1995), *Critical areas of concern, Platform for Action of the Beijing Declaration, 4th World conference on Women, Beijing, China, 4-15 september*. Dept. of Public Information United Nations, 33.
- De Barbieri, T. (1992), *Sobre la categoría de género. Una introducción teórica-metodológica*. Santiago de Chile: en ISIS Internacional, N° 17.
- Donaires, P. (2001/2002), *Los Derechos Humanos*. En Revista Telemática de Filosofía del Derecho, N° 5, 193-199.
- Duarte Quapper, K. (2006), *Género, generaciones y derechos: nuevos enfoques de trabajo con jóvenes. Una caja de herramientas*. La Paz, Bolivia: Family Care International.
- García Ordóñez, D. (2009), *Modelo y estrategias para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual* [CD Rom]. México: Salud Integral para la Mujer A.C.
- Geertz, C. (1996), *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Harnecker, M. (2005), *Haciendo posible lo imposible. La izquierda en el umbral del siglo XXI*. México: Siglo XXI Editores, 2ª edición.
- Hobsbawm, E. (1997), *Historia del siglo XX. 1914-1991*. Barcelona: Grijalbo.
- INMUJERES (2006), *Fechas conmemorativas, una visión de género*. México: Inmujeres.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2003), *Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, P. D. (1992), *La salud en México en la segunda mitad del siglo XX*. México: en Cultura Mexicana 1942-1992, 209-254.
- Rosales Mendoza, A. L. (2010), *Sexualidades, cuerpo y género en culturas indígenas y rurales*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- UNAIDS (2010), *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2010*. Ginebra: UNAIDS Outlook Report.
- Vargas Pasos, L. (1990), *Identidad henequén y trabajo. Los desfibradores de Coyoacán*. México: Colegio de México.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Cholico, M. (2011, Febrero 24) "El programa «Oportunidades» en México ¿empodera a la mujer?" Suite101.net. Fecha de consulta 27 de octubre de

2011. <http://www.suite101.net/content/el-programa-oportunidades-en-mexico-empodera-a-la-mujer-a41212#ixzz1Sgiv1Mel>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2010). *Marco de Acción para los jóvenes*. Fecha de consulta 15 de septiembre del 2011. http://www.unfpa.org.mx/estrategia_jovenes.php
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2006). Ley del Instituto Mexicano de la Juventud. Fecha de consulta 27 de noviembre de 2011. http://www.imjuventud.gob.mx/contenidos/transparencia/LEY_DEL_IMJ.pdf
- Organización Iberoamericana de la Juventud (2005). Convención Iberoamericana de la Juventud. Fecha de consulta 5 de septiembre de 2011. <http://www.laconvencion.org/index.php?secciones/convencion>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Salud de los adolescentes. Fecha de consulta 27 de noviembre de 2011. http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/index.html

CAPÍTULO 2

SEXUALIDAD, DIVERSIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA EN JÓVENES INDÍGENAS

Adriana Leona Rosales Mendoza*
Claudia Doroteo Osorio**

Hablar de la sexualidad de las y los jóvenes mexicanos implica introducir la categoría de diversidad, no solamente porque las prácticas de sexualidad son en sí variadas, sino porque, como se mencionó en el capítulo anterior, no es lo mismo hablar de jóvenes de nivel socioeconómico medio en la ciudad de México, que de la juventud indígena tzotzil o mazateca.

La sexualidad puede incluir distintos significados y prácticas, como el sexo cibernético, el cual es cada vez más común entre aquellos con acceso a medios electrónicos y tecnológicos, o puede estar profundamente arraigada en concepciones culturales y de género, y ser ejercida exclusivamente dentro de una unión formal o de matrimonio.

Entre las prácticas de las y los jóvenes ciudadanos se encuentran las caricias y juegos sexuales sin penetración, como puede ser la masturbación mutua o lo que ellos denominan “fajes” o *petting*,¹

* Investigadora de la Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Ajusco.

** Investigadora independiente.

¹ Del inglés “to pet”, hace alusión a besos, caricias y contoneos de tipo sexual.

las cuales representan formas más seguras de ejercer la sexualidad, ya que se evitan los embarazos no esperados y las ITS. Las relaciones sexuales se pueden tener entre novios, pero también entre amigos o *frees*. Otros jóvenes, por ejemplo, los mayas del sur y oriente de Yucatán, antes de llegar al coito, esperan establecer un vínculo más formal, no necesariamente de matrimonio, pero sí una unión.

Las normatividades de género relacionadas con las prácticas sexuales son todavía de peso en muchos contextos urbanos y rurales, aunque con ciertos matices en unos y otros. Por ejemplo, entre las jóvenes del municipio de Tahdziú, Yucatán, el ideal es casarse y ser madres; no tiene gran relevancia el hecho de acudir a la escuela después de la secundaria. En cambio, entre la clase media de la ciudad de México, las mujeres esperan terminar una carrera universitaria e insertarse en el mercado laboral; aunque continúan pensando que, si es necesario, al tener hijos, dejarán el trabajo y se dedicarán al cuidado y atención de su familia.

En José Morelos, Quintana Roo, las mujeres acuden de manera cada vez más frecuente a la universidad, y esto genera cambios en las relaciones de género, por ejemplo, las y los jóvenes juegan voleibol juntos y realizan otras actividades en común, como elaborar las tareas escolares. En sus comunidades de origen, por regla general, las actividades que realizan unos y otras están divididas según el género. La mayoría de las mujeres permanecen en su casa al cuidado y atención de los hijos y marido. Cuando lo tienen, atienden el huerto familiar; preparan alimentos, echan tortillas en el comal, lavan la ropa de toda la familia y elaboran hipiles bordados para su uso personal o bien, para vender. Algunas de las jóvenes universitarias de José Morelos reparten su tiempo entre la escuela y el cuidado de sus hijos y esposos, pues es frecuente encontrar mujeres embarazadas, y aun con hijos, en las aulas de la Universidad Intercultural Maya. La maternidad continúa siendo un marcador de la identidad femenina en este contexto; pero también entre las jóvenes de las ciudades, pues no es una condición exclusiva del medio indígena o rural. En la ciudad de México existen matices en cuanto a la vida sexual, de acuerdo con el nivel socioeconómico, la escolaridad y el capital cultural con el que cuentan las y los jóvenes. Pero, en general, en medios tanto urbanos como rurales, las condiciones de pobreza generan falta de información sobre temas de salud sexual y

reproductiva; ello trae como consecuencia, por ejemplo, que el abuso sexual no se denuncie, o que el embarazo precoz se presente con frecuencia. Lo que no quiere decir que estos fenómenos no ocurran en estratos socioeconómicos medios o altos.

En términos del cuerpo y los placeres, existen frases coloquiales para nombrar prácticas de autoerotismo entre jóvenes varones, “tienen la leche guardada”, “los solteros son chaqueteros”, “los jóvenes le jalan la cabeza al ganso” (Guttman, 2005). Dichas metáforas hablan de cierto grado de aceptación y permisividad social, pero al mismo tiempo hay que hacer notar que se consideran como un preludio de la vida sexual activa, que no forma parte de la sexualidad, ya que se supone que ésta inicia sólo cuando se tiene la primera relación sexual con penetración.

Al mismo tiempo, en muchos contextos rurales y aun urbanos, sigue existiendo una representación dominante sobre las supuestas facultades sexuales de los hombres, vinculada a las construcciones de género, donde el hombre es percibido como gestor de su vida sexual, con varias parejas antes de llegar a una unión formal. La posición de las mujeres ante la sexualidad continúa pensándose en términos del ideal de fidelidad al hombre y la reserva de la manifestación de sus deseos. Esto, a pesar de que en la modernidad se han introducido cambios en los roles sociales. En relación con esto nos preguntamos, ¿cómo podemos comprender esas normas sociales que producen y sostienen el género, el cuerpo y la subjetividad? En nuestra opinión, debemos considerar que en contextos indígenas, las relaciones de género se siguen manteniendo sobre códigos ancestrales (reformulados) que no sólo se reproducen, sino que se instituyen como ordenadores que dimensionan las identidades y les confieren sentido.

En cuanto a la primera relación sexual, es importante subrayar que de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de la Juventud (IMJUVE, 2007), los jóvenes comienzan su vida sexual entre los 15 y los 18 años; pero, muchos de ellos, empiezan antes.

En el imaginario social, la sexualidad –sobre todo de las mujeres– es avalada en el marco del matrimonio y con fines de reproducción, y asimismo, constituye un ritual de paso de la infancia a la edad adulta, porque con su ejercicio se instaura el reconocimiento en la organización social, y algunas veces la independencia:

La primera relación sexual se ha considerado como un suceso de gran importancia en el pasaje de la infancia a la adultez en diversas culturas y sociedades, incluyendo la nuestra. Su relevancia se vincula con el hecho de que marca el momento en que una joven o un joven está en condiciones para la reproducción. Las formas como mujeres y hombres otorgan sentido a esta experiencia suceden dentro de los límites de un contexto cultural que les ofrece ciertos marcos para la interpretación (Amuchástegui, 2001: 170).

Además, la mayoría de las veces el ejercicio de la sexualidad se inscribe en parámetros de heteronormatividad, es decir, la unión entre un varón y una mujer se presenta como la norma. Bajo esta idea se plantea que como sujetos estamos constituidos a partir de una serie de prácticas en las que ha de haber coherencia entre sexo, género y deseo (Butler, 2001). De esta manera, los significados dominantes se construyen en torno a la noción de dualidad complementaria: hombre-mujer. A esta última se le agregan etiquetas de belleza, paciencia y ternura, así como supuestas aptitudes “naturales” para la crianza de los hijos; mientras que se percibe que un hombre debe poseer características como la fortaleza y la agresividad, y habilidades para la manutención y la protección de su familia; además del trabajo en las esferas públicas (Lipovestsky, 1999). Así, se intuye que todos somos heterosexuales por “naturaleza” y nuestro deseo sexual ha de orientarse hacia personas del sexo opuesto.

Otras prácticas sexo-genéricas se mantienen. En algunas zonas rurales de Oaxaca y Puebla, la tradición del “robo” o “fuga” es frecuente. Si bien, estos “robos” ya no son auténticos raptos, como lo eran hace tiempo, sí construyen maneras de unirse para iniciar la vida sexual. Esta situación es paradójica porque al mismo tiempo que los jóvenes se atreven a vivir su sexualidad, mantienen la tradición de legitimar la unión. Esto habla de cómo el inicio de la sexualidad puede ser fuente de la autonomía futura, ya que al salir de casa y/o al robarse a una mujer, los jóvenes deben hacerse responsables y probar que, aunque sea después de vivir algunos años con sus padres, podrán ser independientes.

Por otra parte, continúa la práctica de iniciación sexual de los hombres en prostíbulos, donde jóvenes de diferentes contextos rurales y urbanos, pagan por sexo. En Oaxaca, algunos varones juchi-

tecos, ven posibilidades de aprendizajes de la sexualidad con *muxes*² mayores, ya que éstos no sólo ofrecen la relación sexual, sino otros servicios, como preparación de alimentos y lavado de ropa.

Un elemento vinculado a la sexualidad que está presente, sobre todo en las poblaciones jóvenes de migrantes (entre los que se encuentran poblanos, oaxaqueños y michoacanos) es el riesgo de contraer una ITS, incluyendo VIH. Y sin duda, esto tiene que ver también con el acceso a la educación formal. Por ejemplo, Oaxaca ocupa el tercer lugar a nivel nacional con rezago educativo. El promedio de escolaridad es 6.6 años para las mujeres, mientras que los hombres logran 7.3 años. Lo que indica que la educación está suspendida en el nivel secundaria para los mejores casos. De los 570 municipios que conforman la entidad, 451 tienen población analfabeta (INEGI-UNIFEM, 2008a). Existen dos mujeres por cada hombre analfabeta y se intensifican las cifras en comunidades como Coatecas Altas, San Juan Guichicovi, y el Istmo de Tehuantepec donde más de la mitad de las mujeres no tiene ningún tipo de estudios. En Michoacán, el acceso a la educación básica para hombres y mujeres es un más equitativo, sin embargo la oportunidad en el nivel medio superior y superior la población de los hombres tiene un mayor acceso (INEGI-UNIFEM, 2008b). Por su parte, en Puebla el 44.1 por ciento de las mujeres de 25 a 29 años se encuentran en rezago educativo, frente al 40% de los varones del mismo rango de edad. El promedio de escolaridad es 7.2 años para las mujeres, mientras que los hombres logran 7.7 años (INEGI-UNIFEM, 2008c).

En estados como Puebla, Oaxaca y Michoacán son pocas las escuelas que imparten temas sobre sexualidad en el nivel básico y en bachillerato. En las universidades existe un incipiente impulso por los estudios de la sexualidad y el género; pero la experiencia demuestra que falta mucho que hacer para que la educación llegue a todas las comunidades y trascienda en la vida cotidiana (sexual y de género).

Más allá de hacer que la escuela alcance a todos, particularmente a las indígenas, se requiere crear estrategias para que los conocimientos sobre sexualidad, género, derechos humanos, sa-

² Los muxes nacieron varones pero son socializados como mujeres, y aunque no toda la sociedad juchiteca los acepta, en general, gozan de la aprobación de sus madres y otros familiares y amigos.

lud y derechos sexuales y derechos reproductivos logren impactar en los imaginarios sociales, porque aún predomina el binomio mujer=madre (Fernández, 1993) y se continúa reproduciendo la idea de que el estatus de mujer “completa” se alcanza al ser madre. Dicha condición se ve reflejada, por ejemplo, en el acceso escolar de las mujeres y del número de embarazos que se presentan cada año.

En 2007, el 16.6% de nacimientos totales registrados en Michoacán correspondieron a mujeres menores de 20 años, en tanto que en Puebla fueron el 18%, y en Oaxaca el 17.3% (INEGI-UNIFEM, 2008a; 2008b; 2008c). En Oaxaca, durante 2008 ocurrieron 118 mil nacimientos, de éstos, 58.5% fueron hijos de mujeres de 15 a 29 años. Las edades en las que se concentra el mayor porcentaje de nacimientos de madres jóvenes es entre los 20 y 24 años (24.2%), aunque el 14.2% de los nacimientos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años (INEGI, 2010a). En Michoacán en 2006 ocurrieron 83 mil nacimientos, de éstos 70.9 % fueron hijos de mujeres de 15 a 29 años. Las edades en las que se concentra el mayor porcentaje de nacimientos de madres jóvenes es entre los 20 y 24 años (40.5 %), en tanto que uno de cada cinco nacimientos (22.0 %) corresponde a adolescentes de 15 a 19 años (INEGI, 2008b).

Habría que pensar, además, en la naturaleza de dichos embarazos, ya que una gran parte de ellos ocurre sin que las mujeres los planeen o se deben a actos de violencia de género, como violación por parte de conocidos, familiares, padrastos y aun padres; o bien, a la desinformación en el uso de métodos anticonceptivos.

Y es que si bien se estipula en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar (2005) que se pueden evitar los embarazos juveniles con medicamentos que contengan *mifepristona*, como la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE), lo cierto es que las jóvenes no tienen acceso a este tipo de método de prevención del embarazo. Una investigación realizada por las organizaciones civiles Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, y la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México, (Ddeser) (Cruz, 2011a), muestra que la mitad de clínicas en Chiapas, Distrito Federal, Hidalgo, Morelos, Oaxaca y Tlaxcala no brindan la PAE; en algunas argumentan que hay poco abastecimiento y otras no la entregan si las jóvenes no van en compañía de sus padres, lo que va en detrimento del acceso a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

Por cada 100,000 nacimientos, en Oaxaca ocurren 74.2 muertes maternas³ (INEGI-UNIFEM, 2008a), en Michoacán, 68 (INEGI-UNIFEM, 2008b), y en Puebla, 59.7 (INEGI-UNIFEM, 2008c), en comparación con 30.4 y 60 mujeres fallecidas por la misma causa en Yucatán y en el ámbito nacional, respectivamente (INEGI-UNIFEM, 2008d). Lo anterior refleja que todavía hay mucho por hacer para cumplir con lo establecido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2015) de reducir sustancialmente las muertes por complicaciones reproductivas. La política de salud sexual y reproductiva no ha sido efectiva, pues a pesar de que los Servicios de Salud de Oaxaca y Michoacán, en colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social, pusieron en marcha planes contra la muerte materna, como el denominado “Red Roja” para detectar a las mujeres embarazadas y llevar un control adecuado de su salud, las muertes maternas continúan ocurriendo.

Además, las mujeres de zonas rurales de estos estados tienen tres veces más probabilidades de morir en el parto o posparto, que aquellas que viven en las ciudades, ya que el acceso a las clínicas de salud se torna de difícil acceso. Los viajes para una consulta, programada o de emergencia, pueden implicar recorrer más de 65 kilómetros cruzar la sierra. Por ejemplo, cerca de las comunidades de San Jacinto Tlacotepec, de Santa Cruz Zenzontepec y Santa María Zaniza, San Lorenzo Texmelucan y Santo Domingo Teojomulco, Oaxaca, se encuentra ubicado el hospital de “La Paz”, donde se atiende a la población de 11 municipios con 12 camas, medicamentos del cuadro básico y material de curación para primeros auxilios; el médico ginecólogo sólo acude los fines de semana.

En los casos del Distrito Federal, Puebla, Oaxaca y Michoacán, también existen particularidades debidas a la política pública sobre

³ Los datos cambian según la fuente. Para el Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos (Simbad-INEGI) de 2005 a 2009 se registraron un total de 336 muertes maternas, de las cuales 227, el 67.5 por ciento, corresponden a mujeres que vivían en zonas rurales y 109 (32.5 %) eran de zonas urbanas. Datos del Centro para los Derechos de la Mujer Nāāxwinn de Oaxaca mencionan que hay más mortalidad materna en zonas rurales que urbanas. “Los SSO reportaron 13 muertes de mujeres por complicaciones en el parto en las seis jurisdicciones de esta entidad (Oaxaca)”. De acuerdo con el Observatorio de Muerte Materna (OMM) en 2009 Oaxaca tuvo 66 defunciones por muerte materna.

sexualidad que se está implementando en cada entidad. Mientras que en el Distrito Federal se aprobó la Ley de Sociedades de Convivencia y el matrimonio civil entre parejas del mismo sexo, en Puebla, Michoacán y Oaxaca existen condiciones más restrictivas al respecto. En cuanto al aborto, en el Distrito Federal existe una ley que permite la interrupción legal del embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación. Mientras en Michoacán, Puebla, y Oaxaca se protege la vida desde la concepción criminalizando de esta manera el aborto. A la fecha, 18 estados han modificado sus constituciones para hablar del derecho del no nacido. En Puebla, la fracción cuarta del artículo 26 señala: “La vida humana debe ser protegida desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, salvo los casos previstos en las leyes”, y en ese tenor están las constituciones de los otros estados arriba mencionados.

No obstante, hablar del aborto plantea retos complejos, ya que por el momento, se ha desdibujado el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y las problemáticas de salud que puede acarrear un aborto mal practicado, frente a la consideración moral –planteada por gobiernos estatales conservadores– de cuándo empieza la vida, y en qué momento alguien que no es todavía persona (pues no ha nacido) es sujeto de derechos.

A partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal (marzo 2007), algunos de los estados que han modificado sus constituciones son: Baja California (artículo 7), Chiapas (artículo 4), Colima (artículo 1), Durango (artículo 1), Guanajuato (artículo 1), Jalisco (artículo 4), Morelos (artículo 2), Nayarit (artículo 7), Oaxaca (artículo 12), Puebla (artículo 26), Querétaro (artículo 2), Quintana Roo (artículo 13), San Luis Potosí (artículo 16), Sonora (artículo 1), Tamaulipas (artículo 16), Yucatán (artículo 1) (GIRE, 2011).

La problemática que ha generado esta modificación en cascada, es que una condición que había sido señalada, en cuanto a la mala atención de un aborto y las consecuencias para la salud de las mujeres, ha pasado a un segundo término, pues lo relevante es ahora de índole legal. La organización denominada “Las Libres” reveló⁴ que en once estados del país (San Luis Potosí, Querétaro, Guerrero, Veracruz, Michoacán, Hidal-

⁴ En 2010, en Puebla, 39 mujeres estuvieron bajo proceso por aborto, dos en Michoacán, una en Querétaro y siete en Sonora.

go, Puebla, Sonora, Chiapas, Baja California y Aguascalientes) hay mujeres presas bajo causales de aborto u homicidio en razón de parentesco, y la mayoría son de origen rural, sin acceso a educación básica y a los servicios de salud (Cruz, 2011b). Hay evidencias de que muchas de ellas no abortaron por decisión, sino por circunstancias espontáneas.

Existen muchas más situaciones en las cuales está implicada la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes mexicanos. Estamos convencidas de que es necesario generar más estrategias para acercar servicios “amigables” de salud a las mujeres para que puedan obtener mayor información y acceso a métodos anticonceptivos, de barrera, anticoncepción de emergencia, etcétera, así como para sensibilizarlas en aspectos de su sexualidad y las construcciones de género. Una de estas estrategias se presenta en el modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual diseñado por Sipam A. C. En los siguientes capítulos damos cuenta de la adecuación del mismo para implementarlo en jóvenes de los estados de Puebla, Michoacán y Oaxaca, y presentamos la experiencia desarrollada en el Distrito Federal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amuchástegui, Ana, (2001), *Negociación del significado mediante el diálogo. El método*, EDAMEX, Population Council, Isis Internacional, México.
- Butler, Judith, (2001), “Sujetos de sexo / género / deseo”, en *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Paidós Ibérica, España.
- Fernández, Ana María, (1993), *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombre y mujeres*. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Guttman, Matthew, (2005), “ ‘La falocedad’ de continuos: salud reproductiva entre los adolescentes de Oaxaca de Juárez”, en *Revista Estudios Sociales*, año/Vol. XIII, número 26, Universidad de Sonora, Hermosillo, México.
- IMJUVE, (2007), *Encuesta Nacional de Juventud 2005*, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud, Tomo I, México.
- Lipovestsky, Guilles, (1999), *La tercera mujer*, Anagrama, Barcelona, España.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Cruz Jaimes, Guadalupe, (2011a), “Solo la mitad de clínicas en 6 entidades brinda la PAE”, en CIMAC, <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/node/367> (Consultado: 3 noviembre, 2011).

- “En al menos once estados del país hay mujeres presas por aborto” (2011b) En El rostro de la Mortalidad Materna en México, <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/node/362> (Consultado: 11 diciembre, 2011).
- GIRE, (2011), “Reformas aprobadas a las constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción/fecundación 2008-2011”. En www.gire.org.mx, Fecha de actualización: 14/09/2011 (Consultado: 27 octubre, 2011).
- INEGI, (2010a), “Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud”. Datos de Oaxaca de Juárez, En: <http://www.inegi.org.mx/default.aspx> (Consultado: 11 noviembre, 2011).
- , (2010b), “Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud”. Datos de Michoacán de Ocampo, En: <http://www.inegi.org.mx/default.aspx> (Consultado: 15 noviembre, 2011)
- INEGI-UNIFEM, (2008a), “Las mujeres en Oaxaca. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres”, En: http://www.diputados.gob.mx/documentos/Congreso_Nacional_Legislativo/delitos_estados/Las_Mujeres_Oaxaca.pdf (Consultado: 11 diciembre, 2011).
- , (2008b), “Las mujeres en Michoacán de Ocampo. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres”, En: http://www.diputados.gob.mx/documentos/Congreso_Nacional_Legislativo/delitos_estados/La_mujer_Mich.pdf (Consultado: 11 diciembre, 2011).
- , (2008c), “Las mujeres en Puebla. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres”, En: http://www.iberopuebla.edu.mx/micrositios/observatorioviolencia/documentos/las_mujeres_puebla.pdf
- , (2008d), “Mujeres en Yucatán. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres”, En: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeres_en/Mujeres_Yucatan.pdf
- Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar (NOM-05) (2005), En: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html> (Consultado: 11 diciembre, 2011).

CAPÍTULO 3

MODELO PARA MEJORAR EL ACCESO DE LAS Y LOS JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL EN EL DISTRITO FEDERAL

Samantha Mino Gracia*

ANTECEDENTES

Los y las adolescentes de América Latina pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten fuertes restricciones en el acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación. Las condiciones de pobreza provocan que desde la infancia se trabaje por ingresos mínimos o nulos. Una proporción importante de jóvenes adquiere responsabilidades maternas y paternas antes de haber logrado un mínimo de estabilidad labora o profesional. Los cambios en políticas que atiendan e identifiquen la importancia en los aspectos educativos e institucionales contribuirán a un cambio favorable en los cuidados a la salud sexual y la salud reproductiva (OPS, 2000).

Existen diversas investigaciones que realizan análisis profundos acerca del acceso a los servicios de salud en América Latina y en

* Licenciada en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología Física y Coordinadora del Programa de Jóvenes de Salud Integral para la Mujer A. C.

México, y que dan cuenta de las dificultades y retos en materia de políticas de salud encaminadas a favorecer el acceso del derecho a la salud sexual en las y los jóvenes. Una de ellas es la realizada en 2003 por la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, quienes publicaron la investigación “Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas” en la que mencionan que las condiciones políticas, incluyendo la disponibilidad o restricción de derechos, incide en el desarrollo sexual de las y los adolescentes, la prevención de problemas de salud y el acceso a servicios. Por lo cual, realizar acciones de incidencia en políticas es fundamental para mejorar la salud y la sexualidad de las y los jóvenes, ya que muchos países tienen leyes, políticas y regulaciones restrictivas que impiden que las y los adolescentes puedan ejercer sus derechos y aprovechar las oportunidades existentes. En ese sentido, la actual Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, instrumento político suscrito por los ministros de salud y educación de los países de Latinoamérica incluyendo México, es una herramienta estratégica para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH en América Latina y el Caribe a través de asegurar el acceso a educación en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad e integrales (Secretaría de Salud Pública, 2008).

Es importante mencionar que las intervenciones exitosas encaminadas a mejorar la salud sexual de la población joven, no pueden ser replicadas de manera uniforme, sino que deben ser flexibles y basadas en la diversidad juvenil de cultura, etnia, condición socioeconómica, lengua y religión, es decir, adecuarse al contexto de la población (Schutt y Maddaleno, 2003:45).

Juárez y Gayet (2005) mencionan que los principales actores sociales que han impulsado diversas líneas de interpretación y acción en materia de salud sexual son las organizaciones civiles, ya que han jugado un papel relevante para que en México se pusieran en marcha políticas sobre salud sexual y reproductiva.

Los esfuerzos de la sociedad civil organizada han favorecido la creación de módulos de atención a jóvenes creados por la Secretaría de Salud. Sin embargo estos tienen diversos obstáculos a la fecha: 1) el número de módulos en el país es insuficiente para atender a toda la población adolescente; 2) solamente el 17 por ciento del personal

de los módulos atiende exclusivamente a adolescentes; 3) hay desabasto de insumos como métodos anticonceptivos, lo que dificulta su eficacia; y 4) no tienen presupuesto específico para su operación (Juárez *et al*, 2005).

Salud Integral para la Mujer (Sipam) es una organización civil que a partir de su existencia, hace 23 años, trabaja desde una perspectiva feminista y ciudadana con la intención de favorecer el acceso de los derechos humanos de las mujeres, y aportar a la construcción de la democracia, la justicia social y la vigencia del Estado laico. Una de sus poblaciones objetivo son las y los jóvenes de zonas urbano marginales del Distrito Federal. Por medio de las acciones del programa de jóvenes se pretende garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en jóvenes a través de la generación de nuevos liderazgos juveniles, de la incidencia en políticas públicas en materia de salud, educación y derechos (Sipam, 2010).

A partir de 2006, Sipam diseñó un proyecto cuyo objetivo fue el de “contribuir a la mejora de los servicios públicos de salud en la Ciudad de México que satisfagan los problemas de salud sexual y reproductiva, así como sus necesidades”, que se desarrolló en la delegación Iztapalapa y permitió la creación de un “Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios públicos de salud sexual, en el Distrito Federal” y del que se desprenden la generación de 5 módulos de atención a jóvenes en un Centro de Salud.

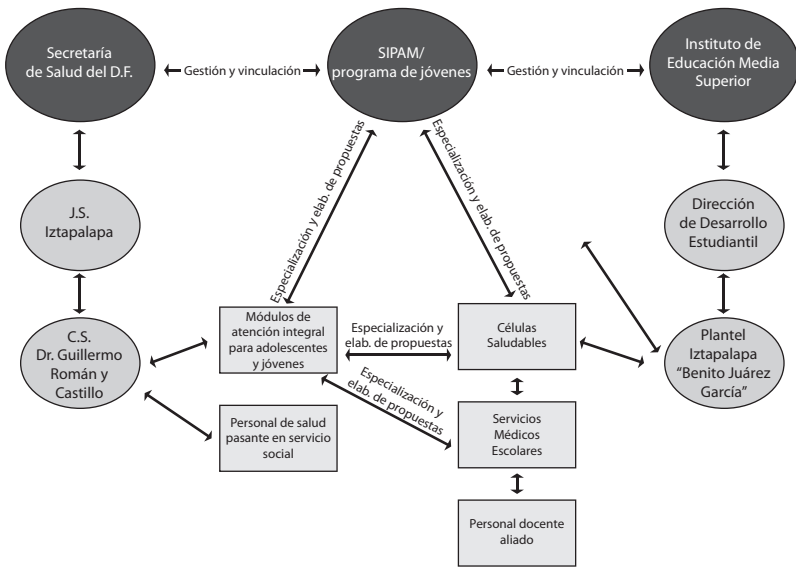
El modelo se realizó a través de la colaboración con la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa, instituciones educativas como el Instituto de Educación Media Superior, particularmente, los planteles “Benito Juárez” en Iztapalapa y el plantel “José Ma. Morelos y Pavón” en Tláhuac, el Centro de Recursos de Enlace Comunicación y Capacitación para las Escuelas (Crece), que pertenece a la SEP, así como de las redes y grupos organizados de jóvenes activistas y jóvenes estudiantes convencidos de que sus aportaciones tienen un escucha atento e interesado en retomar sus ideas.

Cuando hablamos de modelo hacemos referencia a un instrumento metodológico que supone una construcción o propuesta, que retoma determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico (Menéndez, 1983).

El modelo presentado aquí busca mejorar la salud sexual de las y los jóvenes. Entendemos por mejorar los servicios de salud,

la forma de ampliar y eficientar los servicios existentes e identificar servicios alternos de salud. Esto implica la participación de jóvenes en la generación de propuestas como parte de su ejercicio ciudadano, donde además el personal de salud que brinda el servicio esté sensibilizado y capacitado en el trabajo con jóvenes y propicie el empoderamiento de los mismos. Implica también generar estrategias efectivas que permitan el acercamiento, la inserción y permanencia de jóvenes en los servicios de salud de la SSA DF. A continuación presentamos el esquema que sistematiza el “Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual”.

Diagrama No. 1. Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual.



En el esquema se plantea –Sipam– como la instancia que inicialmente promueve la vinculación con dos instituciones concretas: la Secretaría de Salud del DF (SSADF) como la principal responsable de promover, prevenir y brindar atención en salud hacia la población capitalina; y el Instituto de Educación Media Superior (IEMS) como la institución encargada de brindar servicios educativos a

nivel medio superior en el Distrito Federal. Sipam gestiona con la SSADF y el IEMS, para identificar puntos de coincidencia desde sus objetivos, intereses y recursos. Estas dos instancias dan su respaldo y asignan espacios para su institucionalización.

El modelo se replicó en la delegación Tláhuac, en específico en la preparatoria “José María Morelos y Pavón” ubicada en la colonia Del Mar, en el marco de un proyecto trianual que tuvo como objetivo general el “contribuir a ampliar el acceso de las y los jóvenes de la Ciudad de México a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva, que promuevan sus derechos y su participación activa” y que fue financiado por la Fundación Mac Arthur.

Los objetivos específicos del proyecto fueron los siguientes: ampliar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes de tres secundarias en la Ciudad de México al rango de edad del programa de servicios integrales para población de 13 a 19 años de edad. Ampliar la oferta de servicios a través de la implementación de un modelo para mejorar la salud sexual y reproductiva en una preparatoria más. Fortalecer el empoderamiento juvenil y ciudadano a través de dos redes de jóvenes que impulsan derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud.

Este capítulo tiene como finalidad el evaluar el impacto de este proyecto en la población beneficiaria, haciendo un balance de las acciones que ha realizado la organización civil, para incidir en las instituciones de salud y educación que favorezcan la mejora de la salud sexual y la salud reproductiva de las y los jóvenes.

METODOLOGÍA

La metodología empleada en la evaluación tuvo un corte cualitativo. Como herramientas para recolectar la información se realizaron entrevistas en profundidad a personas clave que colaboraron en la implementación del proyecto, o bien, que son parte de la población beneficiaria. Se entrevistó al personal de salud de las preparatorias “José María Morelos y Pavón” en la delegación Tláhuac, “Benito Juárez” en la delegación Iztapalapa, a la coordinadora del Centro de Recursos de Enlace Capacitación y Comunicación para las Escuelas conocido como Crece, a la responsable del programa de VIH/SIDA, ITS, y salud del adolescente de la Jurisdicción Sanitaria de Tláhuac,

a la jefa de Trabajo Social del Centro de Salud de Santa Catarina Yecahuizotl, a dos integrantes de la Coalición de Jóvenes por la Educación y la Salud Sexual, un integrante de la red VIHdas¹ y tres jóvenes promotores de la preparatoria “José María Morelos y Pavón”, considerados población beneficiaria del proyecto. En total se realizaron 10 entrevistas en profundidad.

El diseño de las entrevistas se realizó en función de los objetivos a alcanzar. Fundamentalmente se contemplaron las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales problemas a los que se enfrentan las personas jóvenes y adolescentes en relación al ejercicio de su sexualidad?
- ¿Cuáles han sido algunas estrategias que la institución en la que colabora, ha implementado para cambiar esta situación?
- ¿Qué estrategias ha implementado para mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes estudiantes?
- ¿Cuál ha sido el papel de Sipam en la mejora de la salud sexual y reproductiva de la población joven y adolescente?
- ¿Considera que Sipam ha brindado aportes valiosos para mejorar el acceso a servicios de salud sexual en las y los jóvenes estudiantes? ¿De qué manera?
- ¿Cómo describes el papel de las organizaciones civiles e instituciones públicas en la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual?

¹ La Red VIHdas es una mesa interinstitucional conformada de organizaciones civiles e instituciones públicas que tiene incidencia en la delegación Iztapalapa. Esta red se caracteriza por priorizar la vinculación con instituciones locales en Iztapalapa y Tláhuac a fin de incidir en la disminución de la prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de 14 a 29 años, a través de acciones de promoción de la salud y la prevención, así como estrategias de incidencia política. Actualmente esta mesa de trabajo está conformada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la delegación Iztapalapa, el Instituto de las Mujeres del DF (Inmujeres), la Procuraduría Social del Gobierno del DF (Prosoc), la Comisión de Derechos Humanos del DF, el Faro de Oriente, el Centro de Recursos de Enlace Comunicación y Capacitación para las Escuelas (Crece) que pertenece a la SEP, así como con organizaciones de la sociedad civil organizada como la Red Mexicana de Lucha contra el SIDA, Ddsser red por los derechos sexuales y reproductivos, Mexfam y Sipam.

Aunado a las preguntas, se realizó un balance del número de embarazos no deseados en las preparatorias “Benito Juárez” y “José María Morelos y Pavón” con la finalidad de identificar algún cambio o disminución en las cifras desde el inicio de las intervenciones de Sipam en dichas instituciones.

LA ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para sistematizar la información se eligieron cuatro ejes sustantivos a partir de los cuales se pudiera agrupar la información obtenida de las entrevistas y los documentos. Los cuatro ejes responden a los objetivos específicos planteados en el proyecto y corresponden al probable cumplimiento del objetivo general y son los siguientes: el trabajo de Sipam en la delegación Iztapalapa y en seguimiento a los logros alcanzados en proyectos anteriores; el trabajo de Sipam en la delegación Tláhuac, en el que se incluye una mayor participación en la preparatoria “José María Morelos y Pavón” del IEMS; el trabajo de Sipam con adolescentes de nivel secundaria; y, por último, el trabajo de Sipam en las acciones de incidencia política a través de las redes juveniles. Los hallazgos encontrados fueron los siguientes:

I. EL TRABAJO DE SIPAM EN LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA Y EN SEGUIMIENTO A LOS LOGROS ALCANZADOS EN PROYECTOS ANTERIORES

Por medio de las entrevistas podemos recuperar las siguientes afirmaciones que involucran el trabajo de Sipam en la delegación Iztapalapa, principalmente en la preparatoria “Benito Juárez” localizada en la colonia San Lorenzo Tezonco.

A raíz de la presencia del Sipam en el plantel tenemos las siguientes conjeturas:

- a) Ha habido una disminución de embarazos no deseados en el plantel. Esta disminución ha estado relacionada con una mayor comunicación y confianza por parte de la población estudiantil hacia el personal médico y para solicitar información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y condones, incluso para pedir auxilio en situaciones de emergencia relacionados con los accidentes. Sipam realizó un importante trabajo de promoción de los servicios médicos, lo que permitió que las y

los jóvenes supieran que había personal médico en el plantel y que podían acudir a él para cualquier asesoría relacionada con su salud.

- b) Las actividades que diseña el personal de salud, como: ferias, pláticas y talleres, han permitido que las y los jóvenes tengan más información y confianza para acudir a los servicios públicos.
- c) Se incorporó la realización de una feria de salud sexual al semestre con la participación del personal docente, lo que ha favorecido la apertura y participación del personal docente en las actividades de prevención y promoción de la salud con las y los jóvenes.
- d) Ha sido muy valioso el vínculo que Sipam estableció con el centro de salud Guillermo Román y Carrillo, ubicado en la colonia San Lorenzo Tezonco en la delegación Iztapalapa, gracias a esto ha habido comunicación y apertura entre una y otra institución (el Centro de Salud y la preparatoria). A la fecha el Centro de Salud va al plantel a aplicar vacunas, pruebas de detección de VIH; los epidemiólogos acuden a dar pláticas sobre infecciones de transmisión sexual, entre otras actividades y la preparatoria tiene un mecanismo de canalización y referencia con el Centro de Salud. De esa forma el personal médico del plantel brinda la atención primaria e información, para posteriormente realizar la canalización y referencia hacia el Centro de Salud o bien a cualquier otra unidad de atención.

II. EL TRABAJO DE SIPAM EN LA DELEGACIÓN TLÁHUAC

El trabajo en la delegación Tláhuac incluye la incidencia con la Jurisdicción Sanitaria de Tláhuac y los centros de salud de la misma delegación, así como el trabajo colaborativo con la preparatoria "José María Morelos y Pavón" y que incluye la formación de promotores juveniles. Resaltamos los siguientes hallazgos:

- a) La capacitación a personal responsable de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) ofertado por Sipam, despertó el interés del personal en el trabajo con jóvenes y brindó bases metodológicas para formar a los grupos de promotores. Los GAPS, una estrategia impulsada por la Secretaría de Salud Federal y todas las Jurisdicciones del país, tienen el mandato de implementar este programa en los centros de sa-

lud mediante la creación de promotores juveniles. En el Centro de Salud de Santa Catarina Yecahuizotl la estrategia para la formación de promotores se retomó del modelo de jóvenes diseñado por Sipam, es decir, buscaron el enlace con la secundaria más cercana al Centro de Salud, iniciaron acciones de promoción de la salud en el plantel y, posteriormente, lanzaron una convocatoria para capacitar a 13 adolescentes para ser promotores juveniles. A la fecha el plan de actividades de las y los promotores incluye la promoción de un módulo de atención a adolescentes que se encuentra en el mismo Centro de Salud y que opera desde septiembre 2011.

- b) La vinculación de Sipam con la preparatoria “José María Morelos y Pavón” favoreció la realización de investigaciones académicas por parte de estudiantes de la Escuela Nacional de Antropología e Historia y la Universidad Autónoma Metropolitana, lo que permitió contar con un diagnóstico de salud de mujeres adolescentes en materia de violencia de género.
- c) Las actividades que realiza el personal médico de la preparatoria en el plantel son acciones de promoción de la salud mediante la creación de trípticos informativos, facilitación y coordinación de pláticas y talleres, difusión de información acerca de métodos anticonceptivos y condones. El personal de salud de este plantel diseñó, con el apoyo de Sipam, una metodología para trabajar de manera permanente con padres y madres de familia temas de sexualidad, no sólo para incidir en la mejora de la salud sexual de la comunidad estudiantil, sino también para fortalecer las redes informativas de las madres y padres de familia. Por otro lado, el personal de médico de la preparatoria apoya en la generación de programas de capacitación que complementen la curricula de biología, academia que debe abordar temas de sexualidad con sus alumnos/as, pero que no cuenta con herramientas teóricas y metodológicas para trabajarlo con jóvenes.
- d) Resalta la creación de 20 promotores juveniles en el plantel, interesados y comprometidos con las acciones de promoción de la salud sexual al interior de la preparatoria y en la comunidad mediante el enlace con la Jurisdicción Sanitaria de Tláhuac. Asimismo, durante los dos últimos años se ha fortalecido la

comunicación con el Centro de Salud “Del Mar” para realizar canalización y referencia de jóvenes estudiantes del plantel. Actualmente está por iniciar una segunda etapa de capacitación a los 20 promotores juveniles de la preparatoria, misma que dará el personal médico del IEMS en colaboración con otras organizaciones civiles que forman parte de una mesa interinstitucional coordinada por la Dirección Estudiantil del IEMS. Este logro es importante porque marca la institucionalización de la formación de promotores en el Instituto de Educación Media Superior con la coordinación de la Dirección Estudiantil, y la colaboración de instituciones y organizaciones expertas en temas de salud, educación y derechos humanos.

- e) Resalta la profesionalización del personal médico de la preparatoria para realizar acompañamiento, canalización y referencia en casos de interrupción de embarazo en las jóvenes estudiantes de la preparatoria que lo solicitan, lo que les permite saber qué hospital brinda mejor atención, en cuál puede haber organizaciones conservadoras dando desinformación acerca del aborto, o bien, cuál clínica las puede atender más rápido.
- f) Podemos establecer que mediante el proceso de capacitación las y los promotores juveniles obtuvieron información y conceptos que desconocían. Iniciaron un proceso de sensibilización en temas que les parecían ajenos, como el de la diversidad sexual y el VIH/SIDA, que tuvieron gran impacto en sus vidas. Las y los promotores juveniles consideran que gracias a su intervención en ferias en la preparatoria, las y los estudiantes han tenido más contacto con el uso correcto del condón femenino y masculino.

III. EL TRABAJO DE SIPAM CON ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIA

Del trabajo en secundarias en la delegación Iztapalapa y Tláhuac resaltan las siguientes acciones:

- a) El Centro de Recursos de Enlace Capacitación y Comunicación para las Escuelas conocido como Crece, considera que uno de los aportes de Sipam y de la Red VIHdas para el trabajo en secundarias, es el que ambas instancias brindaran elementos teóricos y metodológicos en el trabajo con adolescentes e inclu-

- yeran los temas de salud sexual y reproductiva en el programa de vida saludable.
- b) Mediante la capacitación a personal docente, Sipam facilitó la comunicación del personal docente con las y los adolescentes de nivel secundaria. También influyó en el trabajo con padres y madres, ya que ellos, considera la coordinadora de Crece, también necesitan herramientas para hablar con sus hijos e hijas sobre los riesgos a la salud en torno al ejercicio de la sexualidad, y generó que éstos tuvieran confianza con sus madres y padres para pedir información acerca del uso del condón masculino y femenino.
 - c) A raíz de una feria en la Secundaria diurna No. 313, que organizó la Red VIHdas en colaboración con Sipam, las y los adolescentes crearon un blog para que las y los estudiantes intercambiaran comentarios e información acerca de violencia y equidad de género, problemas considerados graves en esas comunidades.
 - d) Sipam ha fungido como asesor frente a Crece para que ellos a su vez trabajen temas de salud sexual y salud reproductiva con las y los jóvenes.
 - e) Dentro de los aportes de Sipam en la Red VIHdas está el que es una organización feminista, ésta visión así como el énfasis, en los de derechos de las mujeres, dio un plus a la red VIHdas, para que se pudiera hacer énfasis en la problemática del VIH en mujeres adolescentes y vincular este tema con el de salud reproductiva.
 - f) Gracias a la participación de la organización civil Mexfam se ha realizado la canalización de la clínica de Mexfam de Iztapalapa, localizada en la colonia San Lorenzo Tezonco, hacia los módulos de atención a jóvenes en el Centro de Salud Guillermo Román y Carrillo, pues los servicios de Mexfam son privados, y aunque son de bajo costo, las y los adolescentes muchas veces no tienen recursos económicos para pagar.

IV. EL TRABAJO DE SIPAM EN LAS ACCIONES DE INCIDENCIA POLÍTICA A TRAVÉS DE LAS REDES JUVENILES

Para alcanzar el objetivo general de este proyecto, Sipam se planteó realizar acciones de incidencia política a nivel federal. Esto ha sido

posible mediante su participación en redes juveniles, que además de realizar incidencia política con instituciones como la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Educación, también fortalecen los liderazgos juveniles para garantizar el ejercicio ciudadano de las y los jóvenes. A continuación, se resaltan algunos hallazgos en torno al trabajo de Sipam en la Coalición de Jóvenes por la Salud y la Educación Sexual (COJESS):

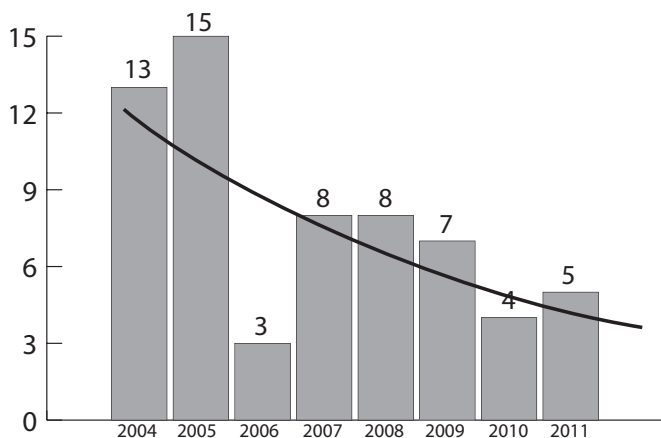
- a) Sipam ha brindado el apoyo y el prestigio a la COJESS para facilitar el involucramiento con organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas. En este año 2011, en específico, para la realización del Foro de Jóvenes Activistas durante el Congreso Nacional de SIDA (2011).
- b) Sipam favoreció la generación de espacios de toma de decisiones en materia de salud sexual que beneficien a las y los jóvenes, como es la mesa de jóvenes del Comité de Prevención del Consejo Nacional para Prevenir y Controlar el SIDA.
- c) La COJESS y sus integrantes incorporaron la perspectiva de género gracias a la participación de organizaciones feministas como Sipam, que favorecieron esta visión en sus integrantes mediante capacitaciones en perspectiva de género, feminismo y derechos sexuales y derechos reproductivos.

V. BALANCE DE EMBARAZOS EN LAS PREPARATORIAS "JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN" Y "BENITO JUÁREZ"

Los embarazos no deseados son un problema de salud pública que afecta el pleno desarrollo personal de las y los jóvenes. Una forma de evaluar los objetivos planteados por el proyecto es tratar de identificar una correlación entre el aumento o disminución de los embarazos en adolescentes durante el desarrollo de estrategias por parte de Sipam en las preparatorias evaluadas.

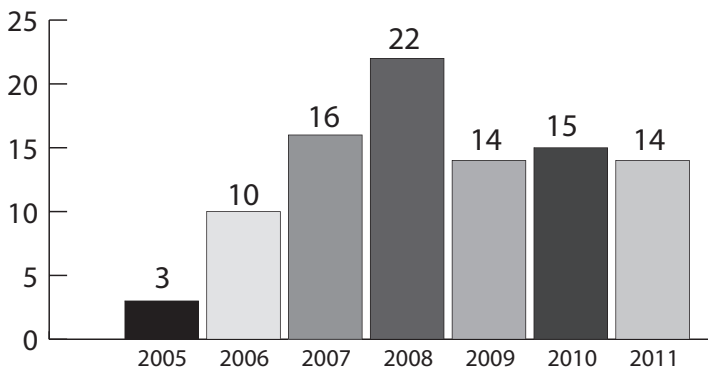
A continuación se muestra los números de embarazos en estudiantes del IEMS de ambas preparatorias de 2004 a 2011.

Gráfica No. 1. Número de embarazos en jóvenes estudiantes de la preparatoria "Benito Juárez" del IEMS de 2004 a 2011. Registros del personal médico del plantel (2011).



En la gráfica anterior podemos observar una clara disminución de los embarazos en jóvenes estudiantes de la preparatoria Benito Juárez, desde 2006, año en el que Sipam inicia actividades en esta preparatoria, hasta 2011.

Gráfica No. 2 Número de embarazos en jóvenes estudiantes de la preparatoria “José María Morelos y Pavón” del iems de 2005 a 2011. Registros del personal médico del plantel (2011).



También en la preparatoria “José María Morelos y Pavón” desde 2009, año en el que Sipam inició sus actividades, se percibe una disminución del número de embarazos. En ambas escuelas, el acceso a la interrupción legal del embarazo –cuya ley se aprobó en 2007 en el Distrito Federal– puede haber influido. Cabe destacar que entre las acciones promovidas está la canalización de las jóvenes que desean interrumpir su embarazo a los servicios públicos de salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Los puntos y ejes planteados en este documento brindan elementos de análisis para destacar los alcances del “Modelo para mejorar el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual”, que se implementó en zonas urbanas marginales del Distrito Federal. Sin duda, ha habido beneficios y transformaciones entre la comunidad estudiantil de las preparatorias en las que se implementó el modelo de Sipam, y probablemente, en los años siguientes el impacto será mayor.

En general los alcances de la replicación del modelo giran en torno a la disminución de embarazos no deseados en la población estudiantil de las dos preparatorias beneficiarias, y aunque suceden en el contexto de la despenalización del aborto y el acceso a la interrupción legal del embarazo, marcan una clara relación entre una mayor apertura y comunicación con el personal de la preparatoria y el acceso a los servicios en el centro de salud más cercano a dicha escuela. Asimismo, la generación de espacios interinstitucionales que propicien la comunicación y trabajo colaborativo entre las instancias de salud y de educación en el Distrito Federal para alcanzar los compromisos de la “Declaración Ministerial”, acuerdo internacional firmado por el Estado mexicano por el que se compromete a fortalecer estrategias para garantizar una educación integral de la sexualidad, y la promoción de la salud sexual, con miras a prevenir contagios por VIH entre las y los jóvenes. Finalmente, cabe destacar la necesidad de adecuar el modelo de Sipam a las necesidades y características de cada población, tomando en cuenta sus contextos socioculturales.

BIBLIOGRAFÍA

- Camacho Hubner, A. V. (2000), *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe*. Serie OPS/FNUAP No. 1
- Juárez, F. et. al. (2010), *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: restos y oportunidades*. Nueva York: Institute Guttmacher.
- Menéndez, Eduardo (1983), *Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS, México.
- Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003), *Salud Sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Política*. Washington D. C.: OPS
- Secretaría de Salud Pública (2008), *1era Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe*, México, D. F.: Secretaría de Salud Pública.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- SIPAM. *Salud integral para la mujer*". Fecha de consulta 10 de octubre del 2011: <http://sipam.org.mx/>.

CAPÍTULO 4

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES INDÍGENAS DE UNA COMUNIDAD PURÉPECHA EN MICHOACÁN

Carlos Erandi Rodríguez García*
Samantha Mino Gracia**

El presente documento presenta un diagnóstico de la situación de la salud sexual y la salud reproductiva de las y los jóvenes de la comunidad indígena purépecha de San Francisco Pichátaro, la cual se encuentra ubicada en la meseta purépecha y pertenece al municipio de Tingambato en Michoacán.

Pichataro se caracteriza por ser una comunidad con un clima predominantemente frío y húmedo en otoño e invierno, mientras que primavera y verano alcanza hasta los 25 grados de temperatura (Suárez, Espinosa y Álvarez; 1988: 25). Diversas fuentes de información coinciden que gran parte de las actividades económicas predominantes en la comunidad son derivadas de la explotación de la madera, comercio y servicios varios y algunas mujeres realizan bor-

* Docente de la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán. Licenciado en Sociología Rural por la UAM Xochimilco. Pasante de Maestría en Sociología de la Educación por el IMCED.

** Licenciada en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología Física y Coordinadora del Programa de Jóvenes de Salud Integral para la Mujer A. C.

dados para su venta. Actualmente la comunidad de Pichátaro cuenta con todos los servicios de una localidad urbana. De acuerdo con el Censo de Población 2005, en Pichátaro hay 4,623 habitantes y se considera que existe un grado alto de marginación. El ámbito educativo va desde preescolar hasta la universidad en años recientes.

La comunidad de Pichátaro fue elegida para esta investigación por dos razones importantes: es una comunidad indígena y con población joven; la segunda, la población joven que asiste a la universidad proviene de diversas comunidades indígenas de la región purépecha.

La situación prevista de la población joven en la comunidad, de acuerdo con datos identificados por las autoridades educativas del Colegio de Bachilleres y de la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán de reciente creación, ha posibilitado la concentración de estudiantes en una estancia flotante, es decir, que permanecen en la comunidad de lunes a viernes, y los fines de semanas no se quedan. Esta situación ha dado una nueva forma de vida a los jóvenes, en el sentido de que salen de su casa en donde están bajo la dinámica de autoridad paterna o materna, y en esta nueva etapa tienen mayores libertades y autonomía en sus decisiones, no sólo en el ámbito académico sino también en su vida personal y en el ejercicio de su sexualidad. En semestres anteriores ha habido casos en que algunas estudiantes han cambiado su situación inicial al entrar a la universidad, puesto que tuvieron un embarazo no planeado.

ENTREVISTAS A PERSONAS CLAVES

Para la realización de este diagnóstico se entrevistaron a cuatro informantes clave: el director del Colegio de Bachilleres de Pichátaro, la responsable del Departamento Psicopedagógico de la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, ubicado en Pichátaro, a un joven estudiante de la Universidad y a una partera de la comunidad. Las entrevistas se presentan de manera breve y consideran lo relevante de la aportación de los y las informantes. Para el análisis de las entrevistas se eligieron los siguientes ejes temáticos: a) la salud sexual y la salud reproductiva de las y los jóvenes de Pichátaro, b) información sobre sexualidad en las y los jóvenes de la comunidad, c) servicios de salud dirigidos a jóvenes en la comunidad, d) propuestas para mejorar la salud sexual de las y los jóvenes estudiantes.

A) LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS JÓVENES DE PICHÁTARO

Las autoridades escolares han mencionado que los principales problemas a los que se enfrentan las y los jóvenes estudiantes de la universidad y del bachillerato son los embarazos no planeados y en edades tempranas, tal como lo muestran las siguientes narrativas:

He visto que desde los 13 años de edad han llegado a tener relaciones sexuales y como dato grave es que en la otra escuela que me dice, por ciclo escolar, salen dos o cuatro embarazadas, en promedio (entrevista al director del bachillerato).

El director del bachillerato refiere el problema de los embarazos no deseados al hecho de que las y los jóvenes inician su vida sexual siendo muy jóvenes, aunque el gran vacío es la información sobre sexualidad laica y científica, tal como lo veremos más adelante. Por otro lado, la responsable del Departamento Pedagógico de la Universidad advierte que otro de los problemas de la población estudiantil tiene relación con la violencia en el noviazgo y menciona al respecto:

Han recurrido a ésta área por sentirse escuchadas (las alumnas). Entre los casos más notorios son las problemáticas que se dan entre las parejas que se forman, esto ha acarreado aspectos de violencia verbal o psicológica, no hemos sabido de violencia sexual o física pero sí se refleja un malestar emocional (entrevista a la responsable del Departamento Pedagógico de la Universidad).

Los datos aquí mencionados contrastan con las cifras de violencia que ocurren en el estado, y que nos hacen pensar que la violencia al interior de la pareja y la violencia contra las mujeres es un problema de salud grave en el estado de Michoacán y en específico en la comunidad de Pichátaro. Con los datos emitidos en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006, se identificó que en Michoacán el 35% de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, sufrieron al menos un incidente de violencia por parte de su pareja.

En la comunidad de Pichátaro la violencia que ejerce la pareja sobre las mujeres jóvenes está relacionada con el control, el ejercicio

de poder y la violencia emocional, rasgos característicos de las situaciones de violencia en el noviazgo:

Entre las prácticas de violencia en el noviazgo se ha dado que los novios les limitan las actividades a las chicas cuando están fuera de la Universidad, hasta reclamarles por ir a tomar la comida o desayuno fuera de su casa. Creemos que esto se da porque muchos y muchas se quedan a rentar un cuarto o casa compartida, ya que no sienten las reglas de su casa y hacen cosas porque se sienten muy libres (entrevista a la responsable del Departamento Pedagógico de la Universidad).

Los hombres en ese sentido son muy machistas, es muy raro que los hombres quieran planear sus hijos (entrevista con partera de la comunidad).

Las mujeres de la comunidad que son casadas o que se deben casar por los embarazos que resultan es porque las obligan a tener relaciones sexuales, sin protección y en muchas ocasiones cuando los hombres están alcoholizados, entonces se puede decir que son prácticamente violadas (entrevista con partera de la comunidad).

No es de sorprender el que no exista ningún tipo de información acerca de cómo practicarse una interrupción de embarazo, así como tampoco cifras o datos generales de abortos que se hayan practicado las mujeres estudiantes de la Universidad y del bachillerato, ya que como mencionan en las narrativas es un tema tabú en la comunidad, en un contexto en el que practicarse un aborto esta criminalizado, tal como lo muestran las actuales reformas legislativas en el Estado que protegen la vida desde el momento de la concepción.

Hasta la fecha no hemos sabido que alguna chava haya estado en condiciones de practicarse un aborto, este tema también es muy restringido o más bien prohibido. El Departamento Psicopedagógico no cuenta con algún tipo de estrategia propia para trabajarlo con la población estudiantil ni mucho menos hay algún tipo de información que los docentes desarrollen en las aulas (entrevista a la responsable del Departamento Pedagógico de la Universidad).

B) INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN LAS Y LOS JÓVENES DE LA COMUNIDAD

Aunque la sexualidad es vista como un tabú en la comunidad, y existen personajes que piensan que no es lo mejor el hablarles a las y los jóvenes sobre este tema, para ellos no resulta un tabú, al contrario es algo de lo que pueden hablar con confianza con sus amigos, amigas y pareja.

La sexualidad, yo creo que no es algo del otro mundo, es algo que hacemos a diario. Tener sexualidad es platicar sobre sexo, y hacer sexualidad yo creo que es, pues hacerlo, ¿no? practicarlo, tener sexo pues con una chava y así, pero yo lo veo normal, normalísimo para mí (entrevista con joven de la Universidad).

Los discursos conservadores en torno a la sexualidad, han limitado el acceso a información científica para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, sin embargo, la sexualidad es vista como un tabú en diferentes culturas, no es característico y particular de las comunidades indígenas. Sí bien es cierto que cada población y cultura le da especial significación al ejercicio de la sexualidad, ha sido principalmente la cultura occidental judeo-cristiana quien en buena medida ha aceptado o rechazado expresiones de la sexualidad que le son inherentes a su diversidad, a través de discursos conservadores y hegemónicos que permean el ser y el quehacer de las y los individuos.

Cuando yo era muchacha no hacíamos cosas como las hacen las muchachas de ahora, creo que a mí me educaron de otra manera y nos hacían sentir como temor o miedo; ahora los jóvenes ya no tienen ese temor con el que crecía uno, quizás por que experimentan otras cosas. Se meten con una, se meten con otro y salen embarazadas. En mi particular forma de ver está bien que les den pláticas de sexualidad, puesto que se pueden evitar embarazos, pero el tema de que aborte las mujeres no va en nuestra comunidad de Pichátaro. Quizás el problema más grande es que se les hable de manera abierta sobre la sexualidad y cuando crecen los muchachos, pues lo hacen por curiosidad. Hasta ahora sólo dos muchachas me han pedido que les haga

un aborto, pero nuestra ética es no hacerlo. Se puede morir una mujer sin los cuidados necesarios, hasta se les puede venir toda la matriz. Si hay tantos métodos pues que los usen o que se cuiden no teniendo relaciones (entrevista con partera de la comunidad).

Los embarazos no planeados que se han presentado en la universidad, considero que han sido porque no tienen espacios para expresar sus inquietudes sobre los temas de sexualidad, métodos anticonceptivos y reproducción. Creo que los chavos tienen poco interés en los temas sino hasta que les suceden las cosas... existe mucha información al respecto, pero no se tiene una percepción del riesgo por no cuidarse o de que no me va a pasar. Es algo como no está personalizado. De manera muy personal puedo decir que la cultura de la región influye mucho en que no circule la información con mayor rapidez o bien que no se toquen algunos temas por considerarse aún tabúes. En la familia de las comunidades purépechas no se habla de la sexualidad, no todas las personas hablan de ese tema. Pudiera pensarse que hay un punto ciego en estos temas puesto que no se deja hablar libremente. En mi caso particular, como mujer, en mi casa nunca se me habló de la menstruación hasta que me pasó. Además en la escuela primaria, cuando se sabía que alguien tenía su periodo, nadie la juntaban porque se decía que era malo (entrevista a la responsable del Departamento Pedagógico de la Universidad).

También es interesante observar que no existe un programa para incorporar el tema de sexualidad en la currícula de ambas instituciones educativas, o alguna estrategia que permita brindar la información a las y los estudiantes.

No ha recibido ningún tipo de platica o taller, ningún maestro que nos oriente en eso, nada. Comúnmente cada quien resuelve sus problemas como puede. Una de las cosas que me platicaba ahí el doctor, es que era la primera vez que veía a un chavo asistiendo al Centro de Salud a buscar información sobre el tema en todo el tiempo que estaba en esa institución (entrevista con joven de la Universidad).

Lo anterior pone de manifiesto que no se realizan actividades para promover en las personas jóvenes los servicios que brinda el

Centro de Salud de la comunidad, aunado a que existen algunas barreras geográficas o socioculturales para que las personas jóvenes acudan a los servicios:

Los chavos no acuden al Centro de Salud por miedo a que los regañen o por vergüenza más que nada. Tal vez porque desde su casa o en su familia no dialogan del tema y es por eso que creo que algunos piensan que es malo (entrevista con joven de la Universidad).

Sin embargo, es importante reconocer que ya existen acciones articuladas entre el bachillerato y el Centro de Salud, que favorecen la realización de pláticas informativas dirigidas a la población estudiantil:

Tenemos un convenio con el Centro de Salud para que venga a dar pláticas sobre enfermedades de transmisión sexual, o de sexualidad en este caso o de alguna enfermedad propia, como cuando fue la cuestión viral, para que se tomen las medidas. O sea de información, y son con los únicos que nos apoyamos; los muchachos también pueden hacer investigación de campo, pero pues con los profesionales, que un médico, que una enfermera, sobre algunas cuestiones de salud (entrevista al director del bachillerato).

C) SERVICIOS DE SALUD DIRIGIDOS A JÓVENES EN LA COMUNIDAD

Algunos cuestionamientos acerca de los servicios de salud en la comunidad de Pichátaro, nos hacen pensar en la importancia de contemplar a la medicina tradicional como una estrategia de atención de primer nivel:

Los doctores del Centro de Salud son muy malos con las mujeres de la comunidad, no tienen sensibilidad, incluso es molesto que les digan cuando están dando a luz que porque no gritan como cuando estuvieron haciendo el bebé... No es que lo hayan tenido por gusto, sino que muchas de ellas fueron obligadas a tenerlo. En ocasiones a las mujeres las regañan porque no planean sus hijos, les dice de cosas, pero es que no lo planearon sino que fueron obligadas a tener relaciones por sus esposos (entrevista con partera de la comunidad).

En Michoacán como en otros estados de la república, existen los Centros de Atención Rural del Adolescente (CARA), que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social. Un total de 210 mil 835 niños y jóvenes, desde los diez hasta los 19 años, son atendidos en los 343 CARA adscritos a Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales de Oportunidades del Programa Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Michoacán. Las y los adolescentes asisten a dichos centros a capacitarse en tres vertientes fundamentales: prevención de adicciones, prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención de embarazos no deseados o a edad temprana.

En mi comunidad de Santa Fe de la Laguna existe un espacio que se llama CARA y ahí se juntan los muchachos y les dan pláticas sobre sexualidad, alcoholismo, entre otros temas que tienen, que los relacionan mucho a los jóvenes. Aparte de pláticas, bueno cuando yo estaba ahí, salíamos mucho a otras comunidades a convivir con otras personas que no conocíamos, con otros jóvenes, y bueno, me la pasaba bien chido. Los que asisten al CARA son los que sus familiares tienen el programa de Oportunidades y son a los que los obligan a ir al CARA, pero también pueden ir otras personas que no tengan ese apoyo de Oportunidades, pero casi no, a los jóvenes casi no les interesa ir a esos sitios. Desde los chavos está el problema de que no quieren o de que tienen miedo a que los regañen, pero no es así, es creo que muy diferente. Creo que también les da gusto a los que nos informan sobre el tema, como en el CARA, que los jóvenes asistamos a las pláticas a tomar información del tema (entrevista con joven de la Universidad).

En cuanto a una experiencia personal que recientemente le pasó: “a veces nosotros asistimos a los centros de salud a pedir condones o cualquier otra cosa y nos los niegan, y es por eso que también a veces los jóvenes ya no quieren ir por eso, porque a veces nos niegan cosas”.

D) PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL DE LAS Y LOS JÓVENES ESTUDIANTES

Existen propuestas valiosas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes por parte de la población estudiantil, así como de las autoridades educativas. Sin duda una de las más imperantes

tiene que ver con la incorporación de la educación en sexualidad integral en la curricula de ambas instituciones, sobre todo en el nivel bachillerato. Un joven estudiante lo expresa de la siguiente manera:

En las escuelas deberían tener otra materia sobre sexualidad, en donde los doctores o gente capacitada sobre el tema nos diera pláticas, nos diera información y pues que fueran amables, para que también los jóvenes nos sintamos a gusto platicando sobre eso. Y sobre el tema de la salud yo pienso que hacen falta más hospitales, aquí en esta región donde nos atiendan más; o sea sí hay, los centros rurales, clínicas y todo eso, pero no están suficientemente capacitadas como para atender a toda la comunidad (entrevista con joven de la Universidad).

Por su parte, la responsable del Departamento Pedagógico de la Universidad menciona algunas limitantes para incluir programas de género y salud reproductiva en la Universidad Intercultural; algunos de ellos están relacionados con la falta de recursos materiales, de infraestructura, así como económicos:

El departamento a mi cargo aún no tiene algún estudio sobre las problemáticas de la salud sexual y reproductiva. Por parte de la CDI (Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas del Gobierno Federal) se está trabajando una propuesta con los temas de género y sexualidad pero aún está en proceso y es externo. Por parte de la Universidad no hay acciones o proyectos. Está en proceso realizar un diagnóstico de qué acciones o programas pueden realizarse pero las condiciones por parte de la institución aun no están dadas por la falta de presupuesto e infraestructura. Ojalá se pueda construir algo con la nueva licenciatura que se llama salud comunitaria, puesto que podría hacerse algo de manera muy rica para recuperar esos saberes tradiciones y aplicarlos con las nuevas generaciones de jóvenes para incidir de manera oportuna y con la pertinencia cultural de la región (entrevista a la responsable del Departamento Pedagógico de la Universidad).

CUESTIONARIO PARA MEDIR PRÁCTICAS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE UN GRUPO DE JÓVENES ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD INTERCULTURAL DE PICHATARO Y DEL BACHILLERATO

Para complementar la información recabada por las entrevistas, se aplicó un cuestionario cuyo propósito fue medir los conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo de jóvenes estudiantes. Se consideró el universo de población conjuntando a la población estudiantil en la comunidad de Pichátaro del Colegio de Bachilleres (Cobach) y la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán (UIIM). En total se realizaron 100 encuestas, 50 hombres y 50 mujeres de ambas instituciones educativas.

RESULTADOS

Los rangos de edad en ambos universos educativos: en el Colegio de Bachilleres, fue de los 15 años hasta los 19 años de edad. Se identifica que el rango más abundante está entre los 16 y 17 años; mientras que en la UIIM el rango de edad en el primer semestre oscila entre los 18 años hasta los 27 años de edad; con mayor incidencia entre los 18 a 20 años.

A pesar de que una de las preocupaciones de las autoridades educativas ha sido que entre las nuevas generaciones en comunidades indígenas no se pierda la lengua purépecha, la situación de ambos planteles en cuanto mantener viva la lengua originaria presentó una situación semejante, es decir un 80 por ciento o más en hombres y mujeres del Cobach y la UIIM se manifestaron como no hablantes.

El 8 por ciento de las mujeres de bachilleres, y el 28 por ciento de las universitarias hablan el purépecha.

En cuanto a las actividades adicionales que realizan después de cubrir sus horarios escolares, se identifica una marcada presencia de roles de género, además de que hay un alto porcentaje de alumnado que no trabaja, pues son pocas las actividades y oportunidades en la comunidad para obtener empleo o autoemplearse:

Actividades fuera de la escuela	COBACH		UIIM	
	NO trabaja	SI trabaja	NO trabaja	SI trabaja
Hombres	44%	56%	84%	16%
Mujeres	84%	16%	92%	8%

Del alumnado de bachilleres que manifestaron tener otra actividad, se obtuvieron con los siguientes datos:

16 por ciento de los mujeres tienen las actividades:		52 por ciento de los hombres tienen las actividades:	
4%	Tejer y costura	8%	Construcción
4%	En una tienda de abarrotes	12%	Ayudo en la venta familiar
4%	Ayudo en tortillería	8%	Música
4%	Negocio familiar	20%	Carpintería
		4%	Campo y carpintería

En tanto la población universitaria desarrolla sus actividades fuera de sus horarios académicos de la manera siguiente:

8 por ciento de los mujeres tienen las actividades:		16 por ciento de los hombres tienen las actividades:	
4%	Ayudante en fábrica de ropa	4%	En el campo
4%	Agricultura, pesca	4%	Artesanías, venta
		4%	Repartir material de construcción
		4%	Herrería

ACERCA DEL USO DEL CONDÓN

En el cuestionario se incorporaron cuatro reactivos que nos permitieran identificar el nivel de conocimientos acerca del correcto uso del condón. Por medio de estas preguntas podemos identificar que las y los jóvenes de la comunidad de Pichataro tienen conocimientos generales acerca del condón y su correcto uso, por ejemplo que el condón tiene ventajas frente a otros métodos anticonceptivos, por ser económico, previene infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados y no requiere receta médica.

Respecto a otros métodos anticonceptivos de carácter hormonal, se les preguntó al estudiantado de bachilleres y universidad sobre la efectividad de pastillas, parches e inyecciones consideraron que:

PÍLDORA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

El tiempo considerado para el uso correcto de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) después de una relación sexual desprotegida, es de:

TIEMPO PARA EL USO CORRECTO DE LA PÍLDORA	COBACH		UIIM	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
10 a 15 hrs.	36%	40%	80%	40%
1 a 72 hrs.	64%	60%	20%	60%
1 a 144 hrs.	0%	0%	0%	0%

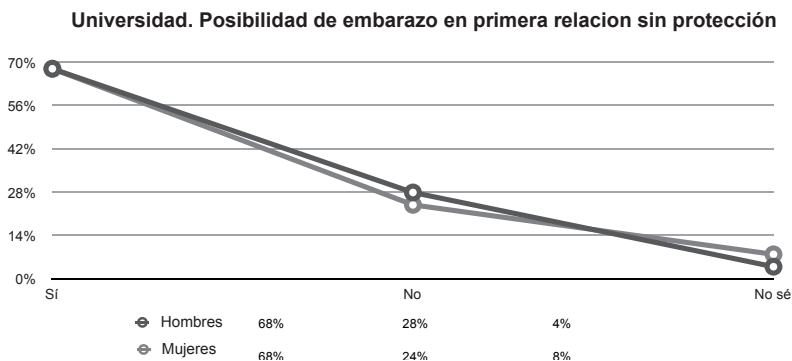
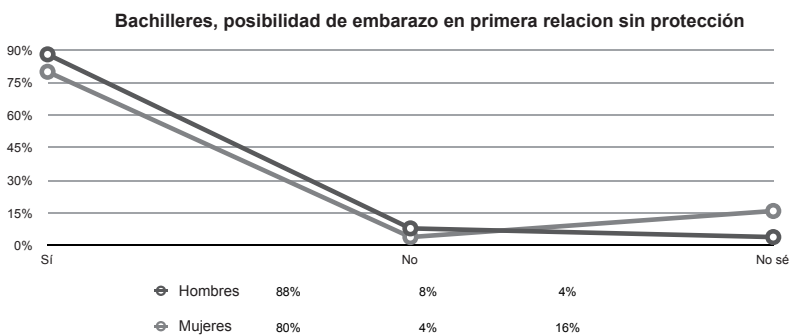
Las mujeres de bachilleres y universidad en un 60 por ciento consideran que el tiempo adecuado para el uso de la píldora es entre la primera hasta las 72 horas; mientras que cuatro de cada diez mujeres considera que debe usarse entre las 10 a 15 horas después de una relación sexual sin protección.

Por su parte, el 80 por ciento de los hombres de la universidad contestaron de manera errónea al referir que la anticoncepción de emergencia debe usarse entre las 10 a 15 horas posteriores a una relación sin protección, en tanto que el 20 por ciento de los hombres de este mismo nivel académico considera que debe tomarse entre la hora hasta las 72 horas, lo que nos muestra que los hombres, a pesar de que están cursando un nivel académico universitario no saben de qué manera se usa la anticoncepción de emergencia, y refuerza la suposición de que la población masculina cree que las responsabilidades reproductiva y anticonceptiva es exclusivamente de las mujeres.

Entre uno de los funcionamientos de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE), la población estudiantil de nivel bachillerato encuestada manifestó en gran medida que impide la fecundación, mientras que un porcentaje menor considera que provoca un aborto; el 32 por ciento de las mujeres de bachilleres dice no saber cómo funciona la PAE.

POSIBILIDADES DE EMBARAZOS

El alumnado de las dos instituciones educativas en donde se aplicó la encuesta, dijo que una mujer puede embarazarse en su primera relación sin protección. El 68 por ciento de las y los universitarios consideraron que sí existe una alta posibilidad de embarazo al tener una relación sin protección cuando es su primer acto sexual; en tanto que 80 por ciento y más jóvenes de bachilleres manifestó de manera afirmativa la posibilidad de embarazo, tal como se aprecia en las graficas siguientes:



Es interesante observar en las gráficas anteriores que las y los alumnos del bachillerato tiene mayor información acerca de las posibilidades de embarazo en la primera relación sexual, en oposición a los estudiantes del nivel universitario, quienes en un 28% (hombres) y 24% (mujeres), cree que las posibilidades de embarazo en una primera relación sexual es mínima o nula.

EMBARAZOS NO DESEADOS

De acuerdo con la perspectiva del estudiantado de ambas instituciones educativas, consideran que los factores que propician un alto índice de embarazos no deseados son resultado del poco acceso a la información sexual y servicios de salud de calidad, con un porcentaje alto del 60 por ciento en ambos casos y géneros, según expresa la tabla siguiente:

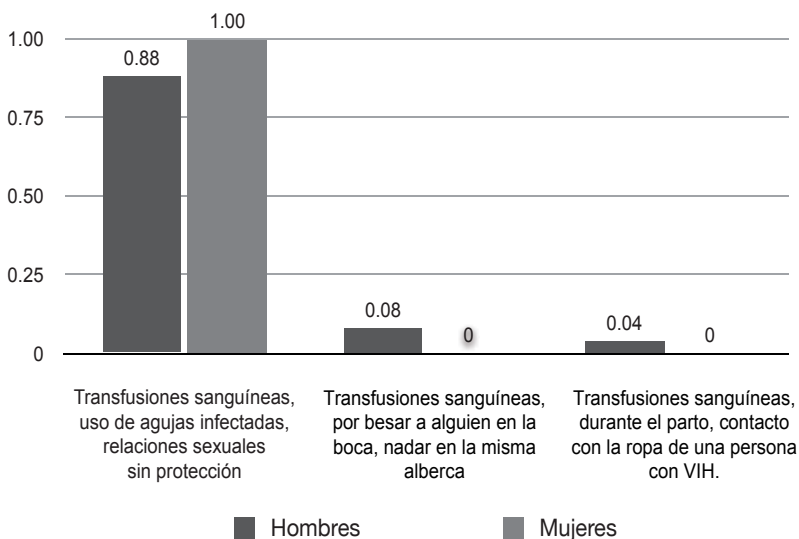
Índice de embarazos no deseados	COBACH		UIIM	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Poco acceso a la información sexual y servicios de salud de calidad	68%	76%	60%	76%
Libertinaje y falta de valores	12%	4%	12%	4%
Irresponsabilidad e indiferencia	20%	20%	28%	20%

Resulta interesante notar que, la indiferencia e irresponsabilidad son considerados factores que propician los embarazos no deseados casi en un mismo porcentaje de respuesta, con un 20 por ciento entre el estudiantado cautivo de Pichátaro, salvo el 28 por ciento de los hombres universitarios que así lo considera.

ACERCA DEL VIH

En cuanto a los medios de transmisión del VIH, la mayor carga porcentual fue para el alumnado de ambas instituciones educativas que respondieron que las transfusiones sanguíneas, uso de agujas infectadas y relaciones sexuales sin protección, tal como se muestra en las siguientes gráficas:

Universidad. Medios de transmisión del VIH



Las mujeres de la universidad consideran en un 100 por ciento como única vía de prevención de alguna infección el uso correcto del condón; no así el 12 por ciento de los hombres universitarios, que atribuyen que la fidelidad puede ser una vía de prevención.

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

La población encuestada de las escuelas de Pichátaro seleccionó las siguientes frases como una referencia a alguno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, mismo que nos pueden dar una idea del nivel de cercanía de esa población con aquellos derechos humanos relacionados con el ejercicio de su sexualidad. A continuación se muestra la tabla de respuestas en torno a ese apartado:

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES INDÍGENAS

Frases que se Refieran a un derecho sexual	COBACH		UIIM	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad	68%	72%	36%	52%
Vivir libre de violencia sexual	48%	48%	24%	48%
Informar a mi familia sobre el tipo de educación sexual que recibo para que ellos lo aprueben	32%	20%	20%	32%
Besarme y abrazarme con mi chavo (a) en lugares públicos	28%	8%	16%	0%
Exigir respeto a mi intimidad y a mi vida privada	52%	84%	28%	56%
Decidir el número de hijos que quiero tener y el momento en que quiero tenerlos	60%	56%	28%	72%
Intentar convencer a una persona homosexual para que cambie de preferencia	0%	0%	12%	0%
Recibir información religiosa sobre sexualidad en la escuela	20%	8%	8%	28%
Tener las mismas oportunidades de educación y empleo, sea un hombre o una mujer	44%	36%	12%	76%
Participar en la elaboración de propuestas en política pública sobre sexualidad.	52%	40%	16%	48%
Recibir los servicios de salud sexual que deben ser gratuitos, confidenciales y de calidad	92%	80%	24%	76%
Experimentar mi sexualidad tocando el cuerpo de quien yo quiera sin su consentimiento	16%	0%	12%	0%

El cuadro presenta sólo los porcentajes de personas que respondieron que sí a la pregunta, por ejemplo, en la primera fila el 68 por ciento de los hombres de COBACH consideran que es un derecho sexual decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad. El restante 32 por ciento no lo considera así. Etcétera. Los siguientes cuadros presentan el mismo tipo de porcentaje.

El cuadro anterior resulta muy revelador en cuanto a la percepción del alumnado de nivel bachillerato y universitario en relación con los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los jóvenes. En primera, observamos que en general las mujeres de ambos planteles educativos tienen más conocimientos acerca de lo que consideran un derecho respecto a su sexualidad, por ejemplo, el 72 por ciento de mujeres estudiantes de nivel bachillerato dicen que “Decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad”, es un derecho, y el 52 por ciento de las universitarias también lo cree, frente a las respuestas de los hombres de ambos planteles que es el 68 por ciento (nivel bachillerato) y el 36 por ciento (nivel universitario) quienes piensan eso. Lo que nos indica que son las mujeres jóvenes de esa región quienes tienen más conciencia acerca de los derechos humanos que permiten tener una sexualidad libre y placentera, y reducir los embarazos no deseados, los abortos practicados en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual. Por otro lado, también resalta a la vista el que 12 por ciento de los hombres de la Universidad consideren que es un derecho el “intentar convencer a una persona homosexual para que cambie de preferencia”, así como “experimentar mi sexualidad tocando el cuerpo de quien yo quiera sin su consentimiento”, este último también considerado un derecho por parte del 16 por ciento de los estudiantes hombres del bachillerato, lo que pone de manifiesto las actitudes machistas y contrarias a los derechos humanos que tiene una parte de la población de hombres de la comunidad.

Por otro lado, creímos relevante conocer cuáles son las percepciones de algunas/os jóvenes de Pichátaro frente al embarazo en la adolescencia; para ello, les planteamos una situación hipotética que nos permitiera saber por qué motivo una joven se vio involucrada en una situación de este tipo.

El caso es el siguiente: “Rosa María, estudiante de prepa, se enteró que estaba embarazada, ella no lo deseó ni lo planeó. ¿Cuáles consideras que son los principales factores por los que ella está viviendo esa circunstancia?”.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES INDÍGENAS

Embarazo no planeado	COBACH		UIIM	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Por irresponsable	76%	44%	32%	28%
Por no tener toda la información suficiente para prevenirlo	56%	68%	40%	80%
Por libertinaje	28%	20%	8%	4%
Por no tener posibilidades de negociar el uso del condón	36%	52%	12%	4%
Por tener diversas parejas sexuales	20%	16%	8%	8%
Por ser infiel	24%	4%	8%	4%
Porque el método anticonceptivo usado falló	28%	40%	12%	36%
Para salirse de su casa	0%	0%	0%	4%
Por miedo a usar algún método anticonceptivo	48%	32%	8%	32%
Por no tener dinero para comprar un método anticonceptivo	56%	8%	4%	24%

Resulta interesante observar que la mayoría los hombres estudiantes de nivel bachillerato creen que Rosa María se embarazó por irresponsabilidad (76 por ciento), en contraste, el 68 por ciento de mujeres de ese mismo nivel educativo, plantea que fue por no tener toda la información suficiente para prevenirlo.

También se exploró sobre otros aspectos de la sexualidad, como algunas de sus expresiones en público. Inquirimos: “Las parejas que acostumbran a besarse y acariciarse en la calle, el parque y la escuela deben tomar en cuenta que”:

Parejas y prácticas afectivas	COBACH		UIIM	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Es un derecho pero se deben cuidar las “buenas costumbres”	44%	48%	48%	48%
Es un derecho sin importar su preferencia sexual ni edad	24%	32%	28%	8%
Es un derecho siempre y cuando no haya niños cerca	32%	20%	24%	44%

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES INDÍGENAS

La consideración que tienen las mujeres sobre los hombres y viceversa evidencia una fuerte carga de género, reflejado en la siguiente tabla:

Mujeres jóvenes en mi comunidad	COBACH	
	hombres	mujeres
No deben salir solas a la calle	16%	0%
Realizan las labores domésticas	20%	48%
Tienen las mismas oportunidades de estudiar que los hombres	12%	8%
No deben trabajar fuera del hogar	28%	16%
Pueden tomar decisiones para el bienestar común	8%	8%
Trabajan en el campo	0%	0%

La consideración que tienen las mujeres sobre los hombres y viceversa evidencia una fuerte carga de género, reflejado en la siguiente tabla:

Hombres jóvenes en mi comunidad	COBACH	
	hombres	mujeres
Se reúnen para beber alcohol	32%	28%
Realizan labores domésticas	0%	0%
Inician su vida sexual con trabajadoras sexuales	8%	16%
Trabajan en el campo	36%	16%
Pueden tomar decisiones para el bienestar común	4%	24%
Solucionan los conflictos por medio de la violencia	20%	16%

Para finalizar la exposición de la encuesta en torno a la población estudiantil de bachilleres, se les preguntó a través de algunos enunciados que tienen que ver con situaciones vividas referentes a la sexualidad. El alumnado consideró lo siguiente:

En ambos casos, tanto hombres como mujeres manifestaron haber tenido su primera relación sexual con personas del sexo opuesto, es decir, relaciones heterosexuales.

- Sólo 3 de los 7 estudiantes hombres dijo usar condón en sus relaciones; mientras el resto, es decir 4 alumnos no usan condón por considerar que no se siente lo mismo.
- Las 4 mujeres de la Universidad que dijeron que tienen una vida sexual activa no usan condón porque sus parejas no quieren usarlo, dicha situación provoca que estén expuestas a un embarazo o riesgo de infección.
- Sólo un caso de los hombres universitarios que manifestaron haber tenido relaciones sexuales, recurrió a la PAE quien confirmó que fue por ruptura de condón.
- Las 4 estudiantes universitarias que dijeron haber tenido relaciones sexuales hasta la fecha no han pensado en practicarse un aborto en caso de un embarazo no deseado.
- En sus relaciones sexuales los y las estudiantes manifestaron que no usan condón; los hombres dijeron que no se siente lo mismo; en tanto que las mujeres dicen que su pareja no quiere usarlo y una dijo que no se siente lo mismo usando condón.
- De acuerdo a las 4 mujeres y 7 hombres que han tenido relaciones sexuales, sólo 2 hombres dijeron haber asistido al centro de salud para atenderse.
- Las mujeres y hombres de la Universidad expresaron que no se han realizado la prueba del VIH al asegurar que no creen tenerlo.

El 100 por ciento de las mujeres encuestadas dijeron respetar a su pareja en su decisión de tener relaciones sexuales. El 64 por ciento de los hombres manifestaron que intentarían convencer a su pareja para tener una relación sexual; mientras que el 32 por ciento optarían por respetar la decisión al momento de decidir por una relación sexual.

Para tener relaciones sexuales	UIIM	
	hombres	mujeres
Intentarías obligarlo (a)	4%	0%
Respetarías su decisión sin condiciones	32%	100%
Tratarías de convencerlo (a)	64%	0%

Sobre la consideración que tiene las mujeres hacia los hombres y viceversa respecto a la vivencia cotidiana en su comunidad, expresaron que:

Las mujeres jóvenes en mi comunidad	UIIM	
	hombres	mujeres
No deben salir solas a la calle	8%	0%
Realizan las labores domésticas	24%	12%
Tienen las mismas oportunidades de estudiar que los hombres	12%	32%
No deben trabajar fuera del hogar	24%	0%
Pueden tomar decisiones para el bienestar común	20%	36%
Trabajan en el campo	0%	0%
Deben llegar vírgenes al matrimonio	12%	20%

En cuanto a la percepción que tienen las mujeres sobre los hombres respecto a la vivencia cotidiana en su comunidad, expresaron que:

Los hombres jóvenes en mi comunidad	UIIM	
	hombres	mujeres
Se reúnen para beber alcohol	32%	28%
Realizan labores domésticas	0%	0%
Inician su vida sexual con trabajadoras sexuales	0%	0%
Trabajan en el campo	12%	4%
Pueden tomar decisiones para el bienestar común	44%	68%
Solucionan los conflictos por medio de la violencia	12%	0%

En cuanto las situaciones vividas que han tenido las estudiantes y los estudiantes para reforzar su información de los temas de salud sexual y sexualidad, respondieron los siguientes:

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES INDÍGENAS

Situaciones vividas	UIIM	
	hombres	mujeres
He participado voluntariamente en alguna actividad escolar relacionada con la difusión de información sobre salud y sexualidad	52%	48%
He tomado algún taller, plática, conferencia organizada por la escuela relacionada con mi sexualidad	32%	44%
He dejado de abrazar o besar a mi pareja dentro de la escuela para que no me llamen la atención las autoridades del plantel	0%	0%
Me han agredido en la escuela, mi trabajo o al interior de mi familia por manifestar mi preferencia u orientación sexual	0%	0%
He acudido al centro de salud a solicitar información o servicios relacionados con mi sexualidad o salud sexual	16%	8%
Me he sentido violentado/violentada sexualmente por compañeros/as o personal de la escuela	0%	0%

CONSIDERACIONES FINALES

A manera de conclusión podríamos mencionar que, desde las instituciones de educación en la comunidad, tanto de bachilleres como en la Universidad, tal como lo respaldan las narrativas de las autoridades de los planteles, no se cuenta con una estrategia articulada e institucionalizada para brindar información acerca de salud sexual y reproductiva a la población estudiantil, mediante programas, ferias informativas, enlace con servicios de salud, sensibilización de personal docente o curricula educativa. En el bachillerato se han realizado acciones en conjunto con el Centro de Atención Rural del Adolescente (CARA), lo que ha favorecido la el que las y los jóvenes tengan mayor información acerca del uso del condón y de otros métodos anticonceptivos, sin embargo los esfuerzos no se han institucionalizado. Tampoco se ha evaluado, tanto en el bachillerato como en la Universidad, la importancia de contar con un proceso de sen-

sibilización a su planta docente para incluir algunos aspectos de la salud sexual, por muy básicos que sean, en su práctica académica.

La forma en que la población estudiantil adquiere información sobre los temas en cuestión no proviene de fuentes fidedignas y mucho menos confiables, puesto que recurren a sus amistades para solventar sus dudas. Las instancias oficiales de salud quedan al margen para subsanar dichas inquietudes.

Es interesante observar que la población joven, principalmente del bachillerato, tiene mayor apertura a los temas de sexualidad. Pueden hablar sin temores, miedo o rechazo acerca de la importancia del uso del condón, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual, acerca del inicio de las relaciones sexuales y en torno de la desinformación que permea la sexualidad en las y los jóvenes. Sin embargo, el personal docente con los que tuvimos contacto durante nuestra estancia en Pichátaro, mostraron temor de que se les hablará de sexualidad a las y los estudiantes, aludiendo a la importancia de que se manejen los temas de sexualidad desde la pertinencia cultural. Un profesor de la Universidad Intercultural de Pichátaro menciona lo siguiente al respecto: “Deben hacer énfasis en la importancia de las relaciones sexuales por amor y dentro del matrimonio, y de preferencia no les regalen condones”, como si estas concepciones de la sexualidad dentro del matrimonio pertenecieran a la cultura puerépecha o a la comunidad Pichátaro.

Actualmente observamos que, si bien estas concepciones acerca del ejercicio de la sexualidad, que además son contrarias a los derechos sexuales, están presentes en las personas adultas de la comunidad, las poblaciones de jóvenes reciben de manera diferente los temas de sexualidad, les gusta hablar de ello y lo creen muy útil para su vida, tal como lo muestran las narrativas del estudiante de la Universidad que entrevistamos.

En ese sentido, hemos observado que el Programa Oportunidades, mediante el cual se condiciona el apoyo económico a la participación de las mujeres de la comunidad en pláticas informativas, ha permitido que se abra el diálogo en torno a la sexualidad en la población de la comunidad y ha favorecido también que las y los jóvenes obtengan información por medio de los CARA, quienes también están comprometidos a asistir a sus charlas de sexualidad para que se les dé el apoyo o beca de estudios por parte del Programa

Oportunidades. La concepción de la sexualidad con una visión intercultural o indígena tendrá que estudiarse a profundidad, puesto que los jóvenes que actualmente están estudiando dejan ver que hay una conversión generacional entre las personas adultas, que protegen las costumbres, y la juventud, que quiere experimentar nuevos procesos sociales, erótico-afectivos y culturales.

Existen diferentes datos que nos permiten suponer que la forma en la que suceden las relaciones de género está permeada por los estereotipos que limitan el libre ejercicio de derechos, y que afectan principalmente a las mujeres. Por ejemplo, un número importante de estudiantes considera que las mujeres jóvenes de su comunidad “deben llegar vírgenes al matrimonio” (12% de los hombres y 20% de las mujeres).

Por otro lado, un problema grave, que además es característico en algunas poblaciones indígenas, es el alcoholismo o el alto consumo de alcohol, vinculado a la violencia contra las mujeres que se vive en la comunidad, y que muestra que existe un vínculo entre el consumo del alcohol y la violencia al interior de las parejas o las familias. Esto es por demás interesante, ya que diversas investigaciones han apuntado a esta relación desde dos enfoques; uno que se considera el problema del alcoholismo como causante o detonante de la violencia, y el segundo, que reconoce el vínculo, pero ve el consumo del alcohol como un instrumento utilizado por el victimario y atribuye las causas de la violencia a factores relacionados a la subordinación y desigualdad de género en las mujeres. En ese sentido, Lagunes (1998) menciona que si bien una mujer que vive con un bebedor cotidiano corre cinco veces más riesgos de ser golpeada que aquella que tiene una pareja que no consume alcohol, la mayoría de las agresiones también ocurren sin el influjo de ninguna droga, e incluso aunque los agresores estuvieran drogados u alcoholizados, están conscientes del acto, es decir, no pierden el control a causa del alcohol, tan es así que no violentan a las mujeres en lugares públicos, por ejemplo (Lagunes, 1998).

Ambas visiones son nodales en la atención y prevención de la violencia hacia las mujeres, ya que la primera apunta a prevenir y tratar el alcoholismo como estrategia de erradicación de la violencia de género y la segunda, a generar condiciones de igualdad y equidad de género entre mujeres y hombres a fin transformar el dominio, y en consecuencia, ejercicio de poder de los hombres sobre

los cuerpos de las mujeres en los diferentes ámbitos que van desde lo público hasta lo privado.

Un aspecto que no hay que omitir, es que la comunidad de Pichátaro deberá aprender a vivir con una dinámica de una población flotante de jóvenes que arriban y arribarán, en tanto que las condiciones de su estancia para estudiar sean óptimas, puesto que se ha sabido que los muchachos han llegado a hostigar y acosar a las chavas. También podemos ver que los jóvenes que manifestaron haber tenido ya su primera relación sexual lo han hecho con ciertas condiciones de control sobre sus parejas, al decir que no usan condón porque dicen que no se siente igual.

BIBLIOGRAFÍA

- Michoacán. Enciclopedia de los Municipios de México. Instituto para el Federalismo y el Desarrollo Municipal INAFED; Secretaría de Gobernación, 2010; http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_michoacan
- Elena Zúñiga y Beatriz Zubieta (coordinadoras), *Cuadernos de Salud Reproductiva* Michoacán; Consejo Nacional de Población, primera edición, abril 2001. México.
- Conteo de población 2005: Michoacán. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Michoacán de Ocampo. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Salinas, Eleazar. "El aborto, tema de definición nacional en México". En <http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/s00090102.html>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Gobierno del Estado de Michoacán. Informe sobre Desarrollo Humano Michoacán 2007, México, D. F. 2008. Págs. 169.
- Consuelo Suárez, Enrique Espinosa y Miguel Álvarez. *Monografía de Pichátaro. Proyecto Especial*. CREFAL-OEA. Primera Edición. México, año 1988. Págs. 149.
- Lagunes Huerta, Lucía. "Consumo de alcohol y drogas en la violencia hacia las mujeres" en *LiberAddictus* N 24, Noviembre. México, 1998.

CAPÍTULO 5

SEXUALIDAD Y JUVENTUD EN UN GRUPO DE JÓVENES NAHUAS DE SANTA MARÍA TEOPOXCO, OAXACA

Jessica Reyes Sánchez*

INTRODUCCIÓN

Para la realización del diagnóstico sobre salud sexual y juventudes en el estado de Oaxaca, se utilizaron herramientas antropológicas como la observación participante, diario de campo, entrevistas, y la revisión de fuentes primarias y secundarias. Las entrevistas que se llevaron a cabo fueron dirigidas a personal docente, personal de salud y estudiantes. Se aplicó un cuestionario sobre conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas al ejercicio de la sexualidad en personas jóvenes; en total 43 cuestionarios fueron aplicados a alumnos de quinto semestre; la media de la edad de las y los estudiantes fue de 17 años; el 90% habla náhuatl y aproximadamente el 40% de ellos realiza una actividad extra para obtener ingresos económicos; principalmente se dedican al trabajo en el campo. Además se realizaron dos grupos focales entre los alumnos de ese mismo semestre con la intención de profundizar en la percepción de las y los jóvenes respecto al género y la sexualidad.

Cómo primera parte de este diagnóstico presentamos el contexto cultural de la región, y enfatizamos algunas particularidades

* Colaboradora del Programa Jóvenes, Salud Sexual y Derechos de Sipam.

de la sierra mazateca y de Santa María Teopoxco. Como segunda parte de este diagnóstico presentamos la sistematización de los instrumentos aplicados, a partir de lo cual realizamos un recuento sobre la percepción de la sexualidad en un grupo de jóvenes del Bachillerato Intercultural No. 19 de Santa María Teopoxco.

ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE OAXACA

El estado de Oaxaca se localiza en el sur del país; colinda al norte con Puebla y Veracruz; al este con Chiapas; al sur con el Océano Pacífico y al oeste con Guerrero. Cuenta con 570 municipios, lo cual lo coloca a nivel nacional como el estado con mayor número de estos. Según el censo de población y vivienda del año 2010, la entidad cuenta con 3 801 962 habitantes, de los cuales, 1 819 008 son hombres y 1 982 954 son mujeres lo que equivale al 47.8% y al 52.2% respectivamente. Con base en ese mismo censo, sabemos que hay 409 308 adolescentes entre los 15 y 19 años, lo que equivale 10.8%, de los cuales 50.7% son mujeres (207 mil 688) y 49.3%, hombres (201 mil 620).

Oaxaca ocupa el tercer lugar nacional en índices de marginalidad en su población, lo cual lo coloca como uno de los estados con mayor pobreza. En el estado, 178 municipios son considerados como foco rojo de expulsión de mano de obra. Por lo anterior, el proceso migratorio se encuentra presente en mayor o menor medida en toda la entidad. Según la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) aproximadamente un millón de oaxaqueños han emigrado; en mayor proporción el destino final es Estados Unidos, mientras que al interior del país los destinos más recurrentes son el Distrito Federal y Estado de México.

Según la CDI (2008) la proporción de población indígena en el estado es de 47.9% que corresponde al 14.5% a nivel nacional. Oaxaca se caracteriza por ser de los estados con mayor pluralidad cultural, pues conviven 18 grupos étnicos¹. De dichos grupos 16 grupos son originarios de la región y algunos otros han migrado a la

¹ Dichos grupos son: zapotecos, mixtecos, mixes, triquis, chantinos, huaves, mazatecos, chiantecos, amuzgos, nahuas, chontales de Oaxaca, cuicatecos, ixcatecos, chocholtecos, tacuates, afromestizos de la Costa Chica y zoques de Oaxaca.

entidad, asentándose definitivamente en ella. Así tenemos que en Oaxaca se hablan aproximadamente 26 lenguas indígenas distintas, el número de hablantes es de aproximadamente 1 120 312 personas. Lo anterior dota al estado de una alta diversidad cultural, elemento que hay que tener en cuenta cuando se busca desarrollar acciones en la región.

LA CAÑADA MAZATECA

La región de la cañada mazateca se conforma por 45 municipios integrados en los distritos administrativos de Teotitlan de Flores Magón y Cuicatlan. Dicho territorio se divide tradicionalmente en dos áreas, conocidas como alta y baja mazateca, y presentan características socioculturales diferenciadas. La región baja, que comprende parte de la Sierra Madre Oriental, es donde se concentra el mayor número de mazatecos que viven en bosques y lomeríos de cerros. Otra de las características de la región es que cuenta con múltiples arroyos que alimentan los ríos Huehuetlan, Petlapa y Santo Domingo, entre otros.

Según la CDI (2008) la población de esta región está estimada en 173 922 habitantes. La población indígena representa el 87% del total de habitantes. Hay que destacar que la mayoría de los municipios de la cañada mazateca presentan porcentajes superiores al 70% de población indígena, mientras que 33 de los 45 municipios muestran este rango de población; sólo en dos el porcentaje de población indígena es inferior al 30%. Lo anterior es fundamental, pues dota a la región de características socioculturales que hay que revisar al momento de trabajar con temas de salud sexual y derechos.

Según datos de la CDI (2008) los municipios con mayor proporción de indígenas también tienen el mayor promedio de hijos nacidos vivos. Destacan Santa María Teopoxco, Santiago Texcancilgo, Eloxochitlan de Flores Magón, Santa María la Asunción y San Martín Toxpalan, con porcentajes de 2.9% para los dos primeros y para los restantes de 2.8%. En cuanto a acceso a servicios de salud está documentado que en la zona de la cañada existe poco acceso, según lo informado por la CDI; Santa María Teopoxco se encuentra en el sexto sitio entre los municipios donde la población tiene poco acceso a la salud.

En la región mazateca la mayoría de las personas económicamente activas se dedican al sector primario, ubicándose la agricultura temporal como la principal ocupación, con un porcentaje del 78%, aunque gran parte de la población se emplea en las ramas de las manufacturas, el comercio y los servicios. Las actividades del sector secundario y terciario son realizadas en su mayoría por mujeres. En la cañada mazateca la población indígena económicamente activa se conforma por 54 011 personas, de las cuales 53 740 están ocupadas y 271 desocupadas. 62 277 personas no forman parte de la población económicamente activa. Dicho grupo se conforma principalmente por mujeres, ya que de cada 100 personas que no son económicamente activas 76 son mujeres y 24 son hombres.

La cañada mazateca sigue siendo predominantemente un territorio exclusivo de la etnia mazateca, aunque han convivido con diferentes grupos, como cuicatecos, los chinantecos, los nahuas y los mixtecos. Dicha heterogeneidad étnica es muy visible en las zonas altas; en las tierras bajas la situación interétnica varía en relación con el contacto con regiones mestizas y otros grupos indígenas, principalmente chinantecos y nahuas.

Los mazatecos son el tercer grupo etnolingüístico más numeroso de Oaxaca, de los cuales 106 524 residen en la región de la cañada. Los mazatecos se distribuyen en dos regiones conocidas como la Sierra y Tierra Caliente. Los mazatecos de la Sierra están vinculados económicamente a Tehuacán, Puebla, y los de Tierra Caliente están ligados comercialmente a Tuxtepec y Tierra Blanca, Veracruz. Ambas regiones comparten a la ciudad de Huatla como capital interna de la región mazateca.

Los nahuas de Oaxaca, etnia a la que corresponden mayoritariamente los habitantes de Teopoxco, representan el tercer grupo de importancia en la región, Los hablantes de náhuatl que habitan en la región son aproximadamente 7 877 personas, que residen preponderantemente en cinco municipios: Santa María Teopoxco, Santiago Texcalcingo, Treotilan de Flores Magón, San Martín Toxpalan y San Antonio Nanahuatipam. El empleo de elementos culturales nahuas es una constante en estos municipios, lo cual es interesante pues aquí podemos ver cómo conviven cercanamente la cultura mazateca y la náhuatl.

SANTA MARÍA TEOPOXCO

La comunidad elegida para realizar el diagnóstico fue Santa María Teopoxco, que según el INEGI (2010) cuenta con 3 693 400 hectáreas. Se localiza al noreste de la ciudad de Oaxaca, en la región de la Cañada mazateca, en el distrito de Teotitlán de Flores Magón. La población total del municipio es de 4,651 habitantes, de los cuales el 53% son mujeres y el 47% son hombres. El municipio colinda al norte con Santiago Texcalcingo y San Juan Cuautla Coyomeapan, Puebla; al noreste colinda con San Francisco Huehuetlán; al este, con San Jerónimo Tecóatl; al sur colinda con San Martín Toxpalan y al este con Teotitlán de Flores Magón.

La población Santa María Teopoxco pertenece a la etnia náhuatl y se habla la variante náhuatl del istmo. Lo anterior es un elemento interesante de análisis pues en los municipios aledaños predomina la etnia mazateca. Entre las características culturales de la comunidad destaca la interpretación de música con violines y guitarra en los días de muertos, en bodas y velorios. También se conservan tradiciones y rituales como el día de muertos y la ceremonia en el Cerro Pelón o Xitlatsin, que es la montaña más alta del municipio (la ceremonia consiste en un rito de petición de lluvias).

En cuanto a prevención y atención de la salud sabemos que algunas personas de la comunidad acuden con curanderos para aliviar malestares como el “mal de aire”, la envidia, “sustos”, “mal de ojo”, entre otras enfermedades sobrenaturales. Los curanderos tratan dichos padecimientos a través de las hierbas y limpiezas.

En la comunidad existen parteras para asistir a las mujeres embarazadas tanto en el cuidado del embarazo como en el parto. Tanto los curanderos como las parteras ofrecen servicios a domicilio, que incluyen las famosas sobadas para quienes sufren de alguna fractura. En Santa María Teopoxco existen servicios de salud controlados por el estado, aunque una de las limitantes es que no todas las personas de la comunidad cuentan con seguridad social que les permita acceder a dichos servicios. A continuación enumeramos los servicios de salud con que dispone la comunidad.

Cuadro 1.
Servicios de salud en Santa María Teopoxco

Localidad	Institución de Salud
Santa María Teopoxco	IMSS – Coplamar – Solidaridad
Villa Nueva	Centro de Salud – SSA
Guadalupe Victoria	Casa de Salud – IMSS
San Nicolás	Casa de Salud – SSA
Los Duraznos	Casa de Salud – SSA
Tecuanapam	Casa de Salud (IMSS – SSA)
Mazatlán	Casa de Salud – IMSS
Tepetitlán	Casa de Salud – IMSS
Cinco Flores	Casa de Salud – SSA
Buena Vista	Casa de Salud – SSA
Tepec	Casa de Salud – SSA
Chiapas	Casa de Salud – SSA
Altamira	Casa de Salud – SSA
Cerro de las Plumas	Casa de Salud – SSA
Huixtla	Casa de Salud – IMSS
Ayacautla	Casa de Salud – IMSS

Nota: Basado en el diagnóstico sobre la comunidad realizado por los académicos del BIC19.

Los servicios educativos existentes en Teopoxco abarcan desde la educación preescolar hasta la educación media superior. El servi-

cio de educación básica que proporciona el Estado se encuentra relativamente cubierto en el municipio. Al considerar el rango de edad escolar de nivel básico, se encuentra que el 97.3% de niños entre 5 y 14 años asiste regularmente a las escuelas de los barrios comprendidos en el municipio de Santa María Teopoxco; adicionalmente, el nivel de analfabetismo no es muy alto, pues el 20.11% del total de la población no sabe leer y escribir, de este grupo el 6.65% son hombres y el 13.45% son mujeres. La cobertura de los servicios educativos se encuentra distribuida de la siguiente forma:

Cuadro 2.
Cobertura de servicios educativos en Santa María Teopoxco

Localidad	Jardín de Niños	Esc. primaria	Esc. Telesecundaria	Media superior
Santa María Teopoxco	1	2	1	1
Villa Nueva	1	1	1	
Tecuanapam	1	1	--	
Tepetitlan	1	1	1	
Buena Vista	1	1	--	
Chiapas	1	1	--	
Altamira	1	1	--	
San Nicolás	-	1	--	
Cerro de las Plumas	1	1	--	
Los Duraznos	--	1	--	
Cinco Flores	1	1	--	

Nota: Cuadro basado en el diagnóstico comunitario elaborado por alumnos y profesores del BIC 19.

EL BACHILLERATO INTEGRAL COMUNITARIO NO. 19 DEL COLEGIO SUPERIOR PARA LA EDUCACIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL DE OAXACA

El Bachillerato Integral Comunitario de Santa María Teopoxco, se basa en el Modelo de Educación Integral Indígena (MEII), regulado por el Colegio Superior para la Educación Integral Intercultural de Oaxaca (CSEIIO). Dicho proyecto surge como una manera de brindar educación de calidad, con la idea de potencializar las habilidades y conocimientos de las y los jóvenes de la región y que a su vez estos coadyuven a proponer alternativas que beneficien las necesidades específicas de la comunidad. Los actores que participan en este proyecto son tanto padres de familia, estudiantes, profesorado, autoridades gubernamentales locales y estatales, preservando la identidad cultural, el modo de vida y organización de la comunidad. El bachillerato entra en funciones en el año 2007 con un promedio de 120 estudiantes y una jornada escolar que inicia a las 7:00 hrs. y concluye a las 15:30 hrs. Los estudiantes pasan casi todo el día en el plantel, pues los docentes les ayudan y supervisan sus tareas.

Durante el trabajo de campo que se realizó en la región pudimos observar que tanto las autoridades académicas, profesores, alumnado y gente de la comunidad se encuentran muy comprometidos con el desarrollo de las actividades académicas y extracurriculares del plantel, con énfasis en la conservación de las culturas originarias de la zona². Lo anterior abona a los objetivos principales del BIC, que son descritos en el testimonio siguiente:

El BIC, como institución educativa maneja dentro de su programa y plan de estudios precisamente el rescate de la cultura. De hecho es una esencia del bachillerato, es como el pilar de que tienen que atender las necesidades culturales, rescatando sobre todo la lengua, las

² La vinculación con un colectivo radiofónico surgió del proyecto de radio Teopoxco y a través de las aportaciones de la comunidad y del plantel se edificó una cabina para transmitir los programas de radio. La programación y elaboración de los contenidos se encuentra a cargo de los alumnos y algunos docentes y el objetivo principal es hacer rescate y visibilización de las cultura náhuatl y mazateca, por ello se invitan a diversos personajes de la comunidad para los programas en vivo.

culturas. Los chavos han estudiado precisamente las costumbres de la comunidad, las artesanías y llevan una asignatura de lengua materna, en este caso el náhuatl y el mazateco. De hecho es la filosofía del bachillerato, el rescate de la cultura (Luis³, profesor del BIC 19).

Un factor importante en el desarrollo de las actividades del BIC 19 son las visitas que constantemente reciben de Organizaciones Civiles, instancias académicas y colectivos de diversa índole que imparten talleres y capacitaciones dentro de las instalaciones del plantel. Lo anterior genera condiciones muy favorables para que se puedan tratar temas de salud sexual y salud reproductiva, pues hay interés tanto de autoridades del plantel como padres de familia para que las y los jóvenes del plantel reciban información sobre los mencionados temas.⁴ Al preguntar a los profesores las limitantes que existen en la comunidad para que las y los jóvenes accedan y concluyan los estudios de bachillerato, factores como la distancia, marginación y problemas económicos fueron los más citados. A continuación tenemos dos testimonios que dan cuenta de ello.

Primero, pues el que son distancias muy largas que tienen que recorrer. A veces eso los desmotiva, caminar diario. Y tú sabes que estamos clavados en la sierra, entonces el clima de repente es muy variable, tantito llueve, hace calor, aunque predomina más el tiempo de lluvia. Yo creo que eso, las distancias, el tiempo, a veces también la misma marginación que se vive en las comunidades; y cuando hablamos de marginación estamos hablando también de que pues hay gente que sí está en alta marginación y eso genera la desnutrición y a veces optan por mejor trabajar, ¿no? Para tener recursos para sostenerse. Aparte ellos mismos creen que terminando la secundaria es directamente irse a México a trabajar a la central. Es a donde más van los muchachos de Teopoxco (Luis, profesor del BIC 19).

³ Los nombres de los informantes fueron asignados por la autora para proteger su anonimato.

⁴ Hay que mencionar que a través del Programa Construye-T y del Programa Oportunidades el alumnado recibe pláticas sobre métodos anticonceptivos, VIH/Sida y embarazo adolescente, lo que da a las y los jóvenes elementos básicos para que reflexionen sobre la salud sexual y salud reproductiva.

De la situación geográfica de la comunidad, la mayoría de los jóvenes vive en lugares que tienen que caminar una hora, dos horas o hasta tres. Aunque de algunos años para acá están funcionando el bic, los padres como que están cambiando su forma de pensar, ya la mayoría, ya que vio que la escuela está funcionando, la mayoría pues sí, como que le está cayendo el veinte y dicen: no pues sí, vete a estudiar, ahí está la escuela y ya algunos dicen no quiero que seas como yo ¿no? Campesino (Antonio, profesor del BIC 19).

JUVENTUD, SEXUALIDAD Y DERECHOS EN SANTA MARÍA TEOPOXCO

La juventud es una construcción cultural que se encuentra determinada por época histórica y contexto cultural. Por ello, cuando se elaboran políticas públicas dirigidas a este sector de la población, es importante tomar en cuenta las determinantes culturales para que las intervenciones que se realicen sean efectivas. Vivir la juventud en un contexto rural e indígena, da características que hay que tomar en cuenta al momento de realizar trabajos de intervención en dichas zonas. Por lo anterior, fue fundamental preguntar a las y los jóvenes de Teopoxco su percepción sobre la juventud y su vivencia en una zona indígena, lo cual permitirá tener elementos para generar estrategias que beneficien su salud sexual y salud reproductiva.

Al realizar el análisis de las encuestas y de las entrevistas pudimos notar que una idea que permea entre las y los jóvenes de Teopoxco en zonas rurales e indígenas es que se vive de manera más sana y tranquila en comparación con la vida en zonas urbanizadas.⁵ Un elemento a resaltar que mencionaron los estudiantes fue la solidaridad comunitaria, pues afirmaron que tanto adultos como jóvenes, al ver que alguien tiene alguna dificultad, le ayudan aunque no sea de su familia.

Se consideran a sí mismos como personas muy trabajadoras, tímidas (sobre todo las mujeres) y opinan que no tienen vicios como

⁵ Las y los estudiantes afirmaron que algunos jóvenes, después de visitar una ciudad, la vida en comunidad les parece un poco aburrida y notan que en otras ciudades hay más tecnología y mercancías pero consideran que la vida en Teopoxco es más tranquila por lo que deciden quedarse en la comunidad.

en las ciudades,⁶ los hombres tienen más tiempo libre y pueden estar más tiempo fuera de sus casas a diferencia de las mujeres, que tienen que permanecer en casa y ayudar con las labores domésticas. Los pasatiempos para los ratos de distracción son jugar basquetbol, caminar en la plaza del pueblo y comer un elote y en algunos casos visitar a las y los amigos en sus casas.

Una característica en la que estuvieron de acuerdo las y los estudiantes es que los hombres jóvenes de la comunidad son machistas, elemento que como se puede ver en el testimonio siguiente es inculcada a través de la familia.

Pues los hombres son machistas, porque a la vez también en sus casas han recibido educación. Más bien los papás de sus papás también recibieron esa educación y así se va transmitiendo y por eso también los hijos son así. En cambio, si los papás les inculcaran a sus hijos a hacer cosas que son de mujer pues a lo mejor también lo harían (María, 17 años).

Consideran que las mujeres y hombres tiene las mismas oportunidades de estudiar. Si bien existen hombres machistas, ahora los padres se dieron cuenta de la importancia de que las mujeres estudien el bachillerato y busquen opciones para realizar estudios universitarios.

Yo creo que sí, bueno ahora como que ya está cambiando todo mejor, quieren que la mujer estudie porque luego yo he visto que las mujeres sobresalen y los hombres a veces como que les vale y mejor juntan o se van a trabajar y así confían mejor ahora en las mujeres... (Susana, 17 años, estudiante de quinto semestre).

Las y los estudiantes comentaron que muchas de las personas jóvenes al no tener oportunidades de trabajar dentro de la comunidad migran hacia la ciudad de México, donde trabajan como "diablos"⁷ en la Central de Abastos, albañiles o empleadas domés-

⁶ Las y los estudiantes opinaron que en Teopoxco no hay problemas de drogadicción, violencia o delincuencia a diferencia de ciudades más cercanas.

⁷ Se denomina "diablero" a la persona, regularmente joven, que ayuda a

ticas. La mayoría migra después de terminar la secundaria, en mayor medida por la falta de recursos para seguir estudiando. Las y los jóvenes que no migran trabajan sobre todo en el campo o en Huatla y regularmente se unen y tienen hijos muy jóvenes. Por lo tanto asistir al BIC representa para los jóvenes una oportunidad importante para buscar trabajos mejor remunerados.

Nos pareció importante preguntar a profesores y personal de salud su percepción sobre las y los jóvenes estudiantes, pues la visión que tienen los adultos sobre las juventudes incide tanto en la elaboración de programas de estudio como en la forma en que se les da los servicios de salud. En general, coinciden en decir que son jóvenes respetuosos, trabajadores, tímidos y que la pertinencia cultural que sirve para potencializar el trabajo académico y de salud que ellos realizan.

Hay muchas características muy buenas, pocas son las así, que digamos, que son malas. Primeramente tienen mucha actitud, disposición, participación, son muy nobles con algunos valores muy cimentados. Yo creo que la misma cultura, la misma etnia náhuatl hace que sean pues un poquito diferentes. Predominan todavía muchos valores, eso nos ha ayudado a trabajar bastante con ellos y a acompañarlos en su proceso de aprendizaje (Antonio, profesor del BIC).

La visión que prevalece en Teopoxco tanto por parte de los estudiantes como de profesores, servidores de salud y comunidad en general es que en las zonas rurales las y los jóvenes son vistos como trabajadores y están menos “maleados” que en las ciudades. Además existe gran interés de parte de las y los jóvenes por conservar la cultura náhuatl de la cual los jóvenes del BIC 19 se sienten muy orgullosos.

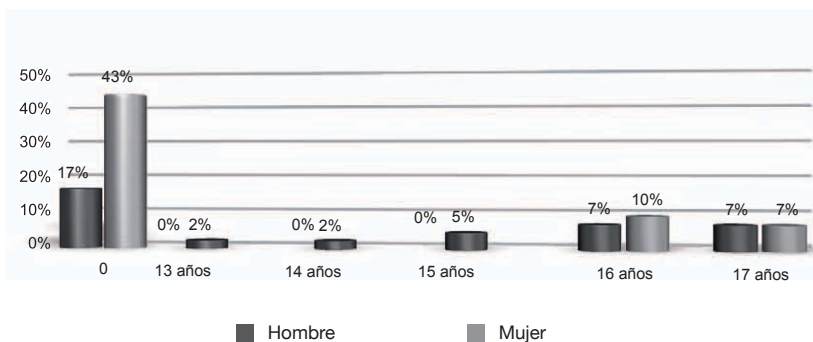
A continuación presentamos algunas de las percepciones que tienen las y los jóvenes estudiantes sobre la sexualidad y los derechos sexuales y derechos reproductivos. Conocer que piensan sobre estos temas las y los jóvenes coadyuvará a que se generen estrategias en salud sexual y salud reproductiva que tomen en cuenta las realidades de las poblaciones en zonas rurales.

quienes realizan compras en La Merced cargando cajas en un carrito de carga conocido popularmente como diablito.

Al preguntar a los estudiantes en que edades consideraban que las y los jóvenes de Teopoxco inician su vida sexual la respuesta inmediata fue que entre los 14 y 16 años. Lo anterior lo saben porque son temas que se comentan entre amigos y amigas. Les preguntamos con que personas inician su vida sexual hombres y mujeres jóvenes y nos comentaron que es con su novio o novia, en la mayoría de las ocasiones son de la misma edad. Les preguntamos si es posible que los hombres inicien su vida sexual con una trabajadora del sexo comercial y comentaron que en Teopoxco no existe el trabajo sexual y que si un joven quiere un “servicio” tiene que ir a otra comunidad.

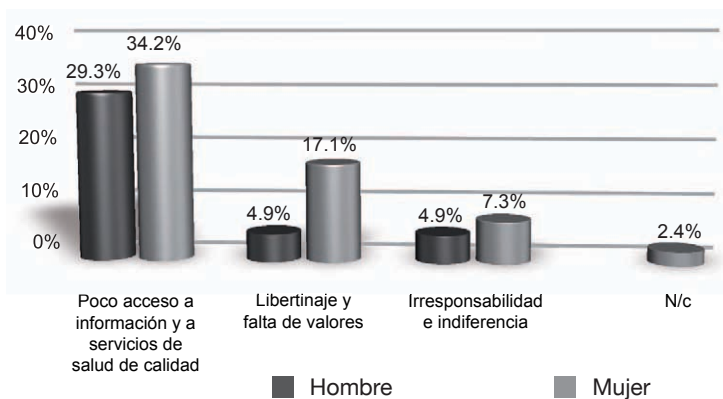
Al sistematizar la pregunta sobre inicio de la vida sexual obtuvimos que el 42.86% de las mujeres y el 16.67% de los hombres no han iniciado ya su vida sexual. Mientras que el 9.52% de las mujeres y el 7.14% de los hombres iniciaron su vida sexual a los 6 años; por otro lado, el 7.14% de las mujeres y el 7.14% de los hombres la inicio a los 17 años. El restante 2.38% de los hombres la iniciaron a los 13 años, el 2.38% de los hombres a los 14 y el 4.76% a los 15 años. Como podemos ver el número de estudiantes que ya iniciaron su vida sexual es relativamente bajo.

Gráfica 1. Inicio de la vida sexual



Al preguntar a los estudiantes las causas que propician alto número de embarazos no deseados:⁸ el 34.15% de las mujeres y el 29.27% de las y los jóvenes respondieron que se debe al poco acceso a la información y la falta de servicios de salud de calidad. Mientras que para el 17.07% de las mujeres y el 4.08% de los hombres consideran que las causas son el libertinaje y la falta de valores; con menos menciones por parte de mujeres y hombres se ubicaron la responsabilidad e indiferencia. Vemos que un porcentaje alto de jóvenes del BIC 19 ubicaron que la deficiente educación sexual y poco acceso a los servicios de salud de calidad son factores que inciden en los embarazos a edades tempranas. Que un porcentaje alto de mujeres consideren que las causas son el libertinaje y la falta de valores nos habla de cómo aún la sexualidad femenina está relacionada, además de a la reproducción, a la normatividad moral vigente que incluye este tipo de mitos.

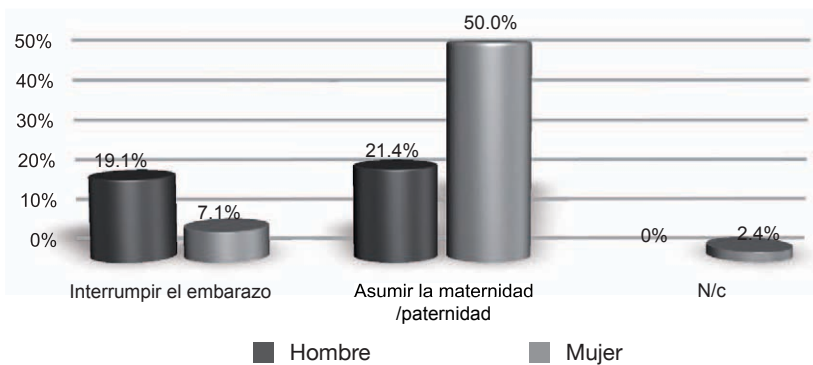
Gráfica 2. Causas de embarazos no deseados.



⁸ Sabemos que algunos de los factores que propician que las personas jóvenes y adolescentes se embaracen a edades tempranas son la falta de educación sexual, el poco o nulo acceso a servicios de salud de calidad, el desabasto de métodos anticonceptivos. Según el Censo de Población y Vivienda de 2010, 686 mil 511 adolescentes (12.4%) tenían al menos un hijo nacido vivo al momento de ser censadas. El embarazo a edades tempranas puede representar algunos problemas para las y los adolescentes; regularmente se encuentra asociado a situaciones de marginalidad y vulnerabilidad para las jóvenes.

Cuando le preguntamos a las y los jóvenes que harían frente a un embarazo no deseado, obtuvimos que el 50% de las mujeres y el 21.43% de los hombres afirmaron que la opción sería asumir la maternidad/paternidad, mientras que el 19.05% de los hombres y el 7.14% de las mujeres consideró que la opción más viable sería interrumpir el embarazo. Al reflexionar sobre el punto anterior podemos notar que la mayoría de las y los jóvenes consideran que continuar con el embarazo es lo que tienen que hacer, mientras que la interrupción del embarazo aún no se ve como una opción frente a los embarazos no deseados. Vemos la importancia de que las y los jóvenes reciban educación sexual que permitan que disminuyan los embarazos no deseados y además reflexionar sobre el aborto como una opción y un derecho frente a los embarazos no deseados.

Gráfica 3. Postura frente a embarazo no deseado.



Sabemos que en zonas rurales el número de embarazos a edades tempranas es alto, por lo tanto le preguntamos a los docentes del BIC 19 si en el plantel han existido casos de embarazo entre las estudiantes. Comentaron que al año aproximadamente hay 2 o 3 casos, lo cual, es un porcentaje menor al compararlo con el número de jóvenes no escolarizadas que se encuentran embarazadas. Comentaron que las alumnas pueden continuar estudiando hasta el momento del parto y se busca que no pierdan el semestre, pues realizan tareas y trabajo desde sus casas hasta que pueden regresar a estudiar.

Hubo un caso de una chica embarazada y el papá no quería que siguiera estudiando. Se dio el proceso de sensibilización y concientización a su papá de por qué era importante que concluyera sus estudios a pesar de que estaba embarazada; el señor, después de tres pláticas, pudo entender y asimilar todo lo que se le estaba comentando y le dio la oportunidad a la muchacha de continuar estudiando. Nosotros como docentes teníamos que impulsar que continuara estudiando porque es un derecho que tienen ellos como jóvenes, el tener estudios de nivel medio superior (Luis, profesor del BIC 19).

Que las autoridades del plantel impulsen que las alumnas continúen sus estudios aún embarazadas, ayuda a ir eliminando el estigma frente a las jóvenes que tienen un embarazo en edades tempranas y a garantizar su derecho al acceso a la educación. En las ciudades regularmente las adolescentes embarazadas son excluidas de los sistemas educativos aduciendo que representan un “mal ejemplo” para los estudiantes, con lo cual se viola el derecho básico a la educación que se encuentra reconocido en la Constitución Política de México. Según los profesores de Teopoxco, el embarazo adolescente en población no escolarizada es muy alto, con una media de 15 años, lo cual nos habla de la necesidad de llevar a la población no escolarizada elementos que permitan que se mejore su salud sexual y salud reproductiva.

Al preguntar en el Centro de Salud que se localiza cerca del BIC 19, sobre el número de jóvenes embarazadas obtuvimos la siguiente información:

Por ejemplo, yo ahorita tengo embarazaditas... 23 embarazaditas. Pero así como van naciendo los bebés, pues se van embarazando las chicas. Así que, ¿cómo le diré?, van disminuyendo y vuelven a subir. Entonces no le puedo decir exactamente qué cantidad de embarazadas hay con seguridad (Roberto).

Los embarazos a edades tempranas asociadas a la pobreza y la marginación pueden resultar en complicaciones que pongan en peligro la salud de las jóvenes y que pueden desembocar en muertes maternas. Por ello, es importante realizar acciones de prevención de embarazos y seguimiento a las jóvenes que se embarazan a edades

tempranas. Según nuestra informante, tampoco hay casos de muertes maternas en mujeres jóvenes:

Bueno, aquí no ha habido ninguna muerte materna en adolescentes y no esperamos eso porque lo que les recomendamos, si ya está embarazada, es que tiene que venir a la unidad para llevar su control prenatal; cada mes debe de venir. Tiene que venir hasta los nueve meses y en los partos pues inclusive está penado las muertes maternas. Ninguna embarazada debe fallecer y por eso es que le recomendamos que tienen que venir. Inclusive está el hospital de Huautla y ahí está el laboratorio y ahí se les manda a que se les tome su ultrasonido. Para nosotros son muy importantes las embarazaditas y por eso llevamos su control natal (Anónimo).

Oaxaca es uno de los estados más restrictivos en el tema de aborto debido a las leyes que se encuentran en torno a él, además de las posturas de ciertas facciones religiosas e incluso políticas sobre el tema. Al preguntar a los estudiantes las causales para practicarse un aborto en el estado más del 50% de ellos no cuenta con información sobre este tema. Consideramos importante que se les mencionen a las y los jóvenes dichas causales de aborto, pues es importante que conozcan sobre la legislación estatal y nacional en el tema.

Existen muchos mitos y tabúes que generan que no se hable del tema y que se asuma que las mujeres que recurren a esta opción son malas y sin sentimientos. Al hablar sobre aborto, la mayoría de las y los jóvenes de Teopoxco opinaron que, si una mujer joven se embaraza, lo que debe hacer es llevar a término el embarazo. A continuación presentamos dos testimonios que dan cuenta de la discusión sobre el tema dentro del grupo focal:

Y también se vive muy poco, porque la mayoría ya sea una joven que tenga debe de tener su hijo, ... si es que ya se embarazó, por eso aquí casi no se presenta en los adultos... en sí es malo (abortar), porque aun siendo un aborto voluntario o involuntario le agreden a la vida del ser humano (Mariana, 17 años alumna de quinto semestre del BIC).

Aunque gran parte de las y los jóvenes de la comunidad tienen una perspectiva negativa del tema, también hay jóvenes que tienen

una postura más abierta del mismo, lo cual consideramos que es importante, pues el hecho de que las personas jóvenes tengan una visión con más apertura coadyuvará a que se vayan deconstruyendo los mitos, estereotipos y prejuicios sobre el tema.

Pero yo creo que no, pues, o sea, yo creo que es mejor (abortar) que traer alguien al mundo a que namás sufra por falta de dinero y no pues mejor a que ya que. Bueno obviamente si son las semanas de gestación que se indican, si son más ehh, creo que son 5 semanas de gestación que se puede y ya después ya no, y pues si es así, bueno yo así lo veo que es mejor (abortar), a traer a alguien que no va a vivir bien. (Laura, 17 años, alumna de quinto semestre del BIC).

Según los servidores de salud de la comunidad, en ella no se presentan casos de aborto. Parece que es un tema del que no se habla mucho y además se visibiliza sobre todo en mujeres que no son jóvenes y debido a múltiples embarazos. Es importante sensibilizar a los servidores de salud frente al tema de aborto y juventudes, pues esta población tiene necesidades específicas frente al tema.

No, afortunadamente no hay casos y eso es muy peligroso, un aborto, se puede morir porque es sangrado, mucho sangrado. Entonces para el hospital bueno ahorita en estos meses o el tiempo que estoy yo, anteriormente había abortos porque muchas señoras por edad más que nada, por tener un embarazo de alto riesgo, tener muchos hijos y constantemente embarazarse entonces pues ahorita todavía no se recuperan, pero en adolescentes no he visto, para qué les voy a decir (Anónimo).

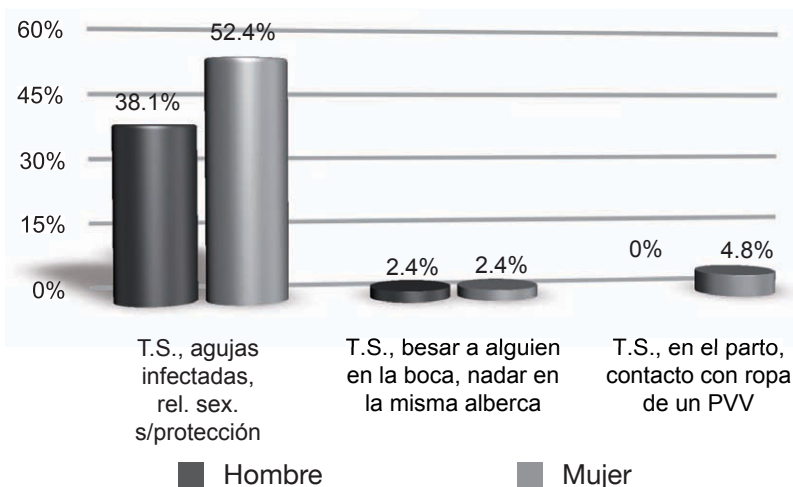
Al hablar con las y los jóvenes sobre métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia pudimos notar que conocen por lo menos cuatro métodos anticonceptivos pero no conocen exactamente cómo se utilizan. También nos dimos cuenta de que conocen en qué casos debe usarse la anticoncepción de emergencia, pero no saben cuál es su funcionamiento. Según la perspectiva de las y los estudiantes del BIC, los métodos anticonceptivos más utilizados por la población juvenil son el condón y las pastillas.

Al realizar el análisis de los cuestionarios vimos que el 100% de las y los estudiantes conocen los pasos para utilizar correctamente un

condón, saben que es el método más recomendable para jóvenes y que además previene el VIH debido, entre otros factores, a las explicaciones por parte de los profesores que les piden realicen pequeñas investigaciones sobre dichos tópicos y a las pláticas que reciben de parte del programa estatal Oportunidades.

Al preguntar a las y los estudiantes sobre las formas de transmisión del VIH/Sida el 38.10% de los hombres y el 52.38% de las mujeres respondieron acertadamente que se debe a transfusiones sanguíneas, agujas infectadas y relaciones sexuales sin protección; mientras que el 2.38% de las mujeres y el 2.38% de los hombres además de las transfusiones sanguíneas, aseguraron que el besar a alguien en la boca y nadar en la misma alberca son formas en las que se puede adquirir el VIH.

Gráfica 4. Formas de transmisión del VIH.

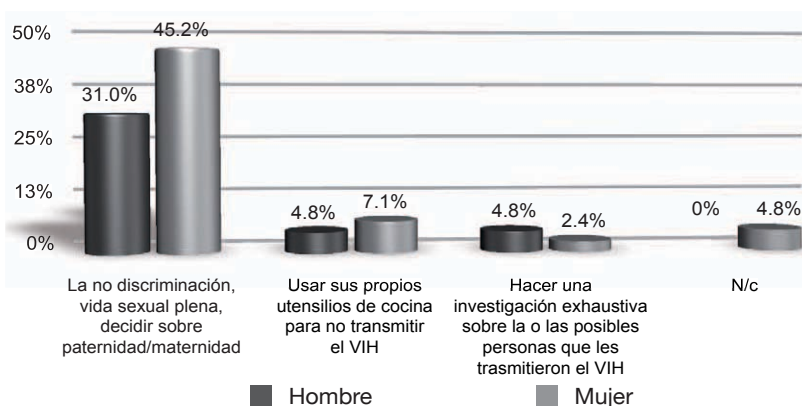


Al preguntarle a los estudiantes las razones por las cuales se han incrementado el número de jóvenes que viven con VIH el 33.33% de las mujeres y el 9.52% de los hombres consideraron que se debe a la pérdida de valores en la juventud; mientras que el 16.67% de los hombres y el 11.90% de las mujeres consideraron que se debe al limitado acceso a información sobre sexualidad.

Al preguntar en qué casos se realizarían la prueba de detección de VIH el 28.57% de los hombres y el 33.33% de las mujeres consideran que se realizarían la prueba si ha tenido relaciones sexuales sin el uso de condón, mientras que el 33.33% de mujeres y el 28.57% de hombres respondieron que lo harían si su pareja les ha sido infiel. Algunos estudiantes relacionan la infección con VIH a elementos como la falta de información y del no uso del condón; otro sector relaciona la infección con valores y prácticas relacionadas al ejercicio de la sexualidad y no necesariamente tienen que ver con las causas por las cuales hay alta prevalencia de VIH en jóvenes.

Al preguntarles sobre los derechos de las personas que viven con VIH: el 45.24% de las mujeres y el 30.95% de los hombres consideró que los derechos son la no discriminación, vida sexual plena y decidir la paternidad/maternidad. Mientras que el 7.14% de las mujeres y el 4.76% de los hombres consideró que el derecho consiste en investigar quién les infectó.

Gráfica 5. Derechos y VIH.



Cuando preguntamos a las y los jóvenes si conocían a personas que vivieran con VIH en la comunidad aseguraron que no conocían a ninguna, pues opinan que la infección sólo se da en las ciudades grandes.

El VIH, bueno, pues aquí en la comunidad casi no se ve eso, porque pues los jóvenes saben cómo cuidarse al tener relaciones sexuales, pues usan condón y pues no se meten con cualquier persona, y pues si se meten con algunas, pues nada más son de aquí de la comunidad, no han salido a la ciudad. (Juan, 17 años, estudiante del BIC19).

Analizando lo anterior podemos decir que el VIH se ve como una infección que difícilmente se presentará en la comunidad, aunque saben que hay que respetar los derechos de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS). Todavía no se visualiza la importancia de contar con insumos de prevención y atención a la infección dentro de la comunidad. Es importante que al tratar temas de infecciones de transmisión sexual se reflexione con las y los jóvenes que, independientemente de estar en su mayoría en las grandes ciudades, el VIH y otras infecciones puede existir en comunidades indígenas y rurales y que, debido a que la infección se encuentra creciendo entre personas jóvenes, es importante que este sector poblacional cuente con estrategias efectivas que beneficie su salud.

Al hablar con autoridades, alumnos y gente de la comunidad sobre los servicios de salud dedicados exclusivamente a las personas jóvenes, advertimos que existen esfuerzos por parte de los servidores de salud y de las autoridades escolares para coordinarse y formar un grupo de promotores juveniles en salud sexual y salud reproductiva que realicen trabajo de pares dentro del BIC 19. Lo anterior es una propuesta interesante y que abonará a fortalecer los liderazgos juveniles de algunos alumnos.

Al preguntar a las y los estudiantes si los servidores de salud les proporcionan información y atención a su salud sexual, las y los estudiantes consideran que en general sí les dan información, aunque consideran que de pronto “les hacen caras” y no quieren darles toda la información pues los ven muy jóvenes. A continuación ejemplificamos con un par de testimonios.

Pues como que la doctora se cerraba y no me quería decir, que soy muy chavo y así... Pues no me gustó porque yo sentí que por no tener una edad ya mayor no tenía derecho a esa información.(Adrián, 17 años, estudiante del BIC 19).

Mmm, bien, me explicaron, bueno, lo que pregunté es cómo hacer para

no embarazarse y ya me explicaron el método del ritmo y me explicaron muy bien y además me dijeron que si quería podía ir a inyectarme para no poder embarazarme. (Laura, 17 años, estudiante del BIC 19).

Por su parte, al preguntarles a los servidores de servicios de salud qué necesita una persona joven para recibir información sobre sexualidad expresaron lo siguiente:

Nada, nada más venir y decirme: ¿sabe qué?, ¿proporciona usted unos condones?, o me proporciona usted unas pastillas. Pero las pastillas si les damos sus inyectables y nada más tiene que firmar su consentimiento informado, porque si no al rato no vayan a decir que nosotros les estamos dando. Primero le tenemos que explicar cómo se las tiene que tomar, cuándo se la tiene que tomar y todo eso, no nada más precisamente cuando va a tener relaciones, y preguntarle si no está embarazada, cuando regló. Todo eso tenemos que preguntarle (Anónimo).

Bueno, pues sí es importante orientar más que nada a los adolescentes. Que no pase como anteriormente aquí hace años que se casaban muy jóvenes. Me platican que se casaban a los 14 años... ¡Imagínese, que eran niñas!... Ahorita ya no es el mismo, pero uno que otro se da. A veces los jóvenes nos dicen que se juntan porque tienen muchos hermanitos y pues a ellos se les hace fácil salirse del hogar porque, no alcanza económicamente para que les den lo que ellos necesitan. Usted sabe que ahorita los jóvenes quieren ya no conformarse con lo que les daban anteriormente, ya quieren vivir un poquito mejor económicamente, vestir, calzarse y todo eso, sí, eso es lo que han manifestado algunos jóvenes... Pero antes sí era muy diferente, se casaban muy jóvenes, me platican sus experiencias de las señoras. No, y no es como ahorita que andan de novios... Anteriormente, por ejemplo, vamos a poner que el profe la encontró por ahí por la calle y la conoció y nada más va y la pide así sin su consentimiento de usted, así era anteriormente. Ni siquiera habían cruzado una palabra... y ahorita no, pues ya ve que ya hay noviazgo, vemos los jóvenes que hay andan de la mano platicando (Roberto, personal de salud).

Al preguntar a los docentes si existían servicios para jóvenes y la calidad de estos, nos comentaron lo siguiente:

Sí, de hecho, aquí en la comunidad las llamadas casas de salud ofrecen precisamente como pláticas, yo diría que más que talleres... como pláticas, sobre todo para las señoras de Oportunidades y en un tiempo atrás también se les daba pláticas a los estudiantes, a los jóvenes que estaban becados, donde se les explicaba todo ese tipo de cuestiones. (Luis, 30 años, profesor del BIC 19).

También les preguntamos a las y los estudiantes cómo les gustaría que fueran los servicios de salud dirigidos a jóvenes y lo relevante para ellos es lo que transcribimos a continuación.

Ah, pues que les den información acerca de los riesgos que corren al tener relaciones, cómo se deben de proteger, el que haya ahora sí que de todo para que pues las personas puedan ejercer, no bueno, puedan tener relaciones sin algún riesgo. (Laura, 17 años, estudiante del BIC 19).

Pues que haya una clínica o centro de salud así, especialmente sólo para jóvenes, en donde nosotros podamos preguntar qué es lo que queremos saber, qué es lo que nos interesa (Juan, 17 años, estudiante del BIC 19).

Los estudiantes de Teopoxco manejan un interesante discurso sobre los derechos humanos, pues durante el grupo focal, entrevistas y pláticas hablaron sobre la importancia de respetar los derechos de las y los jóvenes. Nos hablaron además sobre los derechos de las etnias indígenas y la importancia de que se les respete y se elaboren acciones que beneficien a dichas poblaciones.

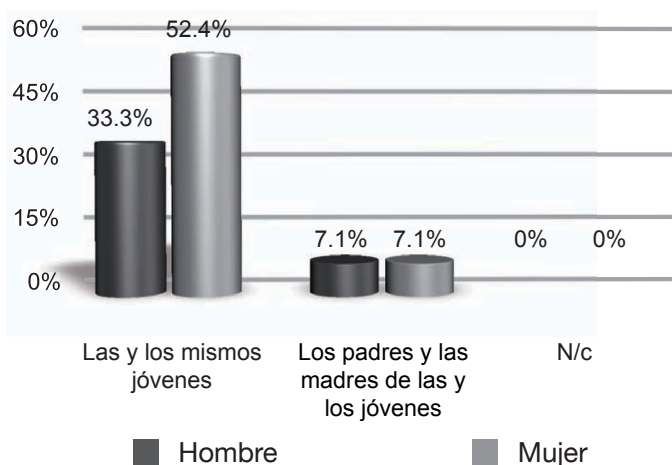
En el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos, al platicar con las y los jóvenes de Teopoxco, pudimos notar que la mayoría desconoce la existencia de derechos que les servirán para mejorar su salud sexual y salud reproductiva. Además ayudará a que se fortalezcan los liderazgos juveniles dentro de la comunidad.

Una de las propuestas de Sipam, es ver a las y los jóvenes como actores activos tanto en la elaboración de políticas públicas como en el ejercicio cotidiano de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Al preguntar quiénes deben tomar las decisiones sobre su vida sexual, el 52.38% de las mujeres y el 33.33% de los hombres

consideraron que deben ser las y los jóvenes, mientras que 7.14% de los hombres y el 7.14% consideró que deberían ser los padres y madres de las y los jóvenes.

Pero al preguntar si los padres pueden decidir sobre el tipo de información sobre sexualidad que reciben y/o recibir información religiosa sobre sexualidad en la escuela, algunos de los estudiantes contestaron afirmativamente. Por lo tanto, es necesario realizar acciones educativas para acercar a los estudiantes a los derechos sexuales y la importancia de estos en el ejercicio de la salud sexual y salud reproductiva.

Gráfica 6. Derechos sexuales.



REFLEXIONES FINALES

Para hablar de sexualidad en contextos rurales e indígenas es importante reflexionar sobre la diversidad cultural existente en México, además de realizar un análisis del contexto social al cual vamos a acercarnos. Es conveniente también que las personas de la comunidad se conviertan en actores activos, pues ellos conocen a profundidad su cultura y todos los significados simbólicos asociados a ella.

Para crear programas que beneficien la salud sexual y salud reproductiva de las y los jóvenes indígenas es fundamental considerar que estas políticas poseen un enfoque de derechos humanos y derechos sexuales que incluyan una visión de bienestar integral y no sólo de curar las enfermedades; manejar la salud como un derecho que permita que las personas reflexionen sobre la importancia de que el Estado otorgue servicios de calidad; discutir las inequidades estructurales que impiden que las mujeres accedan a derechos como el de la salud desde una perspectiva de género; manejar una visión juvenil que permita que las y los jóvenes sean actores activos en la creación de estrategias que les beneficien de forma plena. Al abordar con los enfoques anteriores la creación de servicios de salud sexual dirigidos a población indígena y rural se coadyuvará a que se mejore su salud de manera integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartolomé, M. A. (1997), *Gente de costumbre y gente de razón: las identidades étnicas en México*. México: Instituto Nacional Indigenista –Siglo XXI.
- Consejo Nacional de Población y Vivienda (1994), *La población de los municipios de México. 1950 – 1990*. México: UNO Servicios Gráficos.
- Focault, M. (1975), *Historia de la Sexualidad, 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI, 21° ed.
- Geertz, C. (1996), *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001), *Censo General de Población y Vivienda 2000*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (2002), *Sistema Nacional de Información Municipal*. México: Secretaría de Gobernación.
- Rosales Mendoza, A. L. (2010), *Sexualidades, cuerpo y género en culturas indígenas y rurales*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Secretaría de Gobernación, Centro Nacional de Estudios Municipales, Gobierno del Estado de Oaxaca (1988), *Los Municipios de Oaxaca, Enciclopedia de los municipios de México*. México, D.F.: Talleres Gráficos de la Nación.

CAPÍTULO 6

DIAGNÓSTICO SOBRE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DIRIGIDOS A JÓVENES NAHUAS DE LA SIERRA NORTE DE PUEBLA

Roxana Aguilar Ramírez*

El presente documento representa uno de los tres diagnósticos sobre salud sexual y reproductiva entre jóvenes, llevados a cabo en los estados de Oaxaca, Michoacán y Puebla, siendo esta última entidad federativa la que abordaremos en este escrito. La investigación se llevó a cabo en la comunidad de San Miguel Tzinacapan y tenía como objetivo principal indagar sobre prácticas, actitudes y servicios sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a la población joven. Se colaboró de manera cercana con mujeres y hombres jóvenes de la comunidad de San Miguel Tzinacapan perteneciente al municipio de Cuetzalan del Progreso. Uno de los principios de elegibilidad para trabajar en esta comunidad fue que es una de las juntas auxiliares más representativas y de mayor importancia a nivel municipal, además de que es una de las localidades con mayor presencia de hablantes de náhuatl.

* Antropóloga Social egresada de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, actualmente integra Gener@ndo Equidad y Libertad en Colectivo, A.C.

METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA INVESTIGACIÓN

La metodología utilizada en este diagnóstico participativo fue de técnicas cualitativas y cuantitativas, como entrevistas,¹ grupos focales, así como la aplicación de 39 encuestas dirigidas a población cuyas edades oscilaron entre 15 y 18 años. Estos instrumentos de investigación estuvieron dirigidos a la institución educativa, al sector salud y finalmente a las y los jóvenes estudiantes de tercer semestre de bachillerato, con el objetivo de conocer las percepciones y conocimientos que tienen respecto a prácticas y actitudes en materia de salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, VIH y aborto, así como saber el tipo de información que las instituciones de salud y educación ofertan a las y los jóvenes. El trabajo de campo se realizó durante el mes de octubre del 2011 en San Miguel Tzinacapan; se colaboró de manera cercana con el Bachillerato “Netzahualcoyotl” y se contó con la participación de docentes y estudiantes, así como con la Clínica de Primer Nivel de la Secretaría de Salud.

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DE PUEBLA

En lo referente a mortalidad materna, y de acuerdo a la organización internacional Ipas², se estima que Puebla ocupa el 5º lugar a nivel nacional en muerte materna. Entre 1990 y 2008 se han registrado un total de 25,150 defunciones. Sin embargo, es contrastante el dato que arrojan las estadísticas de mortalidad del Censo de Población y Vivienda, INEGI 2010, al publicar que durante el 2009 se registraron 1,209 muertes por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.³ De acuerdo al

¹ Una entrevista dirigida al director del bachillerato, dos a profesores, cuatro al alumnado y finalmente dos a personal del sector salud.

² Castillo, K. “Puebla ocupa quinto lugar en muerte materna: asesor de IPAS”. http://www.e-consulta.com/portal/index.php?option=com_k2&view=item&id=3705:puebla-ocupa-quinto-lugar-nacional-de-muerte-materna-asesor-de-ipas&Itemid=332 (Consultado el: 17-10-2011)

³ Consideramos pertinente mencionar estos datos porque dan cuenta de la ineficiencia en materia de información sobre salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes, mostrando que mujeres a partir de los 12 años se están convirtiendo en madres, sin mencionar los riesgos que arriba se expusieron.

Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México (2010), las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio se cuadruplican en zonas netamente indígenas con un 70% de posibilidades, es decir, con 30 defunciones por cada 10 mil nacimientos. Incluso estas estadísticas son semejantes a las de algunos países de África. Dentro de los estados con municipios que registraron un mayor número de muertes maternas se encuentran Puebla, Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Jalisco, Tlaxcala y Chihuahua. En zonas indígenas, la edad de las mujeres que fallecieron se encontraba en los extremos, oscilando entre 15 y 45 años. De acuerdo a estudios que se han realizado sobre embarazo adolescente, se estima que una de las consecuencias de que las mujeres tengan un embarazo en esta etapa, se traduce en la disminución de oportunidades en materia de educación y trabajo que tendrán, así como en un incremento en la fecundidad a lo largo de su vida. Se tiene registro que las mujeres que tuvieron a su primer hijo antes de los 18 años tuvieron una descendencia de 4.8 hijos, doce años después del nacimiento del primogénito. En cambio, la fecundidad de las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 23 años fue de 3.2 hijos doce años después (Taracena, 2003:4).

INFORMACIÓN SOBRE VIH Y SIDA

De acuerdo a datos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida, (Censida)⁴ Puebla tiene un total de 6,858 casos de sida (el promedio nacional es de 148,130) con 119.1 de incidencia acumulada y con un porcentaje de 4.6 en relación al total de casos de sida acumulados. A continuación se muestra un cuadro que expone de manera clara y concisa que el mayor número de casos nuevos y acumulados ocurre entre jóvenes de 15-29 años por vía sexual. Esto refleja que aún hay una ineficiencia y vacío en materia de prevención y difusión sobre salud sexual y reproductiva, puesto que la información es un aliado de suma importancia para paliar esta pandemia.⁵

⁴ Recuperado el 7 de octubre de 2011 http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos_acumulados_marzo2011.pdf (Con datos del 31 de marzo del 2011).

⁵ De acuerdo a datos de la Jurisdicción Sanitaria 03 de Zacapoaxtla, durante

Cuadro 1

CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE VIH-SIDA EN LA ENTIDAD

Categoría de Transmisión	Hombres				Mujeres			
	Diagnosticados en 2011		Acumulados		Diagnosticados en 2011		Casos acumulados	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Transmisión sexual	144	96.6	23,938	96.2	46	100.0	6,035	93.7
Transmisión sanguínea	5	3.4	838	3.4	0	0.0	407	6.3
HSH-UDI	0	0.0	118	0.4	0	0.0	0.0	0.0

Nota. Casos nuevos y acumulados de Sida en jóvenes de 15-29 años por transmisión sexual desagregado por sexo. Censida (2011). http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos_acumulados_junio2011_1.pdf Censida en base de datos del 31 de marzo de 2011

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE CUETZALAN DEL PROGRESO

El municipio de Cuetzalan del Progreso está enclavado en la Sierra Norte de Puebla. Esta región se ha caracterizado por ser un mosaico cultural en donde se han mezclado diversas culturas desde la época prehispánica, ya que se tiene registro que en ese periodo coexistían nahuas, totonacas, otomíes y tepehuas. De acuerdo a García Martínez (1987, cit. en Báez, 2004) esta región se divide en tres subregiones: Occidental que fue mayoritariamente totonaca y “surgió en función del espacio teotihuacano”, la Oriental, que tuvo influencias olmecas-xicalanacas; y finalmente la Septentrional, que fue meramente totonaca y definida con su proximidad con El Tajín. De tal suerte, al ser testigos de esta multiculturalidad, la identidad de la población serrana de la Sierra Norte de Puebla se gestó de manera

2009 se registró una persona viviendo con VIH, durante 2010 se registraron dos casos, de los cuales uno falleció por tuberculosis derivado del virus.

dinámica y cambiante, teniendo una suerte de hibridación cultural y de intercambios culturales que se ven plasmados y reflejados en el conjunto de visiones y cosmovisiones del *ser* nahua en esta región. A propósito de esto, es importante mencionar que las culturas son dinámicas y se van reconfigurando en función de los elementos externos de la cultura, tal como se menciona a continuación:

Kroeber destaca...[que] las culturas estarían siempre tendiendo a igualarse, compartiendo sus características, al mismo tiempo que otra serie de impulsos empuja a cada una hacia sus propias particularidades. De esta manera, las culturas, al mismo tiempo que son divergentes, presentan hibridaciones (Valenzuela, 2003:217).

En lo referente a población indígena, es conveniente señalar que los criterios de lengua y/o indumentaria no se toman como exclusivos para considerar a una persona indígena o no, sino más bien el conjunto de representaciones y cosmovisiones que tiene una persona y que se ve expresada en la cotidianidad, es decir, en la forma particular de apropiarse y aprehender el mundo, así como en las instituciones (sistema de cargos), sistemas de impartición de justicia (jueces de paz), sistemas de salud y enfermedad que siguen practicando (medicina tradicional) en términos generales, la relación directa entre mundo-naturaleza-hombre que se desprende de la cosmovisión que tiene cada pueblo originario. A continuación se cita un fragmento del *Convenio 169 de los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, en donde se establecen algunos de los criterios para asumir una identidad indígena.

A los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas (Convenio 169, OIT p. 5).

Siguiendo la misma fuente, el *Convenio 169* reconoce como pueblos originarios a todos aquellos "... cuyas condiciones sociales, cul-

turales y económicas les distinguan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial" (*Convenio 169* de la OIT p. 5). De acuerdo a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas se toma como criterio importante el "hogar" para definir parte de la identidad de un pueblo originario. Esto se debe a que, en las múltiples representaciones que tienen los pueblos indígenas, está el reconocimiento de los ancestros y la relación directa con los descendientes para tejer todo un entramado que se conformará por familias, comunidades, regiones, sin importar que estos descendientes posean una lengua indígena en común (CDI, 2009).

La identidad del pueblo nahua de la Sierra Norte de Puebla tiene un marcado sentido de apropiación a su tierra, se dicen más serranos que poblanos, tomando como factor primordial la lengua materna que es el náhuatl (Báez, 2004:8). Dicen los pobladores de la región que cada localidad o Junta Auxiliar del municipio tiene identidades locales distintas sobre lo que significa *ser* nahua. En este caso, las y los san migueleños son caracterizados por su gran sentido aguerrido, crítico y de lucha constante en contra de lo que consideran que pueda trastocar sus tradiciones. Es decir, las y los sanmigueleños tienen un sentido de apropiación de sus tradiciones mucho más marcado y arraigado que otros pobladores de la región. Entonces ¿qué es lo que caracteriza a los pobladores de San Miguel?... Cito a un joven sanmigueleño:

Fue esta época [durante la década de los setenta] en la cual varios sujetos de la comunidad se vieron en la necesidad y tuvieron la oportunidad de reflexionar sobre todos esos elementos que dan identidad que se arraigó el aprecio por lo propio, que a veces se define como lo sanmigueleño, y que se contraponen con Cuetzalan. Lo que podría definir a un sanmigueleño es el orgullo que siente por su pueblo, su lengua, sus danzas, jamás un sanmigueleño que se jacte de serlo le dará pena hablar en *nauat* donde sea, y menos en Cuetzalan (Anastasio Aguilar, 25 años).

A propósito de la resignificación y constante movimiento que la cultura nahua ha tenido, la profesora Coral Morales de la Secundaria Tetsijtsilin comenta lo siguiente:

Estoy de acuerdo con “lo del arraigo a las tradiciones”, sin embargo diré más: un sanmigueleño es un masehual contemporáneo, es decir, sus tradiciones perduran y son vigentes porque responden a un mundo actual; sus tradiciones no son estáticas, “se mueven”, “se transforman” sin perder lo esencial. Por otro lado el elemento más distintivo de cualquier cultura es la lengua, ¡qué viva y dinámica es la lengua que hablan los sanmigueleños!, ¡para nada es vestigio del pasado!, es una lengua que describe e interpreta un mundo moderno. Por último, los sanmigueleños son gente con una autovaloración positiva de sí mismos, nunca se comparan con nadie porque se reconocen diferentes (profesora Coral Moral Espinoza, 51 años).

ACCESO A LA INFORMACIÓN PARA JÓVENES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TRES UNIDADES DE ANÁLISIS: EDUCACIÓN, SECTOR SALUD Y FAMILIA

El objetivo de este apartado es mostrar un panorama que retrata de manera particular los servicios que oferta el sistema educativo y el sistema de salud en materia de educación sexual y reproductiva a través de las voces de profesores y personal médico. En un segundo momento se muestra la percepción que tienen las y los jóvenes sobre la educación que reciben en los dos sectores: salud y escuela. Posteriormente, se mostrarán las percepciones que tienen profesores, personal de salud y jóvenes frente a la postura que visibilizan de parte de padres y madres de familia respecto al hecho de que sus hijas e hijos reciban información en materia de educación sexual.

SECTOR EDUCATIVO: BACHILLERATO NETZAHUALCOYOTL

Como ya se ha mencionado, para la elaboración de este diagnóstico participativo se colaboró de manera directa con el Bachillerato Netzahualcáyotl instituido en San Miguel Tzinacapan en el año 2004.

Al realizar la recolección de información, notamos que el bachillerato cuenta con dos asignaturas que abordan la sexualidad, la primera es “Ética y Valores” que se imparte en 1º y 2º y “Orientación Educativa” impartida en 2º semestre.⁶ Como se puede observar, la

⁶ La materia de “Ética y Valores” contempla los siguientes temas: acto mo-

sexualidad es abordada en la institución educativa desde un enfoque de valores y de moral, incluyendo la información teórica a nivel biológico; sin embargo, es importante mencionar un abordaje diferente que ofrece el profesor Ignacio Rivadeneyra, en donde tiene como objetivo encaminar a la reflexión a las y los jóvenes para comprender la sexualidad desde un punto de vista más humano, desde las emociones, desde lo erótico. Rivadeneyra expone que con esto se crea consciencia de los actos y, por ende, se tiene una sexualidad plena y al mismo tiempo responsable. A propósito de esto, el profesor menciona que la información médica (métodos anticonceptivos, uso correcto del condón, etcétera) ya se tiene, pero que es importante matizar esta información biológica o médica con un enfoque emocional. En relación a esto menciona que “el problema es la primera relación, los sentimientos, la descripción de los sentimientos en la primera relación para entender que la sexualidad es algo positivo, algo grande en la vida cuando a la primera experiencia también se le da la importancia que tiene”.

En lo que respecta a la percepción que tienen las y los jóvenes frente a la información que se les brinda en la institución, manifiestan confianza y apertura hacia profesores para tratar temas relacionados con la sexualidad. A propósito del embazo entre jóvenes estudiantes, el bachillerato expone que sí se han registrado casos de embarazo adolescente; en palabras del director “se vuelve como costumbre”, ya que en cada ciclo escolar se sabe de un embarazo. Sin embargo, se distingue que es a fin del curso “no tienen problema de que falten a sus clases o que ya no presenten exámenes, ellos siguen con su vida educativa normal... concluyen todo su bachillerato”.⁷

ral, la responsabilidad, tipos de valores, jerarquía de los valores, libertad, valores del amor y solidaridad. Y la asignatura de “Orientación Educativa”, contempla: conocimiento de sí mismo desde una perspectiva biológica o física, embarazo adolescente, amistad, el grupo de amigos, relación del adolescente con los padres y métodos anticonceptivos.

⁷ La percepción de las y los jóvenes a propósito de esto es que una de las causas es la falta de comunicación entre padres-madres e hijos. Exponen que en gran medida esto se debe a la vergüenza que sienten sus padres para hablarles sobre el tema ya que se presupone que sus “hijas aún no deben de saber eso”.

SECTOR SALUD: CLÍNICA DE PRIMER NIVEL

En lo referente al sector salud se colaboró con la Clínica de Primer Nivel de la Secretaría de Salud instaurada⁸ en 1993 en San Miguel Tzinacapan. Dicha institución de salud provee servicios a la cabecera de la Junta Auxiliar, y a las comunidades de Chilcuautla, Tepopala y Tecoloapa. Se entrevistó al médico pasante y a la médica responsable, quienes mencionaron que en cuanto a servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos específicamente a jóvenes el centro de salud ofrece pláticas y talleres que se desprenden del Programa Arranque Parejo en la Vida (APV)⁹. Las pláticas que la clínica da y que se basan en dicho programa son dirigidas a estudiantes de secundaria, bachillerato (concentran alrededor de 120 jóvenes) y un grupo base de 70 jóvenes adscritos al Programa Oportunidades.¹⁰ Es importante mencionar que las y los jóvenes de bachillerato y/o secundaria son los mismos que reciben el apoyo de Oportunidades (alrededor del 90% de la población estudiantil recibe el apoyo). En lo que respecta a los GAPS (Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud)¹¹, impulsados por la Secretaría de Salud, en San Miguel Tzinacapan no han iniciado, ya que al final de cada ciclo escolar se forma un grupo nuevo (aún no es fin de ciclo), escogiendo a jóvenes de último año o semestre de bachillerato para que funjan como promotores. La percepción del personal médico es que las y los jóvenes se muestran tímidos y reservados para abordar el tema. Sin embargo, se acercan para solicitar información sobre todo si es para un trabajo escolar.

⁸ Es importante mencionar que antes de que se instaurara la clínica de salud como tal, existía un módulo del DIF municipal que daba servicios médicos.

⁹ El programa APV no es exclusivo para jóvenes. Este programa contempla un embarazo, parto y puerperio seguros, sin embargo, la clínica retoma medidas de prevención y brinda información dirigida a jóvenes en materia de métodos anticonceptivos, embarazo, planificación familiar y anatomía entre otros temas.

¹⁰ Una de las limitantes del Programa Oportunidades es que las personas que no reciben el apoyo del Programa no ven como una "obligación" asistir a pláticas, talleres y demás actividades de promoción que la clínica oferta.

¹¹ El objetivo de estos Grupos es formar líderes juveniles para que funjan como promotores comunitarios en materia de salud sexual y reproductiva

Otro punto importante que hay que mencionar es la incorporación del Seguro Popular al plan de salud de la Secretaría de Salud, uno de cuyos ejes es la información en materia de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes de 10 a 20 años, e incluye la oferta de métodos anticonceptivos, no obstante, se observa una limitante, ya que si son menores “deben tener consentimiento de sus padres [o acudir con la compañía de una persona mayor de edad]” si se les da un método diferente al condón; porque el condón siempre se les oferta. Sobre adicciones, se les orienta “bastante” de acuerdo a palabras del médico pasante.¹² Esto nos habla de la fuerte restricción en materia de derechos sexuales y reproductivos, violentando los derechos que tienen mujeres y hombres jóvenes a ejercer su sexualidad de manera responsable, ya que si una joven desea utilizar otro método para reforzar el del condón, deberá acudir acompañada de un mayor de edad.

Es bien sabido que el tema de sexualidad en la comunidad aún representa un tabú, en el sentido de que se sabe que está presente en la vida cotidiana de mujeres y hombres, pero la comunidad aún vigila y regula cuándo una mujer puede ejercer su sexualidad y cuando no, o bajo qué normas y criterios es permisible. Se ha observado que con los hombres este marco normativo es más abierto, al permitir que ellos sí experimenten su sexualidad sin necesidad de estar unidos, a diferencia de las mujeres.¹³

¹² Hasta el momento no han acudido mujeres jóvenes acompañadas por su madre o padre a solicitar un método anticonceptivo diferente al condón.

¹³ En lo referente a la oferta y promoción de condón masculino, la clínica de salud tiene un contenedor visible para que se tomen de manera libre; otra medida es que ofrecen alrededor de 6 condones a las personas que acuden a solicitar. Es decir, el registro que lleva la clínica se realiza de manera diferenciada, si una persona acude con una ITS se registra en este rubro, pero si acude mes con mes o de manera constante el registro se realiza en Planificación Familiar y se les da un total de 12 condones por mes y, finalmente, si acuden de manera esporádica se registra en Promoción. La indicación de parte de la SSA es que toda paciente con ITS o mujeres con más de dos parejas sexuales obligatoriamente se le den siete preservativos y que acudan y los soliciten, se hace un registro y “se meten” a control otorgándoles una dotación de 10 preservativos aproximadamente. Sin embargo la clínica no les limita el número de condones, “nunca se les limita, se les dice te doy esto pero regresas

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH

La incidencia de ITS entre jóvenes de la comunidad es casi nula, se registran en promedio dos casos de mujeres jóvenes. La médica responsable detecta que no es que no existan casos, sino más bien acuden a médicos particulares por vergüenza de pasar por la clínica comunitaria y encontrarse con la vecina, comadre, etcétera. En cuanto a casos de hombres sí se han registrado, pero corresponden a hombres unidos que acuden a la clínica con su pareja para que les hagan la exploración y la revisión. De acuerdo a información proporcionada por la clínica de salud, durante el 2010, se registraron dos casos de VIH en hombres de localidades cercanas a Cuetzalan, específicamente en Santiago Yancuitalpan y Cuauhtamazaco.

La intervención de la clínica en este tema, es ofertar pruebas rápidas de VIH a todas las mujeres embarazadas, así como a población que se considera de alto riesgo, quedando fuera la población que desee realizarse la prueba y que no entre en los estándares que la clínica toma como prioritarios. Esto se debe a que la unidad médica debe de entregar un informe detallado en donde especifique que las pruebas se utilizaron a los dos tipos de población prioritaria, “nos mandan [pruebas rápidas] y si de acuerdo a los datos, nosotros no arrojamos los factores nos cobran la muestra”.

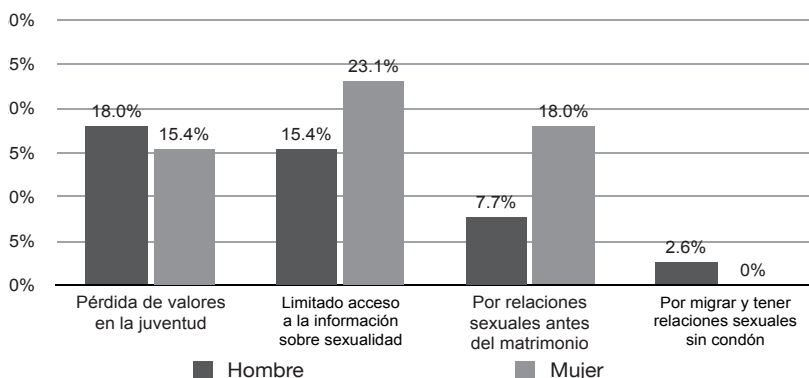
La tarea principal de la clínica estriba en realizar la detección de PPVIH. Se realizan dos pruebas, si éstas salen positivas posteriormente se toma la muestra y se envía a Puebla para realizar la prueba confirmatoria y si vuelve a salir positiva, se canaliza directamente con Coesida (Consejos Estatales para la Prevención del Sida). En cuanto a medicamentos antirretrovirales la clínica no cuenta con este tipo de servicio, debido al elevado costo que representan.¹⁴

por más si necesitas”. De acuerdo a la médica responsable de la unidad de salud, es una cuestión de género el hecho de las mujeres jóvenes se sientan más cómodas solicitando información a ella como mujer o a enfermeras, y en el caso de los hombres a los médicos.

¹⁴ Incluso durante este año a esta unidad de salud le han recortado el número de claves de medicamentos. A inicios del 2011 tenían la indicación que recibirían 217 claves de medicamentos, sin embargo durante el mes de septiembre les comunicaron que sólo tendrían derecho a recibir 143 claves,

A continuación se muestra una gráfica con la opinión que tienen las y los encuestados sobre el incremento de jóvenes con VIH/Sida. Como se puede observar, el 23.08% de mujeres y el 15.38% hombres contestó, en primer lugar que la transmisión de VIH entre jóvenes se debe al limitado acceso en materia de sexualidad, seguido del 15.38% de mujeres y el 17.95% de hombres que se lo atribuyen a la pérdida de valores en la juventud.

Gráfico 1. Opinión sobre el incremento de VIH en jóvenes.



La tasa de embarazo adolescente en la comunidad es aún alta; de cada 30-34 embarazos registrados mensualmente el promedio de embarazo en mujeres menores de 19 años es de dos a cuatro jóvenes. De acuerdo a información proporcionada por uno de los médicos de la clínica, la tasa de embarazo adolescente se eleva después de las fiestas de graduación, entre mujeres de secundaria de entre 15 a 16 años. En lo referente al aborto, la postura de la clínica se muestra reticente en cuanto a practicar abortos, lo cual se encuentra vinculado con la criminalización que el estado de Puebla ha impuesto.

para solicitar las restantes se tiene que hacer vía laboratorio.

La clínica reporta que anteriormente ocurrían más casos en los que una mujer corría peligro por aborto no controlado o espontáneo, así, la clínica se veía en la obligación de realizar la visita domiciliaria, sin embargo, informan que actualmente eso ya no sucede porque el servicio médico es más accesible en el sentido de que “está en todos lados, si no vienen aquí se van al hospital y si no con otro médico, pero ya es muy difícil la interrupción del embarazo”¹⁵.

*IMPORTANCIA DE PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DIRIGIDOS A JÓVENES*

Finalmente, al cuestionar al personal médico de la unidad de salud sobre la importancia de contar con programas específicos en materia de salud sexual y reproductiva dirigidos exclusivamente a jóvenes, exponen que sí debería de haber una mayor difusión en materia de prevención y promoción desde la consulta. Sin embargo, una de las limitantes que detecta la clínica es la falta de personal médico en la unidad, por lo que no se puede dar esta información en cada consulta debido a la demanda de un gran número de pacientes.¹⁶

¹⁵ En cuanto a la interrupción del embarazo, se tiene registro que sí se practica, pero no de manera libre, sino clandestina. Por ejemplo, el caso de una joven de 19 años que acudió a un hospital a realizarse un tratamiento para salmonelosis, no sabía que estaba embarazada y recibió el tratamiento, continuó con amenorrea así que se realizó una prueba de gravidez y ésta resultó positiva y haciendo cuentas, recibió el tratamiento cuando ya estaba embarazada. Los riesgos de tomar un tratamiento de este tipo son malformaciones que el feto pudiera tener, es por ello que el médico le ofreció interrumpir el embarazo. Sin embargo, la postura de la clínica de San Miguel fue ofrecerle a la paciente un ultrasonido y ver que el feto y ella se encontraran en condiciones saludables, evitando a toda costa la interrupción del embarazo.

¹⁶ Un médico de la clínica expone lo siguiente: “desgraciadamente, atendemos a una niña de 15 años por gripa y a los dos meses ya la vemos que está embarazada, y pues sí se pudo haber hecho algo antes, platicar, que digo también debería empezar por la casa, pero en las comunidades, todavía les da mucho tabú hablar de sexualidad con los hijos, pero sí es un tema muy importante”.

VOCES DE LAS Y LOS JÓVENES EN DIFERENTES ÁREAS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PERCEPCIONES SOBRE JUVENTUD SAN MIGUELEÑA

En lo referente a percepciones de juventud, las y los participantes que colaboraron con este diagnóstico participativo contestaron que entienden como juventud una etapa de la vida en la que se puede disfrutar plenamente de la vida, sin preocupaciones, de manera sana y responsable, “significa tomar decisiones sobre nosotros”. Es claro observar el nivel de abstracción que se tiene al conceptualizar el paso de dejar de ser niña-niño a ser un o una joven, ya que en la etapa de la niñez está permitido jugar, divertirse sin estar consciente de las causas y efectos de los actos, incluso se puede trabajar (en el caso de los niños se puede acompañar al padre a traer leña), pero no tiene la obligación de regresar a la casa con un tanto, a diferencia de los jóvenes, quienes sí están obligados a regresar con un producto.

De acuerdo a la percepción de las y los sanmigueleños, cuando se es joven se debe de actuar de manera “responsable”, asumiendo esta responsabilidad como la toma de decisiones sobre nuestro ser en plena consciencia de nuestros actos. Uno de los factores que determinan esto, y que es su origen inmediato, son las enseñanzas, conocimientos y conceptualizaciones que les son transmitidas a las y los jóvenes por personas adultas, “los señores ya de edad dicen que se empieza a ser adolescente desde los 10 años, bueno, es lo que a mí me han dicho porque a esa edad ya puedes ayudar en las labores del campo y puedes trabajar”. En el caso de las mujeres, una joven contestó lo siguiente “cuando nosotros [nosotras] ya hacemos también los quehaceres de la casa, ya lavamos y todo”.¹⁷ Las diferencias de género están presentes en la juventud sanmigueleña; sobre qué significa ser mujer joven y qué significa ser un hombre joven, las y

¹⁷ Es claro observar que la juventud sanmigueleña está determinada por la cantidad de trabajo que pueda realizar y resolver, se define, se valora y se legitima a una persona joven cuando puede desempeñar labores propias y acordes a su rol de género, lo cual sienta las bases de una clara división sexual del trabajo en este caso, se ve reflejada en la unidad doméstica (lavar, poner nixtamal, hacer tortillas, etcétera) o en el campo (traer leña, chapear, etcétera).

los participantes que brindaron información exponen en su discurso que

El machismo mexicano siempre decía que el hombre [era para] estudiar y las mujeres [hacían] los quehaceres. En la actualidad se sigue viviendo eso, pero no muy destacadamente sino que las mujeres ya pueden venir a estudiar, ir a los bailes porque antes no lo podían hacer, trabajar y vivir casi igual que los hombres, tomar decisiones” (René.18 estudiante de bachillerato, 16 años).

A propósito de esto, las y los jóvenes tienen un discurso de exigencia de derechos, sobre todo de llevar a la práctica los derechos de mujeres y hombres en igualdad de condiciones. Se observa que la percepción de las y los jóvenes sobre los roles de género han ido evolucionando: antes las mujeres estaban destinadas únicamente a la unidad doméstica, relegándolas al ámbito privado, mientras que los hombres en pleno ejercicio y uso de sus derechos podían tener una educación.¹⁹ A continuación se cita el testimonio de María, una joven de 16 años, estudiante de bachillerato, a propósito de los roles de género “Sí, antes sí: se vivía así la costumbre; era de que los hombres eran los que iban al estudio y las mujeres a los quehaceres, pero eso, casi como dice mi compañero ahorita, casi no se vive porque hay más información y nos dan a respetar más nuestros derechos como mujeres y hombres”.

No obstante, la equidad de género no es evidente, a pesar de que las y los jóvenes aclaran que ha habido evolución al respecto. Las desigualdades genéricas se expresan en la cotidianidad, ya que de acuerdo con información proporcionada por mujeres y hombres jóvenes de la comunidad: los hombres se inclinan por el alcohol, el

¹⁸ Todos los nombres de este apartado han sido cambiados, por un acuerdo de confidencialidad que se comprometió con las y los participantes.

¹⁹ Esto es producto de las condiciones históricas y estructurales que hombres y mujeres han vivido. Culturalmente se presupone y, en algunos casos continúa asumiéndose, que el hombre es el que tiene que recibir una educación más avanzada porque deberá de fungir con su rol de proveedor y protector, deberá de tener un nivel de preparación más elevada porque será el que lleve el sustento a la unidad familiar.

tabaco y deben de realizar tareas propias de campo como ir por la leña aunque “las mujeres casi no”; en cambio las mujeres se inclinan por “reunirse entre amigas y platicar, venir a estudiar, hacer su tarea y ayudar en las tareas domésticas y, si le dan permiso, puede salir a la calle y si no, no”.²⁰

PERCEPCIONES SOBRE LA SEXUALIDAD

En cuanto a los conocimientos que los y las jóvenes tienen alrededor de la sexualidad, contestaron lo siguiente: “la sexualidad entre hombres y mujeres, hacer el amor”, “cuando conoces a otras personas y te diviertes”, “experimentando, a ver que se siente”, “experimentar la primera vez con tu pareja”, “también comprende entre hombre y mujer, tocarse uno sus partes, sentir cada parte del cuerpo”. Como se puede notar, el hecho de aglutinar y formar un cuerpo de ideas en relación al concepto duro de “sexualidad” puede ser complejo, pero sus respuestas abren la puerta para analizar que asumen el término “sexualidad” como el acto de tener relaciones sexuales entre mujeres y hombres; otra acepción que se le da es la de “diversión”.

También se les preguntó qué opinaban sobre relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Su respuesta fue automática, tienen un discurso de respeto al dejar en claro que es “muy su gusto, muy su decisión”, “tienen el mismo derecho que tenemos nosotros”. No obstante, existe la negativa de que esto ocurra en la comunidad, se ve como algo aislado y propio de las urbes. También se concibe como algo que debe de estar oculto, ya que manifiestan una suerte de temor por saber qué pensarían los otros de esto, “no hay ningún problema porque es la decisión de ellos mismos, no podemos juzgarlos porque no estamos en su caso, si estuviéramos en su caso también tendríamos ese temor de qué pensarían de nosotros”.

²⁰ Se puede observar que las diferencias en cuanto a roles establecidos siguen latentes. Para los hombres aunque haya un señalamiento social, beber alcohol es un hecho permisible, en cambio para las mujeres no. Una mujer joven todavía debe de pedir permiso para salir a platicar con sus amigas, a diferencia de un hombre.

DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS²¹

Las y los jóvenes manifestaron tener de confianza y apertura para exponer sus dudas, ya sea en el ámbito educativo o en la clínica de salud, sobre todo porque el personal docente y de salud han logrado generar un ambiente empático y abierto para tratar estos temas. La información que las y los jóvenes poseen en materia de métodos anticonceptivos es vasta, saben cuáles son y cómo utilizarlos, sin embargo los estudiantes reportan que se dan casos de embarazo adolescente entre mujeres estudiantes a partir de los 16 o 17 años, incluso algunas se embarazan “a partir de los 12 años cuando una mujer ya es fértil”. Es importante mencionar que las y los jóvenes atribuyen esto a la falta de comunicación con los padres, así como a la escasa de confianza en las y los jóvenes de parte de los padres ya que “los sobreprotegen mucho y a la falta de información, a veces los padres les dan poca información, o les dicen cállate que todavía estas muy chica para saber esas cosas, entonces como que las cohiben”.²² Cuando se les preguntó si los servicios en la clínica de salud son abiertos tanto para mujeres y hombres, específicamente en el hecho de que una mujer joven tenga libre acceso a métodos anticonceptivos que oferta la clínica, afirmaron que sí, “porque es

²¹ La información que reciben en materia de educación sexual y reproductiva es proporcionada por la clínica de salud y en la misma institución educativa, a través de las asignaturas de “Ética y Valores” y “Orientación Educativa” (para mayores detalles, consultar los apartados “Sector Educativo: Bachillerato Netzahualcoyotl” y, “Sector salud: clínica de primer nivel”). En lo referente a los servicios que oferta la clínica de salud, son pláticas y talleres orientados sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a las y los beneficiarios de Oportunidades (sin embargo, no queda exenta la población que no recibe el apoyo).

²² Específicamente en métodos anticonceptivos se reporta que el condón es el método que es más utilizado entre jóvenes. Quizá se deba a que es de fácil acceso ya que tienen la información que este método que es gratuito en el centro de salud, sin embargo el libre acceso para mujeres aún es difícil, pues las y los jóvenes entrevistados reportaron que los hombres son quienes en su mayoría acuden a la clínica por condones masculinos, a diferencia de las mujeres.

confidencial y uno también tiene derecho". Como se puede observar tienen muy claro el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos desde la exigencia a recibir información hasta el llevar a la praxis el pleno goce de una sexualidad enmarcada en el derecho.

VALORACIÓN DE LA VIRGINIDAD Y RELACIONES SEXUALES

Siguiendo la misma línea de derecho, las y los jóvenes contestaron que es un derecho decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales por primera vez, aunque en algunos casos es importante la virginidad de una mujer en el matrimonio pero en otros casos no necesariamente. Sobre temas relacionados con las sexualidades abordadas en la unidad familiar, se tratan con el silencio, se educa con silencios: "No se habla de eso, porque a veces los padres tienen pena a hablar de eso. No hay comunicación entre los hijos". La sexualidad sigue siendo una suerte de tabú del que no se habla, se sabe que está presente, que es un hecho inevitable en la vida del ser humano, sin embargo, por vergüenza y por creer que entre menos información tengan las y los jóvenes menor será la curiosidad y no incursionaran en el tema.

A propósito de esto, un joven comenta lo siguiente:

Se puede decir que porque a ellos no les hablaron de esos temas, por eso no lo hablan con sus hijas. Lo que aquí se dice es que los hombres aprenden solos sobre sexualidad. Una mujer no puede experimentar por su cuenta porque sería mal visto para las personas. Todo lo que hagas es mal visto [risas]". Mario, 16 años, estudiante de bachillerato.

En lo referente a las relaciones sexuales las y los jóvenes exponen que para tener este tipo de prácticas, deben de estar preparados por si no llegase a funcionar algún método anticonceptivo durante la relación coital; deben de tener un grado de responsabilidad mayor como seres humanos, así como la independencia de no convivir con sus padres como hijos o hijas de familia. "Cuando tengamos una edad más madura, cuando podamos depender de nosotros mismos y ya no de nuestros padres... y pensar en lo que uno se está metiendo por si no nos llega a funcionar un método". Es interesante resaltar el grado de madurez que tienen al asumir las consecuencias que

podrían tener si ocurriera un embarazo no planeado o si llegasen a contraer algún tipo de ITS. Sin embargo, esto no exenta que inicien vida sexual activa a partir de los 13, 14 o 15 años los hombres, experimentando con sus novias, al igual que las mujeres de una manera no informada, tal es el caso de los altos índices de embarazo adolescente que prevalecen en la comunidad.²³

EMBARAZO Y ABORTO

A propósito del embarazo, como arriba se ha mencionado, se han reportado casos de mujeres que se embarazan siendo estudiantes, algunas incluso a partir de los 12 años, recientemente se reportó el caso de cuatro jóvenes estudiantes de secundaria que se encontraron en esta situación. Generalmente las jóvenes que tienen un embarazo siendo estudiantes, continúan con sus estudios y los concluyen, pero después se unen a su pareja y desempeñan el rol de madre-esposa llevando a cabo los roles tradicionales, como hacer labores propias del hogar y de la crianza de sus hijos.

Respecto a lo anterior, las y los jóvenes perciben esta situación como negativa, porque sienten que no están siendo recíprocos en el apoyo que sus padres les han brindado al enviarlos a una escuela a recibir educación. “Eso está mal porque ellas deben de pensar antes de hacer esas cosas, sus papás están haciendo un sacrificio para que vinieran a estudiar, les daban para su comida y ¿qué pasa?, se van con el chavo y ni siquiera tienen para comer. Tienen que pensar muy bien esas cosas antes” (José, 16 años estudiante de bachillerato). Al cuestionarles sobre qué se podría hacer para evitar que las jóvenes tengan embarazos no planeados contestaron que una estrategia sería que los padres hablaran de estos temas, “Dando información sobre métodos anticonceptivos y que sus papás no tengan temor a

²³ Otra lectura que se le podría dar a las respuestas que expusieron es que hay cierto temor de trasfondo, al mencionar que pueden tener relaciones sexuales siempre y cuando tengan una independencia económica. Lo que lleva implícito es pensar en la posibilidad de que el hecho de tener relaciones sexuales puede tener problemas y consecuencias no gratas, privándose del hecho de llevar a cabo su sexualidad por el temor de que podrían tener consecuencias no muy favorables.

hablar de ellos, porque luego dicen mi hija está muy chiquita para saber esas cosas... les da pena”.

De las y los jóvenes entrevistados, algunos manifestaron que en su casa sí les hablan de esto. Sólo dos jóvenes de diez manifestaron que su madre es quien aborda este tema, tres jóvenes manifestaron que quienes les hablan de estos temas son su hermana, cuñado, tías. En relación al tema de aborto, es un hecho que no se permite en la comunidad. Las y los estudiantes establecen que:

sería muy su decisión, nosotros no podemos decirle nada, sería muy su decisión, moralmente estaría mal porque le está quitando la vida a un ser inocente que no tiene la culpa de lo que hizo la mamá.

Esto explica el hecho de retrasar la vida sexual, por eso apelan a que esto sucederá cuando sean responsables y tengan manera de prever cualquier imprevisto (si no llegase a funcionar algún método anticonceptivo). Es irrevocable el hecho de interrumpir un embarazo, ya que esto está atravesado por las normas de conducta que se han gestado al interior de la comunidad y que se vinculan directamente con la educación judeocristiana que permea.²⁴

COMENTARIOS FINALES: BALANCE DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS Y LOS JÓVENES DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL TZINACAPAN

A modo de conclusión se puede decir que los servicios de salud sexual y reproductiva en el sector salud han sido accesibles de manera institucional, es decir, discursivamente los programas que oferta la clínica de

²⁴ Se citan textualmente las opiniones en relación al aborto: “también puede ser que ya conoce los riesgos de tener al abortar, ya sabría qué hacer y los problemas que va a tener. Van a ser por su propia responsabilidad”; “lo tendrían en su conciencia”. La comunidad señalaría el hecho de que una mujer abortara, por lo tanto, las y los jóvenes atribuyen esto a que la comunidad sigue fuertemente sus tradiciones “... la comunidad lo vería mal porque son muy apegados a sus costumbres ancestrales, casi todo lo ven mal, por ejemplo, si te ven besándote en el parque con tu novia lo ven mal, dicen fulanito es tal cosa, fulanita también, entonces la gente tiene todavía esa mentalidad de que las cosas están mal” (Martín, 16 años, estudiante de bachillerato)

salud, orientados a la promoción y difusión, son expuestos de manera libre y abierta. Sin embargo, el tipo de servicio y acceso que se tiene en la práctica dista mucho para que las y los jóvenes puedan gozar y acceder a servicios de salud amigables. Tal es el caso del Seguro Popular que contempla la promoción de salud sexual y reproductiva, pero cuando una persona joven desea adquirir otro método anticonceptivo diferente al condón masculino se exige el acompañamiento de una persona adulta. Esto último tiene diferentes lecturas, la primera nos habla de una clara discriminación hacia la juventud al situarla en la posición de no validar la toma de decisiones que pueda tener en torno a su cuerpo. La segunda lectura que le damos es que nos habla de la violación de derechos sexuales al no acceder a los servicios de consejería y planificación familiar enmarcados en la confidencialidad. Al observar esto, se podría pensar que la clínica de salud no ha hecho el trabajo de promoción y difusión en materia de salud sexual y reproductiva, pero sí lo ha hecho, apoyándose en el Programa Oportunidades, impartiendo talleres y pláticas enfocadas al tema, No obstante, observamos deficiencias, porque no se hace desde una perspectiva de derecho y de toma de decisiones para que las y los jóvenes sean autónomos en el tipo de decisiones que tomarán sobre su cuerpo y sexualidad. El trabajo que se hace es desde una perspectiva biologicista y, como bien mencionaba uno de los profesores del bachillerato, hace falta incluir una visión desde la óptica de las emociones, entendiendo la sexualidad como el conglomerado de prácticas, representaciones y significados que el ser humano atribuye, involucrando el cuerpo o mejor, como lo dice Szasz:

El concepto de sexualidad... designa ciertos tipos de comportamientos, prácticas y hábitos que involucren al cuerpo, pero también designa relaciones sociales, conjuntos de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales... La sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas histórica y culturalmente. A un comportamiento, un deseo o una fantasía los vuelven sexuales los significados socialmente aprendidos; así, lo que es sexual en una cultura no lo es en otras (Szasz, 1998:11)

El problema no estriba en la falta de información, pues observamos que se ha realizado un trabajo de prevención y difusión. El

problema se encuentra en las brechas de género y en la posición que la comunidad (padres de familia) tienen respecto al tema. Hablar de sexualidad en la comunidad de San Miguel Tzinacapan es aún difícil en el sentido de que las y los jóvenes perciben que sus padres no están de acuerdo en que tengan este tipo de información. Así, hablando específicamente de los comportamientos sexuales, observamos que en la comunidad de San Miguel aún es controlado y regulado por el marco normativo que la población ha validado y legitimado sobre qué se puede hacer, con quién, en qué momento y bajo qué circunstancias. Las brechas de género se recrudecen aún más aquí al observar que no es socialmente permisible el hecho de que una joven pueda acudir a la clínica (sin ser señalada) a solicitar algún método anticonceptivo, aunque esto va cambiando gradualmente, ya que de acuerdo a información de la clínica, las mujeres jóvenes acuden en menor medida a solicitar métodos anticonceptivos, como la PAE por ejemplo.

Finalmente, es de suma importancia resaltar que las y los jóvenes tienen una postura y un discurso que alude a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, pero dejan vislumbrar que el sistema normativo de la comunidad constriñe los derechos sexuales y reproductivos, como el hecho de que una pareja se encuentre dando muestras de afecto en público o que una mujer decida interrumpir un embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Báez, L. (2004), *Nahuas de la Sierra Norte de Puebla*. México: CDI, PNUD.
- García Martínez, B (1987), *Los pueblos de la sierra. El poder y el espacio entre los indios del Norte de Puebla hasta 1700*. México: El Colegio de México en:
Báez, L. (2004), *Nahuas de la Sierra Norte de Puebla*. México: CDI, PNUD.
- Szasz, I. (1998), *Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México* en Szasz, I. y Lerner, S. (compiladoras), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, D.F.: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Valenzuela, A. *Persistencia y cambio de las culturas populares*, en: Valenzuela, A. (coord.) (2003), *Los estudios culturales en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Castillo, K. (2011, Febrero 28), Puebla ocupa quinto lugar en muerte materna: asesor de IPAS Fecha de consulta 17 de octubre de 2011. http://www.e-consulta.com/portal/index.php?option=com_k2&view=item&id=3705:puebla-ocupa-quinto-lugar-nacional-de-muerte-materna-asesor-de-ipas&Itemid=332
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2009), *Los indicadores socioeconómicos* México: CID. Fecha de consulta 5 de octubre de 2011. http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=215
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2003) “Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes”, México: CDI. Fecha de consulta 27 de octubre de 2011. http://www.cdi.gob.mx/transparencia/convenio169_oit.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010), *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México en México. El reto de la desigualdad de las oportunidades*, México: Naciones Unidas. Fecha de consulta 27 de octubre de 2011. http://www.undp.org.mx/spip.php?page=publicacion&id_article=1583
- Taracena, R. (2003), Embarazo adolescente. ¿Con qué frecuencia se embarazan las adolescentes?, Hoja Informativa. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C., en: <http://www.gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>

CAPÍTULO 7

A MANERA DE CONCLUSIÓN: PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL PARA JÓVENES INDÍGENAS

Samantha Mino Gracia*

ANTECEDENTES

La población joven y adolescente es un sector que mantiene grandes necesidades de políticas públicas encaminadas a mejorar sus condiciones de vida.¹ Las dificultades para acceder a una educación básica y profesional, el desempleo, la pobreza y el poco acceso a servicios de salud de calidad, inciden en el inicio de la vida repro-

*Licenciada en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Coordinadora del Programa de Jóvenes, Salud Sexual, Derechos de SIPAM. A. C.

¹ Partimos del concepto de política pública como el conjunto de acciones u omisiones, asumidas por entidades gubernamentales -desde los distintos ordenes de gobierno y los diferentes poderes de gobierno- que tienen como propósito modificar una situación percibida como socialmente insatisfecha o problemática, en tanto desconoce o vulnera derechos o intereses colectivos considerados como necesarios, deseables u objeto de especial protección. Tomado de Harvey Danilo Suárez, Cartilla para la capacitación a funcionarios, Defensoría del Pueblo. Bogotá. Julio de 2003.

ductiva, que conlleva a que una serie de responsabilidades económicas ocurran a temprana edad lo cual les coloca en una situación de vulnerabilidad. Asimismo, las infecciones de transmisión sexual están afectando cada vez más a la población joven, como en el caso del VIH y el SIDA ya que en el mundo cinco millones de personas de entre 15 y 24 años viven con VIH/Sida, y se estima que en México, los jóvenes en este rango de edad representan más de 50 por ciento de los 220 mil casos que se concentran.²

Actualmente, en nuestro país residen 20.9 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, de los cuales, 11 millones son adolescentes (15 a 19 años) y 9.9 millones son adultos jóvenes (20 a 24 años). Es decir que la población juvenil en México representa cerca de la quinta parte de la población total (INEGI, 2010). En las áreas en las que el contexto social de las y los jóvenes está caracterizado por la marginalidad social, el poco acceso a servicios, como puede ser en zonas urbano-marginales, rurales y en las que habitan poblaciones indígenas, las personas jóvenes abandonan la escuela en promedio a los 17.3 años. Esto puede ocurrir por las necesidades económicas de las familias, en las que se privilegia el estudio sólo hasta nivel básico, y en donde mujeres y hombres jóvenes deben incorporarse a las responsabilidades laborales, económicas y domésticas (Programa Nacional de Desarrollo, 2008-2012).

La implementación de políticas de salud y educación dirigidas a jóvenes indígenas es una necesidad imperante, debido a los siguientes datos en torno a su salud sexual y su salud reproductiva. Entre las mujeres indígenas de 15 a 24 años de edad la mortalidad materna es la primera causa de defunción, cuya tasa es más del doble que en las mujeres que no son indígenas. De acuerdo con el índice de marginación a nivel de localidad de 2005, tres de cada cuatro localidades rurales presentan grados de marginación alto y muy alto y en ellas reside 61 por ciento de la población rural, razón por la cual se convierten en un grupo prioritario de la política de población. Por otra parte, el 4.3 por ciento de la población joven indígena no cuenta con ningún nivel de escolaridad, 11.7 por ciento tiene primaria incompleta, 21.3 por ciento primaria completa y 62.6 por

² Jóvenes, en el corazón del VIH: UNFPA, en México DF, noviembre 14 de 2011. http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=5361

ciento tienen por lo menos nivel de secundaria (Programa Nacional de Salud 2008- 2012).

En 2009, 76 por ciento de las mujeres en edad fértil usaban métodos anticonceptivos, sin embargo, la demanda insatisfecha se mantiene elevada en 24 por ciento entre las jóvenes unidas de 15 a 19 años; 17 por ciento para las de 20 a 24, lo cual indica la necesidad de mayor información, educación y servicios de calidad culturalmente sensibles, amigables y enfocados a las personas jóvenes, en los que incorporar una visión de interculturalidad resulta una condicionante para incidir en la salud sexual y salud reproductiva en poblaciones indígenas (ENADID, 2009).

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES INDÍGENAS

Desde 1997 se crearon los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA) los cuales operan en zonas rurales en México. Los CARA son un proyecto de atención integral de IMSS-Oportunidades, que fomenta la formación de líderes jóvenes u adolescentes que realicen acciones de promoción de la salud sexual y salud reproductiva con otros jóvenes de sus localidades con la finalidad de incidir en la disminución de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en jóvenes.

La estrategia de los CARA ha tenido resultados interesantes, que son percibidos por las poblaciones beneficiarias:

Los adolescentes indígenas hablan con toda naturalidad del uso de métodos anticonceptivos y protección contra infecciones de transmisión sexual. Niños y niñas de 12 años saben cómo colocar un condón masculino, pues en todos los centros ubicados en cada una de las UMR (Unidades Médicas Rurales) hay modelos fállicos para practicar. El objetivo es ofrecer a los chavos orientación sobre sexualidad y sobre los cambios que están viviendo (Mino, 2005).

La elaboración de tres diagnósticos participativos acerca de la salud sexual y la salud reproductiva de las y los jóvenes de las comunidades indígenas de Pichataro en Michoacán, San Miguel Tzinacapan ubicado en la Sierra Norte de Puebla y Santa María Teopoxco en Oaxaca, que forman parte de la presente publicación,

arrojaron datos cualitativos interesantes de cómo perciben las y los jóvenes la importancia de acciones realizadas a través de los CARA y el programa Oportunidades, mismas que se detallan a continuación.

Hay algunos bachilleratos en los que se han realizado acciones en conjunto con los CARA, lo que ha favorecido el que las y los jóvenes tengan mayor información acerca del uso del condón, y de otros métodos anticonceptivos, aunque no se percibe una estrategia articulada e institucionalizada para brindar información acerca de salud sexual y reproductiva a la población indígena que impacte en la mejora de su salud sexual.

El trabajo de campo en las tres comunidades indígenas mencionadas nos permite percibir que las y los jóvenes estudiantes de nivel bachillerato tienen apertura para hablar acerca de su salud sexual, les interesa el tema, lo abordan sin tabúes pero además cuentan con información básica acerca del uso correcto del condón como una estrategia para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Ellos y ellas no perciben en personas adultas esta situación, ya que, según mencionan, en algunos hogares difícilmente abordan cuestiones relacionadas con la sexualidad, a menos que las y los integrantes de la familia acudan a las pláticas que se brindan por medio del programa de Oportunidades, lo que les permite tener mayor apertura e información en esos temas.

En cuanto a servicios de salud sexual y salud reproductiva dirigidos específicamente a jóvenes, el centro de salud, ofrece pláticas y talleres que se desprenden del Programa Arranque Parejo en la Vida (APV). Este programa no es exclusivo para jóvenes, contempla un embarazo, parto y puerperio seguros y retoma medidas de prevención e información dirigida a jóvenes en materia de métodos anticonceptivos, embarazo y planificación familiar.

Por otro lado, existe un programa denominado "Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud" (GAPS) que pertenece a la Secretaría de Salud Pública y cuyo objetivo consiste en formar jóvenes líderes juveniles para que funjan como promotores comunitarios en materia de salud sexual y salud reproductiva. En la comunidad de San Miguel Tzinacapan en la Sierra norte de Puebla se le ha dado seguimiento a la formación de promotores juveniles en el bachillerato intercultural de esa comunidad y cada fin de ciclo escolar se forma

un grupo nuevo, con jóvenes de último año o semestre para que funjan como promotores.

También hay que tomar en cuenta que el Seguro Popular se incorporó al plan de salud de la Secretaría de Salud, en uno de cuyos ejes se encuentra la información en materia de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes de 10 a 20 años, la cual incluye la oferta de métodos anticonceptivos. Sin embargo se observa una limitante, ya que si son menores “deben tener consentimiento de sus padres [o acudir con la compañía de una persona adulta] si se les da un método diferente al condón, el condón siempre se les oferta, sobre adicciones, se les orienta bastante” de acuerdo a palabras del médico pasante.

PROPUESTAS DE ACCIONES PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL DE JÓVENES INDÍGENAS

Mediante las y los actores estratégicos que identificamos y que pueden intervenir, realizar actividades e incidir en la mejora de la salud sexual y la salud reproductiva de jóvenes indígenas de las comunidades en las que se realizó la presente investigación, establecimos una serie de propuestas a manera de acciones claras, identificables y operables por los actores involucrados. Estas propuestas tienen como eje transversal los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el enfoque de juventudes y la perspectiva de género. Es importante mencionar que durante el trabajo de campo se involucró a organizaciones y jóvenes líderes que realizan trabajo de promoción de la salud al interior de las comunidades, mismas que consideramos indispensables incluir en las propuestas.

A continuación se enlistan los actores estratégicos que consideramos tienen un papel fundamental en las acciones propuestas:

- Organizaciones civiles en la comunidad.
- Líderes juveniles.
- Unidades Médicas Rurales.
- Bachilleratos.
- Organizaciones civiles aliadas.

Una de las redes juveniles que participaron en la realización de los diagnósticos fue la Red de jóvenes indígenas “Pasa la voz”.

Esta es una red que durante 2009 y parte de 2010, realizó acciones encaminadas a la promoción y difusión de los derechos sexuales y reproductivos, enfocadas específicamente a la prevención de VIH/Sida en comunidades de los siguientes pueblos originarios: mixteco, amuzgo, nahua de la región Norte en el estado de Guerrero, zapoteco (ubicado en el estado de Oaxaca), nahua de la Sierra Norte de Puebla y finalmente totonaco (ubicado en el estado de Veracruz).

Los ejes de acción de “Pasa la Voz” están divididos en cuatro áreas que convergen en la promoción y difusión de prevención del VIH/Sida, en lengua originaria de cada pueblo. Estos ejes de acción se concentran en pláticas y talleres; en la creación de murales ambulantes; en la investigación de cada localidad y municipio de las y los promotores de la red, para detectar los servicios de salud y atención para personas con VIH y también para indagar sobre el funcionamiento de los programas oficiales enfocados a la prevención del VIH y el Sida; finalmente el último eje de acción está referido en la creación de materiales que constan de una serie de postales que promocionan el uso correcto del condón escritas en lengua mixteca, zapoteca, nahua de la región Norte de Guerrero y de la Sierra Norte de Puebla, totonaco y finalmente español.³

También se ha encargado de fortalecer los liderazgos juveniles e indígenas, que permita realizar acciones efectivas en los diferentes estados. Gracias a la vinculación con la red y con uno de sus integrantes (José Juan Sibaja), pudimos establecer el enlace en la comunidad de Santa María Teopoxco en Oaxaca y realizar el trabajo de campo que dio forma al diagnóstico de salud sexual y salud reproductiva en las y los jóvenes de esa comunidad. Creemos que la red “Pasa la Voz” tiene un papel importante en el trabajo con jóvenes indígenas de esa región, que permite incluir una perspectiva juvenil y un enfoque intercultural en las acciones que de esta investigación surjan.

Sin duda, una de las acciones que creemos fundamental para favorecer la incorporación de una educación en sexualidad es la realización de capacitaciones a proveedores de servicios de salud y personal docente en temas de derechos sexuales con perspectiva juvenil, pues aunque existe mucha disposición para generar estrategias que

³ Red de Jóvenes Indígenas. Pasa la voz. Consultada en octubre de 2011. <http://pasalavoz.red.org.mx/>.

beneficien la salud sexual de las y los jóvenes, aún cuentan con algunos prejuicios y estereotipos sobre el ejercicio de la sexualidad en este sector. Lo anterior puede ser un obstáculo para que se den servicios “amigables” que beneficien la salud de las personas jóvenes.

En las comunidades en las que se realizó la investigación, identificamos que las y los estudiantes cuentan con algunos elementos básicos sobre salud sexual, conocen acerca del VIH, los métodos anticonceptivos, el uso del condón y aunque tienen un discurso sobre derechos humanos, desconocen la importancia y utilidad de los derechos sexuales y reproductivos. Por lo anterior, es importante que las propuestas aquí vertidas tengan como eje transversal los derechos relacionados con el ejercicio de la sexualidad.

Es fundamental diseñar acciones focalizadas a la población que no tiene posibilidades de acceder a la educación, es decir, a jóvenes no escolarizados, que contemplen sus particularidades. Aunque una forma de obtener información sobre sexualidad es por medio del programa Oportunidades, que beneficia a jóvenes estudiantes, las y los jóvenes que no acuden a la escuela tienen menores posibilidades de conseguirla, y estarán en mayor vulnerabilidad de tener algún riesgo a su salud sexual o bien, embarazarse muy jóvenes sin planearlo o desearlo, en un contexto en el que el aborto está totalmente criminalizado, lo cual pone en mayor riesgo a las mujeres jóvenes y adolescentes de vivir un aborto en condiciones inseguras.

Las estrategias antes mencionadas deberán incluir la reducción de la mortalidad materna, ya que es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años edad se deriva de problemas relacionados con el embarazo. En la actualidad, sabemos que las mujeres embarazadas menores de 19 años tienen el doble de probabilidad de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 30 años de edad; sabemos también que en aquellas de 15 años de edad o menos, el riesgo aumenta 5 veces.

Asimismo, la migración, producto de las pocas posibilidades de encontrar un empleo o tener acceso a la educación, se convierte en una de las formas de supervivencia para muchos jóvenes, tanto hombres como mujeres, principalmente de los estados de la república que tiene un alto índice de marginalidad y pobreza. Oaxaca, Puebla y Michoacán se caracterizan por ser estados expulsores de migrantes, quienes en su ruta migratoria pueden vivir diversos riesgos a su salud.

Las corrientes migratorias, resultantes de la incursión a nuevos mercados de trabajo, entre otras causas, conforman un importante riesgo de propagación del VIH, así como de distintas cepas del virus tanto para hombres como para mujeres (Gómez, 1998), debido a que la irregularidad migratoria determina condiciones de marginación y explotación, así como falta de acceso a servicios sociales y de salud. A esto le aunamos que la situación de las y los migrantes se caracteriza por la violencia y la violación de los derechos humanos, factores que imposibilitan el acceso a estrategias preventivas para el VIH (Bronfman, 1998).

Se propone incluir la participación de la Secretaría de Salud Pública a través de las Unidades Médicas Rurales, en las actividades curriculares de las materias de Ética y Valores, y Orientación Educativa, de los bachilleratos interculturales, que permitan diseñar un plan educación en sexualidad integral acorde a las necesidades de la población estudiantil, y por medio de la planeación de un programa vinculante entre ambas instituciones orientado a brindar la información dirigida a las y los jóvenes.

Diseñar un plan de acción en donde participe la Secretaría de Salud, la telesecundaria⁴ y el bachillerato de la localidad, que se contemple pláticas informativas dirigidas a padres y madres de familia donde se aborde la importancia de que sus hijos reciban información en la escuela sobre sexualidad.

En el caso de la clínica de San Miguel Tzinacapan en la Sierra Norte de Puebla se propone incluir a jóvenes como auxiliares de salud,⁵ ya que las auxiliares de salud son agentes de cambio de suma importancia en la comunidad debido a que fungen como enlace para que las usuarias acudan a consulta médica o a solicitar información, como por ejemplo, en el caso de que una mujer esté embarazada y acuda al control médico.

Incluir en el Programa Oportunidades, dentro del eje de salud sexual y reproductiva, un apartado sobre la importancia de que

⁴ Aquí se contempla a la telesecundaria con el objetivo de que esta información no sólo llegue a padres y madres de familia de bachillerato, sino también a la educación básica.

⁵ La figura de la auxiliar de salud es muy común en las comunidades, ya que son las personas que fungen como enlace para hacer labor de convencimiento para que las personas acudan a la clínica a recibir atención médica.

las y los jóvenes reciban información sobre sexualidad, enmarcado en primer lugar como un derecho, en segundo lugar los beneficios que tiene contar con este tipo de información y en tercer lugar las consecuencias de no contar con esta información. Estas pláticas las daría la auxiliar de salud y/o la o el médico encargado de llevar el Programa. Estas pláticas las dan las auxiliares de salud, pues qué mejor que ellas que son mujeres de la comunidad para sensibilizar a mujeres y hombres beneficiarios del Programa Oportunidades sobre la importancia de que sus hijas e hijos reciban este tipo de información. Se propone que dentro del apartado de salud sexual y reproductiva de dicho programa se contemple esta parte de sensibilización y apertura al tema. Este programa Oportunidades, en general, puede resultar un plan estratégico como vehículo informativo, sin embargo, las limitantes que se observan son que la estructura de la impartición de temas, incluso los contenidos, no son acordes a la realidad sociocultural que se vive en cada región del país, específicamente aquí hablamos de la localidad de San Miguel Tzinacapan. Dicha información estaría dirigida a padres y madres de familia para que tengan la información sobre la importancia de que sus hijos e hijas reciban este tipo de conocimiento.

Sin duda este punteo de propuestas es un primer acercamiento a la generación de estrategias para mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de jóvenes indígenas, en las que destacan la incorporación de la educación en sexualidad en la curricula de materias obligatorias, la creación de una escuela para madres y padres por medio de la inclusión de profesionales de la salud de la Secretaría de Salud Pública; el fortalecimiento de la participación juvenil por medio del trabajo en redes, y como promotores juveniles, por medio de los GAPS. La capacitación a personal docente y personal de salud no sólo resulta fundamental para disminuir los prejuicios, la homofobia y los estereotipos de género permean la información que se les brinda a las y los jóvenes, también favorecerá la inclusión de la perspectiva de los derechos sexuales y los derechos reproductivos al brindar la información en sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bronfman M., Sejenovich G.; Uribe P. , 1998. *Migración y SIDA en México y América Central*, Ángulos del sida. Consejo Nacional de Población
- Danilo Suárez Harvey, "Cartilla para la capacitación a funcionarios...", Defensoría del Pueblo. Bogotá. Julio del 2003.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. México "CONAPO analiza indicadores sobre condiciones de vida de jóvenes indígenas". Boletín de prensa No. 21/2010. México D. F: 9 de agosto del 2010.
- Gómez, Adriana, 1998. "Mujeres y VIH/SIDA. Un enfoque desde el género", *Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe, Cuadernos Mujer/Salud* 3. pp 2- 12 Chile.
- Instituto Mexicano de la Juventud, Encuesta Nacional de Juventud 2010, resultados generales, México 2011.
- Mino Gracia Fernando, "Jóvenes indígenas: cambios en la cultura sexual". Suplemento *Letra S*. Número 108 | Jueves 7de julio de 2005. México, D. F.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Agencia de Noticias Notiese, "Jóvenes, en el corazón del VIH: UNFPA", en México DF, noviembre 14 de 2011. http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=5361
- Red de Jóvenes indígenas Pasa la voz. Consultada en octubre del 2011. <http://pasalavoz.red.org.mx>

MEMORIA FOTOGRÁFICA



Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, en Pichataro.



Aplicación de cuestionarios en la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, en Pichataro.





Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, en Pichataro.



Aplicación de cuestionarios en la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, en Pichataro.





Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, en Pichataro.



Platica de sexualidad en el Bachillerato Intercultural Número 19 de Santa María Teopoxco, Oaxaca.





Aplicación del cuestionario en el Bachillerato Intercultural Número 19 de Santa María Teopoxco, Oaxaca.



Platica de sexualidad en el Bachillerato Intercultural Número 19 de Santa María Teopoxco, Oaxaca¹.

¹ Para la realización de los diagnósticos en las comunidades seleccionadas de los estados de Puebla, Oaxaca y Michoacán, se acordó con las autoridades de los planteles educativos, facilitar algunos talleres de sexualidad a las y los jóvenes estudiantes, esto con la finalidad de favorecer las gestiones para realizar el trabajo de campo.



Platica de sexualidad en el Bachillerato Intercultural Número 19 de Santa María Teopoxco, Oaxaca.

Fotografía: Estado de Oaxaca, José Juan Sibaja; Estado de Michoacán, archivo fotográfico de SIPAM.



LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE JÓVENES INDÍGENAS:
ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN
se imprimió en los talleres de
Programas Educativos, S.A. de C.V.
con domicilio en
Calzada Chabacano 68 local A
Col. Asturias
México D.F.
en el mes de enero de 2012.
El tiraje fue de 1,000 ejemplares.



